

Meerjarenperspectief GGD Zuid Limburg 2020 – 2023

Heerlen

Maart 2019

Directie- en bestuursbureau

GGD Zuid Limburg

Postbus 33, 6400 AA Heerlen

T 088-880 50 00 | F 088-880 50 01 | info@ggdzl.nl | www.ggdzl.nl

1. Inleiding

Voor u ligt het meerjarenperspectief 2020 – 2023 van de GGD Zuid Limburg. Een document dat misschien op het eerste oog wat vreemd lijkt, dat afwijkt van eerdere meerjarenperspectieven die in de vorm van scenario's waren opgezet. Een document zonder veel concrete keuzemogelijkheden, maar mét een overzicht van actuele bestuurlijke en beleidsmatige vraagstukken die samen een regionale agenda vormen voor de komende jaren. Een document bovendien dat past in de huidige tijd, waarin veel dossiers actueel zijn, maar waarin de realiteit leert dat op korte termijn geen dusdanige helderheid zal bestaan dat een vertaling naar beleidsmatige en financiële implicaties voor de komende jaren haalbaar is.

Deze nieuwe opzet is ook het resultaat van een terugblik naar de beleidsperiode 2016-2019 die dit jaar ten einde loopt. Een moment om te realiseren dat de algemene koers voor een ontwikkelpartnerschap tussen gemeenten en GGD veelbelovend leek, maar te weinig concreet was om houvast te geven aan de ontwikkelingen van de afgelopen jaren.

Met een thematisch ingericht document markeren we de thema's die de komende jaren aandacht verdienen. Per thema zoeken we naar het juiste moment en de juiste gesprekspartners die samen met gemeenten en GGD kunnen zorgen voor gefundeerde keuzes en een heldere koers voor de komende jaren.

2. Leidende principes voor de GGD Zuid Limburg

De GGD Zuid Limburg is de gezondheidsdienst van de Zuid-Limburgse gemeenten. De kerntaak van de GGD is het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg. Daarbij gaat speciale aandacht uit naar mensen in een kwetsbare positie, zoals jongeren, ouderen en mensen die op meerdere gebieden problemen hebben. De GGD Zuid Limburg draagt eraan bij dat iedereen kan deelnemen aan de samenleving, dat de Zuid-Limburgse jeugd gezond opgroeit en dat de mensen zich veilig en prettig voelen in de wijk waarin ze wonen. De GGD staat midden in de samenleving en gaat in gesprek met burgers.

2.1 Taken van de GGD

De GGD Zuid Limburg is belast met de uitvoering van de in de wet bepaalde taken op het gebied van publieke gezondheid. Ook de uitvoering van de ambulancezorg maakt van oudsher deel uit van het takenpakket van de GGD. Veilig Thuis is enkele jaren geleden toegevoegd als taak. De GGD kent 3 bedrijfsonderdelen (programma's: GGD, Acute Zorg en Veilig Thuis). De diensten van de GGD zijn vastgelegd in het dienstverleningspakket dat eind 2019 geactualiseerd wordt.

2.2 10 basisprincipes van de GGD Zuid Limburg

In haar werk, hanteert de GGD Zuid Limburg de volgende basisprincipes:

1. De GGD maakt zich sterk voor de gezondheid en veiligheid van de inwoners van Zuid-Limburg;
2. De GGD staat midden in de samenleving;
3. De GGD werkt in opdracht van de Zuid-Limburgse gemeenten;
4. De GGD werkt vanuit een regionale opdracht en anticipeert op regionale ontwikkelingen;
5. De GGD werkt vanuit het gedachtengoed van positieve gezondheid;
6. De GGD gaat professioneel te werk en hecht waarde aan een duurzame inzet van het personeel;
7. De GGD werkt minimaal op wettelijk basisniveau en respecteert landelijke richtlijnen en protocollen;
8. De GGD is een betrouwbare en sterke (samenwerkings)partner;
9. De GGD bevordert de samenwerking en verbinding met de Euregio en maakt hiertoe de noodzakelijke afspraken;
10. De GGD levert input voor het regionale en lokale (gezondheids)beleid.

3. Concern

Een aantal thema's voor de periode 2020-2023 heeft betrekking op het GGD als concern. Deze thema's zijn van blijvende waarde, ongeacht de inhoud van huidige en toekomstige taken en dossiers.

3.1 Samenwerking

Wie GGD zegt, zegt regionale samenwerking. Vraagstukken die op tafel komen bij de GGD zijn per definitie regionaal. Naast de inhoudelijke vraagstukken ligt de vraag *hoe organiseren we dit* steeds opnieuw op tafel. Afgelopen jaren is meer en meer duidelijk geworden dat dé samenwerkingsvorm en dé schaalgrootte niet bestaan. Het is steeds opnieuw zoeken naar de meest geschikte manier om samen te werken.

