

Bijlage 1

Actiepunt 1: Overzicht A,B en C taken GGDZL

Postadres: Postbus 33
Postcode: 6400 AA Heerlen

Telefoon: 088 - 880 50 00
E-mail: info@ggdzl.nl

Website: www.ggdzl.nl

Inhoud

Inleiding	4
Leeswijzer	5
Samenvatting.....	6
1. Programma Jeugdgezondheidszorg	10
1.1 Wat houdt het programma in?	10
1.2 Wat is het wettelijke kader?	10
1.3 Hoe ziet dit er schematisch uit?.....	11
1.4 Ontwikkelingen.....	12
1.5 Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?	14
2. Programma Veilig Thuis	16
2.1 Wat houdt het programma in?	16
2.2 Wat is het wettelijke kader?.....	16
2.3 Hoe ziet dit er schematisch uit?	17
2.4 Ontwikkelingen	17
2.5 Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?	18
3. Programma GGD	19
3.1 Wat houdt het programma in?	19
3.2 Wat is het wettelijke kader?	19
3.3 Infectiezieken, Tuberculosebestrijding en vaccineren.....	19
3.3 a. Infectieziektebestrijding (IZB)	19
3.3 b. Tuberculosebestrijding.....	19
3.3 c. Vaccineren.....	20
3.3 d. Hoe ziet dit er schematisch uit?	20
3.3 e. Ontwikkelingen	21
3.3 f. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?.....	21
3.4 Seksuele gezondheid.....	21
3.4 a. Nu Niet Zwanger (NNZ).....	21
3.4 b. Centrum Seksuele Gezondheid (CSG).....	22
3.4 c. Hoe ziet dit er schematisch uit?.....	22
3.4 d. Ontwikkelingen.....	22

3.4 e. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?	23
3.5 Hygiëne en Inspectie (H&I)	23
3.5 a. Hygiëne en Inspectie.....	23
3.5 b. Hoe ziet dit er schematisch uit?	24
3.5 c. Ontwikkelingen	24
3.6 d. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?	24
3.7 Medische Milieukunde (MMK) en gezonde leefomgeving	24
3.7 a. Medische Milieukunde.....	24
3.7 b. Gezonde leefomgeving.....	25
3.7 c. Hoe ziet dit er schematisch uit?	25
3.7 d. Ontwikkelingen	25
3.7 e. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?	26
3.8 Publieke gezondheid	26
3.8 a. Publieke gezondheid.....	26
3.8 b. Hoe ziet dit er schematisch uit?	27
3.8 c. Ontwikkelingen	28
3.8 d. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?	29
3.9 Openbare geestelijke gezondheid (OGGZ)	29
3.9.a Wat is OGGZ?.....	29
3.9.b Hoe ziet dit er schematisch uit?	29
3.9.c Ontwikkelingen.....	30
3.9.d Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw/overdracht?	30
3.10 Forensische Geneeskunde	31
3.10 a. Forensische Geneeskunde	31
3.10 b. Hoe ziet dit er schematisch uit?.....	31
3.9 c. Ontwikkelingen	31
3.9 d. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw/overdracht?	32

Inleiding

Vanaf het najaar van 2024 zijn er een aantal stappen gezet om te komen tot het opstellen van de begroting 2026. Om de contouren van de begroting helder te krijgen, hebben individuele gesprekken plaatsgevonden met alle portefeuillehouders waarbij op voorhand gevraagd is naar wensen en richting. Ook is hier steeds gesproken over de ambities en financiële situatie van alle gemeenten. Hierna heeft een beeldvormende AB vergadering plaatsgevonden op 28 november jl. waar de bestuurlijke kaders, kerntaken en randvoorwaarden nader besproken zijn.

Tijdens deze vergadering en bij het vaststellen van de kadernota 2026 in het AB van 18 december jl. is gevraagd om alle activiteiten/taken die de GGD uitvoert nader onder de loep te nemen. In deze notitie gaan we verder in op de verschillende soorten taken van de GGDZL, waarbij aangegeven wordt wat de taak inhoudt en wat ontwikkelingen zijn. Ook heeft het bestuur gevraagd om de consequenties in beeld te brengen wat er zou gebeuren als dit minder/anders georganiseerd zou worden.

Omdat we uitgaan van het 'hier en nu' is financieel gezien de oorspronkelijke begroting 2025 als uitgangspunt genomen. Hiermee is een compleet beeld ontstaan van taken, financiën, ontwikkelingen en consequenties die inzicht geven in de GGDZL. Middels zogenaamde A, B en C-taken zijn de (kern)taken van de GGD nader onder de loep genomen.

Veel van de taken die de GGDZL uitvoert, vinden hun oorsprong in een wettelijke verplichting, er zijn ook taken die in de loop van de tijd door gemeenten of anderen bij de GGD zijn belegd. In beginsel vervult de GGDZL haar taken vanuit 3 verschillende wetten:

Wet publieke gezondheid (Wpg)

- Infectieziektebestrijding
- Seksuele gezondheid
- Hygiëne en inspectie
- Medische milieukunde
- Publieke gezondheid
- Jeugdgezondheidszorg

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

- Openbare geestelijke gezondheidszorg
- Veilig Thuis

Wet op de lijkbezorging

- Forensische geneeskunde

Concreet voert de GGDZL wettelijke taken en vrij uitvoerbare taken uit voor met name de gemeenten. Dit is uitgesplitst in A-, B- en C-taken. De zogeheten A-taken zijn wettelijke taken voor gemeenten waarbij de uitvoering verplicht bij de GGD is belegd. B- taken zijn wettelijke taken voor gemeenten, waarbij de uitvoering niet verplicht bij een GGD belegd hoeft te worden. C- taken zijn taken waarbij gemeenten zelf hebben aangegeven deze bij de GGD te beleggen of taken die voor derden met goedkeuring van het AB worden uitgevoerd.

Naast de gemeentelijke bijdragen ontvangt de GGDZL ook zogenaamde derde geldstromen, dit zijn directe rijksmiddelen, projectgelden of bijdragen van derden/ overheidsinstanties. Veelal is sprake van een gecombineerde of hybride financiering van initiatieven en activiteiten.

Leeswijzer

In deze notitie wordt per onderdeel van de GGDZL nader ingegaan op deze verschillende taken, de wijze van financiering van deze taken en de context ervan. Hiermee ontstaat inzicht in de inhoud, financiën en worden de risico's en consequenties beschreven bij het niet/minder uitvoeren van een taak.

Samenvatting

Op verzoek van het Algemeen Bestuur is in deze notitie minutieus gekeken naar alle taken en activiteiten van de GGDZL. Er is inzichtelijk gemaakt wat wettelijke taken en vrij uitvoerbare taken zijn die uitgevoerd worden. Dit is uitgesplitst in A-, B- en C-taken.

A-taken	Wettelijke taken gemeenten, uitvoering is verplicht
B-taken	Wettelijke taken gemeenten, uitvoering is vrij
C-taken	Vrije uitvoering

Naast het beschrijven van deze taken is er ook een financiële vertaling gemaakt binnen de onderdelen. Omdat we uitgaan van het 'hier en nu' is financieel gezien de oorspronkelijke begroting 2025 als uitgangspunt genomen. Verder zijn de relevante ontwikkelingen in beeld gebracht en is per onderdeel in kaart gebracht wat de risico's en kansen zijn bij het afbouwen, stoppen of bezuinigen op een onderdeel.

In deze samenvatting zijn de belangrijkste conclusies opgenomen.

Algemeen

De forse Rijks- en projectbezuinigingen van 16% en 4% op het totale GGDZL budget slaan een groot gat in de begroting, uitvoering en continuïteit van de dienstverlening. De in kaart gebrachte consequenties van het niet meer/minder/anders uitvoeren van de A, B en C taken laten zien dat het niet verantwoord is om verder te bezuinigen op Veilig Thuis, Jeugdgezondheidszorg en de overige GGD onderdelen. Gezien de grote gezondheidsachterstanden en kwetsbaarheden in onze regio zijn er feitelijk nog meer investeringen nodig in preventie en gezondheid. Daarnaast leiden bezuinigingen tot (grote) kostenstijgingen in andere domeinen (bijvoorbeeld veiligheids- en sociaal domein).

Jeugdgezondheidszorg

JGZ levert middels haar preventieve inzet een directe bijdrage aan het ondersteunen van jeugdigen en hun systeem. Hiermee worden problemen vroegtijdig gesignaleerd en opgepakt. Ook wordt er – indien de JGZ dit zelf niet kan oplossen – tijdig doorverwezen worden naar passende ondersteuning. Mensen worden hierdoor snel geholpen, escalatie van problemen en maatschappelijk leed wordt voorkomen. Dit zorgt er direct voor dat wordt voorkomen dat er een beroep wordt gedaan op zwaardere en duurdere jeugdzorg.

Om de Trendbreuk aanpak door te zetten en de trend duurzaam te breken en is inzet van de JGZ essentieel in de kwetsbare fasen van burgers. Initiatieven als Stevig Ouderschap of Voorzorg hebben hun maatschappelijke en financiële meerwaarde voor de gezinnen bewezen (zie ook actiepunten 3&4).

De JGZ uitvoeringspraktijk is zeer krap afgesteld en hier is geen mogelijkheid om met minder middelen, passende zorg te kunnen leveren. Daarnaast heeft de JGZ onlangs een structurele bezuiniging van 5 ton gerealiseerd. Om de genoemde ontwikkelingen te kunnen tackelen is eigenlijk meer geld, inzet en effort nodig.

Veilig Thuis

Momenteel staat de dienstverlening enorm onder druk door het toenemend aantal meldingen. Er is sprake van een wachtlijst met risico's. Ook laat de VT praktijk een toenemende complexiteit in de casuïstiek zien. De huidige personele krapte en de intensieve inwerkperiode voor nieuwe medewerkers zorgen ervoor dat dat dienstverlening en uitvoering onder druk staan. Sterker nog: zoals ook in het inspectierapport is aangegeven lukt het nu nauwelijks om de taken waar wettelijke termijnen voor zijn vastgesteld tijdig uit te voeren. Door het Inspectierapport zijn ook dat de toezichthouder en media alert op dit onderwerp. Het bezuinigen op dit organisatieonderdeel zal leiden tot onverantwoorde risico's bij de wachtlijsten, overmatige druk bij personeel en ernstige gevolgen voor de veiligheid.

GGD

Het inboeken van de landelijke bezuinigingen leidt tot een verhoogde toename van risico's op bestaande infectieziekten en opkomst van nieuwe infectieziekten. Het nog verder bezuinigen hierop zal leiden tot grote gezondheidsrisico's. Verder is er de laatste jaren sprake van een steeds lager wordende vaccinatiegraad met grote volksgezondheidsrisico's. De onderzoekspraktijk laat zien dat dit vraagt om extra inzet en een andere manier van werken in de wijken en om meer directe contacten met mensen die twijfelen. De middelen om te vaccineren nemen echter verder af. Als er geen extra inzet gepleegd wordt dan zal de vaccinatiegraad steeds verder dalen met alle gevolgen van dien.

24-uurs infectieziektebestrijding is een verplichting voor gemeenten volgens de Wet publieke gezondheid. Gemeenten moeten zorgen voor een juiste organisatie en coördinatie van de IZB, inclusief 24uurs beschikbaarheid van de GGD hierbij. De financiële basis valt deels weg als gevolg van de landelijke bezuinigingen, waardoor niet meer voldaan kan worden aan de 24-uurs IZB verplichting voor gemeenten met verstrekende gevolgen.

Op het gebied van seksuele gezondheid ontstaan al risico's als gevolg van de landelijke bezuinigen. Het verhogen van de drempel voor deze doelgroep (op welke manier dan ook: frequente contact beperken, eigen bijdrage vragen locaties, centreren etc.) leidt tot afhaken van een deel van deze kwetsbare groep. Hiermee neemt het risico op soa's en andere kwetsbaarheden direct toe, wat leidt tot meer hulpvragen en hogere zorgkosten. Vanuit preventie-oogpunt zou er juist flink geïnvesteerd moeten worden in laagdrempelige informatie en ondersteuning van risicogroepen bij seksuele gezondheid.

Als sprake zou zijn van een bezuiniging op Medische Milieu Kunde (MMK) dan wordt niet voldaan aan de Wpg en de noodzakelijke adviesvraag van uit de Omgevingswet. Bovendien is voor burgers, overheden en maatschappelijke organisaties geen plek meer waar ze terecht kunnen voor specialistisch onafhankelijk advies en waar er samen onderzoek gedaan wordt en gezocht wordt naar een oplossing.

In het maatschappelijke debat steeds oog en oor voor het belang van een gezonde leefomgeving. Ook waar het gaat over de grote woningbouwopgave die landelijk geformuleerd is, in combinatie tot de grote zorgen over de 'staat van de gezondheid', is het inrichten van een leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeting essentieel. Doordat er vaker (om)gebouwd wordt naast wegen, industrie of andere potentiële overlastgevers, is het aan de voorkant goed nadenken over MMK zaken essentieel.

Bovendien toont onderzoek in de regio aan dat het inrichten van bijvoorbeeld attractieve en veilige fietspaden alle kinderen (en met name die uit de lagere SES wijken) stimuleert om met de fiets naar school te gaan. Dit zou meer onder de aandacht gebracht moeten worden. Er zou dus juist veel meer geïnvesteerd moeten worden in het thema gezonde leefomgeving en de expertise van de GGD zou nog meer aan de aan de voorkant ingezet moeten worden om problemen en extra kosten op het gebied van gezonde leefomgeving te voorkomen.

Bij publieke gezondheid is de noodzaak om (innovatief) aan te slag te gaan met preventie hoger dan ooit. Dit is echt iets van de lange adem en zou voortgezet moeten worden. Dit geldt voor geheel Nederland vanwege de grote druk op de zorg, maar voor Zuid-Limburg is de noodzaak nog hoger vanwege de achterstand in de gezondheidssituatie ten opzichte van Nederland. Verminderde inzet om actuele gezondheidsdata te verkrijgen tot op wijkniveau en verminderde inzet op adequate advisering belemmert effectieve (domeinoverstijgende) beleidsvorming, wat kan resulteren in slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere kosten op lange termijn.

Een verminderde inzet op gebied van gezondheidsbevordering betekent dat er onvoldoende gezonde leefomgevingen gerealiseerd worden, extra inzet om inwoners in kwetsbare situaties te bereiken ontbreekt, waardoor de gezondheidsverschillen in Zuid-Limburg blijven bestaan of zelfs groter worden. Bijvoorbeeld JOGG- of gezonde schooladviseurs zouden dan moeten stoppen met hun werkzaamheden in kwetsbare buurten.

Voor het verder doorontwikkelen en verbreden van de Trendbreuk-aanpak is het noodzakelijk om de huidige inzet niet te verminderen. De aanjaag-, inspiratie- en innovatierol van de GGD binnen Trendbreuk is van groot belang om partners te verbinden aan de Trendbreuk-aanpak. Als hierop bezuinigd wordt is de kans groot dat de Trendbreuk aanpak verloren gaat en daarmee ook alle investeringen rondom de gezonde generatie. Terwijl we juist ten volle ingezet hebben op het regionaal massa maken, is het risico dat er weer versnipperd beleid ontstaat.

De vangnetfunctie en inzet van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg is essentieel om middels signalering en onconventionele oplossingen een persoonlijk en passend zorgaanbod voor mensen met verward gedrag te formuleren. De vangnetmedewerkers zijn gewend en opgeleid om zorgwekkende zorgmijders te bereiken en te helpen. Hiermee wordt maatschappelijke onrust in wijken en buurten en een verdere opeenstapeling en escalatie van problemen voorkomen en worden mensen met onbegrepen gedrag begeleid naar een passende vorm van hulp.

Als deze taak zou stopt of het vangnet beperkter functioneert dan zal dit leiden tot meer maatschappelijke onrust en overlast van mensen met onbegrepen gedrag. De expertise en de inzet van de vangnetmedewerkers maakt vaak het verschil in moeilijke casussen en leidt tot het oplossen van ongewenste situaties.

Gemeentelijke lijkschouw is een wettelijke verplichting voor gemeenten. Als de randvoorwaarden (zoals personeel, budget en organisatorische zaken) niet op orde zijn dan heeft dit directe gevolgen voor de ondersteunende diensten voor de gemeenten. Doordat er echter sprake is van een regievraagstuk kan nagedacht worden over overdracht aan een andere partij. Er zal dan wel een goed doordacht alternatief plan gemaakt moeten worden waardoor de continuïteit geborgd is voor dit onderdeel.

1. Programma Jeugdgezondheidszorg

1.1 Wat houdt het programma in?

De primaire doelstelling van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is werken aan een gezonde generatie. De maatschappelijke opdracht van de JGZ is meebewegen met en anticiperen op de snelle veranderingen in de samenleving ten aanzien van zwangerschap, opvoeden en opgroeien. De maatschappij en nieuwe generatie ouders en kinderen stellen steeds nieuwe eisen aan de taken en uitvoeringspraktijk van JGZ. De samenhang en synergie tussen het sociaal en medisch domein is van groot belang evenals de veranderingen in de Jeugdzorg. Gezond opgroeien van de kinderen en jongeren in Zuid-Limburg staat centraal, en is vooral gericht op het ondersteunen bij en het vergroten van gelijke kansen op gezondheid.

Er wordt steeds gezocht naar een passend aanbod dat aansluit bij de mate van kwetsbaarheid van kinderen en gezinnen. Er wordt continue gekeken naar de frequentie van het contact; wie het contact uitvoert (taakdifferentiatie) en de vorm van contact (individueel, groepsgericht of digitaal). Alleen zo kan passende zorg worden geleverd waar deze het hardste nodig is. Vanzelfsprekend wordt dit gedaan in dialoog tussen professional en gezin en steeds in samenwerking met het voorliggend veld.

JGZ levert inzet en kennis aan het programma Trendbreuk, GALA en IZA, gericht op het inlopen van de gezondheidsachterstanden en het toegankelijk houden van de zorg; het thema gezonde generatie is één van de inhoudelijke thema's uit het Regioplan Zuid-Limburg.

In 2026 zal de JGZ nadrukkelijker de beweging naar de wijk en de netwerken maken. Dan ziet de JGZ meer kinderen buiten de spreekkamer en de scholen, worden ouders meer met elkaar in contact gebracht en wordt de dienstverlening meer ontschot. Bijvoorbeeld door anders samen te werken met het sociaal domein. Hiermee streeft de JGZ ernaar om zichtbaarder te worden en beter aan te sluiten op externe initiatieven die de gezondheid van jonge Zuid-Limburgers bevorderen.

1.2 Wat is het wettelijke kader?

Wettelijke basis in Wet Publieke Gezondheid:

De JGZ als uitvoerder (zorgverlener)

- Preventieve medische zorg (Rijksvaccinatieprogramma): de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) bij zwangeren en kinderen van 0-18 jaar, gericht op de bescherming tegen 13 ernstige infectieziekten.
- Vroegsignaleren: uitvoeren van systematische preventieve screenings gericht op de gezondheid en het welzijn van het kind. Hierbij wordt gekeken naar de fysieke, psychosociale, cognitieve ontwikkeling, de opvoedingscontext en de interactie (hechting) tussen kind en opvoeders.
- Adviseren en ondersteunen: het geven van preventieve voorlichting, advies, instructie en begeleiding, individueel of in groepen, gericht op het versterken van de eigen kracht van ouders en jongeren. Waar

nodig wordt hier extra begeleiding op maat geleverd, onder meer: voorzorg, stevig ouderschap en aanpak kind naar gezonder gewicht (Keigezond).

De JGZ als verbinder en partner (midden in het netwerk)

- Samenwerken in de keten: met partners uit de geboorteketen, voorschoolse voorzieningen, onderwijs, buurtteams, wijkteams, jeugdhulp, curatieve gezondheidszorg, relevante partners en netwerken binnen het jeugd en sociaal domein. Het netwerk omvat ook organisaties zoals Veilig Thuis en het COA. Dit is zowel van belang voor het tijdig risico's signaleren als voor het kunnen bieden van goede en snelle zorg en ondersteuning.
- Versterking preventie-infrastructuur en gezonde generatie (Trendbreuk): Lokale en regionale coalities, basisstructuur Kansrijke Start, versterking interventie aanbod Kansrijke Start (0-2 jaar) en doorontwikkeling Trendbreuk aanpak en interventies voor oudere leeftijden.

