

Gemeente Lelystad
T.a.v. het college
Postbus 91
8200 AB LELYSTAD

Kenmerk : 2025/0204

Inlichtingen bij :

Telefoonnummer :

Betreft : aanvullende informatie Ontwerpbegroting 2026 e.v.

Lelystad, 01 oktober 2025

Geacht college van gemeente Lelystad,

In reactie op onze brief naar aanleiding van uw zienswijze ontvingen we via de ambtelijke lijn uw toelichtende vragen bij de Ontwerpbegroting 2026 e.v. Deze vragen beantwoorden we in deze brief.

1. Inzicht in de onderliggende data van het onderzoek
a. Hoe is de data verzameld? Hoe is de analyse gemaakt?

Vanwege de korte tijdspanne van het onderzoek (6 maanden) en de beperkte capaciteit heeft het bestuur voor het hieronder beschreven proces gekozen, welke als proces door het Algemeen Bestuur van 7 november 2024 is vastgesteld.

In de eerste fase van de bestuurlijke opdracht, de fase Inzicht genoemd, heeft de dataverzameling plaatsgevonden. In samenspraak met het Algemeen Bestuur is gekozen voor een vorm van co-creatie, waarbij het beeld en mogelijke perspectieven continu gedeeld en afgestemd zijn met het bestuur. Deze aanpak resulteert in brede afstemming tussen bestuur en onderzoeker gedurende het proces en maakt ook dat de producten hierbij in de huidige vorm zijn opgeleverd.

Het proces van dataverzameling bestond uit de volgende onderdelen:

1. Deskresearch:
Inventarisatie van taken en geldstromen, duiding van het juridisch en financieel kader, gebaseerd op deskresearch en toetsing aan wet- en regelgeving en de bijbehorende normen/professionele kaders.
2. Kwalitatief beeldvormend onderzoek door middel van semigestructureerde interviews:
Hierbij zijn de percepties en ervaringen van medewerkers systematisch geïnventariseerd, van werkzaamheden, niveau van dienstverlening, knelpunten en risico's bij dit en andere niveaus

van dienstverlening en is in beeld gebracht welke andere factoren van invloed zijn op de ruimte die het medisch personeel heeft om zijn/haar werk invulling te geven. Hierbij zijn zowel leidinggevend als medisch personeel bevroegd. In de inzichtfase is elke afdeling bevroegd. In de scenario-fase zijn de betreffende afdelingen AGZ en JGZ nogmaals bevroegd.

3. Daarnaast is een contextanalyse gedaan, met daarbij een bureaustudie van:
 - o Beleidsmatige en financiële ontwikkelingen vanuit het Rijk, zoals de ontwikkelingen rondom SPUKS en andere relevante rijks gelden;
 - o Wetenschappelijk beeld van de publieke gezondheid in Flevoland (VTV, 2024);
 - o Organisatie van andere GGD-en en de GGD GHOR Nederland Benchmark van 2021.

Onderliggende data en analyse

Bovenstaand dataverzameling resulteerde in een dataset waarin verschillende gegevens zijn verzameld:

- Per organisatieonderdeel (afdeling) de taken en sub-taken.
- Uitsplitsing van deze taak in Collectief gefinancierd deel, gemeentelijke plustaken en taken derden;
- Wettelijke kader: juridische basis, wettelijk wel/niet verplicht door de GGD uit te voeren en wettelijke normering. Waar de wet niet specifiek is vullen andere professionele standaarden dat aan, zoals de [Formatienormering algemene IZB](#) (VWS, uitwerking door Berenschot) de Normering Formatie Technische Hygiënezorg en JGZ-richtlijnen van het Nederlands Jeugd Instituut, waaronder het Landelijk Professioneel Kader JGZ. Voor ieder vakgebied bestaan medische normen en professionele standaarden waar beroepsmatig consensus over bestaat. Deze professionele standaarden zijn terug te vinden in onder andere:
 - o [LCI richtlijnen en draaiboeken](#)
 - o KNMG [gedragscode](#) voor basisartsen, AIOS en specialisten
 - o [Visiedocument](#) arts M+G IZB
 - o [Beroepscode](#) Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
 - o [Toezichtkader](#) Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, opgesteld vanuit VWS.
 - o [\(her\)registratie-eisen](#) voor professionals, zoals bijvoorbeeld voor artsen en verpleegkundigen
 - o [Arbowetgeving](#) (veilige en gezonde werkomgeving)
- Het kwaliteitsbeeld: voldoet de uitvoering aan de gestelde ondergrens vanuit het normenkader, zoals beschreven in het punt hierboven, zijn randvoorwaarden op orde en zijn er relevante uitzonderingen of aandachtspunten? Daarbij heeft door het medisch personeel ook een duiding van de maatschappelijke, organisatorische, en bestuurlijke consequenties van het niet voldoen aan de concretisering van de wetten in de normenkaders plaatsgevonden.
- De contextuele informatie, onder andere over de [beschikbare capaciteit](#) van personeel op de onderdelen AGZ en JGZ.

Naast deze dataset is er een kwalitatieve inhoudsanalyse gedaan op basis van de interviews. Met behulp van coderen en analyseren van de interviews ontstond een beeld per afdeling. Dit beeld is naast de dataset gelegd. Dit resulteerde in het inzicht.