De relatie tussen GGD en gemeenten is een continu proces. De uitdagingen voor samenwerking beperken zich niet tot de klassieke governance vraagstukken. De inhoud van het werk en de huidige samenleving vragen om een meer horizontaal georiënteerde samenwerking met daarin een grotere rol en positie voor het maatschappelijke middenveld en andere partijen. Ook is er steeds opnieuw aandacht voor samenwerking met onze buurregio's onder andere in Limburg Noord of op Zuid-Nederlandse schaal.

De opgave voor de periode 2020 – 2023 is om te blijven zoeken naar de optimale schaalgrootte en de juiste samenwerkingspartners om invulling te geven aan gestelde ambities. Hierbij wordt per programma gekeken naar de gewenste invulling.

3.2 Maatschappelijke onrust

Het thema maatschappelijke onrust is een actueel thema en vraagt om samenhang tussen de domeinen gezondheid en veiligheid. In de huidige maatschappij zijn er in toenemende mate (kleine) incidenten met grote(re) maatschappelijke gevolgen. Dit vraagt om een adequate communicatie en duiding, maar ook het vermijden van onnodige maatschappelijke onrust is van belang. Conform de afspraken die zijn gemaakt in het toekomstscenario 2016 – 2019 heeft de GGD de afgelopen jaren expertise ontwikkeld en ervaring opgedaan t.b.v. deze veranderende taak. De huidige begroting biedt onvoldoende ruimte om deze expertise om te zetten in een structurele dienstverlening.

De GGD wordt steeds vaker door gemeenten gevraagd om deel te nemen aan zogenoemde scenarioteams. Tegelijkertijd ontstaat bij de betrokken partijen behoefte aan een moment van evaluatie en herbezinning om van hieruit te komen tot een beeld over de toekomst van de scenarioteams en de bijdrage van de GGD hierin. Gezamenlijk met gemeenten en andere betrokken partners moet gekeken worden naar gewenste invulling en een bijpassende financiering.

3.3 Gezonde bedrijfsvoering

Gezonde bedrijfsvoering is ook aantrekkelijk werkgeverschap. In een tijdsgewricht van een krimpende arbeidsmarkt is het belangrijk medewerkers te boeien en te binden. In specialistische functies, zoals bij artsen en verpleegkundigen, wordt in de praktijk al ervaren dat het lastig is om vacatures in te vullen. Bovendien maakt het feit dat een deel van het personeel (lichamelijk) belastend werk heeft het belangrijk om voldoende aandacht te geven aan het thema duurzame inzetbaarheid.

Zowel qua vermogenspositie als in de exploitatie kent de GGD duidelijke kwetsbaarheden. De GGD heeft al jaren een marginaal financieel weerstandsvermogen. Het is een bewuste keuze van gemeenten om geen reserves bij een gemeenschappelijke regeling neer te leggen, maar de kwetsbaarheid wordt groter. Taken en vragen nemen toe, terwijl budgetten vaak niet meegroeien of zelfs krimpen. De invoering van onder andere de AVG en de toenemende behoefte aan (gespecialiseerde) IT leiden tot een extra beslag op capaciteit en financiële middelen.

4. Programma GGD

Gemeenten bepalen het gezondheidsbeleid en voeren hierop regie. De GGD adviseert gemeenten, levert data en kennis, verbindt partijen en is aanjager van processen die moeten leiden tot een betere gezondheid van de Zuid-Limburgers. Ook zorgt de GGD voor de uitvoering van de wettelijke taken uit de Wet publieke gezondheid en aanvullende taken die door de gemeenten aan de GGD zijn opgedragen.

Het vertrekpunt voor het meerjarenperspectief 2020-2023 is de trendbreuk. De centrale vraag is hoe de rol van de GGD (als samenwerkingspartner) in de komende jaren uit ziet. Een vraag die op dit moment lastig te beantwoorden is, omdat het nieuwe regionale gezondheidsbeleid nog in ontwikkeling is. Naar verwachting wordt het nieuwe beleid in de tweede helft van 2019 ter besluitvorming aan de gemeenteraden aangeboden. Het zal mede afhankelijk zijn van de speerpunten uit dit vernieuwde beleid hoe de koers van de GGD de komende jaren zal uitzien.

Evident is dat de ambitie van het regionaal beleid 2020 – 2023 ongewijzigd zal zijn: we staan voor de opgave om de trend te breken en de achterstanden op het gebied van gezondheid en participatie ten opzichte van de rest van het land te gaan inlopen. Er is een Zuid-Limburgs commitment van gemeenten en Provincie om meerjarig werk te maken van het breken van de trend tot 2025.

De bijgestelde aanpak om met meer slagkracht te werk te gaan, meer pijlen te richten op de jeugd (van kindertoes tot volwassenheid), een keuze te maken voor niet teveel, maar wel de juiste interventies en een brede coalitie te smeden, zal een duidelijke impact op de GGD hebben. Het leidt tot een herijking van de opdracht aan de GGD onder andere voor wat betreft de inzet van de professionals van kennis & innovatie en gezondheidsbevordering.