De JGZ als adviseur (praktijkgericht) onderzoek en monitoring)

- Onderzoek, beleidsinformatie en advies: op basis van dataverzameling uit individuele contacten advisering over collectieve aanpak.
- De informatie wordt, naast overige databronnen, zowel gebruikt voor beleidsontwikkeling op lokaal (gemeenten en anderen zoals scholen) als ook landelijk niveau waar het gaat om inzet op gezondheid en preventie.

Daarnaast worden JGZ taken uitgevoerd die worden bekostigd door Rijk/derden. Denk hierbij aan o.a. hielprik screening, Rota vaccinatie, opvoedondersteuning, HPV-inhaalcampagne. Het gaat in totaal om een bedrag van 3 ton.

1.3 Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
(vroeg) Signalering en reguliere uitvoering en dienstverlening	A Reguliere bijdrage per jeugdige	19,9 mln.	JGZ voert voor alle kinderen systematische preventieve screenings uit gericht op de gezondheid en het welzijn van het kind. Hierbij wordt gekeken naar de fysieke, psychosociale, cognitieve ontwikkeling, de opvoedingscontext en de interactie (hechting) tussen kind en opvoeders.
Vaccineren	B P*Q	1,3 mln.	De uitvoering van het RVP bij zwangeren en kinderen van 0-18 jaar, gericht op de bescherming tegen 13 ernstige infectieziekten.
	B P*Q	2 ton	De uitvoering van de rijks gefinancierde vaccinaties zoals inhaalcampagnes, hielprikken etc.
Voorzorg	C Reguliere bijdrage per jeugdige	5 ton	<u>Voorzorg</u> is bewezen effectieve interventie. Het intensief huisbezoekprogramma richt zich op aanstaande moeders in een zeer kwetsbare situatie, die te maken hebben met een opeenstapeling van problemen.
Stevig Ouderschap	C Reguliere bijdrage per jeugdige	3,5 ton	<u>Stevig Ouderschap</u> is een bewezen effectieve interventie. Deze preventieve interventie biedt door middel van

				huisbezoeken extra ondersteuning aan gezinnen waar de omstandigheden zwaarder zijn dan gemiddeld.
MAZL	C	Project	Vanaf 2025 gestopt	MAZL is een effectieve methodiek voor de aanpak van ziekteverzuim bij scholieren. Schoolmedewerkers, jeugdartsen en leerplichtambtenaren hebben samen aandacht en zorg voor leerlingen met ziekteverzuim: de problematiek komt vroegtijdig in beeld, waardoor de leerling geholpen kan worden en het ziekteverzuim afneemt. Artikel 2.1 Jeugdwet
Prenataal huisbezoek	A	Reguliere bijdrage per jeugdige	3 ton	Met de wet 'Prenataal huisbezoek door de Jeugdgezondheidszorg' (PHB JGZ) zijn alle gemeenten vanaf 1 juli 2022 verplicht om een prenataal huisbezoek door de JGZ aan de zwangere en/of hun gezin in een kwetsbare situatie te bieden. Om het PHB JGZ effectief te laten zijn, is samenwerking van groot belang.
PGA	C	Bijdrage via GGD GHOR Nederland	9,5 ton	De GGD voert verschillende taken uit binnen de publieke gezondheidszorgtaken binnen de COA-opvanglocaties. Binnen de JGZ volgen de verpleegkundigen en artsen de groei en ontwikkeling van asielzoekerskinderen tot 18 jaar tijdens periodieke contactmomenten. Zo signaleren en voorkomen ze gezondheidsproblemen. Daarnaast voert de JGZ zoals bij alle kinderen in Nederland het Rijksvaccinatieprogramma uit. NB: naast JGZ worden ook andere taken in het kader van PGA door de GGD uitgevoerd. Zie: https://ggdghor.nl/onderwerp/publieke-gezondheid-asielzoekers/ .

1.4 Ontwikkelingen

In de recente onderzoeken, monitors, jeugdprofielen en dagdagelijkse praktijk zien we een aantal ontwikkelingen terugkomen die directe invloed hebben op de JGZ. Deze ontwikkelingen zijn hieronder genoemd en raken de uitvoering van de JGZ.

Dalende vaccinatiegraad

De dalende vaccinatiegraad is een wereldwijd, landelijk en lokaal probleem voor de volksgezondheid. Ook in onze regio daalt de vaccinatiegraad bij alle vaccinaties al enkele jaren. Het RIVM houdt dit bij en probeert dit te verklaren. Het lagere aantal vaccinaties kan slechts voor een klein deel verklaard worden uit het feit dat sommige jeugd de gegeven vaccinaties anoniem ontvangt. Dit gebeurt als de ouder geen toestemming geeft om hun gegevens met het RIVM te delen. JGZ is bezig om structureel inzicht te krijgen in verandering in vaccinatiedeelname. Naast geloofsovertuigingen, zijn ook groeiend wantrouwen in de overheid, groeiende desinformatie op social media, vergeten hoe verschrikkelijk de ziekten zijn waartegen we vaccineren en prikangst als redenen aangegeven. Deze inzichten en een veranderende maatschappij vragen om aanpassingen in de manier waarop we vaccineren. Er is door onderzoeken in samenwerking met Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Mosa (AWPG Mosa) kennis opgedaan hoe we kunnen bijdragen aan het verhogen van de vaccinatiegraad, en dit vraagt extra inspanningen (denk aan maatwerk). Hier is echter geen

(structureel) budget voor beschikbaar, waardoor deze doelgerichte interventies niet uitgevoerd kunnen worden.

Eigen netwerk van ouders en jeugdigen steeds meer onder druk

Onderzoek laat zien dat het informele netwerk van ouders de belangrijkste en de meest gewenste ondersteuning kan bieden bij vragen en stress. Dat eigen netwerk functioneert niet voor alle ouders optimaal, juist in situaties waar er vragen of problemen zijn. Het versterken van dit eigen netwerk werkt dus zowel preventief om problemen te voorkomen alsook om te helpen in het oplossen van de problemen. Om dat netwerk te versterken zet de JGZ steeds meer in op groepsgericht aanbod (centering). Hierdoor leren (jonge) ouders op een laagdrempelige manier andere gezinnen kennen die zich in eenzelfde levensfase bevinden.

Zorgelijke spraak-taal ontwikkeling

Binnen de reguliere dienstverlening vervult de JGZ een belangrijke rol in het vroegtijdig signaleren van risico's op spraak- en taalontwikkeling, en waar nodig in het doorverwijzen naar voor- en vroegschoolse educatie (VVE)-partners. De inzet van VVE kan verschillende redenen hebben. Enerzijds op vroege leeftijd (rond de 12 maanden) wanneer er door criteria langs de gezinssituatie te leggen een risico op onderwijsachterstand wordt vastgesteld (preventief). Anderzijds wanneer er al sprake van een taalachterstand is. VVE kan dan (onderdeel van) een passend aanbod zijn in overleg met ouders en/of gemeentelijk team. De praktijk laat zien dat er steeds meer zorgen zijn rondom de spraak- en taalontwikkeling en dat meer inzet echt vereist is. Kinderen met spraaktaalproblemen vertonen vaker sociale, emotionele, of gedragsproblemen. Denk bijvoorbeeld aan kinderen met een taalachterstand die begrijpen niet wat ze lezen en kunnen niet volgen wat de leraar vertelt, hierdoor stapelen de problemen zich in de klas snel op.

Zorgen rondom problematisch alcohol- en middelengebruik

Vroeg beginnen met preventie is noodzakelijk zo blijkt uit de cijfers over de leefstijl en gezondheid van jongeren. Zo zijn er nog steeds veel jongeren die op jonge leeftijd beginnen met alcohol drinken, drugs gebruiken of roken.

Verslechterde mentale gezondheid, specifiek eenzaamheid, suïcidale gedachten onder jongeren, toename schoolverzuim

Waar de nadruk vroeger misschien vooral lag op het terugdringen van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht, is er momenteel nog een ander specifiek aandachtspunt bij gekomen. Ook de geestelijke gezondheid vraagt onze aandacht. De recent gepubliceerde cijfers van de mentale gezondheid van de Zuid-Limburgse jeugd baren zorgen, evenals de suïcidale gedachten. Met de wachtlijsten in de ggz is dit een complex probleem, waar nu gelukkig vanuit alle kanten (o.a. via IZA en GALA) aan gewerkt wordt. Een duurzame oplossing is niet voor handen en vraagt om aandacht en maatwerk. Het is evident wat de consequenties zijn op langere termijn als hier onvoldoende in wordt geïnvesteerd in de voorkant.

Zorgen over hechting (ouder-kind relatie)

In een aantal gemeenten in Zuid-Limburg heeft JGZ door gespecialiseerde medewerkers onderzoek gedaan naar hechting, dit is een belangrijk en urgent probleem. Als dit niet adequaat opgepakt wordt dan is inzet van duurdere en gespecialiseerde jeugd- of GGZ hulp nodig. JGZ begeleiding kan middels een vroegtijdige – en laagdrempelige – ondersteuning/begeleiding voldoende zijn om een positieve ontwikkeling van het kind binnen een relationeel kader te bevorderen. De kwaliteit van de ouder-kindrelatie beschermt het kind tegen moeilijkheden in het leven en het ontwikkelen van psychopathologie. Hierbij moet gedacht worden aan positieve effecten op sociale vaardigheden, onderwijsniveau, arbeidsparticipatie en fysieke en mentale gezondheid. Dan hoeft slechts 1 van de 3 gesignaleerde kinderen doorverwezen te worden naar het sociaal domein, aangezien de JGZ dit zelf kan oppakken. Deze werkwijze zouden we graag in alle 16 gemeenten doorvoeren, maar hier is op dit moment geen budget voor beschikbaar.

Hervormingsagenda jeugd

Een preventieve aanpak – en stevig fundament – dat bijdraagt aan het betaalbaar houden van de zorg en handvatten biedt bij de vraagstukken van de huidige tijd, dit vormt ook onderdeel van de hervormingsagenda. De jeugdwet maakt het voor gemeenten mogelijk meer verbinding te zoeken tussen de (preventief werkende) JGZ en de Jeugdzorg. In plaats van inzetten op behandeling door jeugdzorg, is inzetten op preventie en eigen kracht van de jeugdige en zijn/haar omgeving een goedkopere optie. Dit vraagt tijd en expertise van de JGZ.

Doorontwikkeling Trendbreuk

JGZ levert, naast haar reguliere preventie inzet, een belangrijke bijdrage aan het keren van de ongezonde trend in Zuid-Limburg bij het inlopen van gezondheidsachterstanden. Primair de doelstelling van het programma Trendbreuk.

- Babyfase (Kansrijke Start): Prenataal huisbezoek; Stevig ouderschap; Voorzorg; Basisstructuur Kansrijke start, met JGZ coördinatoren die medisch en sociaal domein verbinden en Lokale en regionale coalities Kansrijke Start
- Adolescenten (Voortgezet Onderwijs)

Daarnaast wordt er ook over de leeftijdsfasen heen inzet geleverd middels onder andere: ouder-kind relatie (hechting); psychisch welzijn; (borst)voeding; zindelijkheid; kinderwens; spraak-taal ontwikkeling, VVE indicering, opvoedondersteuning en mondgezondheid.

Alles is erop gericht om de interventies en activiteiten die blijken te werken duurzaam in het aanbod van JGZ te borgen. Veel van deze projecten en activiteiten worden betaald uit incidentele projecten (GALA middelen, subsidies) en staan onder druk door de Rijks- en projectbezuinigingen vanuit Den Haag.

1.5 Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

De JGZ voert verschillende soorten taken uit vanuit verschillende rollen. Er wordt steeds, in dialoog tussen professional en gezin gezocht naar passend aanbod dat aansluit bij de mate van kwetsbaarheid van

kinderen en gezinnen. Hierbij zijn 3 elementen van belang: frequentie van contact; vorm van contact en wie het contact uitvoert. Dit wordt steeds op de individuele situatie gefinetuned. Hiermee kan er tijd en ruimte vrijkomen bij de een die extra ingezet kan worden bij de ander.

JGZ levert middels haar preventieve inzet een directe bijdrage aan het ondersteunen van jeugdigen en hun systeem. Hiermee worden problemen vroegtijdig gesignaleerd en kan – indien de JGZ dit zelf niet kan oppakken- doorverwezen worden naar passende ondersteuning. Mensen worden hierdoor snel geholpen en maatschappelijk leed wordt voorkomen. Ook zorgt dit ervoor dat voorkomen wordt dat er een beroep wordt gedaan op zwaardere en mogelijk duurdere jeugdzorg.

Om de Trendbreuk aanpak door te zetten en de trend duurzaam te breken en is inzet van de JGZ essentieel in de kwetsbare fasen van burgers. Initiatieven als Stevig Ouderschap of Voorzorg hebben nu maatschappelijke en financiële meerwaarde voor de gezinnen bewezen (zie ook actiepunten 3&4).

De JGZ uitvoeringspraktijk is zeer krap afgesteld en hier is geen mogelijkheid om met minder middelen, passende zorg te kunnen leveren. Daarnaast heeft de JGZ onlangs een structurele bezuiniging van 5 ton gerealiseerd. Om de genoemde ontwikkelingen te kunnen tackelen is eigenlijk meer geld, inzet en effort nodig.

2. Programma Veilig Thuis

2.1 Wat houdt het programma in?

Veilig Thuis (VT) staat voor een veilige omgeving voor iedereen. Doelstelling van Veilig Thuis is om in samenwerking met ketenpartners te komen tot een effectieve aanpak die aantoonbaar leidt tot het voorkomen c.q. stoppen van acuut geweld, het realiseren van duurzaam herstel van veiligheid en het bevorderen van ontwikkelkansen van mensen die betrokken zijn bij Geweld in Afhankelijkheidsrelaties (GIA).

Dit onderdeel van de GGDZL is herkenbaar en inzetbaar op lokaal niveau en ondersteunend aan de lokale zorgstructuur. De professionals in het lokale veld maken gebruik van de expertise van Veilig Thuis ten behoeve van de inschatting van veiligheidsrisico's en kunnen desgevraagd op deskundig advies rekenen. De specialistische kennis en kunde van Veilig Thuis wordt laagdrempelig ter beschikking gesteld aan professionals in het lokale veld.

De 'systeemwereld' rond Veilig Thuis is volop in beweging en hier acteert VT proactief in. Op landelijk niveau wordt gekeken naar een mogelijk nieuwe inrichting voor de Nederlandse jeugd- en gezinsbescherming. Ook is er een landelijk gesprek gaande of Veilig Thuis een actieve rol krijgt bij het tijdelijk huisverbod, wat zal leiden tot uitbreiding van de werkzaamheden. In Limburg wordt momenteel de "Aanpak Voorkoming Escalatie" (AVE) bij huishoudens met oplopende problematiek door gemeenten verder ontwikkeld en vervolgens geïmplementeerd. Onderdeel hiervan is de inzet om de cirkel van geweld te doorbreken.

2.2 Wat is het wettelijke kader?

De wettelijke basis van Veilig Thuis bevindt zich in de Wmo. Hiermee is VT een 'echte B-taak'. In het land is te zien dat er per regio verschillende constructies mogelijk zijn. In meerdere regio's valt Veilig Thuis onder de GGD. Maar bijvoorbeeld in Limburg Noord en Midden is het een onderdeel van Bureau Jeugdzorg.

Wat staat er in de Wmo over Veilig Thuis?

Advies: het geven van advies en zo nodig het bieden van ondersteuning aan ieder die in verband met een vermoeden van huiselijk geweld of kindermishandeling om dit advies vraagt.

Meldingen in ontvangst nemen: het fungeren als meldpunt voor gevallen of vermoedens van huiselijk geweld of kindermishandeling.

Het beoordelen van de vraag of en zo ja tot welke stappen de melding van huiselijk geweld of kindermishandeling of een vermoeden daarvan aanleiding geeft (risicotaxatie).

Het in kennis stellen van een instantie die passende professionele hulp kan verlenen bij huiselijk geweld of kindermishandeling, van een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling of een vermoeden daarvan, indien het belang van de betrokkene dan wel de ernst van de situatie waarop de melding betrekking heeft daartoe aanleiding geeft.

Onderzoeken: het naar aanleiding van een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling of een vermoeden daarvan, onderzoeken of daarvan daadwerkelijk sprake is;

Het in kennis stellen van de politie of de raad voor de kindbescherming van een melding van huiselijk geweld of kindermishandeling of een vermoeden daarvan, indien het belang van de betrokkene dan wel de ernst van de situatie waarop de melding betrekking heeft daartoe aanleiding geeft.

Tijdelijk huisverbod: Veilig Thuis kan in overleg treden met de politie of de hulpofficier van justitie voor overleg over de mogelijkheden van het opleggen van een tijdelijk huisverbod of het (deels) uitvoeren hiervan.

Terug naar de melder: het op de hoogte stellen van degene die de melding heeft gedaan, van de stappen die naar aanleiding van de melding zijn genomen

2.3 Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
VT	B Parameters gemeente fonds	7,5 mln.	bijdrage gemeenten voor uitvoering VT.
	B Bijdrage centrumgemeenten	1,3 mln.	Centrum bijdrage
Handle with Care	C Centrum bijdrage	25.000	<u>Handle with Care</u> is een werkwijze om kinderen die thuis geweld meemaken waarbij de politie over de vloer kwam, de eerstvolgende schooldag steun te bieden op school.

2.4 Ontwikkelingen

Een structurele toename van de instroom (en ernst) van meldingen

Het aantal meldingen neemt vanaf 2022 fors toe, met respectievelijk een toename van 8%, 6% en 5%. Mogelijk komt dit doordat Veilig Thuis beter gevonden wordt, maar de meeste meldingen krijgen we via de politie (80%). Deze toename levert een hoge werkdruk op en een wachtlijst met risico's voor alle betrokkenen. Daarnaast wordt gesignaleerd dat de complexiteit in de casuïstiek en in het zorg- en veiligheidsnetwerk toeneemt.

Mogelijk rol van VT bij tijdelijke huisverboden

Momenteel zijn er verkennende gesprekken gaande over de actievare rol van VT bij het tijdelijke huisverbod (THV), dit ligt nu bij de politie, de Burgemeester en de Zorg- en Veiligheidshuizen. Een verandering zal extra formatie vragen van VT.

Onvoldoende mensen kunnen het werk doen

Het almaar toenemende werk inclusief de ernst; mentale belasting en complexiteit ervan, vraagt steeds meer formatie. Dit terwijl er sprake is van krapte op de arbeidsmarkt, waardoor vacatures moeilijk in te vullen zijn. Verder is er sprake van een inwerktraject van 1 jaar voor een nieuwe medewerker bij Veilig Thuis, hetgeen snel extra capaciteit bijzetten beperkt.

Onduidelijkheid over gevolgen landelijk toekomstscenario kind- en gezinsbescherming

Landelijk is geconcludeerd in het [toekomstscenario](#) dat de manier waarop de hulp en bescherming van kinderen en volwassenen in (mogelijk) onveilige thuissituaties, nu geregeld is, knelt. Dit is nader onderzocht en in 2021 is het toekomstscenario aangeboden aan de Tweede Kamer. Hierin staan twee doelen centraal: integraal systeem- en mensgericht werken en stelsel- en structuurveranderingen. De twee doelstellingen moeten uiterlijk in 2030, of eerder zijn gerealiseerd. Het toekomstscenario betekent dus een grote innovatie en verandering waarbij wordt overgestapt van een kind- naar een gezins-/systeemgerichte benadering en het gehele stelsel gaat op de schop. Dit heeft ook (grote) gevolgen voor het werk en de aansturing van Veilig Thuis. Immers: een stelselwijziging én nieuwe manier van werken vraagt om tijd, aandacht en zorgvuldigheid.