1.b. Afwegingen ten aanzien van het proces van onderzoek en de gekozen data en bevindingen bij deze afwegingen

Bij de afweging ten aanzien van het proces van onderzoek en de gekozen data is uitgegaan van een aantal basisprincipes, waarbij we ook de bijbehorende bevindingen delen:

1. We volgen de wet- en regelgeving voor onze dienstverlening. Daar waar concretisering hiervan is te vinden in normenkaders of professionele kaders maken we hier gebruik van. Hierbij is als afweging meegenomen dat de GGD en de bij de GGD werkzame medische professionals zich hebben te houden aan deze normenkaders, om de bij onder deze normenkaders liggende onderbouwing.
2. We luisteren naar het oordeel van ons medisch personeel ten aanzien van de knelpunten op de werkvloer en de impact van het niveau van dienstverlening op de inwoner. Zij zien van dichtbij wat relevant is voor inwoners en personeel. Dit beeld verrijken we met het beeld van de leidinggevenden van de teams, omdat zij ook de organisatorische component goed in beeld hebben. We gaan hierbij uit van vertrouwen en oprechtheid onder personeel. Een constatering die de extern onderzoeker heeft gemaakt ten aanzien van de organisatiecultuur is die van 'knap, maar krap': met te weinig middelen proberen onze medewerkers toch richting de minimale dienstverlening voor inwoners toe te werken. Deze cultuur kent naast een kracht ook een prijs; die wordt betaald door medewerkers en terug is te zien in een te hoge werkdruk, hoog ziekteverzuim, gevoed vanuit een krappe financiering en hoge arbeidsethos en medische eed.
3. We werken binnen de door het bestuur vooraf gestelde termijn en het afgestemd proces met de beschikbaar gestelde capaciteit.
4. We houden korte lijnen tussen bestuur en onderzoeker. Door een proces waarin de onderzoeker iedere bestuursvergadering het bestuur meenam in het proces en de resultaten hiervan, maar ook de beperkingen die het onderzoek met zich meebracht kon het bestuur in iedere stap die gezet is, bijsturen.

1.c. Welke informatie heeft de GGD concreet opgehaald dat verklaart dat de ophoging nodig is?

De uitwerkingen van de wetteksten in de professionele normenkaders vertaalt naar de werkzaamheden van de GGD tonen aan dat er niet kan worden voldaan aan de normen, en dat hier op het gebied van infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg met het toevoegen van extra capaciteit dichterbij de norm kan worden gekomen. Daarbij wordt ook een stap gezet op de drie uitgangspunten die door het bestuur zijn vastgesteld; deze gerichte versterking draagt bij aan een vergroting van de robuustheid van de GGD, de kwaliteit van dienstverlening en de toekomstbestendigheid van de financiering van de GGD.

2. **Per onderdeel willen we weten en expliciet beschreven hebben: Algemene gezondheidszorg (AGZ), via versterking op de formatie van Infectieziektebestrijding (IZB)**
 - a. **Wat is het wettelijke minimum inclusief duiding?**

Algemene gezondheidszorg - Infectieziektebestrijding:

De wettelijke basis voor taken infectieziektebestrijding is verankerd in de [Wet Publieke Gezondheid](#) (artikel 6) en [Besluit Publieke Gezondheid](#) (artikel 11), waarin de uitwerkingen staan, heeft GGD GHOR Nederland zeven kerntaken voor infectieziektebestrijding geordend. Deze vindt u [hier](#) terug.

De richtinggevende norm hoe hier invulling aan te geven is beschreven in de [Formatienormering voor de algemene IZB](#) (Berenschot, 2023, zie voor de bevindingen voor Flevoland op pagina 39).

NORMERING PER KERNTAAK

Impact per GGD¹ - Flevoland

Formatie	1-5-2022 Totaal	Nieuwe norm Totaal	Delta Totaal	Formatie nieuwe norm per kerntaak	1	2	3	4	5	6	7
				Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding	Surveillance	Beleidsadvisering	Preventieactiviteiten	Netwerk en regie	Voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken	Kennis en onderzoek	
Arts M&G	2,4	4,7	2,3	1,5	0,4	0,6	0,5	0,5	0,1	1,1	
Verpleegkundige M&G	4,2	7,2	3,0	4,2	0,3	0,4	1,0	0,5	0,1	0,7	
Deskundige											
Infectiepreventie	0,0	1,9	1,9	0,4	0,1	0,2	0,6	0,2	0,0	0,4	
Epidemioloog	0,0	0,8	0,8	0,1	0,3	0,0	0,0	0,1	0,0	0,3	
Doktersassistent	0,0	0,7	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Administratief medewerker	2,4	0,4	-2,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	
Beleidsmedewerker	0,6	0,8	0,3	0,0	0,0	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	
Manager IZB	0,2	1,3	1,1								
Totaal	9,7	17,8	8,1 (84%)								
Andere benodigde functies	0,0	4,5	4,5								
Manager IZB	0,0	0,3									
Totaal (incl. andere benodigde functies)	9,7	22,6	12,9 (133%)								

Tabel: Eindrapportage Formatienormering Algemene IZB, Berenschot, 2023.

b. Waar staan we op het wettelijke minimum?

Algemene gezondheidszorg - Infectieziektebestrijding:

Onderstaande tabellen tonen de situatie vertaald naar GGD Flevoland, gehanteerd bij het onderzoek.

In tabel 1 hieronder is de normering te zien en daarbij de status van de huidige formatie in 2022 en 2024. De formatie van IZB is in 2024 door de tijdelijke aanvullende financiering vanuit VWS die de GGD deels in kan zetten op IZB (SPUK VIP) verbeterd ten opzichte van 2022. Deze middelen zijn niet direct bedoeld voor het versterken van de uitvoering van deze kerntaken, maar worden door GGD Flevoland wel ingezet om een deel van het gat richting de norm te dichten. Dit biedt echter onvoldoende formatie om de zeven kerntaken van de IZB conform of nabij de norm te kunnen uitvoeren. In het rapport over de [formatienormering IZB](#) (Berenschot, 2023) is benoemd dat het takenpakket een integraal en samenhangend geheel vormt, met de benoemde onderlinge verhouding tussen deze taken. Dit maakt dat er niet de keuzeruimte is binnen de invulling van het takenpakket om een van de taken op een lager niveau uit te voeren, zonder impact te hebben op het geheel van dienstverlening.