4.1 Eén organisatie voor JGZ in Zuid-Limburg

Een gezonde jeugd is van cruciaal belang is voor een gezonder Zuid-Limburg. De doelgroep jeugd, en meer specifiek het groter maken van de groep kinderen en jongeren waar het goed mee gaat, wordt dan ook door veel mensen als belangrijkste onderdeel gezien van de aanpak op weg naar de trendbreuk. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft hierbij een belangrijke rol.

Het ontwikkeltraject om te komen tot één JGZ voor Zuid-Limburg met ingang van 2020 vraagt de komende jaren veel inzet zowel op inhoudelijk, financieel en bedrijfsmatig gebied. Het is in belangrijke mate afhankelijk van de stappen die in 2019 gezet worden (conform het bestuurlijk vastgestelde plan van aanpak) hoe de rol en taak van de GGD vanaf 2020 zal uitzien.

4.2 Beschermende taken

De gezondheidsbeschermende taken als voorbereiding op infectieziekten, curatieve seksuele gezondheid, medische milieukunde, technische hygiënezorg en het Rijksvaccinatieprogramma vormen de ruggengraat van de GGD en zijn ook in de komende jaren van belang voor de gezondheid van de burgers.

De historie van deze wettelijke taken gaat terug naar de fusie van de GGD Zuid Limburg in 2006. Op dat moment werd het budget voor de beschermende taken gebaseerd op bedragen die van oudsher in begrotingen waren meegenomen. In 2011 (voor de beleidsperiode 2012-2015) werd de systematiek herzien en werd het budget bepaald op basis van taken en werkzaamheden. In een tijdperk van stevige bezuinigingen op andere taken van de GGD, werd destijds een investering gedaan in de beschermende taken. Dit om toe te kunnen werken naar het wettelijk basisoniveau. Sinds 2015 wordt gewerkt op het minimale niveau van de op dat moment geldende regelgeving en regionale ontwikkelingen gebracht. Voor de periode 2016-2019 hebben gemeenten gevraagd om – met gelijkblijvend budget – dit wettelijk basisoniveau te handhaven.

Anno 2018 is voor delen van het werk de huidige capaciteit onvoldoende om de wettelijke taken adequaat uit te voeren. Een toename van de vraag naar dienstverlening van de GGD én een toename in het aantal infectieziekten is hiervan de hoofdoorzaak. Ook spelen actuele ontwikkelingen zoals de daling van de vaccinatiegraad (met als gevolg een groter risico op infectieziekte) en de noodzakelijke toegenomen aandacht voor antibioticaresistentie hierbij een rol. In de huidige budgettaire kaders is geen rekening gehouden met deze ontwikkelingen. Een herijking is derhalve actueel.

Voor de periode 2020 – 2023 wordt gevraagd om een financiële herijking van het budget voor beschermende taken, waarbij het budget met € 600.000 wordt verhoogd. Deze herijking is gebaseerd op de toegenomen vraag voor de huidige dienstverlening. Een nadere beschrijving van de toegenomen vraag en een onderbouwing van het bedrag zijn weergegeven in bijlage 1.

4.3 Overige taken

De GGD voert op dit moment een aantal overige taken uit. Taken die niet direct voortvloeien uit de wettelijke opgave aan de GGD. Mede gezien de (beperkte) aansluiting van deze taken bij het gezondheidsbeleid, stelt de GGD voor om voor deze taken een evaluatie uit te voeren die basis vormt voor een heroriëntatie.

Vangnet openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

De GGD verzorgt op dit moment voor ongeveer de helft van de Zuid-Limburgse gemeenten het vangnet OGGZ. Hoewel deze taak naadloos aansluit bij het onderdeel kwetsbare personen uit het geldende gezondheidsbeleid, is de vraag of deze taak ook in de toekomst onderdeel moet blijven van het takenpakket van de GGD. De ontwikkelingen

rondom het dossier personen met verward gedrag geven input voor een bestuurlijk gesprek over de toekomst van deze taak.

Sociaal medische advisering (SMA)

Van oudsher zijn GGD'en actief als adviseur sociaal medische voorzieningen en uitvoerder van medische keuringen daar waar gemeentelijke voorzieningen aan burgers verstrekt worden. Dat is ook het geval in Zuid-Limburg, doch slechts voor een deel van de deelnemende gemeenten.

In het verlengde van het gezondheidsbeleid moet in gezamenlijkheid bepaald worden of en op welke wijze SMA uitgevoerd door de GGD een toegevoegde waarde kan hebben, waarbij nadrukkelijk ook aandacht is voor de (noodzakelijke) schaalgrootte.

Forensische geneeskunde

Forensische geneeskunde kent twee onderdelen: het forensisch medisch onderzoek en de medische arrestantenzorg. Op dit moment worden beide taken door de GGDZL uitgevoerd. Dit leidt tot een zo efficiënt mogelijke inzet van forensische artsen.