Inspectierapport Gezondheid en Jeugd

De [Inspectie Gezondheidszorg](#) en Jeugd heeft in juni 2024 bij alle 25 Veilig Thuisorganisaties informatie opgevraagd over hoeveel wachtenden er zijn en hoelang zij moeten wachten. Hieruit blijkt dat het de Veilig Thuis-organisaties nog steeds nauwelijks lukt om de taken waar wettelijke termijnen voor zijn vastgesteld tijdig uit te voeren. Hierdoor is sprake van aanhoudende onveiligheid tijdens het wachten op Veilig Thuis. Veilig Thuis Zuid Limburg was echter al voor het rapport van de Inspectie verscheen bezig met een plan van aanpak om de wachtlijst terug te dringen.

AVE aanpak en uitvoering Beleidsnota GIA vragen aandacht.

De uitvoering van de recent ondertekende Regiovisie GIA is gericht op verdere verbinding, samenwerking tussen alle ketenpartners om nog efficiënter en effectiever GIA te voorkomen en stoppen. Deelname hieraan vanuit Veilig Thuis zal (tijdelijk) extra capaciteit vragen. Wil de spiraal van geweld duurzaam doorbroken worden, dan is een beweging naar de voorkant essentieel: voorkomen dat het uit de hand loopt, interventies kunnen plegen om escalatie te voorkomen en meer oog en aandacht voor geweld in afhankelijkheidsrelaties. De afgelopen jaren is dit stevig op de agenda gekomen: in de dagelijkse praktijk betekent dit echter een dubbele inzet: het uitvoeren van de wettelijke taken én het werken aan het verbeteren van het systeem. Daarmee is het helder dat op fte's niet bezuinigd kan worden.

2.5 Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

Momenteel staat de dienstverlening stevig onder druk door het toenemend aantal meldingen. Er is al een aantal jaren sprake van dienstverlening met een gelijkblijvend budget, waardoor er een wachtlijst met risico's ontstaat. Verder is er sprake van toenemende complexiteit in de casuïstiek. Momenteel wordt er alles op alles gezet om de wachtlijst in de lopen en continu te blijven scannen op risico's.

Financiën zijn belangrijk, echter ook de personele krapte en meebewegen met alle (stelsel)veranderingen zorgen ervoor dat dat dienstverlening en uitvoering onder druk staan. Sterker nog: zoals ook in het inspectierapport is aangegeven lukt het nu nauwelijks om de taken waar wettelijke termijnen voor zijn vastgesteld tijdig uit te voeren. Het Inspectierapport zorgt ook dat de toezichthouder en media alert zijn op dit onderwerp.

Het bezuinigen op dit organisatieonderdeel zal leiden tot onverantwoorde risico's bij de wachtlijsten, nog hogere werkdruk bij personeel en ernstige gevolgen voor de veiligheid.

3. Programma GGD

3.1 Wat houdt het programma in?

Het onderdeel GGD is divers samengesteld en heeft haar oorsprong in alle drie de genoemde wetten en kent verschillende soorten taken. De inhoudelijke koers is uitgewerkt in het [Meerjarenbeleidsplan 2024-2027](#): "GGD Zuid-Limburg werkt aan gezond en actief leven".

3.2 Wat is het wettelijke kader?

De Wet publieke gezondheid regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. De meldingsplichtige ziekten zijn verdeeld over de groepen A1, A2, B1, B2 en C. Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin dwingende maatregelen opgelegd kunnen worden om de bevolking te beschermen. Ook is in de Wpg opgenomen dat het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking moet gebeuren evenals het elke vier jaar opleveren van een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid. Daarnaast moet er landelijk gelijkvormige, gegevens verzameld en geanalyseerd worden over de gezondheidssituatie en moet er bijgedragen worden aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering. Ook het bevorderen van medisch milieukundige zorg, technische hygiënezorg, psychosociale hulp bij rampen valt onder de Wpg.

3.3 Infectieziekten, Tuberculosebestrijding en vaccineren

3.3 a. Infectieziektebestrijding (IZB)

De COVID-19 pandemie heeft laten zien dat een infectieziekte grote impact kan hebben op individuele gezondheid, de publieke gezondheid én op de maatschappij. De GGDZL heeft een centrale rol in de preventie van infectieziekten en in de bestrijding hiervan. Infectieziekten zijn ziekten die worden veroorzaakt door bacteriën, virussen, parasieten of schimmels. De GGD heeft met name een rol bij die infectieziekten die vanwege hun verspreidingskans een risico vormen voor de volksgezondheid. Bij IZB is een 24/7 aanwezigheid vereist. De middelen voor de Landelijke Functie Opschaling Infectieziektebestrijding (LFI) zouden voor 2024-2025 en 2026 ter beschikking gesteld worden om ook daadwerkelijk pandemisch paraat te kunnen staan, de landelijke bezuinigingen maken dit lastig. We moeten ons ervan bewust zijn dat als er een nieuwe infectieziekte uitbraak aankomt, het is namelijk niet de vraag of hij komt maar wanneer. IZB kent een diverse financiering: een algemene bijdrage vanuit gemeenten, individuele bijdragen van gemeenten, Rijksfinanciering en projectfinanciering.

3.3 b. Tuberculosebestrijding

Tuberculose is een besmettelijke ziekte. Behandeling van de ziekte én het beperken van verspreiding zijn strikt noodzakelijk. De behandeling van tuberculose is tijdsintensief en daarmee kostbaar. In Zuid-Limburg komt tuberculose relatief vaak voor. De bestrijding van tuberculose is vaak complex. Bij steeds meer patiënten is sprake van multiproblematiek, hetgeen veel afstemming met andere zorgprofessionals vraagt. Ook

is sprake van meer resistentie tegen de huidige medicatie voor tuberculose. De behandeling wordt daardoor moeilijker. Patiënten met een niet-westerse achtergrond zijn bovendien slechter bereikbaar en hebben vaak een taalbarrière. De TBC financiering is tweeledig: gemeentelijk en overige bijdrage.

3.3 c. Vaccineren

Dit onderdeel wordt samen met de JGZ uitgevoerd, het liefst zo dichtbij de burgen als mogelijk is. Het deel van de kinderen dat is gevaccineerd binnen het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) lijkt al een aantal jaren op rij te dalen. De GGDZL maakt zich, net als het RIVM, zorgen om deze daling. Een hoge vaccinatiegraad is belangrijk om mensen tegen ernstige ziekten te kunnen blijven beschermen en om uitbraken van deze ziektes te voorkomen. Momenteel wordt middels praktijkonderzoek gekeken hoe de vaccinatiegraad verhoogd kan worden. Dit kan leiden tot een andere manier van werken, waar momenteel nog geen financiële ruimte voor is. Ook wordt er gewerkt aan een Vaccinatie Expertise Centrum (VEC). Dit kan de centrale plek zijn voor burger, professional en partners in de regio op het gebied van informatie, advies en uitvoering van vaccineren. Binnen een VEC zou ook de reizigersvaccinatie geplaatst kunnen worden. Ten slotte is, en blijft er aandacht voor COVID. Dit onderdeel kent een versnipperde financiering: een algemene bijdrage van het Rijk en projectfinanciering. Al deze financieringsstromen staan sterk onder druk en zorgen voor directe gezondheidsrisico's.

3.3 d. Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting	
24-uurs IZB	A	Bijdrage per inwoner. Basispakket van de deelnemende gemeenten	1,6 mln.	De Wpg schrijft voor dat artsen en medisch microbiologische laboratoria en hoofden van instellingen onderstaande infectieziekten moeten melden aan de GGD. De meldingsplichtige ziekten zijn verdeeld over de groepen A1, A2, B1, B2 en C. Afhankelijk van de indeling moeten ziekten direct, binnen 24 uur of binnen een werkdag worden gemeld.
	B	P*Q	62.000	De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet toe op de kwaliteit en veiligheid van de infectieziektenbestrijding als toezichthouder. De inspectie onderzoekt de kwaliteit op basis van de WPG.
	C	Divers	250.000	Projectgelden
TBC	A	Bijdrage per inwoner. Basispakket van de deelnemende gemeenten	8 ton	Tot het taakgebied behoren: <ol style="list-style-type: none"> 1. Opsporen van tuberculose-infectie door het screenen van risicogroepen en door bron- en contactonderzoek. 2. Voorlichten, begeleiden en monitoren van tuberculose- patiënten en recent besmette patiënten. 3. Surveillance, onderzoek en monitoring. 4. Preventie bij risicogroepen. 5. Informeren en adviseren over tuberculose aan individuen en groepen.

				Wet publieke gezondheid, artikel 2 , lid 2 onder c en artikel 6 , lid 1, onder b en c.
	C	Divers	2,5 ton	Projectgelden
VIPP	C	SPUK	3,2 mln.	VIPP richt zich op het voldoende toerusten van GGD'en om hun rol in de IZB kwalitatief goed uit te voeren, en goed voorbereid te zijn op een mogelijke lauwe en warme fase bij een infectieziekte-uitbraak met (potentieel) landelijke impact.
COVID	C	SPUK	2,3 mln.	Voor de financiering COVID-19-vaccinatie activiteiten wordt aan de 25 landelijke GGD'en een SPUK. Artikel 14 van de Wet publieke gezondheid beschrijft dit.

3.3 e. Ontwikkelingen

- Er is sprake van een toename van bestaande infectieziekten en opkomst van nieuwe infectieziekten door onder meer nieuwkomers, globalisatie, klimaatverandering.
- Toename antivaccinatie bewegingen en toename hoeveelheid onbetrouwbare informatie.
- Dalende vaccinatiegraad (RVP en 18+).
- Verlies van vertrouwen in overheid en gezondheidszorg (door desinformatie).
- Binnen dit onderdeel van de GGD is sprake van een driedubbele bezuiniging. Rijksmiddelen ter versterking van de infectieziektebestrijding/PP worden afgebouwd richting 2029. Extra middelen die sinds 2020 zijn ingezet worden stopgezet.
- We moeten ons ervan bewust zijn dát als er een nieuwe infectieziekte uitbraak aankomt, het is niet de vraag of hij komt maar wanneer.

3.3 f. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

- Directe gezondheidsrisico's: minder inzet en/of financiering voor dit taakveld leidt tot een directe toename van bestaande infectieziekten en opkomst nieuwe infectieziekten.
- Onderzoek laat zien dat vaccineren op maat een directe bijdrage levert aan het verhogen van de vaccinatiegraad: dichtbij de burger, fijnmazig in de wijk en met oog en aandacht voor pijn en/of angst. Dit vraagt echter om extra inzet en een andere manier van werken en past niet zomaar in de reguliere financiering. Als er geen aanvullende middelen beschikbaar komen, is dit ook zeer beperkt mogelijk.
- 24uurs infectieziektebestrijding is een verplichting voor gemeenten volgens de Wet publieke gezondheid. Gemeenten moeten zorgen voor een juiste organisatie en coördinatie van de IZB, inclusief 24uurs beschikbaarheid van de GGD hierbij. Hieronder valt surveillance, signalering, en bestrijding van infectieziekten. Als de financiële basis onder deze taak wegvalt, of deels wegvalt kan niet meer voldaan worden aan de 24-uurs IZB verplichting voor gemeenten met verstrekkende gevolgen.

3.4 Seksuele gezondheid

3.4 a. Nu Niet Zwanger (NNZ)

Dit landelijk project dat door vrijwel alle GGD-en wordt uitgevoerd en is gericht om het gesprek over kinderwens te voeren met mensen die (tijdelijk) in een kwetsbare situatie zitten. De kern van NNZ is eenvoudig:

praat met mensen over de kindervens en of dit nu speelt. Hierdoor kan iemand geholpen worden om een weloverwogen keuze maken of ze nu, wel of geen zwangerschap wil laten ontstaan. Door dit te bespreken en ondersteuning te bieden worden onbedoelde zwangerschappen voorkomen. NNZ maakt onderdeel uit van het basispakket en daarmee van de basisfinanciering van de GGDZL. Vanuit de tijdelijke GALA middelen wordt ook een deel gefinancierd.

3.4 b. Centrum Seksuele Gezondheid (CSG)

Jongeren tot 25 jaar, maar ook andere risicogroepen, kunnen bij het Centrum voor Seksuele Gezondheid terecht voor een soa-test en met hun vragen over seksualiteit. Via de landelijke Sense-website kunnen jongeren bovendien gebruik maken van digitale hulpverlening. Daarnaast wordt via Outreach activiteiten op onder meer scholen en festivals preventief gewerkt aan het voorkomen van soa's. Daarnaast richt het CSG zich op adequate seksuele vorming van jongeren door het geven van docententraining op scholen/ voorlichting tijdens ouderavonden/ verzorgen voorlichtingsmaterialen voor scholen.

Naast de soa-zorg die op de drie polilocaties (Heerlen, Sittard en Maastricht) geboden wordt, gaan verpleegkundigen naar scholen, jongerenhulpverleningsorganisaties, AZC's, sauna's en seksclubs om voorlichting/informatie en soa-testen of Hepatitis-B-vaccinaties aan te bieden. Het CSG wordt grotendeels bekostigd uit een aanvullende landelijk subsidieregeling (ASG). De preventie- en voorlichtingsactiviteiten worden gefinancierd door de regionale gemeenten en SASG/Spuk.

3.4 c. Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak		Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
Nu Niet Zwanger	C	Bijdrage per inwoner. Basispakket van de deelnemende gemeenten	3 ton	Het programma Nu Niet Zwanger (NNZ) heeft als doel mensen in kwetsbare omstandigheden bewust na te laten denken over hun kindervens, seksualiteit en anticonceptie. Het programma traint aandacht functionarissen van zorg- en welzijnsorganisaties in de NNZ-methodiek.
ASG	A	Bijdrage per inwoner. Basispakket van de deelnemende gemeenten	7 ton	Subsidie voor de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG). Vanuit deze regeling kunnen risicogroepen zich bij de GGD melden voor gratis en, indien gewenst, anonieme - aanvullende seksuele gezondheidszorg.
	A	SPUK	2,2 mln.	Rijkfinanciering van Ministie VWS
	C	Divers	3 ton	Projectgelden
PrEP	C	Algemene reserve	25.000	AB besluit van 28.11.2024: Bestemmingsreserve preventie te belasten met de kosten samenhangen met het vergoeden van de 1-jarige pilot van de PrEp-medicatie.

3.4 d. Ontwikkelingen

Zorgen over seksuele gezondheid van Zuid-Limburgse jongeren.

Uit de recent [gepubliceerde factsheet](#) blijkt onder meer dat het condoom- en pil gebruik onder jongeren sterk afneemt en er meer seksuele grensoverschrijding wordt ervaren.

Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg staat onder druk

Naast de beschikbare zorg vanuit de Wpg en curatieve zorg is er aanvullende seksuele gezondheidszorg. Hiervoor is gekozen omdat risicogroepen een drempel kunnen ervaren om naar de huisarts te gaan. Vanuit de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG) krijgen hoogerisicogroepen gratis, en eventueel anoniem, soa-zorg en krijgen jongeren tot 25 jaar hulp via de CSG's van de GGD. De ASG-regeling is dus aanvullend op zowel curatieve zorg als collectieve preventie. Het ministerie van VWS financiert de CSG's vanaf 2023 via een specifieke uitkering (SPUK). Wanneer hier een korting wordt gehanteerd en/of deze middelen niet meer rechtstreeks naar de GGD overgemaakt worden maar naar alle individuele gemeenten en dan zorgt dit voor administratieve druk/onzekerheden.

Meer financiële vragen aan gemeenten en GGD-en

Een recent voorbeeld hiervan is de PrEP medicatie. Sinds 2019 ontving de GGDZL financiële middelen van het Ministerie van VWS om naast de hulpverlening ook de PrEP medicatie te kunnen verstrekken aan een kwetsbare groep mannen die seks heeft met mannen (MSM) en transgender personen. Deze HIV PrEP-pilot is gestopt per 1 augustus 2024. In Zuid-Limburg is afgesproken dat dit in pilot vorm in 2025 via de algemene reserve van de GGD gefinancierd zal worden. Gedachte is dat dit geen overheidstaak is, maar een taak voor de zorgverzekeraars. Het is echter de vraag hoe dit in 2026 zal zijn.

3.4 e. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

De GGDZL ziet de meeste risicogroepen en biedt laagdrempelige hulpverlening aan. Waar het kan worden mensen naar de reguliere hulpverlening verwezen en/of moet er zelf betaald worden voor de inzet. Het verhogen van deze drempel (op welke manier dan ook: frequente contact beperken, eigen bijdrage vragen locaties, centreren etc.) zal direct leiden tot het afhaken van een deel van deze kwetsbare groep. Hiermee neemt het risico op soa's en andere kwetsbaarheden direct toe, wat leidt tot meer hulpvragen en hogere zorgkosten. Vanuit preventie-oogpunt zou juist flink geïnvesteerd moeten worden in laagdrempelige informatie en ondersteuning van risicogroepen.

3.5 Hygiëne en Inspectie (H&I)

3.5 a. Hygiëne en Inspectie

De Wet Kinderopvang en de Wet Innovatie en Kwaliteit Kinderopvang (IKK) regelen dat alle kindercentra minimaal jaarlijks door de GGD gecontroleerd moeten worden. Ook het toezicht op de gastouderopvang ligt bij de GGD. De inspecteurs van Hygiëne en Inspectie bezoeken naast deze kinderopvangcentra en gastouders ook schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's, seksinrichtingen, kinderboerderijen, dak- en thuislozenopvang en asielzoekerscentra (PGA). Ook advisering bij publieksevenementen en het toezicht Wmo maken deel uit van het takenpakket. De inspecties bij tattoo- en piercingstudio's, seksinrichtingen en asielzoekerscentra hebben ook andere wettelijke gronden en worden niet door gemeenten gefinancierd.

In het kader van de Wmo houdt de GGDZL toezicht na calamiteiten. Dit is calamiteiten toezicht en gebeurt naar aanleiding van calamiteiten die gemeld zijn door de zorgaanbieder. Na afronding ontvangen de zorgaanbieder en de gemeente hiervan een verslag en advies

3.5 b. Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
Hygiëne en Inspectie	A P*Q Basispakket van de deelnemende gemeenten	900.000	De Wet Kinderopvang en de Wet Innovatie en Kwaliteit Kinderopvang (IKK) schrijven voor dat minimaal 1 keer per jaar alle kindercentra door de GGD gecontroleerd worden. Ook het toezicht op de gastouderopvang ligt bij de GGD. De inspecteurs bezoeken ook schoonheidssalons, tattoo- en piercingstudio's, seksinrichtingen, kinderboerderijen, dak- en thuislozenopvang en asielzoekerscentra.
Toezicht Wmo	B Bijdrage per inwoner. Basispakket van de deelnemende gemeenten	130.000	De Wmo schrijft voor dat gemeenten verantwoordelijk voor de kwaliteit van de uitvoering van de Wmo en het toezicht daarop. Bij calamiteiten schakelt de Wmo aanbieder de GGDZL in om onderzoek te doen.

3.5 c. Ontwikkelingen

Er vindt een verschuiving naar de 'voorkant' plaats bij het toezicht bij de kinderopvang. Hierdoor is het mogelijk geworden om gericht en effectiever te controleren. Ook is de methode 'herstelaanbod' gebruikt. Dit is het aanbod van de toezichthouder om binnen de tijd van het opstellen van het concept-inspectierapport een geconstateerde overtreding te herstellen. Dit werkt positief, er was/is minder handhaving nodig.

Het is opmerkelijk dat er relatief weinig calamiteiten Wmo gemeld worden bij de GGDZL. Ook valt op dat slechts door een kleine groep zorgaanbieders gemeld wordt.

3.6 d. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

Beide zijn wettelijke taken vanuit Wpg en Wmo. Als dit wordt afgebouwd dan wordt niet meer voldaan aan de wettelijke verplichting rondom toezicht. Daarnaast leidt het niet- of onvoldoende uitvoeren van onderzoeken bij Wmo calamiteiten tot risico's in de uitvoering van de Wmo en het bieden van passende ondersteuning aan mensen die dit nodig hebben.