In tabel 2 hieronder is de formatie per kerntaak van de IZB per 30-6-2024 weergegeven met daarbij het verschil met de huidige formatienorm. Op alle kerntaken komen we onder de huidige normering uit, met daarbij de grootste tekorten binnen de kerntaken preventie, netwerk en regie en kennis en onderzoek.

	Norm (2023)	30-6- 2024	Vershil 2024 vs norm	GR	SPUK VIP	kosten GR
Functie						
Arts M&G		2,4				
Basisarts	4,7	0,9	-0,5	3,3	0,9	344.650
Aios		0,9				
Verpleegkundige M&G	7,2	4,8	-2,4	3,9	0,9	340.996
Deskundige Infectiepreventie	1,9	0,5	-1,4	0	0,5	
Epidemioloog	0,8	1	0,2	0	1	
Doktersassistent	0,7	0	-0,7	0		
Administratief medewerker	0,4	1,4	1	1,2	0,3	65.795
Beleidsmedewerker	0,8	0,9	0,1	0	0,9	
Manager IZB	1,6	0,5	-1,1	0,5		
Totaal	18,1	13,3	-4,8	8,9	4,4	
Andere benodigde functies	4,5	3,5	-1			
Totaal (incl. andere benodigde functies)	22,6	16,8	-5,8	8,9	4,4	

Tabel 1: Formatie IZB GGD Flevoland

	1	2	3	4	5	6	7
Functie	<i>Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding</i>	<i>Surveillance</i>	<i>Beleids- advisering</i>	<i>Preventie- activiteiten</i>	<i>Netwerk en regie</i>	<i>Voorbereidi- ng op grootschali- ge infectieziek- te- uitbraken</i>	<i>Kennis en onderzoek</i>
Arts M&G							
Basisarts	1,5 (0,0)	0,4 (0,0)	0,6 (0,0)	0,5 (0,0)	0,2 (-0,3)	0,1 (0,0)	0,9 (-0,2)
Aios							
Verpleegkundige M&G	4,1 (-0,1)	0,1 (-0,2)	0,1 (-0,3)	0,1 (-0,9)	0,1 (-0,4)	0,1 (0,0)	0,2 (-0,5)
Deskundige Infectiepreventie	0,2 (-0,2)	0,0 (-0,1)	0,1 (-0,1)	0,1 (-0,5)	0,1 (-0,1)	0,0 (0,0)	0,0 (-0,4)
Epidemioloog	0,1 (0,0)	0,5 (0,2)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,1 (0,0)	0,0 (0,0)	0,3 (0,0)
Doktersassistent	0,0 (-0,6)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Administratief medewerker	1,0 (0,8)	0,0 (0,0)	0,2 (0,2)	0,2 (0,2)	0,0 (0,1)	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)
Beleidsmedewerker	0,0 (0,0)	0,0 (0,0)	0,3 (-0,1)	0,4 (0,3)	0,1 (0,0)	0,1 (0,1)	0,0 (0,0)
Totaal	6,9 (-0,2)	1,0 (-0,2)	1,3 (-0,3)	1,3 (-0,9)	0,6 (-0,8)	0,3 (-0,1)	1,4 (-1,1)

Tabel 2: Formatie IZB per kerntaak per 30-6-2024. Tussen haakjes is het verschil met de norm aangegeven.

Dit beeld sluit aan op de uitkomsten van de interviews, waarbij medewerkers aangeven binnen de beschikbare tijd en capaciteit niet toe te komen aan invulling te geven aan de zeven taakvelden en bijbehorende werkzaamheden op deze wettelijke taken. Hierdoor vindt continue prioritering plaats, waarbij allereerst wordt ingezet op bestrijding, daarna op bescherming en als laatste op voorkomen. De ziekteverzuimcijfers stijgen en dit wordt beschouwd als een gevolg van aanhoudende onderbezetting en werkdruk. Onderbezetting zorgt voor hogere werkdruk, langere diensten en minder herstel mogelijkheden (noodgedwongen ook buiten de CAO om in het geval van uitbraken). Het gaat hierbij niet alleen om kort- maar ook langdurig ziekteverzuim waardoor een vicieuze cirkel ontstaat: onderbezetting veroorzaakt verzuim, en verzuim vergroot de onderbezetting, enzovoort.



Grafiek 1: ziekteverzuim AGZ

De GGD heeft naast regionale ook bovenregionale verantwoordelijkheden en afhankelijkheden. Binnen Noordwest 6 (NW6), het samenwerkingsverband met vijf andere GGD'en, staat onder andere wederzijdse ondersteuning en kennisdeling centraal en worden gezamenlijke afspraken gemaakt. De

GGD Flevoland zal om minimaal te kunnen profiteren van regionale samenwerking en bijstand, ook zelf de basis op orde moeten brengen door voldoende gekwalificeerde functionarissen aan te stellen. De piketroosters worden op dit moment met een krappe bezetting van drie artsen gedragen. Via taakdifferentiatie wordt de schaarse capaciteit zo goed mogelijk ingezet, maar dit biedt een tijdelijke verlichting op onderdelen. Een verpleegkundig specialist en specialistisch verpleegkundige die artsentaken over kunnen nemen zijn hierbij een effectieve maatregel om de schaarse onder artsen Maatschappij & Gezondheid zo effectief mogelijk in te zetten.