Landelijk is de toekomst van de forensische geneeskunde al enkele jaren onderwerp van gesprek. Inmiddels is duidelijk dat het forensisch medisch onderzoek in de toekomst niet meer door de afzonderlijke GGD'en wordt georganiseerd, maar een bovenregionale invulling krijgt. De medische arrestantenzorg wordt vanaf nu beschouwd als markttaak en moet middels aanbesteding worden gecontracteerd.

Op het moment dat landelijk meer concreet duidelijkheid over de implicaties voor de praktijk en het bijbehorende tijdspad is een bestuurlijk gesprek over de toekomst van deze taak binnen de GGD Zuid Limburg en de implicaties voor de dienstverlening aan de Zuid-Limburgse gemeenten aan de orde.

5. Programma Acute zorg

De ambulancezorg maakt, samen met de meldkamer ambulancezorg, deel uit van de kerntaken van de GGD. De ambulancezorg ziet zich met veel ontwikkelingen geconfronteerd die naar verwachting de komende jaren een duidelijke impact hebben op het werk. De verwachting is dat de zorgvraag niet alleen zal toenemen, maar ook steeds complexer wordt. Bovendien zorgen demografische ontwikkelingen voor een extra uitdaging.

Terwijl de ontwikkelingen, in het belang van de patiënt, vragen om continuïteit en stabiliteit in het werkveld van de acute zorg, wordt landelijk al geruime tijd gediscussieerd over een nieuw stelsel voor ambulancezorg. Een discussie die in 2019 tot duidelijkheid moet leiden, maar waarover landelijk tot nu toe slechts marginaal informatie wordt verstrekt. De huidige wet heeft een looptijd tot en met 2020; vanaf 2021 moet de nieuwe wet ambulancezorg ingaan. De GGD hanteert het uitgangspunt dat zij ook in de toekomst vergunninghouder voor de ambulancezorg wil blijven.

Hoewel landelijke ontwikkelingen leidend zijn in dit dossier, hebben de beide Limburgse ambulancediensten naar elkaar uitgesproken om intensiever te gaan samenwerken danwel op termijn samen te gaan. Dit om kwetsbaarheden in de huidige organisaties te verminderen, meer kwaliteit te kunnen bieden en te anticiperen op ontwikkelingen in het zorgveld.

5.1 Meldkamer Limburg

Ook voor de meldkamer zijn de landelijke ontwikkelingen leidend. In het Meld- en coördinatiecentrum (MCC) zijn de meldkamers van Politie, Brandweer en Ambulancezorg, alsmede het meldkamerbeheer, fysiek onder één dak gehuisvest. Landelijk is bepaald dat wordt toegewerkt naar de een overdracht van het beheer van deze meldkamers aan de landelijke politieorganisatie. In het traject hier naar toe vindt ook een herijking plaats van taken die in de Meldkamer Limburg nog onder eigen regie plaatsvinden.

5.2 GHOR

De Geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio (GHOR) is onderdeel van de GGD, maar valt onder bestuurlijke verantwoordelijkheid van de Veiligheidsregio. Ontwikkelingen bij de GHOR vallen buiten de scope van dit document en zijn opgenomen in het meerjarenbeleid van de Veiligheidsregio Zuid-Limburg.

6. Programma Veilig Thuis

De aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA) is geen solistische opgave van Veilig Thuis, maar een samenspel van veel partijen in de keten. Voor de periode 2020 - 2023 is van cruciaal belang te werken aan een meer proactieve, innovatieve aanpak van de GIA keten. Een aanpak die zich richt op het voorkomen en vroegtijdig signaleren van geweld, waarbij signalen van onder andere kindermishandeling, ouderenmishandeling en huiselijk geweld al veel eerder (in de adviessfeer) bespreekbaar worden gemaakt en (op den duur) moet bijdragen aan een verminderende instroom bij Veilig Thuis. Een aanpak die bovendien moet leiden tot meer efficiëntie in de keten én het duurzaam stoppen van geweld. Een gezamenlijke uitdaging!

6.1 Een nieuwe regiovisie als basis

De Zuid-Limburgse bestuurders hebben de ambitie uitgesproken om een nieuwe regiovisie op te stellen voor de periode 2020-2023. Deze nieuwe visie moet beschrijven hoe de aanpak van geweld in afhankelijkheidsrelaties (GIA) vorm krijgt in de samenwerking tussen professionals en organisaties in Zuid-Limburg. Een visie die een belangrijke houvast zal zijn voor het werk van Veilig Thuis en de samenwerkingsafspraken tussen Veilig Thuis en haar ketenpartners.

De regiovisie is in ontwikkeling en kan naar verwachting eind 2019 door de gemeenten vastgesteld worden. Aansluitend (en deels parallel hieraan) kan Veilig Thuis uitwerken hoe de opgave voor Veilig Thuis de komende jaren invulling krijgt.