3.7 Medische Milieukunde (MMK) en gezonde leefomgeving

3.7 a. Medische Milieukunde

De specialisten op het gebied van Medische Milieukunde (MMK) proberen te voorkomen dat mensen ziek worden door invloeden uit de omgeving. Bij kwetsbare burgers met specifieke gezondheidsklachten kunnen ze meedenken in het vinden van oorzaken en oplossingen voor klachten. Zij adviseren gemeenten, scholen,

woningbouwverenigingen en burgers over mogelijke gezondheidsrisico's als gevolg van milieufactoren. MMK denkt ook mee bij nieuwe ontwikkelingen zoals hitte stress of de locatie van een school. Ook wordt er geadviseerd maatregelen bij risico's voor de gezondheid als er gevaarlijke stoffen vrij (kunnen) komen.

3.7 b. Gezonde leefomgeving

De GGDZL zet haar expertise in om bij te dragen aan een gezonde, groene en veilige leefomgeving en ondersteunt het gemeenten bij het realiseren daarvan. Gezonde leefomgeving is ook een thema in het Regio-plan Zuid-Limburg. Dit onderwerp staat steeds hoger op de maatschappelijke agenda komt terug in het nieuwe gemeentelijke gezondheidsbeleid (2025-2030). Momenteel wordt dit grotendeels gefinancierd door tijdelijke GALA-middelen.

3.7 c. Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
MMK	B Bijdrage per inwoner	620.000	Medische milieukunde (MMK) is een specialisme dat zich bezighoudt met de interactie tussen milieufactoren en gezondheid.
	C Per advies-aanvraag	75.000	Daarnaast worden taken uitgevoerd voor een enkele gemeente. Dit betreft extra inzet van een MMK adviseur en advisering in het kader van de leefomgeving en Omgevingswet.

3.7 d. Ontwikkelingen

Dit onderwerp staat steeds hoger op de maatschappelijke agenda en komt terug in het nieuwe gemeentelijke gezondheidsbeleid (2025-2030). Momenteel wordt dit grotendeels gefinancierd door tijdelijke GALA-middelen. Ook in de omgevingswet heeft gezondheid een prominente plek gekregen. Hier kunnen gemeenten eigen gezondheidsambities vastleggen en uitwerken. Een groene en beweegvriendelijke omgeving kan goed zijn voor de gezondheid. MMK kan meedenken over hoe de gezondheid van met name kwetsbare bewoners wordt meegewogen.

De vergrijzing en de wens om langer thuis te blijven wonen, hebben invloed op de voorraad en inrichting van woningen. Als woningen toegankelijk zijn voor alle levensfasen, met minimale fysieke inspanning en een lage kans op ongevallen stelt dat ouderen en mensen met een beperking instaat om hier prettiger en langer te wonen. Dit kan de zelfredzaamheid in het dagelijks leven bevorderen. Mensen die de mogelijkheid krijgen om goed om te kunnen gaan met gezondheidsproblemen, blijven actief deelnemen aan de samenleving.

Er zijn nog vele kansen die verzilverd kunnen worden op dit werkterrein waar het gaat over de beweging naar de voorkant en preventie. Nog te vaak wordt MMK betrokken als de plannen "af" zijn en er sprake is van een onwenselijke situatie (overlast door geluid of geur bijvoorbeeld). Als de expertise van de GGDZL aan de voorkant geraadpleegd zou worden dan is er meer oog voor een duurzame gezonde leefomgeving.

3.7 e. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

Dan wordt er niet voldaan aan de Wpg en de noodzakelijke adviesvraag van uit de Omgevingswet. Bovendien hebben vele burgers, overheden en maatschappelijke organisaties geen plek meer waar ze terecht kunnen voor specialistisch advies en er samen onderzoek gedaan wordt en gezocht naar een oplossing. In het maatschappelijke debat is er steeds meer ruimte voor het belang van een gezonde leefomgeving en het realiseren hiervan. Ook waar het gaat over de grote woningbouwopgave die landelijk geformuleerd is, in combinatie tot de grote zorgen over de 'staat van de gezondheid', is het inrichten van een leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeting essentieel. Doordat vaker (om)gebouwd wordt naast wegen, industrie of andere potentiële overlastgevers, is het aan de voorkant goed nadenken over MMK zaken essentieel. Onderzoek in de regio toont aan (zie ook actiepunt 4) dat het inrichten van bijvoorbeeld attractieve en veilige fietspaden alle kinderen (en met name die uit de lagere SES wijken) meer stimuleert om met de fiets naar school te gaan. Dit zou meer onder de aandacht gebracht moeten worden.

Er zou dus juist veel meer geïnvesteerd moeten worden in het thema gezonde leefomgeving en de expertise van de GGDZL zou nog meer aan de voorkant ingezet moeten worden om problemen en extra kosten op het gebied van gezonde leefomgeving te voorkomen.

3.8 Publieke gezondheid

3.8 a. Publieke gezondheid

De Zuid-Limburgse gezondheidsopgave is onverminderd groot, met grote verschillen in gezondheid tussen wijken en inwoners. Vandaar dat de GGD een actieve én proactieve rol vervult in de netwerken in de regio, vanuit de expertise op het gebied van (een integrale aanpak) van preventie. De Trendbreuk-aanpak is succesvol gebleken. Naast de inzet in de fase van Kansrijke Start, wordt nu samen met vele partners ook extra inzet gepleegd binnen de andere fasen, zoals peuterfase, basisonderwijs, voortgezet onderwijs en het MBO. En vindt er een verbreding plaats naar andere levensfasen: ongelijke kans op gezondheid stopt immers niet bij de jeugd, maar de bestrijding daarvan vraagt ook aandacht bij de groep volwassenen en ouderen. Ook in het GALA en IZA, regiobeeld en -plan vervult de GGDZL (vaak op verzoek van gemeenten) een actieve rol. Dit kan als expert zijn, maar kan ook een coördinerende of projectleidersrol zijn. Deels gebeurt dit vanuit de reguliere financiering en deels via de aanvullende SPUK-GALA en SPUK-IZA middelen. Vanaf 2025 zal er een nieuwe fase aanbreken waarbij het enerzijds belangrijk is om zaken te borgen en anderzijds door te ontwikkelen (onder meer via het aanvullende zorg- en welzijnsakkoord). Preventie is en blijft echter iets van de lange adem waar ook langjarige investering noodzakelijk is.

Ook gezondheidsbevordering is van belang. Hierbij draait het om het bevorderen én beschermen van de gezondheid. Adviseurs Gezondheidsbevordering adviseren kinderopvang, scholen, verenigingen om te komen tot een gezonde aanpak in een doorgaande lijn. Scholen die een Gezonde basisschool van de toekomst willen worden, worden hierbij begeleidt. Met de extra SPUK-GALA wordt er samen met de JGZ een doorlopende JOGG-preventielijn gerealiseerd: een set praktische tools om gezondheidsthema's bij ouders en verzorgers onder de aandacht te brengen. In de AZC's en voor statushouders wordt gezondheidsvoorlichting verzorgd.

In diverse wijken en buurten in Zuid-Limburg levert de GGD een directe bijdrage aan het ombuigen van de gezondheidsverschillen middels expertise, verbinding en activiteit. Het gaat hierbij veelal om in die wijken en buurten een gezonde leefomgeving te creëren, die uitnodigt tot ontmoeten en gezonde leefstijl.

Ook wordt er structureel gegevens verzameld over de gezondheidssituatie van de bevolking in regio Zuid-Limburg. Dit is een wettelijke verplichting. Doordat de onderzoeken periodiek (regulier om de vier jaar) worden uitgevoerd is het mogelijk om trends in de tijd te detecteren en de gezondheid van de bevolking te monitoren. Door het systematisch en eenduidig verzamelen van gezondheidsinformatie voor alle gemeenten maakt dit een vergelijking met landelijke cijfers, regionale cijfers en met andere gemeenten mogelijk. Op verzoek van partners (bijvoorbeeld gemeenten en het MBO) zijn er de afgelopen jaren ook extra monitors bijgekomen om de gezondheidssituatie te duiden en te volgen, zoals de kindmonitor en de jeugdmonitor op het MBO.

Naast de gezondheidsmonitors worden er ook interventies gemonitord, praktijkgericht onderzoek gedaan en vinden er burger- en jongerenpanelonderzoeken plaats. Onderzoeksresultaten en de gezondheidsmonitors vormen de basis voor het (preventief) gezondheidsbeleid van gemeenten. De GGD adviseert gemeenten hierbij.

Psychosociale Hulpverlening (PSH) en scenarioteam: Soms vraagt een risico op maatschappelijke onrust een aangepaste aanpak; een aanpak waarin moet worden opgeschaald en deskundigen snel kunnen schakelen. Dit is aan de orde als er iets gebeurt dat niet alleen de direct betrokkenen raakt, maar ook grote impact op de omgeving heeft of kan hebben. Dan wordt het scenarioteam ingeschakeld. Hoewel de gemeenten, OM en politie in dergelijke situaties in de lead zijn, ondersteunt een speciaal team (scenarioteam). De coördinatie hiervan ligt de GGDZL die dit in het verlengde van het procesleiderschap van Psychosociale hulpverlening bij rampen en incidenten uitvoert. Het scenarioteam werkt diverse scenario's uit en adviseert gemeente, OM en politie over strategie en de te nemen stappen. De verbinding van en communicatie tussen partijen is daarbij van cruciaal belang.

3.8 b. Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
Monitoring en Onderzoek	A Bijdrage per inwoner Basispakket van de deelnemende gemeenten	2,5 mln.	Adviseren over gezondheidsbeleid en monitoren van interventies. Wet publieke gezondheid, artikel 2 , lid 2 onder a, b en c en artikel 16 . Besluit publieke gezondheid, artikel 2 , lid 1.
	C Divers	5 ton	Projectgelden voor verdiepend onderzoek, dat bijdraagt aan meer kennis over werkzame elementen in nieuwe interventies en aanpakken en effectiviteit.
Beleidsadvisering	A Bijdrage per inwoner Basispakket van de deelnemende gemeenten	2,4 mln.	De GGD Zuid-Limburg ondersteunt gemeenten op diverse manieren bij het ontwikkelen en uitvoeren van een effectief gezondheidsbeleid. De aandacht gaat vooral uit

				naar kwetsbare groepen en naar het verkleinen van gezondheidsverschillen.
	C	Divers	1 ton	Diverse projecten
GALA/IZA opdracht	C	SPUK	1,1 mln.	Opdracht aan GGDZL door Gemeentelijke Regiegroep Gezond Zuid-Limburg om vanuit de SPUK IZA: inhoudelijke coördinatie, monitoring en ondersteuning; administratieve en secretariële ondersteuning uit te voeren voor 2025 en 2026.
Gezondheidsbevordering	A	Bijdrage per inwoner Basispakket van de deelnemende gemeenten	6,3 ton	Hierbij draait het om het bevorderen én beschermen van de gezondheid. Dit gebeurt vooral op scholen, bij kinderdagverblijven en in (kwetsbare) wijken
				Wpg, Artikel 2 lid d
	C	Divers	3 ton	Projectgelden voor uitvoering projectleiderschap en regionale coördinatie gezondheidsbevorderingsprogramma's, zoals JOGG, Keigezond en Gezond leren eten. Vanuit het COA wordt de gezondheidsvoorlichting voor asielzoekers en statushouders gefinancierd.
PSH	C	Bijdrage per inwoner. Basispakket van de deelnemende gemeenten	1 ton	Hoewel de gemeenten in dergelijke situaties in de lead zijn, ondersteunt een dit speciaal team (scenarioteam), waarvan de coördinatie bij de GGD ligt.

3.8. c Ontwikkelingen

De noodzaak en urgentie om in te zetten op preventie zijn hoog. Het regiobeeld laat wederom zien dat er in Zuid- Limburg forse gezondheids- achterstanden zijn. Zowel fysieke gezondheid (chronische aandoeningen en ongezonder leefstijl) als mentale gezondheid (hoge ervaren stress, hoger risico op angststoornis of depressie, weinig regie over eigen leven, meer eenzaamheid, minder veerkracht, verminderd zelfredzaam en lage gezondheidsvaardigheden). Dit heeft een direct effect op zorgkosten en vraag naar zorg. De beweging van zorg naar preventie kunnen we alleen maken als we uitgaan van 'Health in and for all policies'. De GGD heeft een belangrijke rol om de verbinding te maken tussen de verschillende domeinen die bijdragen aan preventie.

De huidige Rijks- en projectbezuinigingen raken het onderdeel publieke gezondheid in de kern: Overall kan gesteld worden dat de driedubbele bezuinigingsslag ook dit onderdeel fors raakt. 40% van het totaal aan inkomsten voor Publieke Gezondheid komt vanuit incidentele bijdragen van gemeenten, Provincie, Rijk, ZonMw, COA etc. Veel van de projecten en 'extra meters' die de GGDZL momenteel maakt om de Trend te breken en versnelling aan te brengen in projecten op het gebied van preventie worden uit incidentele middelen bekostigd. Denk hierbij aan de SKUK GALA, SPUK IZA maar ook aan middelen voor onderzoek vanuit ZonMW, Kankerfonds, JOGG-Nederland, Gezonde School enzovoorts.

Momenteel vinden er in de regio verkennende gesprekken plaats over de invulling en de taak van de GGDZL in het scenarioteam. Dit zou kunnen leiden tot een heroriëntatie op deze taak.

3.8 d. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw?

Het overgrote deel van de PG taken zijn wettelijk opgedragen aan de GGD. Bovendien is de noodzaak om (innovatief) aan te slag te gaan met preventie hoger dan ooit, dit is echt iets van de lange adem en zou voortgezet moeten worden. Dit geldt voor geheel Nederland vanwege de grote druk op de zorg, maar voor Zuid-Limburg is de noodzaak nog hoger vanwege de achterstand in de gezondheidssituatie ten opzichte van Nederland.

Verminderde inzet om actuele gezondheidsdata te verkrijgen tot op wijkniveau en verminderde inzet op adequate advisering belemmert effectieve (domeinoverstijgende) beleidsvorming, wat kan resulteren in slechtere gezondheidsuitkomsten en hogere kosten op lange termijn. Ook een verminderde inzet op gebied van gezondheidsbevordering betekent dat er onvoldoende gezonde leefomgevingen gerealiseerd worden, extra inzet om inwoners in kwetsbare situaties te bereiken ontbreekt, waardoor de gezondheidsverschillen in Zuid-Limburg blijven bestaan of zelfs groter worden.

Voor het verder doorontwikkelen en verbreden van de Trendbreuk-aanpak is het noodzakelijk om de huidige inzet niet te verminderen. De aanjaag-, inspiratie- en innovatierol van de GGD binnen Trendbreuk is van groot belang om partners te verbinden aan de Trendbreuk-aanpak. Als hierop bezuinigd wordt is de kans groot dat de Trendbreuk aanpak verloren gaat en daarmee ook alle investeringen rondom de gezonde generatie. Terwijl we juist ten volle ingezet hebben op het regionaal massa maken, is het risico dat er weer versnipperd beleid ontstaat.

3.9 Openbare geestelijke gezondheid (OGGZ)

3.9.a Wat is OGGZ?

Deze vangnetfunctie richt zich op mensen in een kwetsbare positie, voor wie deelname aan de samenleving geen vanzelfsprekendheid is. Ze hebben vaak meerdere problemen en vinden het moeilijk om goed voor zichzelf te zorgen. Door hun gedrag veroorzaken ze vaak overlast en kunnen ze een gevaar vormen voor zichzelf en/of hun omgeving. Voor veel van deze mensen geldt dat zij niet makkelijk de weg naar hulp weten te vinden of daarom vragen en dus – al dan niet-professionele – zorg mijden.

De term OGGZ ontbreekt in de Wmo. De taak hoort wel tot de verantwoordelijkheid en reikwijdte van de Wmo 2015 en dus onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. OGGZ is echter geen verplichte GGD taak en kan ook door anderen uitgevoerd worden.

3.9.b Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Gemeenten	Toelichting
OGGZ	B Divers door 10 gemeenten	7 ton	10	Deze vangnetfunctie richt zich op mensen in een kwetsbare positie, voor wie deelname aan de samenleving geen vanzelfsprekendheid is.

3.9.c Ontwikkelingen

Gezondheid en veiligheid zijn nauw met elkaar verbonden in deze taak. De GGDZL ontvangt al jaren een subsidie van de gemeenten uit de Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Heuvelland om deze taak uit te voeren. Zoals afgesproken vraagt de GGDZL subsidie aan bij de centrumgemeenten Maastricht en Sittard-Geleen en stuurt facturen naar de andere gemeenten. Deze financiering staat onder druk door gemeentelijke bezuiniging en ter discussie stellen van financiële verdeelsleutel.

Doordat er geen sprake is van een uniforme uitvoering in de hele regio ontstaan er organisatorische en samenwerkingsrisico's. In Parkstad voert Mondriaan dit uit en in de andere regio's doet de GGDZL dit. Gesprekken onderling lopen wel maar concrete voortgang ontbreekt. Dit is ook een onderwerp in de commissie Zorg en Veiligheid.

Naast de vraag wie de uitvoering op welk schaalniveau in de regio uitvoert, kan ook de vraag gesteld worden welke organisatie expertise drager is van dit onderwerp. Zou er gezocht moeten worden naar maatwerk inzet per gemeente door aansluiting te zoeken bij wijk- en buurtteams of juist regionaal of op Zuid-Limburgse schaal door dit bij een ggz-instelling te beleggen of een welzijnsorganisatie.

Daarnaast zijn er inhoudelijke raakvlakken met de Wijk GGD-er die via tijdelijke middelen is gefinancierd (via tijdelijke ZonMW-middelen). De wijk-GGD'er is een professional met kennis van de ggz en psychiatrie en voorziet door snelle signalering een persoonlijk en passend zorgaanbod voor mensen met onbegrepen gedrag. Hiermee wordt maatschappelijke onrust en een verdere opeenstapeling en escalatie van problemen voorkomen. Deze pilot loopt nu in een aantal Zuid-Limburgse gemeenten. Hiervan is de toekomstige financiering nog onzeker vanwege de landelijke bezuinigingen op projectmiddelen, waardoor ook de borging en de continuïteit onder druk staat.

3.9.d Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw/overdracht?

De vangnetfunctie en inzet van de OGGZ is essentieel om middels signalering en onconventionele oplossingen een persoonlijk en passend zorgaanbod voor mensen met onbegrepen gedrag te formuleren. De vangnetmedewerkers zijn gewend en opgeleid om zorgwekkende zorgmijders te bereiken en te helpen. Hiermee wordt maatschappelijke onrust in wijken en buurten en een verdere opeenstapeling en escalatie van problemen voorkomen en worden mensen met onbegrepen gedrag begeleid naar een passende vorm van hulp.

In de regio wordt nagedacht en gesproken over een andere manier van het organiseren van deze taak, zowel qua schaal als qua uitvoerder. Dit ligt bestuurlijk bij de Commissie Zorg en Veiligheid. Hoe dan ook moeten er middelen beschikbaar zijn en blijven om deze taak uit te kunnen voeren en is een bezuiniging niet verantwoord.

De inzet van de Wijk GGD-er is nog meer gericht op preventie en zou in de hele regio uitgebouwd kunnen worden, hiervan zijn de middelen echter onzeker.

3.10 Forensische Geneeskunde

3.10 a. Forensische Geneeskunde

Forensische of gerechtelijke geneeskunde (FG) betreft vooral de tak van geneeskunde die medische kennis toepast ten behoeve van rechtszaken en justitieel onderzoek. Het overgrote deel van de uitvoering van de taken van FG vindt dan ook plaats in opdracht van politie en justitie: medische zorg aan arrestanten in opdracht van politie en ondersteuning aan het opsporingsapparaat (politie en justitie) bij waarheidsvinding middels medische forensische expertise. Daarnaast zorgen de forensisch artsen van de GGDZL in opdracht van gemeenten voor de lijkschouw bij lijkvinding of vermoeden van niet-natuurlijk overlijden en de uitwendige lijkschouw bij euthanasie.