Een andere organisatorische voorwaarde om een goede bezetting van ons medisch personeel te kunnen blijven organiseren, is het opleiden van medisch personeel, waaronder artsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Randvoorwaarde voor opleiden is dat de GGD een volwaardig pakket aan taken kan bieden voor het op te leiden personeel en dat er ruimte voor personeel is om op te leiden, iets wat binnen GGD Flevoland al jaren onder druk staat en daarmee onze positie als opleider, en daarmee toekomstig werkgever, verzwakt. Deze positie kunnen we ons gezien de [huidige arbeidsmarkt](#) en capaciteitsvraagstukken niet permitteren, wil de GGD in de toekomst dienstverlening op gebied van JGZ en AGZ blijven faciliteren.

c. Wat zijn de risico's van de huidige positie ten opzichte van het wettelijke minimum?

Algemene gezondheidszorg - Infectieziektebestrijding:

Risico's van deze situatie zijn als volgt:

- Bereikbaarheid en inzetbaarheid bij meldingen is niet gegarandeerd ([BPG](#), art.11);
- Wanneer er nu niet versterkt wordt en de SPUK VIP (zie kader) valt ook weg, ontstaat er een afwijking van de norm van -5,8 + -4,4 Fte, vanuit de [Formatienormering Algemene IZB 2023](#).
- Vroegsignalering en preventie krijgen steeds minder aandacht, waardoor uitbraken meer impact hebben en de druk op de zorg toeneemt;
- Als deze trend zich doorzet is er een risico dat het ziekteverzuim toeneemt en medewerkers vertrekken;
- De kans op financiële risico's zoals beschreven in de Ontwerpbegroting 2026 zal toenemen: de gerichte versterking is onderdeel van de beheersmaatregelen op de risico's.
- Maatschappelijke risico's zijn: het niet tijdig of volledig kunnen sturen op een uitbraak of een incident. Hierbij worden individuen of groepen niet of te laat beschermd tegen infectieziekten. Het ultieme maatschappelijke risico is dat er niet op tijd gestuurd wordt op een uitbraak waarbij mensen geconfronteerd worden met (zware) ziektelast of overlijden.

Voorgenomen bezuinigingen Rijk	Financiële impact:
Rijksvaccinatieprogramma: geen investering in aanpak vaccinatiegraad	+€0
Afbouw SPUK Versterking Infectieziekten Preventie (VIP)/ Pandemische Paraatheid	2026: € 812.000 x 10% = -€ 81.200 2029: -€ 812.000
COVID	Risico op verminderde opbrengst vaccinaties
Afbouw SPUK Aanvullende seksuele gezondheidszorg (ASG)	Vanaf 2026 € 1.231.000 x 10% = -€ 123.100
Afbouw SPUK Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)	Huidig: +/- € 641.000 Vanaf 2026: € 641.000 x 10% = -€ 64.100
Afbouw deel subsidies vanuit ZonMW	PM (totaalbedrag 2025 = +/- €550.000)
Totaal	2026: -€ 268.400 + PM 2029: -€ 999.200 + PM

d. Wat is, in het licht van de risico's, het aanvaardbare niveau?

Algemene gezondheidszorg - Infectieziektebestrijding:

De zeven kerntaken zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Zo is het voorkomen van infectieziekten en uitbraken beter dan deze bestrijden, en zijn netwerken noodzakelijk om de bescherming preventief en reactief goed vorm te geven. Een netwerk met vaste lijnen en samenwerkingsstructuren met onder andere huisartsen en ziekenhuizen zorgt voor snelle signalering en informatie-uitwisseling, waardoor vroegtijdig ingrijpen bij uitbraken mogelijk is. Een sterk netwerk met AZC's, scholen en lokale organisaties creëert effectieve community based preventie, waarbij er meer draagvlak en bereik bij inwoners is dan bij top-down beleid.

Het meest acute en daarmee ondergrens voor het aanvaardbare niveau is het garanderen van inzetzekerheid en bereikbaarheid bij meldingen en uitbraken: met de capaciteit kunnen de piketroosters gegarandeerd, ingevuld worden, zonder op *goodwill* van medewerkers te moeten sturen. Dat maakt ook dat in de indicatie van de invulling van versterking met name op de taak *bestrijding van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding* zal worden ingezet. Deze interventies zijn daarbij ook beheersmaatregelen bij de risico's 2 en 3 in de [Ontwerpbegroting 2026](#), verzuim en moeilijk vervulbare functies.

Vanuit de slimme en gecombineerde organisatie van taken en medewerkers wordt nu versterking met 3,8 fte gevraagd (ten opzichte van de -5,8 vanuit de Formatienormering Algemene IZB, de inzet die we vanuit tijdelijke SPUK VIP opvangen met 4,4 fte hierbij niet meegerekend). Door in te zetten op gespecialiseerd verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten kunnen alle taken grotendeels worden opgevangen en worden ook artsen-taken grotendeels ingevuld met verpleegkundig specialisten.