6.2 De volwassen VT organisatie

Door de snelle ontwikkelingen ten aanzien van Veilig Thuis en de daarmee gepaard gaande uitbreiding van de capaciteit, heeft de Veilig Thuis organisatie alle kenmerken van een jonge organisatie: veel nieuwe professionals en een nieuw werkgebied met landelijk veel vernieuwingen. De taken van Veilig Thuis zijn als gevolg van de aanscherping van de meldcode geïntensiveerd. De ambitie is om in 2019 toe te groeien naar een volwassen organisatie en van daaruit in de komende jaren als kernpartner in de keten, vanuit haar wettelijke taak, werk te maken van het duurzaam stoppen van geweld. Een begroting 2020 die gebaseerd is op realistische parameters is hiervoor een belangrijk startpunt.

Een evaluatie en eventuele herijking van de financieringssysteem moet, conform de bestuurlijke afspraken, in 2019 plaatsvinden en leidt vanaf 2020 mogelijk tot een andere verdeelsystematiek.

7. Wanneer kunt u wat verwachten?

Onderstaande tabel is een schematische weergave van de thema's die deel uit maken van dit meerjarenperspectief. Voor zover mogelijk is aangegeven wanneer deze thema's behandeld zullen worden. Dit is een grove tijdsindicatie omdat voor veel thema's landelijke of regionale (gemeentelijke) ontwikkelingen leidend zijn.

	Thema	2019	2020	2021	2022	2023
▶ Concern	Samenwerking					
	Maatschappelijke onrust*					
	Gezonde bedrijfsvoering					
▶ GGD	Nieuw gezondheidsbeleid (gemeenten)					
	Herijking taken K&I / GB					
	Eén JGZ					
	Herijking beschermende taken					
	Vangnet OGGZ*					
	Sociaal medische advisering*					
	Forensische geneeskunde**					
▶ Acute zorg	Nieuwe wetgeving					
	Beheer naar landelijke politie organisatie					
▶ Veilig Thuis	Regiovisie (gemeenten)					
	Herijking samenwerkingsafspraken					
	Volwassen organisatie					

	Gesprek met / besluitvorming door gemeenten
	Implementatie / borging

* Moment nog afstemmen met gemeenten / partners

** Landelijke tijdlijn niet bekend

Bijlage 1: Herijking beschermende taken

Voor de beschermende taken is anno 2018 voor delen van het werk de huidige capaciteit onvoldoende om de wettelijke taken adequaat uit te voeren. Een toename van de vraag naar dienstverlening van de GGD én een toename in het aantal infectieziekten is hiervan de hoofdoorzaak. Ook spelen actuele ontwikkelingen zoals de daling van de vaccinatiegraad (met als gevolg een groter risico op infectieziekte) en de noodzakelijke toegenomen aandacht voor antibioticaresistentie hierbij een rol. In de huidige budgettaire kaders is geen rekening gehouden met deze ontwikkelingen. Een herijking is derhalve actueel. In deze bijlage vindt u een nadere onderbouwing van het additionele budget dan in dit kader aan de Zuid-Limburgse gemeenten word gevraagd.

1. Opgave en financiering

De gezondheidsbeschermende taken zijn in de Wet publieke gezondheid verankerd. Voor de uitvoering van deze taken bestaat een stevige landelijke infrastructuur. Hoewel er regionale verschillen zijn, zijn thema's in Nederland veelal vergelijkbaar en universeel. De wijze van uitvoering is grotendeels landelijk bepaald en vastgelegd in protocollen. Dit is nodig om deze medische georiënteerde taken inhoudelijk goed en uniform te kunnen uitvoeren en de risico's voor de volksgezondheid zoveel mogelijk te beperken.

Gemeenten zijn volledig verantwoordelijk voor de uitvoering en financiering van deze taken. Behoudens eventuele projectgelden zijn deze taken volledig gemeentelijk gefinancierd.

2. Meer vraag naar huidige dienstverlening GGD

De laatste jaren heeft de GGD voor een aantal taken te maken met een toenemende vraag naar bestaande dienstverlening.

2.1 Veel tuberculose in Zuid-Limburg en bestrijding steeds complexer

In tegenstelling tot de landelijke ontwikkeling, waarin de afgelopen acht jaar het aantal tuberculosepatiënten is teruggedrongen, kent Zuid-Limburg een tegenovergestelde trend. Sinds 5 jaar stijgt het aantal tuberculosepatiënten en is het aantal opgespoorde latent besmette cliënten (besmet maar niet ziek) bijna verviervoudigd. Ook in 2018 blijft het aantal tuberculosepatiënten hoog.