3.10 b. Hoe ziet dit er schematisch uit?

Taak	Financiering	Bedrag 2025	Toelichting
Arrestantenzorg	C Politie via aanbesteding	650.000	Wanneer arrestanten ziek zijn levert de forensisch arts of verpleegkundige medische zorg: bijvoorbeeld het voortzetten van medische zorg die al was ingezet vóór de arrestatie. Uitvoering van de medische arrestantenzorg vindt plaats in opdracht van politie.
Forensisch medische expertise bij kinderen (FMEK)	A		FMEK richt zich op het opsporen en duiden van letsels bij kinderen (<18 jaar) waarbij een vermoeden bestaat van lichamelijke mishandeling of seksueel misbruik. Forensisch artsen en verpleegkundigen met deze expertise spelen een belangrijke rol o.a. bij het vaststellen of lichamen letsel bij een kind het gevolg kan zijn van mishandeling.
Lijkschouw	B P*Q	320.000	De forensisch artsen van de GGDZL zorgen in opdracht van gemeenten voor de lijkschouw bij lijkvinding of vermoeden van niet-natuurlijk overlijden en de uitwendige lijkschouw bij euthanasie.

3.9 c. Ontwikkelingen

De gemeentelijke uitvoering van de lijkschouw heeft een grondslag in de Wet op de lijkbezorging, dit betreft een klein deel. Voor de overige forensische geneeskunde heeft de Gezondheidsraad geconstateerd dat maar een beperkt deel van de taken een wettelijke grondslag heeft, het opdrachtgeverschap van die taken ligt voornamelijk bij politie en justitie.

Landelijk is de toekomst van de forensische geneeskunde al enkele jaren onderwerp van gesprek. Momenteel is de FG samenwerking georganiseerd op de schaal van de politieregio's. Dit houdt in dat de GGDZL dit samen met de GGD Limburg-Noord uitvoert in de regio Limburg uitvoert.

Momenteel loopt opnieuw een landelijke aanbesteding voor de Medische Arrestantenzorg. Dit zorgt voor kwetsbaarheden. Het risico bestaat namelijk dat dit in de toekomst aan een andere partij gegund wordt.

Zoals beschreven kent FG verschillende vormen van financiering en meerdere opdrachtgevers. Ook de landelijke stelseldiscussie heeft invloed op de uitvoerbaarheid van deze taak. Specifiek voor gemeenten heeft dit mogelijke consequenties voor de beschikbaarheid en betaalbaarheid van gemeentelijke lijkschouw.

De tarieven die gehanteerd worden staan onder druk.

Ten slotte is het in de praktijk heel erg ingewikkeld om voldoende gekwalificeerd personeel te vinden en te behouden. Door de krapte op de arbeidsmarkt (vergrijzig en ontgroening), staat de dienstverlening erg onder druk en is het moeilijk om roosters rond te krijgen. Hierop is deels door de GGDZL geanticipeerd door onder andere te streven naar taakdifferentiatie (een verpleegkundige neemt taken over van een arts) en versterken van de instroom. In de praktijk blijkt echter dat verpleegkundigen niet alle bevoegdheden van een arts kunnen overnemen waardoor er een krapte blijft ontstaan.

3.9 d. Wat zijn de risico's en consequenties bij afbouw/overdracht?

Gemeentelijke lijkschouw is een wettelijke verplichting voor gemeenten. Als de randvoorwaarden (zoals personeel, budget en organisatorische zaken) niet op orde zijn dan heeft dit directe gevolgen voor de ondersteunende diensten voor de gemeenten. Verder is sprake van een regievraagstuk, waardoor het nadenken over overdracht aan een andere partij een optie kan zijn. Wat ons betreft is het afbouwen of bezuinigen op deze taak door de GGDZL is niet aan de orde, zonder dat er een goed doordacht alternatief plan ligt waardoor de continuïteit structureel geborgd is voor dit onderdeel.

Bijlage 2

Actiepunt 2: Benchmarkgegevens GGDZL

Introductie

In het beeldvormend AB van 28 november is de vraag gesteld of er cijfers zijn waarbij GGDZL vergeleken zou kunnen worden met andere organisaties. Er is gekeken naar mogelijke benchmarkgegevens van de GGDZL en vergelijkbare organisaties. Er zijn geen actuele breed samengestelde benchmarkcijfers van GGD'en. De landelijke benchmark van GGD GHOR Nederland is sinds 2021 niet meer uitgevoerd. Dit had te o.a. te maken met verschillen in dataverzameling bij en verschillen tussen de GGD'en. Een aantal bedrijfsvoering gegevens zijn wel te vergelijken. Deze staan uitgewerkt in deze memo.

Uit deze vergelijking komt een drietal aspecten naar voren. De overhead van onze GGD is efficiënt georganiseerd. Daarnaast kennen we een lager aandeel van de gemeentelijke bijdrage ten opzichte van de totale omzet. Dit komt vooral doordat we er in slagen om via een derde geldstroom meer additionele middelen te verwerven. Tenslotte blijkt o.a. uit de in verhouding lage hoogte van de gevraagde financiering voor de Covid organisatie dat de GGD Zuid-Limburg op een efficiënte en effectieve wijze haar aanpak vorm geeft.

Achtergrond

De GGD-regio Zuid-Limburg kenmerkt zich door een hoge mate van ongezondheid en gezondheidsverschillen. Nog steeds zorgen factoren als armoede, lage opleiding, vergrijzende populatie, slechte arbeidsparticipatie, psychosociale problemen et cetera voor een meer dan gemiddeld ongezonde populatie. Dat zien we sterk terug in de resultaten van de jeugdmonitor waaruit blijkt dat de gezondheid van jongeren kwetsbaar blijft, er sprake is van meer overgewicht, jongeren meer roken en alcohol drinken dan gemiddeld en meer Zuid-Limburgse jongeren psychische klachten hebben. De vergrijzde populatie met een lagere sociaaleconomische positie en meer chronische aandoeningen laat zich gelden in de hogere consumptie van zorg en dus hogere zorgkosten. Ook vanuit gezondheidsbescherming zien we dat de vaccinatiegraad in Zuid-Limburg dalend is en lager is dan in grote delen van Nederland, merken we dat de luchtkwaliteit onvoldoende is en dat groen in de buurt onvoldoende aanwezig is en wordt gebruikt om te bewegen.

Uit alle bronnen blijkt dat de volksgezondheid in Zuid-Limburg achterloopt en dat de gewenste trend omhoog nog niet is ingezet. Dat baart zorgen en zorgt ervoor dat de inspanningen van de GGDZL om gelijke kansen op gezondheid te creëren, gezondheidsrisico's te verminderen, de vaccinatiegraad te verhogen en een gezonde leefomgeving te stimuleren onverminderd hoog blijven.

GGD in breder perspectief

De taken die de GGD'en voor gemeenten in hun regio's uitvoeren – collectief en/of op basis van maatwerk – zijn breed en voortdurend in ontwikkeling. Naast de basistaken variëren deze taken per regio en per gemeente, omdat zij inspelen op de staat van de volksgezondheid en de lokale en regionale behoeften in gemeenten. De GGDZL is niet makkelijk te vergelijken met een andere GGD vanwege de verschillen in

maatschappelijke opgave en omdat iedere GGD in het land een andere oorsprong, samenstelling en opgave kent en ook anders georganiseerd is.

Als organisatie willen we ons graag verhouden tot vergelijkbare organisaties om hiervan te leren. Vandaar dat we gezocht hebben naar benchmarkgegevens. Bij benchmarking worden de prestaties van verschillende organisaties met elkaar vergeleken. De landelijke benchmark van de GGD GHOR is sinds 2021 niet meer uitgevoerd vanwege de onvergelijkbaarheid van de benchmarkgegevens. Dat betekent dat er geen actuele informatie van andere GGD'en voorhanden is. Benchmarks is meer dan cijfers verzamelen. De waarde van de benchmark zit in het proces van samen leren en ophalen van sturingsinformatie om de kwaliteit te toetsen, te vergelijken en te verbeteren. Daarnaast moet deze informatie steeds worden afgezet tegen de opgave die de GGD heeft in de regio. Dat is de reden dat we een aantal kerngegevens hebben verzameld en geduid in dit memo. Dit geeft inzicht in de organisatie van de GGDZL en de efficiëntie van een aantal processen in de bedrijfsvoering.

Kerngegevens GGD-organisatie

De GGD heeft als taak om gezondheid te beschermen, te bevorderen en te bewaken – in het licht van de opgave die Zuid-Limburg kent – met altijd in het achterhoofd dat dit gebeurt met publiek geld dat effectief en efficiënt ingezet moet worden. De GGDZL en haar professionals gaan zuinig om met geld wat inhoudt dat we strak georganiseerd zijn en met beperkte middelen streven naar een zo efficiënt mogelijk organisatie met zo min mogelijk overheadkosten.

- Aandeel overhead:
Het percentage overhead ten opzichte van de totale lasten bedraagt bij de GGDZL 19,63%. Dit is vergelijkbaar met bijvoorbeeld de GGD'en in Zuid-Nederland, die respectievelijk 15,80% (Hart voor Brabant), 22,73% (West-Brabant) en 23,13% (Brabant Zuid-Oost) aandeel hebben. Dit beeld laat zien dat de overhead lager is dan bij GGD-en die vergelijkbaar zijn. De GGD Hart van Brabant is bijna dubbel zo groot is als de GGDZL en heeft dus ook meer mogelijkheden heeft om efficiënt te organiseren.
- Bijdrage gemeenten:
Het aandeel bijdrage gemeenten ten opzichte van de totale omzet bedraagt 46,79%. Dit ligt beduidend lager vergeleken met dezelfde groep GGD'en in Zuid-Nederland, met percentages als 47,35% (GGD HvB), 51,29% (GGD WB) en 56,30% (BZO). Zeker als ook de omvang van de GGDZL (de kleinste) wordt meegenomen. Een grotere GGD geeft namelijk schaalvoordelen.
- Covid-organisatie:
De COVID-pandemie had een enorme maatschappelijke impact, die ervoor zorgde dat de GGD als regionale gezondheidsdienst in heel korte tijd moest opschalen naar een regionale crisisorganisatie. Dit was een nog niet eerder vertoonde operatie, die met veel onzekerheid en onduidelijkheid gepaard ging. Daarvoor moest de GGD een crisisorganisatie opzetten om de gehele bevolking in Zuid-Limburg te informeren en te vaccineren. Uit evaluatiegegevens van het ministerie van VWS is gebleken dat de GGDZL één van de goedkoopste GGD'en was.
- Aandeel derde geldstromen/projecten:

De GGDZL heeft de reguliere financiering steeds aangevuld met derde geldstromen om projecten en onderzoek te kunnen financieren. GGDZL bezit een Academische Werkplaats Publieke Gezondheid en een Kenniswerkplaats Jeugd, waarbinnen de effectiviteit van het GGD-werk kritisch wordt onderzocht en nieuwe interventies en methoden worden getoetst. Werken aan effectieve interventies vanuit een wetenschappelijke basis staat hoog in het vaandel, maar altijd met een nadrukkelijke relatie met de praktijk. Het aandeel van de derde geldstroom is 45% wat gezien de omvang van GGD, vergeleken met bijvoorbeeld de GGD Hart voor Brabant die twee keer zo groot is, flink hoger is (GGD HvB: 40%). Met deze financieringsbron voegen we meerwaarde toe aan ons werk en financieren we extra inzet. De voorgenomen korting op deze financiering door de landelijke overheid zal de GGDZI extra hard raken, is de verwachting.

Uit bovenstaande mag blijken dat de GGD Zuid-Limburg kostenbewust is en sober en doelmatig georganiseerd op bovengenoemde aspecten.

Bijlage 3

Actiepunt 3 & 4: Inzicht in preventie

Introductie

In de gesprekken met individuele portefeuillehouders en in het Beeldvormend AB is gevraagd of er voorbeelden zijn van wat preventie nu daadwerkelijk (financieel) oplevert. In deze notitie is enerzijds uiteengezet welke vormen van preventie er allemaal zijn. Ook is er gezocht naar concrete voorbeelden van besparingen, deze zijn bijvoorbeeld gevonden in het project Nu Niet Zwanger, Stevig Ouderschap en Voorzorg.

Waarom is preventie belangrijk?

Preventie is problemen voorkomen, beginnende problemen in goede banen leiden en voorkomen dat problemen terugkomen. In Zuid-Limburg is de noodzaak om preventie hoog op de agenda te zetten nog groter dan in de rest van Nederland. De (gezonde) levensverwachting is hier lager en onze regio kampt met een breed scala aan gezondheidsproblemen. Het Regiobeeld Zuid-Limburg (2023) schetst een onderbouwd beeld van de uitdagingen voor Zuid-Limburg, namelijk:

- Zuid-Limburg kampt al decennia met flinke gezondheidsachterstanden en het is nog niet gelukt om die achterstand ten opzichte van de rest van Nederland in te lopen.
- Er zijn grote gezondheidsverschillen tussen wijken, gemeenten en tussen mensen met verschillende sociaaleconomische achtergronden.
- Zuid-Limburg kent een hoog zorggebruik in vergelijking met de rest van Nederland, mede verklaart door de slechtere gezondheidssituatie en sociaaleconomische achterstanden.
- Door een toenemende vraag aan (complexe) zorg en ondersteuning en krapte op de arbeidsmarkt wordt de kloof tussen zorgvraag en zorgaanbod steeds groter.
- De complexe vraagstukken worden nog onvoldoende vanuit een (regionale) integrale domein overstijgende samenwerking aangepakt en afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van burgers.

Wat is preventie eigenlijk?

Om dit goed te kunnen doen is het belangrijk dat de partijen die betrokken zijn bij deze onderwerpen goed samenwerken, denk hierbij aan scholen, jeugdgezondheidszorg, kinderopvang, jongerenwerk en het medisch domein.

Er zijn meerdere definities van preventie met een verschillend onderscheid. Dit onderscheid kan gemaakt worden in doelgroep, in fase van de ziekte, in doel of in pijlers. Voor dit advies is het onderscheid in doelgroep het meest relevant:

1. Universele preventie: dit is gericht op de hele populatie.
2. Selectieve preventie: is gericht op groepen met een verhoogd risico op problemen.
3. Geïndiceerde preventie: voor individuen met een verhoogd risico op problemen en/of een beginnend probleem.

In de recent verschenen Volksgezondheid Toekomst Verkenning wordt vooruitgeblikt op de ontwikkelingen op het gebied van volksgezondheid en zorg tot 2025. Hierin is ook beschreven dat preventie een zaak van de lange adem en vraagt om een domein overstijgende, integrale en langjarige aanpak. GGD GHOR Nederland geeft hierbij aan dat focus nu nog te veel ligt op zorg voor mensen die ziek zijn, in plaats van op

voorkómen dat mensen ziek worden. Hierbij stellen ze dat er momenteel maar liefst bijna 50 keer meer aan zorg wordt uitgegeven dan aan de preventie van ziekte en de verwachting is dat de uitgaven aan zorg richting 2050 bijna zullen verdubbelen. En dat terwijl ongezond gedrag zorgt voor 14 procent van de ziekte-last en onze leefomgeving voor ruim 4 procent.

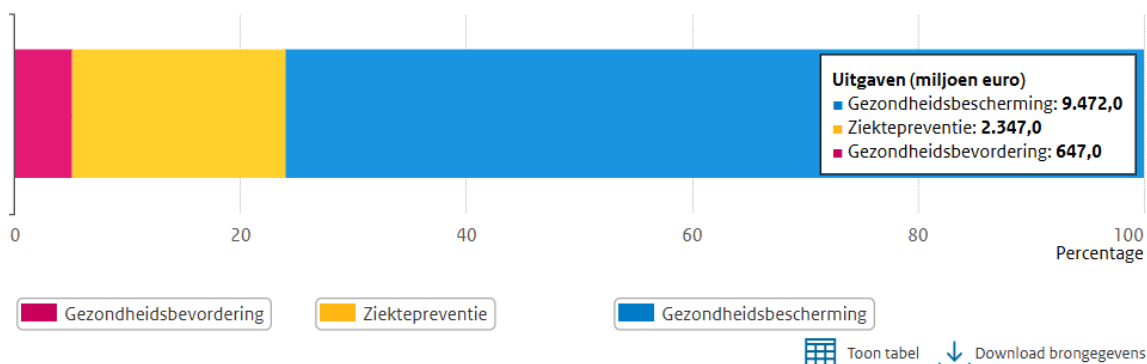
Landelijk beeld van preventie(uitgaven)

De landelijke uitgaven aan preventie bepalen is complex omdat preventie op verschillende manieren wordt gedefinieerd en is meegenomen in diverse beleidsterreinen. Op de begroting van het ministerie van VWS wordt bijvoorbeeld de volgende driedelige definitie van preventie gehanteerd: ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming.

Daarbij kunnen preventie uitgaven betrekking hebben op onderzoek en monitoring om nieuw beleid mogelijk te maken of voor te bereiden, de uitvoering van preventief gezondheidsbeleid en gezondheidsbeschermende maatregelen die in andere domeinen (arbeid, langdurige zorg, sociaal beleid, wonen, verkeer, leefomgeving e.d.) plaatsvinden en dus op andere begrotingen staan. De uitgaven aan preventie op de VWS-begroting richten zich op volksgezondheid en sport en bewegen. De uitgaven op volksgezondheid zijn grotendeels gericht op gezondheidsbescherming.

In algemene zin zien we dat de kosten voor zorg elk jaar stijgen (tot 108 miljard in 2025, oplopend naar 135 miljard in 2029) en voor preventie dalen. In een onderzoek door het RIVM uit 2015 wordt een overzicht gevisualiseerd van de uitgaven aan preventie op de begroting van VWS (andere departementen zijn buiten beschouwing gelaten). In 2015 bedroegen de uitgaven aan preventie 12,5 miljard, dat is 1,8% van het BBP van dat jaar. Gezondheidsbevordering had daarin het kleinste aandeel: 647 miljoen.

Totale uitgaven aan preventie in 2015



Bron: [Van Gils et al., 2020](#)

In een recent [overzicht](#) van VWS over preventie uitgaven is er sprake van een stevige daling, behalve bij sport en bewegen.

Bedragen x € 1.000	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Gezondheidsbeleid uitgaven	558.178	538.081	434.329	292.973	295.767	291.845
Ziektepreventie	1.123.598	1.032.527	786.728	649.603	604.914	543.473
Gezondheids-bevordering	105.439	99.176	61.403	61.132	61.147	60.784
Sport en bewegen	23.462	25.319	11.828	78.724	78.873	78.917

Financiering

Primair is het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport beleidsverantwoordelijk voor preventie. De uitvoering hiervan is belegd bij Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Zorgverzekeraars: op grond van de preventieve aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgkantoren: op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz). Gemeenten: op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet. Er zijn op hoofdlijnen twee redenen voor deze uitvoerders om preventieve activiteiten te vergoeden of te organiseren: een wettelijke verantwoordelijkheid en of een financieel belang.

Concrete voorbeelden

De GGD richt zich namens de gemeenten op het onderzoeken en uitvoeren van deze preventie. De werkzaamheden van de GGD zijn divers en gericht op alle drie de vormen van preventie. Wij schetsen in deze memo een aantal voorbeelden en onderzoeksresultaten van preventie en de financiële vertaling hiervan. In het algemeen kan opgemerkt worden dat bij niet alles wat we doen op het gebied van preventie de effecten aangetoond kunnen worden, omdat het niet altijd zo onderzocht kan worden.

1. Universele preventie

Gezond opgroeien

Verkleinen gezondheidsverschillen: de JGZ zet zich in om gezondheidsverschillen in onze maatschappij te verkleinen. Deze gezondheidsverschillen ontstaan vaak al in de kindertijd en vroege jeugd. JGZ investeert daarom ook in 2026 in het zichtbaar en bereikbaar zijn voor ouders, jeugdigen en samenwerkingspartners in de geboortezorg, kinderopvang en onderwijs. Zo kunnen we onze rol als sparringpartner bij het gezond opgroeien en opvoeden beter vervullen. Door ongelijk te investeren voor het creëren van gelijke kansen, dragen we bij aan het verkleinen van gezondheidsverschillen.