Beeldvorming Scenario Gerichte versterking binnen AGZ – Infectieziektebestrijding – totaal 3,8 fte.						
Taken Wet Publieke Gezondheid	Knelpunt	Verdeling formatie	Functie	Wat gaan we ervoor doen?	Welk risico dichten we af?	Wat levert het inwoners op?
1. Bestrijding van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding	Beperkte beschikbaarheid 24/7, te krappe bereikbaarheid, uitval en verloop personeel		Verpleegkun taken opvangen én piketdiensten 1,30 dig specialistvullen.	Gerichtere bestrijding van infectieziekte; continuïteit 24/7 behandelen meldingen en vragen. Meer continuïteit prioriteren (nu of bron en contact onderzoek, of vaccineren, terwijl in veel situaties beide nodig is)	Kunnen acteren bij uitbraken; voorkomen verspreiding; continuïteit van dienstverlening; voorkomen van uitbraken. Minder verspreiding van infectieziekten, minder ziekten en minder sterfgevallen	24/7 bereikbaarheid voor vragen en actie bij meldingen en uitbraken. Minder verspreiding van infectieziekten, minder ziekten en minder sterfgevallen
2. Surveillance (monitoren, registreren, informeren)	Onvoldoende inzicht en overzicht infectieziekten, trage signalering en bestrijding. Daardoor sneller verspreiding	Gespecialiseerd verpleegkundig 0,20 dige		Intensiveren van huidige werkzaamheden	Overzicht verliezen van de verspreiding	Eerder regie bij uitbraak, voorkomen uitbraak en vermindering verspreiding. Minder geïnfecteerde inwoners
3. Beleidsadvisering	Tijdsintensieve taak met beperkte beschikbaarheid	Gespecialiseerd verpleegkundig 0,2 dige		Structureel gespreksvoering per gemeente, VVT e.a. partners	Voelbaar problematiek binnen de regio zichtbaar maken en vertalen naar beleid.	Maatwerk, gemeente specifieke advisering, partners goed ondersteund
4. Proactief beschermen (preventie)	Geen tijd voor proactieve beschermingsactiviteiten (zowel arts als verpleegkundige niet)	Gespecialiseerd verpleegkundig 1,00 dige		Met voorlichting groot bereik, samenwerken met JGZ, vpk kan ook meteen vaccinatie zetten. Gerichte interventies kwetsbare doelgroepen.	Voorkomen van verspreiding infectie.	Kennis over infectieziekten, voorkomen uitbraken en verspreiding, meer grip op kwetsbare doelgroepen.
5. Netwerk en regie	Geen tijd voor opbouw netwerken, verbinding met partners en kennisdeling	Gespecialiseerd verpleegkundig 0,50 dige		Opbouwen en onderhouden externe en interne netwerken en scholing	Effectieve samenwerking partners, brede actuele kennis aanwezig.	Kwaliteit en effectieve dienstverlening
6. Voorbereiding op grootschalige infectieziekte uitbraken	Kunnen een crisistuitbraak niet opvangen en voorbereiden afhankelijk van betrokkenheid en goodwill. Risico voor continuïteit dienstverlening	Gespecialiseerd verpleegkundig 0,20 dige		Continuïteit van dienstverlening bij uitbraak	Geen dienstverlening bij uitbraak	Effectieve interventies bij uitbraken, voorbereid
7. Kennis en onderzoek	Geen tijd voor	Gespecialiseerd verpleegkundig 0,40 dige		Investeren in onderzoek, landelijk aansluiten bij andere GCD onderzoeken, inzage krijgen in regio specifieke uitdagingen en effectieve interventies	Fundament van alle bovenstaande wettelijke taken	Monitoring, kennisstroom en daarmee ook sturingsinformatie

Tabel 3: Beeldvorming gerichte versterking AGZ – IZB, [Eindrapportage Bestuurlijke opdracht](#) GGD Flevoland, 2025.

Het is ingewikkeld om een aanvaardbaar maatschappelijk risico te benoemen. De meldingsplichtige infectieziekten kunnen een zeer ernstig ziekteverloop kennen, vooral bij kwetsbare mensen of kinderen. Sommige van deze ziekten zijn goed behandelbaar, maar het is relevant dat behandeling snel wordt gestart en goed gecontroleerd wordt om zo verdere verspreiding wordt voorkomen.

Een ander maatschappelijk risico is de resistentie tegen antibacteriële middelen. Om dit te voorkomen is het belangrijk om behandelingen goed en gecontroleerd te volgen. Bijvoorbeeld bij mensen zonder vaste woon- of verblijfplaats en/of in de doelgroep met afstand tot reguliere zorgvoorzieningen speelt de GGD hierin een belangrijke rol.

Daarnaast is het moeilijk uitlegbaar dat inwoners van Flevoland in mindere mate beschermd worden op het moment dat er sprake is van een infectieziektenuitbraak. Dit geldt overigens niet alleen voor meldingsplichtige ziekten, maar bijvoorbeeld ook de bescherming van mensen (vaccinatie, behandeling met antivirale middelen) op het moment dat er sprake is van bijvoorbeeld vogelgriep en er zoönose voorkomen moet worden. Gezien de omvang van de vogelpopulatie in Flevoland, waaronder de grootste eendenpopulatie van Nederland, is dit een actueel thema bij een infectieziekte uitbraak.

e. Vanuit welke argumenten is de voorgestelde ophoging gerechtvaardigd?