	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal patiënten met tuberculose	24	31	28	42	42
Aantal recente infecties	44	84	51	125	114
Spreekuur consulten verpleegkundige	179	254	271	608	*610
Spreekuur consulten arts	270	393	329	485	*596
Huisbezoeken	135	131	153	242	*214

**Geëxtrapoleerde cijfers, in verband met het ontbreken van rapportagecijfers uit ITBC het nieuwe digitale TBC patiënten programma.*

In de landelijke benchmark staat Zuid-Limburg in de top drie van het aantal tuberculosepatiënten per 100.000 inwoners en op de eerste plaats voor wat betreft het aantal opgespoorde latente infecties tuberculose (wel besmet maar geen ziekteverschijnselen) per 100.000 inwoners. De problematiek in Zuid-Limburg is daarmee groter dan in de Randstad. Zuid-Limburg kent, in tegenstelling tot de landelijke trend, een opvallend groot aantal tuberculosepatiënten met een Nederlandse achtergrond. Dit wordt veroorzaakt door twee clusters (2 of meer gevallen van tuberculose met de zelfde bacteriologische stam waarbij sprake is van een epidemiologisch verband) in de regio.

Zomaar een casus TBC (op waarheid gebaseerd)

De longarts meldt open tuberculose bij een 15-jarige jongen van buitenlandse afkomst. De sociaal verpleegkundige van de GGD zoekt dezelfde dag contact voor kennismaking en begeleiding van de patiënt en voor het opstarten van bron- en contactonderzoek.

De jongen is scholier op het VMBO en werkt in het weekend bij een fastfoodrestaurant. Hij woont met ouders en 5 zusjes in een volkswijk. Zijn ouders spreken (nog) geen Nederlands. Na overleg met de school en de jeugdarts van de school wordt een tekst op de website van de school geplaatst en de klas ontvangt op school een brief met informatie.

Verontruste ouders bellen massaal de GGD. Er is aandacht van radio, krant en social media. Een raadslid uit de gemeente stelt vragen over deze casus. De GGD informeert huisartsen, gemeente en het ziekenhuis over dit en een ander geval van open tuberculose in dezelfde gemeente, welke geen verband houden met elkaar.

Er ontstaat via Facebook onrust onder ouders. De GGD en de Facebookpagina van school worden met negatieve en onjuiste informatie bedolven. Er is een korte lijn tussen school en GGD om communicatie op elkaar af te stemmen. De GGD richt een call center in. Er ontstaat een opstootje op het schoolplein van enkele verontruste ouders uit een andere klas, die in het verleden al problemen hebben gehad met de schoolleiding. De GGD en school beleggen een ouderavond.

De verpleegkundige heeft dagelijks contact met de patiënt, die thuis in isolatie verblijft en is gestart met hoge doses antibiotica. Zes personen - familieleden en enkele goede vrienden - worden geïncubeerd voor het eerste rings-contactonderzoek. De tweede ring wordt na 8 weken onderzocht en bestaat uit collega's van het fastfoodrestaurant (25 personen). De landelijke communicatieafdeling van het fastfoodrestaurant wil meedenken over de brief die uitgaat naar de medewerkers. Na 3 weken mag de jongen weer naar school. Samen met de TBC-arts en JGZ-arts wordt gekeken hoe hij weer kan opstarten zonder dat er nieuwe onrust ontstaat.

De begeleiding van deze jongen duurde 6 maanden. Er worden drie aan de jongen toe te schrijven infecties gevonden. Het jongste zusje, dat ondanks onze oproepen niet gevaccineerd is, heeft tuberculose ontwikkeld en is zes maanden behandeld. Drie goede vrienden zijn besmet geraakt en hebben hun preventieve behandeling voltooid. Mogelijke toekomstige ontwikkeling en verspreiding van tuberculose is hiermee voorkomen.

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. De bestrijding van tuberculose wordt steeds complexer. De casuïstiek is divers en de multi-problematiek van de patiëntenpopulatie is toegenomen. Ook is sprake van een wereldwijde dreiging van toename van resistentie voor de huidig gebruikte medicatie tegen tuberculose waardoor behandeling en daarmee beperking van verspreiding steeds lastiger wordt. Hierdoor zijn we in de regio extra alert bij bepaalde doelgroepen (asielzoekers, gevangenen) en is bij verdenking van TBC een intensiever diagnostisch traject aangewezen.

Tuberculose leidt vaak tot maatschappelijke onrust in de omgeving van de patiënt. De omgeving is niet bekend met de ziekte en vreest een besmetting. Individuele en groepsvoorlichting zijn daarom essentieel. Patiënten met een niet-westerse achtergrond zijn bovendien slechter bereikbaar en hebben vaak een taalbarrière.

2.2 Infectieziektebestrijding: vragen van burgers en professionals nemen explosief toe

Goede infectieziektebestrijding begint met een snelle melding. In de Wet publieke gezondheid is voor een aantal ziekten een meldingsplicht geregeld. De meldingsplicht schrijft voor dat artsen en medisch microbiologische laboratoria bepaalde infectieziekten melden aan de GGD. De GGD spoort de bron van de infectie op en gaat na of contacten van de patiënt risico lopen op een besmetting. Daarna kan de GGD maatregelen nemen ter bescherming van contacten en ter preventie van verspreiding van de ziekte. Ook niet-meldingsplichtige ziekten worden vaak bij de GGD gemeld. Hoewel het aantal per jaar fluctueert, blijft het totaal aantal gemelde ziekten relatief stabiel.