Trendbreuk ambitie: Zuid-Limburg kent een zeer hardnekkige gezondheidsachterstand. Inwoners van onze regio leven korter en minder jaren in goede gezondheid. Vaak ontstaat de achterstand al aan het begin van het leven. Deze achterstand wordt van generatie op generatie doorgegeven. Het programma Trendbreuk is erop gericht om samen met alle Zuid-Limburgse gemeenten, de GGDZL, de Provincie Limburg en vele partners samen deze trend te doorbreken. In 2030 willen we de gezondheidsachterstand van Zuid-Limburg met een kwart hebben ingelopen ten opzichte van de rest van Nederland. Het programma Trendbreuk is erop gericht om echt langjarig, middels bewezen interventies, overal hetzelfde aanbod in de regio, doorgaande lijn samen alles in het werk te stellen om de gezondheidssituatie te doorbreken.

Verhogen vaccinatiegraad: dit is cruciaal voor het voorkomen van allerlei infectieziekten. De afgelopen jaren zien we dat de vaccinatiegraad daalt, waardoor de groepsimmuniteit afneemt en voorkombare ziekten weer een kans krijgen in Nederland. Naast campagnes en educatieve programma's om ouders en jeugdigen te informeren over het belang van vaccineren, de veiligheid ervan en de mogelijke consequenties van het niet vaccineren, wordt vooral ook ingezet op het bereiken van specifieke groepen die minder gevaccineerd zijn. We weten dat een doelgroepgerichte aanpak en fijnmazig vaccineren helpt om de vaccinatiegraad te verhogen. Dit kost echter meer tijd en geld.

Bijdragen aan toekomstbestendig jeugdstelsel: de toenemende vraag naar zorg, waaronder jeugdzorg, in combinatie met het groeiende tekort aan arbeidskrachten en de oplopende kosten zijn, is niet houdbaar. De JGZ levert een bijdrage aan dit proces door meer advies en ondersteuning te bieden bij lichtere

problematiek. Hierdoor kan voorkomen worden dat kinderen en jongeren zwaardere hulp nodig hebben en op wachtlijsten terecht komen, terwijl hun problemen intussen verergeren. Ook werkt de JGZ aan de Hervormingsagenda Jeugd.

GALA en IZA: gaan uit van een stevige, brede samenwerking tussen zorg-, preventie- en sociale partijen in een regio. Dankzij de Trendbreuk-aanpak ligt er in Zuid-Limburg een solide basis voor die samenwerking. De gemeenten hebben de inhoudelijke coördinatie en ondersteuning van GALA en (deels) IZA bij de GGD belegd. Zo wordt er gezamenlijk doorgebouwd aan het versterken van de regionale preventie infrastructuur.

Gezonde leefomgeving

Een ander voorbeeld is een desktopstudie die de GGD in 2024 heeft uitgevoerd in het kader van GALA. Hier is ingezoomd op de gezondheidsverschillen tussen mensen met lage en hoge sociaaleconomische posities (SEP). Er is gebleken dat kinderen met een lage SEP minder bewegen en minder sporten, wat hun gezondheid op latere leeftijd kan beïnvloeden. Actieve mobiliteit, zoals lopen of fietsen naar school, biedt de mogelijkheid om het beweeggedrag van deze kinderen te bevorderen.

De fysieke omgeving is van invloed op de actieve mobiliteit bij kinderen, maar het is nog onduidelijk welke factoren het meeste meewegen. In de desktopstudie is literatuur verzameld om te begrijpen welke factoren in de fysieke leefomgeving invloed hebben op actieve mobiliteit bij basisschoolkinderen in lage-SEP wijken. Korte afstanden kunnen kansen bieden voor beweging.

Wat blijkt is dat in grote steden, kinderen uit lage-SEP wijken vaker naar school lopen en minder vaak fietsen dan kinderen uit hoge-SEP wijken. Zorgen over verkeersveiligheid, gebrek aan veilige fietspaden en druk verkeer beperken dit. Kinderen in lage-SEP wijken lopen vaker risico op ongevallen door onveilige situaties en relatief minder goede infrastructuur, waardoor ouders hen minder zelfstandig laten reizen.

Groene, veilige en goed onderhouden schoolomgevingen kunnen actieve mobiliteit stimuleren en vragen om maatwerk om aan de specifieke behoeften van deze wijken te voldoen. Verbeteringen in loop- en fietsvoorzieningen en verkeersveiligheid zijn essentieel om actieve mobiliteit van en naar school te stimuleren en daarmee de gezondheid te stimuleren.

Conclusies: De integratie van maatregelen om de fysieke leefomgeving toegankelijker, aantrekkelijker en veiliger te maken, kan helpen om zowel lopen als fietsen te stimuleren bij kinderen in lage-SEP-wijken.

Gezonde Basisschool van de Toekomst (GBT)

De GBT biedt gelijke kansen voor elk kind, ontwikkeld om kinderen op school gezonde gewoontes aan te leren. Doormiddel van: het dagelijks aanbieden van voeding op school; schooldagen met genoeg bewegen en sport en cultuur en talentontwikkeling voor ieder kind, wordt integraal in het schoolprogramma kinderen een gezonde leefstijl aangeleerd. Op relatief korte termijn is gebleken dat kinderen meer bewegen en hun overgewicht afneemt. Neveneffect is dat er minder gepest wordt op school. De interventie is toegankelijk voor ieder kind op school en de kosten worden betaald uit subsidies van de Provincie, gemeenten en eigen bijdrage van de ouders. Totale kosten bij een landelijke invoering zijn door het RIVM begroot op 1 miljard euro, 1% van het totale zorgbudget. De opbrengsten van een gezonde leefstijl overstijgt de kosten van deze effectieve interventie waarschijnlijk vele malen.

Geweld in afhankelijkheidsrelaties

Veilig Thuis is er voor iedereen die te maken heeft met huiselijk geweld, het is bereikbaar en beschikbaar voor iedereen die vragen, zorgen of advies vraagt. Daarnaast heeft Veilig Thuis een expertiserol op specifieke onderwerpen (mensenhandel, kind- en ouderen mishandeling, femicide).

2. Selectieve preventie

Nu Niet Zwanger (NNZ)

Dit landelijk project dat door vrijwel alle GGD-en wordt uitgevoerd en is gericht om het gesprek over kinderwens te voeren met mensen die (tijdelijk) in een kwetsbare situatie zitten. De kern van NNZ is eenvoudig: praat met mensen over de kinderwens en of dit nu speelt. Hierdoor kan iemand geholpen worden om een weloverwogen keuze maken of ze nu, wel of geen zwangerschap wil laten ontstaan. Door dit te bespreken en ondersteuning te bieden worden onbedoelde zwangerschappen voorkomen.

Maatschappelijke kosten/batenanalyse van NNZ	
<i>Kosten</i>	<i>Maatschappelijke baten</i>
Circa €322 per deelnemer	Besparing kosten in de volgende scenario's:
Circa 80% van de deelnemers stelt kinderwens uit	Opvoedondersteuning: €6.820 Pleegzorgkosten als kind moet worden afgestaan: €17.570 Moeder kind opvoedt in een begeleid-wonen instelling €52.070
Per deelnemer die deze keuze maakt zijn de programmakosten: €403,- per deelnemer.	Totaal: Ongeveer €75.000 per deelnemer
<i>Besparing persoonlijk leed + versterken eigen regie is de kern van NNZ</i>	

Stevig Ouderschap

Stevig Ouderschap is een preventieve interventie en biedt door middel van huisbezoeken extra ondersteuning aan gezinnen waar de omstandigheden zwaarder zijn dan gemiddeld. Deze bewezen effectieve interventie wordt in heel Zuid-Limburg binnen Trendbreuk door de JGZ ingezet. Onderzoek laat zien dat kinderen, waarvan de ouders hebben meegedaan aan Stevig Ouderschap, zich lichamelijk en sociaal-emotioneel beter ontwikkelen. Ouders geven aan dat zij door Stevig Ouderschap de ontwikkeling van hun kind beter begrijpen en hun gezin daardoor meer in balans is. Ook hebben ze meer vertrouwen in zichzelf als ouder. Vijf jaar nadat de huisbezoeken zijn afgesloten, zeggen ze dit nog steeds. Organisaties die deelnemen aan Stevig Ouderschap leveren een bijdrage aan het voorkomen van ernstige opvoedingsproblemen, waaronder ook kindermishandeling.

Per gemeente kan via deze link: <https://www.stevigouderschap.nl/infographic> bekeken worden wat de inzet van deze interventie oplevert.

VoorZorg

VoorZorg is een intensief huisbezoekprogramma voor aanstaande moeders in een zeer kwetsbare situatie, die te maken hebben met een opeenstapeling van problemen. Zij krijgen ondersteuning van een gespecialiseerd VoorZorgverpleegkundige van de JGZ die ondersteunt bij de zwangerschap, het ouderschap, de

verzorging en opvoeding, gezondheid en levensloopontwikkeling en bij het krijgen van betere toegang tot hulp. Dit is onderdeel van Trendbreuk.

De belangrijkste doelstellingen van VoorZorg zijn: verbetering van het zwangerschaps- en geboorteproces voor moeder en kind; verbetering van de gezondheid en ontwikkeling van het kind en verbetering van de persoonlijke ontwikkeling van de moeder en haar mogelijkheden voor opleiding en werk, zodat zij meer kan betekenen voor haar kind.

Per gemeente kan via deze link: <https://voorzorginfographic.ncj.nl/?birth-rate=702&county=Heerlen> bekeken worden wat de inzet van deze interventie oplevert.

Bijvoorbeeld voor de gemeente Brunssum:



3. Geïndiceerde preventie:

Binnen de verschillende GGD onderdelen kan er ook sprake zijn van geïndiceerde preventie. Denk hierbij aan een melding van Veilig Thuis of een consult van het Centrum Seksuele Gezondheid. Hieronder worden een aantal andere concrete GGD projecten uitgewerkt.

Keigezond

Het GALA benoemt vijf ketenaanpakken die in gemeenten worden ingericht, en daarvan is de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) voor volwassenen en jeugd is er een van. Een ketenaanpak is een samenwerkingsverband waarin verschillende partners uit in elk geval sociaal en medisch domein samenwerken om risicogroepen te signaleren en interventies te bieden.

In het kader van Trendbreuk is de pilot Keigezond Limburg gestart waarbij de verzekeraar en de gemeente samen de doelgroep een traject aanbieden en de ondersteuning financieren. Middels een verwijzing kunnen kinderen en hun omgeving gebruik maken van deze interventie. Kinderen met een hoog risico/aandeel overgewicht en obesitas (hoog-GGR genoemd) worden betaald door de zorgverzekeraar (ongeveer 70% van de doelgroep) en de begeleiding van de anderen is de zogenaamde laag-GGR groep, wordt betaald door de

gemeenten. JGZ van de GGD is een belangrijke vindplek en uitvoerder van deze aanpak. De pilot is inmiddels overgegaan in Keigezond fase 2 die in Heerlen, Kerkrade, Maastricht en Sittard-Geleen loopt. [De eerste resultaten](#) worden in de loop van 2025 verwacht

Steeds meer aandacht voor preventie

In vele publicaties worden nut en noodzaak van preventie belicht. Monitoring en onderzoek is steeds van belang om te weten waar de belangrijkste aangrijpingspunten liggen voor preventiebeleid van gemeenten en welk effect de nieuwe aanpakken/interventies hebben.

Aangetoond is dat dat preventie meer oplevert dan gedacht. Langer levende mensen of fittere personen kosten gedurende hun levensloop niet alleen meer geld door de zorg die ze gedurende hun langere leven spenderen, maar leveren de samenleving meer op door de maatschappelijke baten van preventie. Kort gezegd: 'Een goede gezondheid gaat gepaard met meer kans op werk, minder (ziekte) verzuim en een hogere productiviteit. En wie na zijn of haar pensioen nog gezond is, kan zich inzetten voor maatschappelijk relevante zaken zoals vrijwilligerswerk en mantelzorg.' Toegevoegd kan worden dat de samenleving als geheel gebaat is bij een zorgzame maatschappij waarin ieder mens telt en meedoet. Bij preventie kijken we alleen naar kosten en niet naar kosteneffectiviteit zoals bij zorg. Bij preventie zou het niet alleen moeten gaan om vermindering van zorgkosten, maar ook om een oriëntatie op de brede maatschappelijke baten. Elke geïnvesteerde euro in preventie levert doorgaans meer gezondheidswinst op dan in zorg.

Gezondheid wordt door meer dan alleen biologische of leefstijlfactoren bepaald, veel factoren zijn sociale factoren of liggen buiten de directe invloedssfeer. Een samenhang van oorzaken, vereist ook een samenhangende aanpak – een integrale benadering.

Deze integrale benadering wordt 'Health in and for all policies' genoemd. Daarom is het van belang dat er domeinoverstijgend wordt samengewerkt van GGDZL met gemeenten, kinderopvang en onderwijs, sociaal werk, woningcorporaties, werkgeversorganisaties en zorgpartners.

De samenhang en de complexiteit van gezondheid vergen een lange adem, langdurig en vasthoudend investeren in preventie. Samengevat: voorwaarden voor preventie:

1. Programmatistische en planmatige aanpak;
2. Het inzetten van verschillende typen preventie tegelijkertijd en in samenhang bekijken;
3. Fysieke, economische en sociale omgeving vormen belangrijke aangrijpingspunten voor preventie;
4. Gerichte inzet van preventieactiviteiten voor specifieke kwetsbare doelgroepen (ongelijk investeren voor gelijke kansen);
5. Preventie is in alle levensfasen belangrijk en kan in elke fase van de levensloop tot gezondheidswinst leiden;
6. Vraagt actieve betrokkenheid van de doelgroep;
7. Vereist concrete doelen; deze zijn daardoor nu veelal te vrijblijvend.

Bronnen:

Uit: De potentie van preventie: Nederlands Jeugdinstituut Meisters et al., 2022a en 2022b

Uit: <https://www.trimbos.nl/docs/bf92622f-b31d-4412-b33b-c21ffb496717.pdf>

Uit: <https://extranet-ggdz.viadesk.com/do/document?id=150637-646f63756d656e74>

Bron: de Erasmus School of Health Policy and Management

Bijlage 4

Actiepunt 5: Effecten landelijke bezuinigingen

Introductie

In het bestuur is gesproken over de wijze waarop de GGDZL gefinancierd is. Dit valt uiteen in 3 grote stukken: Rijks,- project en gemeentelijke financiering. Er is sprake van een forse taakstelling als gevolg van de landelijke bezuinigingen op de eerste twee inkosten stromen. Dit loopt op tot 20% van de totale GGD begroting. In het Algemeen Bestuur is gevraagd om een nadere duiding te geven van de consequenties en gevolgen hiervan. Dit is in deze memo uiteengezet.

Ten eerste

De GGDZL is er de afgelopen jaren goed in geslaagd om veel derde geldstromen binnen te halen. Deze aanvullende middelen zijn in de regio ingezet om extra stappen te zetten op het gebied van preventie en publieke gezondheid. Immers: de urgentie en noodzaak om hiermee aan de slag te gaan is hoog. Er is sprake van aanzienlijke kortingen en bezuinigingen op deze geldstromen. Dit loopt op tot 20%. Daarnaast worden de meeste derde geldstromen niet meer geïndexeerd. Hierdoor ontstaat er een financieel probleem. Dit zal leidt uiteindelijk tot reductie van personeel (formatie). Dit gaat niet van vandaag op morgen en zal gepaard gaan met gefaseerde frictiekosten.

De budgetbijstelling op Rijksniveau op basis van de rijksbegrotingsstukken 2025 hebben impact op alle GGD'en en/of GGDGHOR Nederland. In deze memo zijn per thema de gevolgen voor de GGDZL, voor zover nu bekend, inzichtelijk gemaakt.

Programmalijn JGZ

Het landelijk beleid inzake preventie legt de nadruk op de Jeugd. Hierbij is echter niet zichtbaar welke middelen hiervoor beschikbaar komen.

Rijksvaccinatieprogramma (RVP)

Er is aandacht voor de dalende vaccinatiegraad, juist in Zuid-Limburg waar die in nagenoeg alle gemeenten onder 90% zakt en in sommige gemeenten zelfs onder 80%, waar de norm voor groepsimmunitet door RIVM minstens 95% is. Daarmee wordt duidelijk dat extra inzet op een fijnmazige aanpak, vooral in wijken waar de vaccinatiegraad achterblijft via begrijpelijke en doelgroepgerichte voorlichting (vergroten van vertrouwen) en tegengaan van onjuiste medische informatie over vaccinaties, noodzakelijk is. Hiervoor worden echter geen extra middelen beschikbaar gesteld. Feitelijk betekent dit meer werk met dezelfde middelen uitvoeren en dus moet er ergens op worden bezuinigd. De uiteindelijke impact is nog niet duidelijk, maar wel dat het een negatief effect zal zijn.

Financieringsystematiek RVP

Gemeenten ontvangen voor alle jeugdigen een bedrag voor vaccinaties, de GGDZL declareert bij gemeenten alleen de gezette vaccinaties. Door de dalende vaccinatiegraad wordt het verschil tussen deze twee groter.

Programmalijn VT

De doeluitkering Vrouwenopvang (DUVO) is naar beneden bijgesteld. Nu ontvangen de gemeenten middelen retour omdat deze middelen niet volledig worden ingezet. Hiermee wordt een deel van de financiering van VT gedekt. Dit zal komen te vervallen. Voor de begroting van VT heeft dit geen gevolgen maar wel voor de financiering van de gemeenten.

Programmalijn GGD

Infectieziekte bestrijding

Bij het onderdeel infectieziektebestrijding gaat het om een aantal dienstverleningen die vanuit de landelijke budgetbijstellingen in zwaar weer komen.

Het betreft de onderdelen:

- Pandemische paraatheid
- Covid
- Seksuele gezondheid

De consequenties van korting op deze onderdelen werken ook door op de 24-uurs infectieziektebestrijding. Door de grootte van het bedrijfsonderdeel SIM (seksuele gezondheid, infectieziektebestrijding en medische Milieukunde) konden synergie voordelen worden gerealiseerd. Met name op het gebied van bereikbaarheid en beschikbaarheid van de 24-uurs infectieziektebestrijding. Door de vermindering van de landelijke budgetten zal ook de totale formatie naar beneden gaan en zal het invullen van een 7/24 uurs rooster lastig worden, waardoor de beschikbaarheid onder druk staat.

Pandemische paraatheid

Oorspronkelijk zou het budget landelijk in 2025 groeien met € 50 mln. Deze groei gaat niet door. Daarnaast is er een afbouw van het gehele budget (landelijk € 300 mln.) gedurende 2026/2029. Dit budget is in 1^e instantie middels een Spuk-regeling beschikbaar gesteld maar zou per 2026 structureel worden opgenomen in de begroting van VWS. Dit gaat dus niet door. Voor de GGD ZL betekent dit:

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Bijdrage Rijk	€3,4 mln.	€ 3,4mln.	€3,4 mln.	€2 mln.	€1,3 mln.	€ 0
% t.o.v. 2025 oorspronkelijk		-16,67%	-16,67%	-50%	-66,67%	-100%

Kosten zullen stijgen met gemiddeld 5 %. Hetgeen betekent dat voor het uitvoeren van de pandemische paraatheid de kosten nog sterker moet bezuinigen dan de verlaging van de inkomsten nu aangegeven.

We zijn dus minder goed voorbereid bij een nieuwe pandemie en leren niet van de lessen uit de covid pandemie.