Algemene gezondheidszorg - Infectieziektebestrijding: (dit is deels een herhaling van eerder genoemde risico's)

- Juridisch: de gemeentelijke gezondheidsdienst heeft vanuit de Wet Publieke Gezondheid en Besluit Publieke Gezondheid een zevental taken te vervullen op het gebied van infectieziektebestrijding. Met deze versterking kan de GGD voldoen aan deze taken.
- Financieel: Het inzetten van de versterking zal hogere en onverwachte kosten voorkomen. Bij het uitblijven van de versterking zullen risico's op inhuur toenemen. Dit door de krappe bezetting en de risico's op verzuim door de huidige hoge werkdruk en kwetsbaarheid die dit met zich meebrengt.
- Maatschappelijk: Er ligt een maatschappelijk belang om uitbraken van infectieziekte te voorkomen en het beperken van de impact ervan. De risico's zijn hierboven beschreven, wanneer deze optreden ontstaat (ernstig) lijden en mogelijk sterfte onder de bevolking.
- Regionaal: Infectieziektebestrijding vergt een brede aanpak en ketensamenwerking. GGD Flevoland werkt hierin samen met andere regio's. Dit vraagt voldoende basiscapaciteit en het naleven van samenwerkingsafspraken, waarbij bij GGD Flevoland in gelijksoortig crises en uitbraken andere regio's kan bijstaan en kan opleiden, zoals onze partners dat ook voor Flevoland doen.
- Het niet versterken heeft op korte termijn waarschijnlijk tot gevolg dat GGD Flevoland deze dienstverlening niet meer kan uitvoeren. Door een gebrek aan opleidingskandidaten, gebrek aan draagvlak in de regio tot samenwerking en de toenemende werkdruk en daarmee verzuim en/of vertrek van bestaand personeel in een al te krap bezette uitvoering zal de uitvoering van deze dienstverlening op termijn niet houdbaar blijven. Wanneer infectieziekten buiten de GGD Flevoland wordt belegd zal dit niet leiden tot lagere kosten voor de gemeenten omdat zij deze taken zullen moeten elders moeten inkopen, minder directe sturing op deze taken heeft en er een kosten opdrijvend effect vanuit gaat voor wat betreft de dienstverlening die de GGD Flevoland nog wel blijft uitvoeren. Het maakt de GGD Flevoland minder robuust en is duurder. Ter toelichting: Door de verplaatsing van dienstverlening zal moeten worden geconformeerd aan de standaarden die door een andere GGD worden gehanteerd. De enige reële optie tot overheveling van dienstverlening in onze NW6 regio is bij GGD Amsterdam. GGD Amsterdam hanteert een uitgebreidere invulling van de

kerntaken dan GGD Flevoland, ook inclusief de gerichte versterking. De gevolgen van deze overheveling zullen een aanzienlijke stijging van de inwonerbijdrage ten aanzien van het scenario gericht versterken tot gevolg hebben.

f. Als er een ophoging komt, met welke concrete werkzaamheden gaat de GGD hier invulling aan geven? En met welk beoogd concreet resultaat?

Algemene gezondheidszorg - Infectieziektebestrijding:

Met het gericht versterken zal de formatie uitgebreid worden met 3,8 fte, met een verdeling van capaciteit naar tabel 3. In de kolom "wat gaan we ervoor doen" staan de werkzaamheden benoemd. Deze werkzaamheden geven een beeld van de uitbreidingen die voor ogen zijn. De leidinggevende AGZ houdt graag een klein voorbehoud over de precieze invulling van taken, om zo flexibiliteit te behouden en zo optimaal mogelijk vorm te geven aan de dienstverlening in het licht van dat wat nodig is.

Zoals hierboven benoemd zal met de ophoging een stap worden gezet die bijdraagt aan het verkleinen van de bovengenoemde risico's, met als beoogd concreet resultaat een betere dekking in capaciteit op de zeven kerntaken. Dit resulteert in verbeterd beschermen, bewaken en voorkomen van uitbraken van infectieziekten van de Flevolandse inwoners.

**1. Per onderdeel willen we weten en expliciet beschreven hebben:
Jeugdgezondheidszorg (JGZ)**

a. Wat is het wettelijke minimum inclusief duiding?

Jeugdgezondheidszorg:

Het wettelijk kader van Jeugdgezondheidszorg taken is de [Wet Publieke Gezondheid](#) (artikel 5) en het [Besluit Publieke Gezondheid](#) (artikel 3 tot en met 10). Daarnaast zijn deze taken uitgewerkt door de beroepsgroep in het [Landelijk Professioneel Kader JGZ](#), (LPK JGZ) zoals het minimale aantal contactmomenten dat voor JGZ aan ouders en kinderen moet worden aangeboden. Dit gaat over aantallen en over vorm/inhoud: zo kan er een individueel contactmoment niet worden vervangen door een collectief moment, omdat ouders en kind de mogelijkheid moeten krijgen om vragen te kunnen stellen aan een professional en dat die individueel beantwoord moeten kunnen worden en dat het in een kinddossier geregistreerd moet worden ([Leerdam](#), 2022). Sommige contacten zijn gekoppeld aan advies leeftijden of momenten; dit is omschreven in professionele richtlijnen en landelijke werkdocumenten, waaronder het Rijksvaccinatieprogramma. Er is voor professionals ruimte om hier in samenwerking met ouders en kinderen en vanuit hun deskundigheid onderbouwd van af te wijken.

Concreet houdt dit in:

- in het basisonderwijs drie contactmomenten met kinderen:
 - o Een preventief gezondheidsonderzoek rond 5 jaar, vanwege richtlijn visus en motoriek
 - o Vaccinatiemoment conform richting Rijksvaccinatieprogramma

Individuele en collectieve activiteiten basispakket JGZ – [Landelijk Professioneel Kader](#)

4–12 jaar (basisonderwijs)

- Gemiddeld 3 contactmomenten* beschikbaar in deze fase.
- Toegang en bereikbaarheid: inloop/spreekuur, triage en consult op verzoek of bij signalen.
- Samenwerking school: structurele deelname aan het ondersteuningsnetwerk (signaleren, afstemmen, toeleiden).
- Collectief: monitoring/signalering van gezondheidsthema's en gerichte preventie/voorlichting in de schoolcontext.

