

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 gezondheids-