Het werk dat een melding voor de professionals van de GGD met zich meebrengt, verschilt van ziekte tot ziekte. De laatste jaren is een verschuiving zichtbaar naar ziekten die voor de GGD meer arbeidsintensief zijn. Daarbij groeit het aantal verschillende infectieziekten, wat om meer actuele kennis van professionals vraagt en een toenemend aantal protocollen en werkinstructies dat gevolgd moet worden. De GGD heeft hierbij een belangrijke taak in het informeren van en afstemmen met de zorgketen.

De GGD ontvangt ook veel vragen over infectieziekten, zowel van burgers, van gemeenten als van professionals. Dit aantal is afgelopen jaren explosief gestegen. Naast deze stijging valt het ook op dat de vragen steeds complexer worden. Dat zorgt voor meer vervolgvragen en extra inzet van de professionals. Zo kan een telefoontje over een mogelijk geval van waterpokken op school aanleiding zijn om in gesprek te gaan met de behandelend arts en de school. Waterpokken is vooral schadelijk voor zwangeren, waardoor een zorgvuldige risico inventarisatie noodzakelijk is in deze setting.

	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal gemelde infectieziekten	463	575	462	417	457
Aantal vragen over infectieziekten	196	219	476	661	908

Hoewel het lastig is om een exacte oorzaak voor deze enorme stijging te vinden, speelt de globalisering hierbij een rol. Het aantal mensen dat deelneemt aan het intercontinentale vliegverkeer neemt snel toe. De GGD ontvangt steeds meer vragen over infectieziekten die in het buitenland voorkomen (zoals knokkelkoorts en zikavirus). Ook de invloed van internet en (sociale) media is zichtbaar.

Waar tot enkele jaren geleden nauwelijks vragen gesteld werden over de mogelijke nadelige gevolgen van de veehouderij op de volksgezondheid, staat dit vraagstuk de laatste jaren volop in de belangstelling. Uit diverse studies van het RIVM blijkt dat omwonenden rond veehouderijen extra gezondheidsrisico's lopen, waarbij met name de verhoogde risico's op infectieziekten door burgers als bedreigend worden ervaren. Door burgers en gemeenten wordt in toenemende mate een beroep gedaan op de expertise van de GGD. Ervaring heeft geleerd dat deze vraagstukken – mede vanwege hun juridische en bestuurlijke complexiteit alsmede de maatschappelijke gevoeligheid – voor betrokken professionals van de GGD arbeidsintensiever zijn dan veel andere vraagstukken.

Door het internet en sociale media heeft iedereen beschikking over steeds meer informatie en kan zich hierdoor een mening vormen over zaken die eerder automatisch werden aangenomen. Ook het veranderende vertrouwen in de overheid is hierop van invloed. Vaak gaat dit gepaard met onjuiste informatie en stemmingmakerij via sociale media. Dit vraagt om veel inzet van professionals om onwaarheden te ontkrachten, feiten voor het voetlicht te brengen en opnieuw vertrouwen te scheppen.

2.3 Gemeenten schakelen medische milieukunde steeds vaker in

Het belangrijkste doel van de medische milieukunde is het beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers door risico's van milieufactoren te beperken en positieve omgevingsfactoren te stimuleren. De professionals van medische milieukunde houden zich bezig met de interactie tussen milieufactoren en gezondheid. Zij worden steeds frequenter benaderd en de vraagstukken zijn vaak complex. De diversiteit in thematiek is enorm, hetgeen veel vraagt van de professionals. Van hen wordt verwacht deskundigheid op peil te houden en te investeren in expertise omtrent nieuwe milieugezondheidkundige thema's. In de huidige bezetting van het team ontbreekt de expertise van een medisch milieukundig arts; ondanks alle aanwezige kennis bij de huidige professionals is daarom geen sprake van een volwaardig expertisecentrum.

De verwachting is dat de vraag naar expertise van de GGD verder zal toenemen naar mate de omgevingswet meer gaat leven en gezondheid een steeds prominere plek in de ontwikkeling van beleidsplannen zal krijgen.

De cijfers laten voor het aantal vragen van burgers en voor het aantal huisbezoeken een dalende trend laten zien. Het betreft hier dienstverlening met een relatief beperkte tijds-inzet van professionals. Daar staat echter tegenover dat het aantal vragen van gemeenten snel toeneemt. Het zijn deze vragen (vaak wordt gevraagd om een beleidsadvies of onderzoek) die arbeidsintensief zijn en bovendien vragen om zeer specialistische kennis in een politiek dynamische omgeving.