COVID

In de begroting 2025 zijn voor Covid alleen nog middelen opgenomen voor een najaarscampagne. Het opgenomen bedrag is landelijk 10% lager dan het begrote bedrag in 2024. Daarnaast zijn er geen middelen opgenomen voor het in stand houden van een structuur inzake de bestrijding van Covid.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Bijdrage Rijk	€ 3,6mln.	€ 2,6mln.	PM	PM	PM	PM
% t.o.v. 2025 oorspronkelijk		-27%				

Kosten zullen stijgen met gemiddeld 5 %. Hetgeen betekent dat het uitvoeren van de najaarscampagne een bezuiniging inzake Covid van ruim 32% betekent. Daarmee kan een succesvolle invulling niet gegarandeerd worden.

Seksuele gezondheid

Landelijke zal de bijdrage van het rijk met 10% verminderen. Daarnaast speelt er nog een herverdeling van de middelen zowel landelijk als op provinciaal niveau. De verwachting is dat dit voor de GGDZL zal leiden tot een bezuiniging op de inkomsten van 30%.

	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Bijdrage Rijk	€ 2,4mln.	€ 2 mln.	€1,7 mln.			
% t.o.v. 2025 oorspronkelijk		-15%	-30%			

De kosten voor de uitvoering zullen gemiddeld stijging met 5%. Over de indexering van deze middelen is nog geen uitspraak gedaan. Mocht er geen indexering plaatsvinden dan zal er in de uitvoering **35% tot 40%** bezuinigd moeten worden.

Preventie

Veel projectgelden komen te vervallen of worden verlaagd. Zo is er een aangekondigde bezuiniging op de middelen Gezonde School (meer concreet: gezonde leefstijl en gezond gewicht) hetgeen ten koste zal gaan van inzet Gezonde-school adviseurs bij de GGD. (Gezonde School blijft onderdeel van de opdracht aan RIVM). Ook de bijdrage aan de Gezonde Basisschool van de Toekomst die geleverd wordt vanuit het reguliere budget van de GGD, zal onder druk komen te staan.

De *health in all policies* gedachte blijft voor het onderdeel MMK nagenoeg gelijk, echter het onderdeel gezondheidsbevordering is verder uitgekleeft en alleen gekoppeld aan bewegen/beweegvriendelijke omgeving. Voor de GGDZL betekent dit dus dat er geen extra middelen meer beschikbaar zijn voor gezondheidsbevordering.

Omdat ook de kennisinstituten (RIVM, ZonMW etc.) worden getroffen door de landelijke bezuinigingen is de verwachting dat de projectgelden zullen opdrogen. Er zijn nog geen concrete percentage te benoemen.

GALA/IZA

Hoewel het zorgakkoord (IZA) wordt uitgebreid is nog onduidelijk wat dit betekent voor de GALA middelen en het aandeel voor de gemeenten in de IZA middelen. Wel is duidelijk als deze middelen overgaan naar het gemeentefonds dat dit gepaard gaat met een bezuiniging van 10%.

Overige thema's

PGA: Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers

Vanaf 2027 wordt een flinke bezuiniging verwacht voor COA en daarmee ook voor de PG. Budgetten 2025 en 2026 zijn naar verwachting vergelijkbaar. (9% van de COA begroting is voor volksgezondheid, daarvan is 10% voor PG). Onduidelijk is nog om welk percentage dit zal gaan.

Arbeidsmarktbeleid

De STAP middelen van het ministerie van SZW worden in 2025 ingezet voor scholing gericht op maatschappelijke cruciale sectoren te subsidiëren. GGD'en zijn bij SZW bekend als een maatschappelijke cruciale sector. In samenwerking met de bestuurscommissie Arbeidsmarkt en bedrijfsvoering zet GGD GHOR Nederland zet zich momenteel in om te voldoen aan de voorwaarden voor deze subsidiering.

Forensische geneeskunde

Voor de financiering van de opleiding voor forensische artsen is in 2025 €8,6 mln. beschikbaar. Dit is inclusief de uitbreiding van de opleiding voor de komende jaren als gevolg van een acuut tekort aan forensisch artsen. Daarnaast is €0,5 mln. beschikbaar om het toezichthouden op de lijkschouw zoals deze uitgevoerd wordt door gemeentelijk lijkschouwers en behandelend artsen, wettelijk te borgen. In 2024 was het budget voor de opleiding €5,9 mln. Dit heeft verder geen invloed op de begroting.

Bijlage 5

Actiepunt 6: Reizigersvaccinatie

Introductie

In het AB van 7 oktober is gesproken over het onderwerp EASE en is aangegeven dat de huidige samenwerkingsvorm onder de loep genomen wordt. Samen met het MUMC zijn een viertal toekomstscenario's verkend. Een kansrijk scenario is het wederom onderbrengen van de taak reizigersvaccinatie bij de GGDZL. In de beeldvormende AB vergadering van 28 november jl. was een brede erkenning van het belang van dit onderwerp en de mogelijkheden om reizigersvaccinatie opnieuw onder te brengen bij de GGDZL. In deze vergadering is gevraagd naar meer achtergrondinformatie over dit onderwerp en de gevolgen hiervan voor de GGD. Dit is in deze memo verwerkt.

Landschap van reizigersvaccinatie in Nederland

Reizigersvaccinaties beschermen tegen ernstige infectieziekten die in sommige landen veel voorkomen. Momenteel dienen 23 van de 25 Nederlandse GGD-en deze vaccinaties toe, hiermee bedient de GGD landelijk al een groot deel van de 'markt'. Daarnaast blijkt dit een rendabele taak te zijn. In Zuid-Limburg is deze taak belegd bij Ease Travel Clinic & Health Support waarvan de GGD ZL voor 49% aandeelhouder is.

Risico's voor reizigers en alle burgers in Zuid-Limburg

Reizigersvaccinaties beschermen niet alleen de individuele reiziger tegen ernstige infectieziekten, maar beschermen daarmee ook de burgers in Zuid-Limburg. Het infectieziekerisico is namelijk tweeledig. Enerzijds loopt een ongevaccineerde reiziger een groter risico een infectie op te lopen door o.a. slechtere hygiënische omstandigheden en het zich begeven onder grote groepen in het buitenland. Hij kan daardoor als bron dienen en een infectie in Zuid-Limburg introduceren. Anderzijds kan door de dalende vaccinatiegraad in de regio deze introductie leiden tot meerdere infecties, een uitbraak. Denk hierbij aan de dalende vaccinatiegraad onder kinderen tegen mazelen (BMR-vaccin) waardoor het zeer besmettelijke mazelenvirus door introductie van een reiziger zich kan verspreiden in de regio.

GGD Zuid-Limburg als de vaccinatie expert

Infectieziektebestrijding is een wettelijke taak die valt onder de Wet Publieke Gezondheid. Vaccineren is bij uitstek een vorm van infectieziektebestrijding. De GGDZL voert al vaccinaties uit in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), de COVID-19 campagne.. Het zelf uitvoeren van reizigersvaccinaties past daarom goed in het dienstenpakket van de GGDZL. Onderstaand wordt dit gemotiveerd:

Als eerste centraliseren we daarmee de vaccinatiezorg in Zuid-Limburg waardoor de burger een duidelijk en betrouwbaar aanspreekpunt heeft voor zijn vaccinaties. GGDZL kan zich hiermee positioneren als de vaccinatie expert. Reizigersvaccinaties dienen hiervoor als basis, maar het stelt ons ook in staat om laagdrempelig het gesprek aan te gaan met burgers die twijfels hebben over andere vaccins. Bijvoorbeeld: een kind dat reizigersspreekuur bezoekt attenderen op het rijksvaccinatieprogramma. Hiermee kan de vaccinatiegraad verhoogd worden.

Ten tweede zijn de professionals van infectieziektebestrijding de expert op het gebied van infectieziekten regionaal, nationaal, mondiaal. Zij zijn tevens LCR geregistreerd (zie bijlage). Dit betekent dat wanneer reizigersvaccinaties bij de GGDZL wordt belegd, er een beter zicht is op dit thema en kan er beter beleid worden gemaakt. Dit draagt bij aan verlagen van de risico's op infectieziekten voor de burger.

Ten derde maakt een uitvoeringspoot van reizigersvaccinatie bij de GGDZL de organisatie en daardoor ook de regio wendbaarder in het geval van een uitbraak of nieuwe pandemie, de pandemische paraatheid. Ook kan hiermee beter invulling worden gegeven aan uitvoeringsopdrachten vanuit VWS (dit komt steeds vaker voor). Een afdeling reizigersvaccinatie met zijn professionals kan dan makkelijker worden opgeschaald en ingezet om te vaccineren met behoud van hun deskundigheid.

Als laatste maakt dit de GGD ZL aantrekkelijker als werkgever met een dynamische en afwisselende functie voor professionals in de regio.

Voordelen wegen op tegen mogelijke nadelen

Mogelijke uitdagingen voor het uitvoeren van reizigersvaccinaties zijn: bezettingsproblemen; vaccintekorten en de gepastheid van een commerciële taak binnen de Gemeenschappelijke Regeling. Het mogelijk niet vinden van voldoende gekwalificeerd personeel wordt ondervangen door te werken met combinatiefuncties waarbij verpleegkundigen reeds werkzaam bij de infectieziekte- en tuberculosebestrijding hun werkzaamheden combineren met reizigerszorg. Vaccintekorten spelen mondiaal en kunnen we in de regio zoveel mogelijk opvangen door vaccins grootschalig in te kopen door ons aan te sluiten bij de andere zuidelijke GGD-en. Als laatste kan reizigerszorg gezien worden als een commerciële taak die mogelijk conflicteert met de GGD als overheidsorganisatie. Reizigersvaccinaties kan worden ingericht als een rendabele activiteit binnen de geldende kaders.

Verdiepende informatie is terug te vinden op de volgende pagina.

Bijlage Reizigersvaccinaties bij GGD Zuid-Limburg

Toenemend risico bij dalende vaccinatiegraad

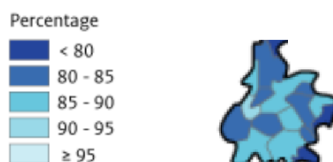
Reizigersvaccinaties beschermen reizigers tegen ernstige infectieziekten die in sommige landen veel voorkomen. Veel voorkomende vaccinaties zijn die tegen hepatitis A en B, difterie/tetanus/polio (DTP), mazelen (BMR) en gele koorts. Deze vaccinaties beschermen niet alleen de individuele reiziger tegen ernstige infectieziekten, maar dragen ook bij aan de volksgezondheid door de verspreiding van ziekten over internationale grenzen te beperken. In tijden van toenemende globalisering en mobiliteit van onze burger een de ene kant en een dalende vaccinatiegraad van de bevolking als geheel aan de andere kant is preventief vaccineren dan ook steeds belangrijker geworden.

Deze dalende vaccinatiegraad is niet nieuw en maakt het aantal burgers dat vatbaar is voor een bepaalde infectieziekte groter. Als voorbeeld nemen we mazelen: een vaccinatiegraad van 95% en hoger is nodig om

verspreiding te voorkomen. De vaccinatiegraad voor de BMR-vaccinatie op 9-jarige leeftijd is in Zuid-Limburg gemiddeld 81%, ver onder de verspreidingsnorm van 95%.

Vaccinatiegraad BMR

Per gemeente, verslagjaar 2024 (cohort 2013),
schoolkinderen (volledig afgesloten zonder leeftijdsgrens)



Bron: RIVM

Vergoedingen

Reizigersvaccinaties behoren niet tot een programmatisch aanbod (zoals COVID-19, griepvaccinatie, etc) en niet worden niet vergoed vanuit de basiszorgverzekering.¹ Reizigersvaccinaties worden "vrije markt" vaccinaties genoemd waaronder ook "vaccinaties op verzoek" (vaccinatie op maat vanwege bijvoorbeeld persoonlijke omstandigheden) en vaccinaties voor werknemers (arbovaccinaties) vallen. Reizigers moeten dan ook zelf deze vaccinaties betalen, soms is er vergoeding vanuit een aanvullende verzekering van de zorgverzekering.

Kwaliteit

Het Landelijke Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) richt zich in Nederland op de kwaliteit en uniformiteit van de reizigersadviesing. Het LCR stelt richtlijnen op die worden verspreid onder vaccinerende instellingen die een abonnement hebben afgesloten bij het LCR. Daarnaast stelt het LCR voorwaarden op voor de kwaliteit waaraan reizigersadvies en vaccinatiebureaus moeten voldoen om verantwoorde reizigerszorg te kunnen verlenen. Er is een wettelijke verplichting om aangesloten te zijn bij het LCR om gele koorts adviezen en vaccinaties te mogen zetten.

Organisatie

Nederland

Reizigersvaccinaties worden in Nederland niet centraal geregeld. Ze kunnen worden aangeboden en toegediend door GGD-en, huisartsen en particuliere vaccinatiecentra (reisklinieken). Momenteel bieden 23 van de 25 GGD-en, met uitzondering van GGD ZL, reisvaccinaties aan. Deze 23 GGD-en hebben gespecialiseerde afdelingen voor reizigersadviesing waar reizigers terecht kunnen voor consulten, vaccinaties en gezondheidsadvies op maat. Ook bieden zij gezamenlijk het platform ggdreisvaccinaties.nl en de app GGDReistMee aan, waar inwoners persoonlijk reisadvies kunnen krijgen en 24/7 online afspraken kunnen inplannen bij verschillende GGD locaties.

Zuidelijke GGD-en

De andere zuidelijke GGD-en zoals GGD Limburg Noord, GGD Brabant Zuid-Oost, GGD Hart voor Brabant, GGD West Brabant en GGD Zeeland voeren allemaal zelf reizigersvaccinaties uit. Reizigersvaccinaties worden bij deze GGD-en beschouwd als de "corebusiness" van de afdeling en worden vaak gecombineerd met het aanbod voor vaccinaties op maat en beroepsvaccinaties. Er is consensus dat het het hele jaar door erg druk is bij de reisvaccinatieafdeling met soms wachttijden. Meerdere GGD-en zijn in januari 2024

gezamenlijk een aanbesteding aangegaan voor de inkoop van vaccinaties. De ingekochte vaccinaties worden tegen een commercieel tarief aangeboden en het voordeel hiervan wordt binnen de organisaties verdisconteerd. In alle gevallen gaven de GGD-en aan dat de opbrengsten uit de reizigerszorg hen extra financiële slagkracht geven.

Regio Zuid-Limburg

Tot 2008 was het verstrekken van reizigersvaccinaties een onderdeel van de dienstverlening van de GGD ZL. Door veranderde prioriteiten werd deze taak na 2008 bij Ease Travel Clinic & Health Support belegd waarvan de GGD ZL 49% en het MUMC+ 51% aandeelhouder is. De artsen infectieziektebestrijding van de GGD ZL, allen geregistreerd bij het LCR als reizigersgeneeskundig arts, worden ingehuurd als supervisor van de reizigersspreekuren door verpleegkundigen van Ease. Naast Ease zijn er nog enkele andere commerciële partijen in de regio die reizigersvaccinaties aanbieden.

Vaccinatie Expertise Centrum (VEC)

De vaccinatiezorg in Nederland is versnipperd. Een COVID-19 vaccinatie en vaccinaties vanuit het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) haal je in onze regio bij de GGD, een prik voor een reis bij een commerciële aanbieder, de grieprik haal je bij de huisarts. Door het meer te centraliseren waarbij reizigersvaccinatie als basis dient kan de GGD zich positioneren als een VEC. Een VEC dat ook wendbaar is door opschalingsmogelijkheden bij een nieuwe uitbraak of pandemie of nieuwe uitvoeringsopdracht vanuit VWS.

Bijlage 6

Actiepunt 7: Achtergrond reserves GGD

Introductie

In het beeldvormende AB van 28 november 2024 is gevraagd naar een toelichting op de aard en de omvang van de reserves van de GGDZL. Tevens is de vraag gesteld of er ruimte is voor extra financiële middelen voor de deelnemende gemeenten. In deze memo is dit nader uitgediept. De aard en de omvang van de reserves van de GGDZL zijn zeer beperkt in relatie tot het noodzakelijk weerstandsvermogen en geldende normen. Er is daarom geen sprake van financiële ruimte voor individuele gemeenten.

Achtergrond reserves

Reserves zijn vermogensbestanddelen die als eigen vermogen zijn aan te merken. Reserves dienen op grond van het BBV (artikel 43) te worden onderscheiden in de algemene reserve en bestemmingsreserves. Onder een bestemmingsreserve wordt verstaan een reserve, waaraan een bepaalde bestemming is gegeven door het Algemeen Bestuur. Mutaties in reserves zijn onderdeel van de resultaatbestemming, de bevoegdheid is opgedragen aan het Algemeen Bestuur.

Richtlijnen reserves en voorzieningen

1. De bevoegdheid tot het instellen, wijzigen van het doel en opheffen van reserves en voorzieningen ligt bij het Algemeen Bestuur;
2. Het instellen van een reserve en/of voorziening (conform de nota reserve en voorzieningenbeleid) vindt plaats via een afzonderlijk besluit van het Algemeen Bestuur;
3. Bij het instellen van een reserve en voorziening wordt minimaal ingegaan op het doel waarvoor de reserve en/of voorziening wordt gevormd, de omvang, de mutaties (stortingen en onttrekkingen), de dekking en de looptijd;
4. Alle mutaties, stortingen en onttrekkingen, op reserves vereisen goedkeuring van het Algemeen Bestuur;
5. Het bestuur keurt de mutaties goed bij:
 - a. Het vaststellen van de begroting;
 - b. De vaststelling van een tussenrapportage;
 - c. Afzonderlijk besluit;
 - d. Resultaatbestemming van de jaarrekening.

Reserves GGD Zuid-Limburg

In de Gemeenschappelijke Regeling is opgenomen dat de algemene reserve en de voorzieningen worden gevormd overeenkomstig het door het Algemeen Bestuur vastgestelde beleid, waarbij de algemene reserve tenminste 6% van het totaal van de exploitatielasten van enig boekjaar moet bedragen.

De algemene reserve van de GGDZL blijft ruim onder deze 6% en is jarenlang niet aangevuld. Ze is ruim onvoldoende om de bestaande risico's te kunnen dekken. In afspraak met het Algemeen Bestuur is besloten om de Algemene reserve niet aan te vullen tenzij er anders wordt besloten bij een positief jaarrekeningresultaat. Dit betekent dat gemeenten in hun eigen risicoparagraaf dienen op te nemen dat er onderdekking is van de bestaande risico's bij de GGDZL.

In 2024 zijn er 2 bestemmingsreserves:

Bestemmingsreserve risico FOR GMP

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

Bestemmingsreserve Preventie.

Deze reserve is in 2024 ingesteld ten behoeve van de borging van projecten in het kader van preventie of voor het instellen van projecten t.b.v. preventie.

De tabellen zijn terug te vinden in bijlage 1 en 2 van deze memo.

Vorzieningen GGDZL

De GGDZL kent twee voorzieningen. Beide voorzieningen zijn ingesteld conform de richtlijn Besluit Begroting en verantwoording gemeenten en provincies (BBV).

Voorziening groot onderhoud

Deze voorziening is ingesteld t.b.v. het pand in eigendom in Heerlen.

Voorziening verlofsparen

Op basis van de gewijzigde Cao is de voorziening verlofsparen ingesteld.

De tabellen zijn terug te vinden in bijlage a en b van deze memo.

Bijlage a (uit jaarrekening 2023)

Weerstandscapaciteit GGD Zuid Limburg

Peildatum 31 december 2023 vóór verwerking voorstel bestemming reguliere bedrijfsresultaat.

	GGD	Veilig Thuis	JGZ
Algemene reserve	110.393	-	-131.435
Bestemmingsreserve	30.485	-	-
Ruimte op de begroting	-	-	-
Totaal	140.878	-	-131.435

Weerstandscapaciteit GGD Zuid Limburg

Peildatum 31 december 2023 na verwerking voorstel bestemming reguliere bedrijfsresultaat.