12–18 jaar (voortgezet onderwijs)

- Gemiddeld 2 contactmomenten* beschikbaar in deze fase.
- Toegang en bereikbaarheid: (e-)spreekuur, laagdrempelige consultatie, triage en vervolg bij hulpvragen/signalering.
- Samenwerking school: deelname aan het ondersteuningsnetwerk (multidisciplinair overleg, toeleiding).
- Collectief: preventie/voorlichting passend bij adolescentie en monitoring van trends/signalen.

Speciaal (voortgezet) onderwijs 4–18 jaar

- Proactief, levensfase-afhankelijk aanbod op maat, in samenspraak met jeugdige/ouders en school.
- Structurele deelname aan het ondersteuningsnetwerk (SO/VSO) en nauwe afstemming met ketenpartners.

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

- Een preventief gezondheidsonderzoek rond 7 of 10 jaar
- in het voortgezet onderwijs twee contactmomenten
 - Preventief gezondheidsonderzoek in klas 1 (vmbo) of klas 2 (havo/vwo)
 - Adolescentencontactmoment rond 14/16 jaar

Daarnaast is in het LPK ook beschreven dat de GGD moet aansluiten bij activiteiten in het kader van samenwerking en ondersteuningsnetwerken, zoals de zorgadviesteams binnen het onderwijs, samenwerking met wijkteams, jeugdhulp en kernteam integrale vroeghulp. Het aantal contactmomenten met kinderen en het aansluiten bij de ondersteuningsnetwerken op scholen is nu minimaal en daarmee mist ook ruimte om extra ondersteuning te bieden rondom de Preventieve GezondheidsOnderzoeken (PGO's). De opsomming van onderstaande activiteiten laat zien dat er meerdere momenten nodig zijn om aanwezig te zijn op scholen, waarbij door de medisch professionals en GGD-beleidsmedewerkers is geduid dat dit, om te voldoen aan het doel van het besluit PG, ten minste 6 momenten per jaar per school moeten zijn. Om zo voldoende zichtbaarheid en effect op de school te kunnen bereiken.

b. Waar staan we op het wettelijke minimum?

Jeugdgezondheidszorg:

De huidige formatie is exact gebaseerd op het minimumaantal contactmomenten en activiteiten. Onder dit aantal valt ook een vaccinatiemoment (1 van de drie in de periode van 4-12 jaar): dat is een contactmoment van 2-5 minuten waarbij er geen mogelijkheid is tot het screenen van gezondheid. Dit strikte kader maakt dat tegenvallers moeilijk op te vangen zijn en er bij verzuim twee effecten zijn: enerzijds ontstaan er achterstanden en zijn er kinderen die niet gezien worden en anderzijds is er dure inhuur. Dit is een actuele situatie en is ook terug te zien bij het tekort in de begroting van 2025.

De huidige dienstverlening schommelt in alle gemeenten rondom de normen als het gaat om contactmomenten met kinderen. Andere activiteiten op het gebied van samenwerking zoals in het [LPK](#) omschreven staan, worden nu gering of niet gedaan. Dit betreft taken als: deelname aan ondersteuningsnetwerken van (voor)scholen, inloopsprekuren en enige ruimte om collectief aanbod te creëren voor individu overstijgende of voor meerdere individuen relevante problematiek. Daarbij is een basis nodig om laagdrempelig te blijven, te kunnen signaleren, de lijnen kort te houden en er op tijd bij te zijn bij knelpunten in de ontwikkeling op scholen. Als voorbeeld: bij een inloopsprekuren hebben ouders en kinderen de mogelijkheid om tussen contactmomenten door vragen te stellen. Tegelijkertijd werkt het ook aan de zichtbaarheid van de JGZ voor zowel scholen als ouders/kinderen waardoor ook vroeg signalering door leerkrachten verbetert.

Gemeenten Lelystad, Almere, Dronten, Zeewolde, Urk en Noordoostpolder hebben subsidie-afspraken op een deel van deze taken, waarmee deze versterking ook als een (gedeeltelijke) overheveling van middelen kan zijn.

Gemeente Lelystad heeft in de plusproducten extra inzet hierop, met Versterken in de basis. Deze aanpak laat zien dat er veel impact gemaakt wordt met vier uur per week per school voor de jeugdverpleegkundige (JV). De resultaten zijn positief. De JV wordt een bekend gezicht op school; ouders, leerkrachten en leerlingen hebben tijd voor vragen; en advies en de JV ondersteunt leerkrachten in de vroegsignalering van problemen en hoe deze goed op te pakken. Er is meer ruimte voor zowel collectief als individueel aanbod. Omdat de JV en ook schoolmaatschappelijk werk meer

onderdeel van het schoolteam zijn werkt dit ook normaliserend: het is leerkrachten, ouders en leerlingen niet raar om naar hen te gaan, want ze zijn onderdeel van school. De gemeente Lelystad zet daarmee al in op de versterking van de JGZ via plusproducten. Voor het versterken van de GGD en het verminderen van risico op vraaguitval is het positief als deze constructie via de gemeenschappelijke regeling kan worden georganiseerd in plaats van via de jaarlijkse subsidieaanvraag.

c. Wat zijn de risico's van de huidige positie ten opzichte van het wettelijke minimum?

Jeugdgezondheidszorg:

- Maatschappelijk:
 - o Kansrijk opgroeien: door prioritering wordt de kans op vroeg signalering kleiner: door kinderen minder te zien is er grotere kans dat knelpunten niet vroegtijdig aangepakt worden, met impact voor het kind en gezin.
 - o Verminderen jeugdhulp: Minder vroeg signalering en snelle laagdrempelige ondersteuning, leidt vaker tot individuele ondersteuning en tot hogere kosten in de jeugdhulp.
- Financieel: De kans op financiële risico's zoals beschreven in de Ontwerpbegroting 2026 e.v. zal toenemen: de gerichte versterking is onderdeel van de beheersmaatregelen op de risico's. Met name inhuur zien we binnen JGZ als een grote kostenpost.

d. Wat is, in het licht van de risico's, het aanvaardbare niveau?

Jeugdgezondheidszorg:

Het aanvaardbare niveau is het kader van het [LPK](#), met het aantal contactmomenten per leeftijdsgroep met daarbij een zichtbare en laagdrempelige JGZ op scholen, waaronder in zorgondersteuningsteams op scholen.

- Handhaven en borgen van het aantal contactmomenten:

In de leeftijdscategorie 4 tot 18 jaar zijn er 5 contactmomenten. Eén daarvan betreft een vaccinatiemoment van twee tot vijf minuten, zonder verder preventief gezondheidsonderzoek (PGO) of mogelijkheid tot het stellen van vragen door ouders of kinderen. De overige vier momenten bestaan uit PGO's. Dit betekent dat de JGZ van 4 tot 18 jaar kinderen en ouders maar viermaal ziet voor een contactmoment. Dit betekent dat kinderen en ouders soms jarenlang niet worden gezien, terwijl in die jaren wel veel vragen of zorgen kunnen leven. Zo zit er tussen het PGO 2jaar en PGO 7jaar 5 jaar, waarin er op school veel kan gebeuren waarbij laagdrempelige ondersteuning voor zowel kinderen, ouders en scholen kan helpen en er knelpunten in de ontwikkeling van kinderen snel verholpen zouden kunnen worden. Het uitvallen of uitstellen van een contactmoment, zonder afstemming, door gebrek aan formatie vergroot de tijdspanne dat kinderen en ouders niet gezien worden.

- Zorgteams / JGZ op scholen:

De zorgteams vullen dat gat nu in zekere zin op, voor de scholen. Daarvan zijn er zes per jaar per school, om de zes weken. Scholen geven zelf aan dat zes weken tussen die zorgteam-overleggen te lang is, omdat het voor sommige vragen of zorgen niet wenselijk is om zes weken te wachten. Het gerichte versterkingsvoorstel ondervangt dit hiaat en biedt tegelijkertijd ruimte voor maatwerk en herverdeling van inzet. Concreet: 6x2 uren per school maken extra overleggen van het zorgteam

mogelijk of verruimen de opvolgingsmogelijkheden van de bestaande overleggen. Daarnaast kan je met de overige 6x2 uren per school uit het voorstel een inloopspreekuur organiseren, waarmee de JGZ zowel ouders en kinderen als de scholen kan ondersteunen. Zo wordt voorkomen dat kinderen lang buiten beeld blijven bij knelpunten in de ontwikkeling.

e. Vanuit welke argumenten is de voorgestelde ophoging gerechtvaardigd?

Jeugdgezondheidszorg:

- Maatschappelijk: Met toenemende kosten voor jeugdhulp en de steeds complexere problematiek waarmee jeugdigen en hun ouders en scholen voor hulp aankloppen is het belangrijk om vroegtijdig knelpunten te signaleren en laagdrempelig te ondersteunen. Hiermee voorkomen we escalatie naar duurdere jeugdzorg. Met de versterking wordt voorkomen dat de jeugdgezondheidszorg onder niveau presteert en wordt de continuïteit van dienstverlening geborgd. Door bestaande zorgstructuren op scholen te versterken wordt elk kind gezien, passend bij wat nodig is.
- Financieel: het inzetten van de versterking zal voorkomen dat er hogere en onverwachte kosten komen. Wanneer niet wordt versterkt zullen risico's op inhuur toenemen, door de krappe bezetting, en daarnaast zal het risico op verzuim toenemen. Dit zal tot hogere kosten voor de gemeenten leiden, die de GGD niet op kan vangen vanuit de reserves.

f. Als er een ophoging komt, met welke concrete werkzaamheden gaat de GGD hier invulling aan geven? En met welk beoogd concreet resultaat?

Jeugdgezondheidszorg:

De werkzaamheden hebben als resultaat het versterken van bestaande zorginfrastructuren binnen het onderwijs en bestaan uit inzet op: meer maatwerk, zoals bijvoorbeeld extra zorgoverleggen of opvolging daarop, en meer inzet van de jeugdverpleegkundige op school, door bijvoorbeeld meer inloopspreekuren. Per gemeente en per school is de behoefte anders.

Praktisch vertaald, vanuit een generieke invulling gehanteerd als rekenregel, gaat het om een mix van:

- 248 scholen maal 6 momenten van 2 uur (bijvoorbeeld inloopspreekuur) = 2,5 Fte
 - 248 scholen maal 6 momenten van 2 uur (aanvullen beschikbaarheid voor zorgteam) = 2,5 Fte -
- Kostprijs 1 Fte gaat uit van 70% verpleegkundige, 30% arts

Het concrete resultaat van versterken is dat we de minimale norm van het LPK kunnen handhaven en alle kinderen frequent gezien blijven. Door dit vanuit de bestaande zorgstructuren binnen het onderwijs te doen is er ruimte voor zowel collectieve als individuele ondersteuning, afhankelijk van wat nodig is. Hiermee versterk je snelle laagdrempelige inzet en wordt gespecialiseerde jeugdhulp op termijn voorkomen. Daarnaast wordt het risico op inhuur verkleind.

Hoogachtend,
Namens het Dagelijks Bestuur GGD Flevoland



L. Hillebregt
Voorzitter



S. Kukenheim
secretaris