	GGD	Veilig Thuis	JGZ
Algemene reserve	776.845	-	-
Bestemmingsreserve	330.485	-	-
Ruimte op de begroting	-	-	-
Totaal	1.107.330	-	-

Weerstandvermogen

De bepaling van het weerstandvermogen wordt berekend door onderstaande formule:

Weerstandvermogen = Weerstandscapaciteit / risico's (Norm = 1)

Weerstandvermogen	2022 GGD	2022 VT	2022 JGZ	2023 GGD	2023 VT	2023 JGZ
Peildatum 31-12 <u>vóór</u> resultaatbestemming	0,14	-	-	0,07	-	-0,13
Peildatum 31-12 <u>na</u> resultaatbestemming	-0,02	-	-0,37	0,53	-	-

Bij de bepaling van de waarde van de risico's is rekening gehouden met de kans dat een risico zal optreden.

Bijlage b (uit jaarrekening 2023)

Passiva

Vaste passiva

Eigen Vermogen

Omschrijving	Saldo 1-1-2023 in €	Resultaat-beslemming 2023 in €	Toevoe-gingen 2023 in €	Ottrek-kingen 2023 in €	Saldo 31-12-2023 exclusief res. best. 2023 in €
Reserves					
Algemene reserve GGD	165.941	-55.548	-	-	110.393
Algemene reserve VT	-	-	-	-	-
Algemene reserve JGZ	-131.435	-	-	-	-131.435
Algemene reserve RAV	1.705.202	-1.565.864	-	139.338	-
Algemene Reserve	1.739.708	-1.621.412	-	139.338	-21.042
Reserve risico FORGNK GMP	106.485	-76.000	-	-	30.485
Overige reserves	106.485	-76.000	-	-	30.485
Totaal	1.846.193	-1.697.412	-	139.338	9.443

Bestemmingsreserve risico FOR GMP

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

Structurele stortingen/onttrekkingen reserves

Er vinden ten aanzien van de reserves geen structurele stortingen en/of onttrekkingen plaats.

Vorzieningen

Vorzieningen ter egalisering van kosten	Saldo 1-1-2023 in €	Toe-voegingen 2023 in €	Ont-trekkingen 2023 in €	Saldo 31-12-2023 in €
Voorziening onderhoud gebouw hoofdkantoor	217.936	92.461	57.150	253.247
Voorziening onderhoud gebouw RAV	339.799	-	339.799	-
Voorziening personele verplichtingen	812.056	-	146.615	665.441
Totaal	1.369.791	92.461	543.564	918.688

Voorziening onderhoud gebouw hoofdkantoor

Voor het hoofdkantoor in Heerlen is een meerjarenonderhoudsplan opgesteld. De vernieuwbouw van het pand in Heerlen dateert uit najaar 2017. Uitgevoerde onderhoudswerkzaamheden zijn onder andere onderhoud diverse installaties conform onderhoudscontract en onderhoud bouwkundig, onder andere middels schilderwerkzaamheden.

Voorziening onderhoud gebouw RAV

Met de overdracht van de RAV aan AZL is deze voorziening in 2023 overgedragen aan AZL.

Voorziening personele verplichtingen

Dit betreft een verplichting voor verlofsparen. Bij verlofsparen is sprake van arbeidskosten gerelateerde verplichtingen, die een niet voorspelbare opbouw en daarmee ook onvoorspelbare afbouw kennen, waarvoor een voorziening voor gevormd dient te worden.

Bijlage 7

Actiepunt 8: Arbeidsmarktperspectief van zorgpersoneel en gevolgen voor de GGD

Introductie

In het beeldvormend AB is gesproken over het werkgeverschap van de GGD en is de vraag gesteld hoe het arbeidsmarktperspectief er eigenlijk bij de GGDZL uitziet. In deze memo is dit nader uiteen gezet. De GGDZL kampt, net als andere organisaties met grote arbeidsmarkt vraagstukken. Sommige vacatures kunnen niet ingevuld worden door tekorten. Het overgrote deel van de GGD medewerkers is zorgpersoneel en kampt dan ook met dezelfde vraagstukken als andere zorgpartijen.

GGD in cijfers

Een aanzienlijk deel van het personeel van de GGD Zuid-Limburg bestaat uit zorg/medisch personeel. Concreet gaat het dan om de volgende aantallen en percentages. De cijfers zijn van december 2024.

Functie	Aantal	Percentage
Arts	81	11,9%
AIOS/ANIOS	22	3,2%
Verpleegkundige	173	25,5%
Medische ondersteuning	88	13,0%
Totaal GGDZL	364	53,6%

De arbeidsmarkt in de sector Zorg en Welzijn is momenteel krap, waarbij er structureel sprake is van meer vraag dan aanbod. Het huidige perspectief van het zorgpersoneel op de arbeidsmarkt heeft daarom gevolgen voor de GGDZL.

De huidige arbeidsmarkt in Zuid-Limburg

Er is een langere tijd sprake van krapte op de arbeidsmarkt, waarbij er meer aanbod aan vacatures bestaat dan er werkzoekenden zijn. Kijkend naar de regio Zuid-Limburg, zijn er enkele aandachtspunten (Regio in Beeld Zuid-Limburg 2024-2025, UWV):

- Zuid-Limburg heeft de laagste arbeidsparticipatie van Nederland met 66,8%;
- Hoge krapte in o.a. sector Zorg en Welzijn (2024) die de komende 10 jaar toeneemt;
- Vergrijzing en ontgroening op de arbeidsmarkt: aanzienlijk meer werkenden tussen de 50 en 67 jaar dan jongeren die de arbeidsmarkt (gaan) betreden. In de zorgsector in Zuid-Limburg is 13% 60 jaar of ouder;
- Kwaliteit van arbeid vormt een obstakel;

- Toename in het wisselen van baan in Nederland: 20% van werknemers in Nederland wisselde in 2023 van baan.

De zorgsector is één van de sectoren waar deze krapte het sterkst merkbaar is en ook specifiek in de publieke gezondheidszorg is er sprake van tekorten, zoals in infectieziektenbestrijding, forensische geneeskunde en jeugdgezondheidszorg (IGJ, 2023). Naast deze ontwikkelingen speelt de hoge werkdruk in zorgberoepen tevens een rol in de krapte op de arbeidsmarkt.

Gevolgen voor de GGD Zuid-Limburg

Ook de GGDZL ervaart deze uitdagingen in de huidige arbeidsmarkt, waarbij het vervullen van vacatures door kwalitatief zorgpersoneel moeizamer verloopt. In een uitvraag op de afdelingen in 2023 gaven vrijwel alle afdelingen aan moeite te hebben met het invullen van vacatures en zelfs soms permanent nieuwe collega's zochten. In 2024 is dit nog steeds het geval voor meerdere medische functies.

De vergrijzing en ontgroening is ook merkbaar in onze organisatie, waar een aanzienlijk aantal medewerkers met pensioen gaan in de komende jaren. In de komende 5 jaar betreft dit voor de organisatie minimaal 49 medewerkers. Bovendien gaan medewerkers geregeld eerder met pensioen. Op dit moment (december 2024) is 13% van het personeel van de GGDZL 60 jaar en ouder. Door de krapte op de arbeidsmarkt zijn de mogelijkheden voor zorgpersoneel groot.

Een vergelijkbare uitdaging is merkbaar in de ICT en data gerelateerde beroepen. Daarbij speelt het feit dat we als GGDZL qua arbeidsvoorwaarden (met name salaris technisch) niet kunnen concurreren met andere organisaties die beter betalen voor deze functies.

Kortom het vinden en binden van geschikte kandidaten vraagt veel van de GGDZL. Proactieve arbeidsmarktwerking en investeren in een sterk werkgeversmerk is noodzakelijk voor de GGDZL. De afdeling Personeel, Talent en Ontwikkeling (PTO) werkt al geruime tijd aan een plan van aanpak om arbeidsmarktwerking te moderniseren en intensiveren. Dit kost tijd, geld en vraagt het nodige van het huidige leidend kader.

Zuid-Limburg	
Beroepsklasse	
Dienstverlenend	zeer krap
Zorg en welzijn	zeer krap
ICT	zeer krap
Commercieel	zeer krap
Openbaar bestuur	krap
Pedagogisch	krap
Economisch en administratief	krap
Managers	krap
Transport en logistiek	krap
Technisch	krap
Creatief en taalkundig	krap
Totaal	krap

Bron: UWV, regio in beeld, 2e kwartaal 2024.

Bijlage 8

Actiepunt 9: Maatwerk

Introductie

In de bestuurlijke gesprekken van de afgelopen periode is aan de GGDZL de vraag gesteld wat gemeenten (anders) zouden kunnen doen om een efficiëntere en effectievere manier van handelen van de GGDZL te realiseren. Er is in de regio namelijk sprake van een forse opgave waar in vele buurten en wijken aan gewerkt wordt. In deze memo zijn een aantal elementen beschreven van wat dit zou kunnen zijn.

Dit is nader uitgewerkt op basis van drie vormen van maatwerk:

1. Producten die niet door alle 16 gemeenten worden afgenomen;
2. Reguliere producten maar waar de werkwijze bij de 16 gemeten verschillend is;
3. Projecten voor individuele gemeenten.

1. Producten niet voor alle 16 gemeenten.

Feitelijk is er nog maar 1 producten dat niet door alle 16 gemeenten wordt afgenomen en dat is het onderdeel openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Dit wordt middels subsidie door 10 van de 16 gemeenten afgenomen.

2. Verschillende werkwijzen

Verschillende werkwijzen doen zich zowel op concernniveau als per programmalijn voor.

Concern

De verschillende werkwijze zien we met name terug in de diverse overlegstructuren binnen de 16 gemeenten. Het betreft hierbij vaak voorbereidingen van bestuurlijke overleggen. Zo zien we regelmatig dat diverse gemeenten moeite hebben om stukken tijdig te agenderen voor raadvergaderingen terwijl de GGDZL zelfs een ruimere marge hanteert dan wettelijk verplicht is.

Daarnaast worden er 16 keer annotaties gemaakt en worden er gezamenlijk overleggen en individuele afspraken/overleggen gemaakt met de ambtelijke ondersteuning van de deelnemende gemeenten. Dit vergt aan beide kanten veel tijd. Bovendien blijkt door de verscheidenheid aan onderwerpen bij de GGDZL dat er daarnaast nog extra overleggen noodzakelijk zijn omdat de desbetreffende ambtenaren niet over het betreffende thema gaat.

Programmalijn JGZ

Binnen JGZ zien we verschillende werkwijzen waar het gaat om de inzet van VVE. En de inzet van JGZ bij verschillende overleggen. Hierbij verschillen de hoeveelheid van overleggen en de soorten overleggen sterk. Ook is er sprake van verschillen in de uitvraag van data en rapportages. Naast de reguliere afgesproken indicatoren waarop JGZ rapporteert ontvangen we van individuele gemeenten aanvullende vragen.

Programmalijn Veilig Thuis

Veilig Thuis heeft te maken met verschillende werkwijze per gemeente met het zogenaamde lokale veld.

Programmalijs GGD

Binnen de programmalijs GGD zijn er met name verschillende werkwijze bij beleidsadvisering, onderzoek en gezondheidsbevordering.

Zo zijn er bij JOGG een aantal gemeenten die de taken van de GGD hebben uitgebreid (o.a. JOGG regisseur) terwijl andere gemeenten dit op een ander wijze hebben geregeld.

3. Projecten

De deelnemende gemeenten gaan divers om met het verstrekken van projectgelden. Het is begrijpelijk dat iedere gemeenten een andere bestemming van de tot haar beschikking staande middelen heeft. Het grootste verschil zit met name in de administratieve afwikkeling van projectgelden. Hier zijn grote verschillen zichtbaar. Uniformering van de wijze van verantwoording kan aan beide kanten leiden tot efficiency voordeel.

Bijvoorbeeld: Keigezond, Kansrijke start onderdelen niet zijnde GALA, Aanpak schoolverzuim, IZA en GALA middelen en centrum seksueel geweld dat voor de gehele provincie middels een subsidie van de gemeente Maastricht wordt uitgevoerd.

Bijlage 9

Actiepunt 10: Huisvesting

Introductie

In de bestuurlijke gesprekken om te komen tot de begroting 2026 is ook gesproken over randvoorwaardelijke zaken die essentieel zijn om het werk uit te kunnen voeren. De GGDZL werkt nu op 27 locaties in Zuid-Limburg. Daarnaast wordt er ook op 2 locaties publieke gezondheid voor asielzoekers aangeboden. Alleen het hoofdkantoor in Heerlen is eigendom van de GGDZL, de overige locaties zijn gehuurd. Zijn geen snelle besparingsmogelijkheden omdat er langdurige contractverplichtingen ten grondslag liggen aan de afspraken. Verder zal een inhoudelijke bestuurlijke dialoog de basis moeten vormen voor een strategisch huisvestingsplan dat een integraal, inhoudelijk beeld biedt op welke plek het beste de GGD dienstverlening uitgevoerd kan worden. Dit vraagt om een gedegen onderzoek met alle berokkenen.

Achtergrond

Het merendeel van de GGD locaties in Zuid-Limburg betreft Jeugdgezondheidszorg locaties in alle 16 Zuid-Limburgse gemeenten. Een kleiner deel wordt gebruikt voor seksuele hulpverlening in de centrumgemeenten. De locatielijst is terug te vinden in de bijlage van deze memo.

In deze memo zal dan ook met name aandacht zijn voor de visie op de huisvesting van de JGZ. Bij de vorming van één JGZ is bestuurlijk gevraagd om ook een integrale visie op huisvesting te ontwikkelen. Een van de belangrijkste uitgangspunten hierbij is om dichtbij de burger de dienstverlening te verrichten.

Huidige situatie

In de geformuleerde visie JGZ is opgenomen dat: *“Als JGZ hebben wij een belangrijke rol in de preventieve zorg voor kinderen en jongeren in Zuid-Limburg. Via verschillende contactmomenten in de ontwikkelfase van een kind willen wij in dialoog met ouders/verzorgers/kind de groei en ontwikkeling van het kind volgen. Dit doen we zoveel mogelijk vanuit een integraal beeld waarbij de context van het kind van belang is. Een goede samenwerking met andere afdelingen binnen de GGD en met ketenpartners is essentieel. Huisvesting kan daarbij een faciliterende rol spelen.”*

Bovenstaande is vertaald in een 8-tal uitgangspunten:

1. Werken op een beperkter aantal herkenbare JGZ-locaties
2. Werken op de vindplek
3. Goede bereikbaarheid
4. Dienstverlening: individu naar groepen, Click-Call-Face, op afspraak
5. Stimuleren positieve leefstijl
6. Flexibiliteit locatie-gebouw
7. Veilige omgeving
8. Betaalbare huisvesting

In 2023 heeft de afdeling JGZ een koersdocument Visie JGZ opgesteld. Deze visie heeft een aantal uitgangspunten. De voornaamste zijn:

- Een sluitend aanbod realiseren volgens levensloopbenadering: van zwangerschap tot aan de vroege volwassenheid (Trendbreuk gedachte). Elk kind, ongeacht in welke Zuid-Limburgse gemeente het opgroeit, heeft recht op de basiszorg en ondersteuning van de JGZ;
- Een focus op gezond zijn/blijven (preventieve gezondheidszorg) in plaats van de focus op ziekte, diagnose en behandeling (conform gedachte positieve gezondheid);
- Een focus op het kind/jeugdige in diens context (vanuit de 7 kind omgevingen: gezin, onderwijs, vrije tijd, media, buurt, sport en werk);
- Een collectief en omgevingsgericht aanbod, dat het individuele aanbod versterkt, in samenwerking met ketenpartners binnen regionale ontwikkelingen (o.a. ambulante jeugdhulp, inclusief onderwijs, en GALA/IZA);
- Flexibel inspelen op de behoeften van onze kinderen/ouders en de landelijke ontwikkelingen die deze beïnvloeden (nieuwkomers, arbeidsmarkt enzovoorts).

Dit kan ervoor zorgen dat het aanbod van de JGZ in de komende jaren gestaag zal veranderen naar meer zorg op maat voor degenen die dat nodig hebben en op de plek waar dat het beste kan.

In de kern blijft de kwaliteit van de dienstverlening op peil, maar zal dit anders ingevuld gaan worden. Dit kan er uiteindelijk ertoe leiden dat de JGZ in aantal locaties zal afschalen. In deze locaties zou ook de dienstverlening van andere GGD-afdelingen en van derden aangeboden kunnen worden. Denk hierbij aan een JGZ-locatie die onderdeel is van een grotere locatie van een gemeente of ketenpartner, zoals een gezondheidscentrum of school. De ruimten in de locaties gaan multifunctioneler worden ingericht, zowel voor de diverse doelgroepen binnen de JGZ als de doelgroepen van andere afdelingen of ketenpartners. Door afschaling in aantal locaties, verhogen wij het gebruik p/m2. Hierdoor worden alle ruimtes meer en beter gebruikt.

We verwachten dat dit binnen de huidige huisvestingsbegroting is te realiseren. Deze beweging vraagt echter commitment van alle partijen en zou kunnen betekenen dat er verschuivingen in- en tussen gemeenten plaatsvinden waardoor er niet meer in elke gemeente een JGZ-locatie is.

Visie huisvesting overige GGD onderdelen

Aansluitend op de visie van JGZ geldt ook voor de andere onderdelen dat zoveel mogelijk gebruik gemaakt gaat worden van reeds bestaande locaties c.q. locaties van ketenpartners. Hierbij wordt gezocht naar een maximaal effectieve benutting van de beschikbare ruimte. Hierdoor worden extra kosten voor bijvoorbeeld het inhuren van vergaderruimte etc. naar beneden gebracht.

Bijlage Overzicht locaties

Onderdeel	Locatie	Eigendom/Huur
Hoofdkantoor (back office, JGZ, SIM, K&I, MMK, FG)	Het Overloon 2, Heerlen	Eigendom
Veilig Thuis, OGGZ	Pater Beatusstraat, Heerlen	Huur
JGZ	Van Sonsbeecklaan 3, 6191 JL Beek	Huur
JGZ	Pastorijstraat 31, 6361 AG Nuth	Huur
JGZ	Oirsbekerweg 8, 6438 HC Oirsbeek	Huur

JGZ	Prins Hendriklaan 376, 6443 AE Brunssum	Huur
JGZ	Breusterstraat 101, 6245 EH Eijsden	Huur
JGZ	Pres. Kennedystraat 46a, 6269 CC Margraten	Huur
JGZ	Looierstraat 33, 6271 BA Gulpen	Huur
PGA	Imstenrade 6, 6419 PL Heerlen (GZA gebouw)	n.v.t.
JGZ	Caeciliastraat 17B, 6413 GM Heerlen	Huur
JGZ	Hommerterweg 34-34A, 6431 EW Hoensbroek	Huur
JGZ	Theaterplein 5, 6461 DR Kerkrade	Huur
JGZ	De Dormig 3, 6371 VA Landgraaf	Huur
PGA	François de Veijestraat 4-6, 6221 AB Maastricht	n.v.t.
JGZ	Becanusstraat 9, 6216 BX Maastricht	Huur
JGZ	Marconistraat 5-7, 6224 GC Maastricht	Huur
JGZ	Mockstraat 1, 6226 CA Maastricht	Huur
JGZ	Kasteel Neubourgweg 156, 6222 SJ Maastricht	Huur
JGZ	Beukeloord, ingang Past. N. Cref-tenstraat, 6231 HH, Meerssen.	Huur
JGZ	Kommerstraat 51, 6351 ES Bo-choltz	Huur
JGZ	Locatie Postweg 12-12a, 6121 HN Born	Huur
JGZ	Ruysdaellaan 4, 6165 TZ Geleen	Huur
JGZ, SIM	Valkstraat 69, 6135 GB Sittard	Huur
JGZ	Omphaliusstraat 1, 6171 KR Stein	Huur
JGZ	St.Jozefplein 49-51, 6291 HH Vaals	Huur
JGZ	Berkelplein 216, 6301 ZK Valken-burg a/d Geul	Huur
JGZ	Cortemich 1, 6367 CG Voerendaal	Huur
SIM	Brouwersweg 100, 6216 EG Maastricht	Huur