	2015	2016	2017	2018
Vragen van burgers	237	260	194	196
Huisbezoeken met advies	82	96	44	52
Beleidsadviezen / vragen / onderzoek t.b.v. gemeenten	26	20	31	78

2.3 Financiële implicaties

De toegenomen vraag naar bestaande dienstverlening vraagt om een bijstelling het budget. Het niet invullen van de extra capaciteit leidt tot grotere gezondheidsrisico's in een regio die al gekenmerkt wordt door gezondheidsachterstanden. In de praktijk zal dan bijna alle capaciteit ingezet worden voor directe klantcontacten, waardoor structurele taken onvoldoende uitgevoerd kunnen worden, de vereiste kwaliteit niet gegarandeerd is en de GGD onvoldoende voorbereid is op eventuele calamiteiten. Bovendien is er een reëel risico voor overbelasting van het huidige personeel.

Tuberculose

De stijging in het aantal tuberculosepatiënten in combinatie met de steeds complexer wordende behandeling maakt dat extra capaciteit en derhalve extra budget nodig is. Op basis van gegevens uit de landelijke benchmark, waarin Zuid-Limburg vergeleken kan worden met regio's met een gelijkwaardig aantal patiënten, is een uitbreiding van in totaal 3 fte (verpleegkundigen en artsen) reëel. Dit correspondeert met 0,5 fte per 100.000 inwoners en een budget van € 300.000.

Algemene infectieziektebestrijding

De explosieve groei (in aantal vragen en aantal infectieziekten en bijbehorende acties) binnen de infectieziektebestrijding noopt tot forse extra investering van € 200.000. In dit bedrag is rekening gehouden met de uitbreiding van personeel (inclusief bereikbaarheid) maar ook de inzet van extra middelen om voorlichting en scholing te intensiveren.

Medische milieukunde

De knelpunten in het werk van de medische milieukunde zijn zichtbaar in de benchmark. De huidige formatie in Zuid-Limburg ligt lager dan gemiddeld landelijk. Gerelateerd aan het aantal inwoners is de formatie in Zuid-Limburg 0,8 fte lager dan in Brabant, een regio waarmee Zuid-Limburg intensief samenwerkt. De toegenomen vraag naar medisch milieukundige expertise heeft geresulteerd in een landelijke aanpassing van het waakvlamniveau: een norm die aangeeft welke formatie minimaal nodig is om uitvoering te geven aan de wettelijke taak. In Zuid-Limburg is de capaciteit (nog) aan dit niveau aangepast.

Voor Zuid-Limburg is een uitbreiding van 0,8 fte (arts) noodzakelijk. De inzet van 0,8 fte medisch milieukundig arts komt overeen met een bedrag van € 100.000. Met deze uitbreiding komt Zuid-Limburg op het waakvlamniveau.

Als de GGD over onvoldoende capaciteit beschikt om tijdig op vraagstukken in te spelen, heeft dit als consequentie dat vraagstukken pas in een later stadium aandacht krijgen, vaak onder verhoogde tijdsdruk en met inschakeling van (dure) externe deskundigen. Een proactief beleid heeft, mede gezien de politieke gevoeligheid van een deel van deze vraagstukken, een duidelijke voorkeur.

3. Nieuwe maatschappelijke ontwikkelingen

Binnen de scope van de beschermende taken ontstaan, mede als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen, nieuwe vraagstukken. De bestrijding van antibioticaresistentie en de toegenomen aandacht voor het verbeteren van de vaccinatiegraad zijn hiervan de belangrijkste.

3.1 Bestrijding antibioticaresistentie vraagt om aandacht

Steeds vaker blijken bacteriën ongevoelig voor antibiotica en is er sprake van antibioticaresistentie (ABR). Infecties die op dit moment nog goed behandeld kunnen worden, zoals blaasontstekingen en huidinfecties, kunnen hiermee op den duur moeilijk of niet meer behandeld worden; ze kunnen zelfs levensbedreigend worden. Eerder werd gedacht dat dit probleem zich met name afspeelde in ziekenhuizen, maar resistente bacteriën worden ook steeds vaker buiten het ziekenhuis gezien. Om dit probleem aan te pakken is daarom een intensieve en gestructureerde samenwerking nodig. Dit is nu opgezet in de vorm van 10 regionale ABR zorgnetwerken, waaronder één in de provincie Limburg. Van de GGD wordt hierin een centrale rol verwacht die nog verder verstevigd wordt doordat een meldingsplicht gaat gelden voor een zeer een resistente bacterie (de zogenaamde carbapenemase-producerende Enterobacteriaceae (CPE)). Als een CPE wordt vastgesteld, moet een melding gedaan worden aan de GGD zodat deze noodzakelijke maatregelen kan nemen.

In Nederland komen nu nog relatief weinig antibioticaresistente bacteriën voor, maar de praktijk laat, als gevolg van het internationale verkeer, een toenemende aanvoer van dergelijke bacteriën zien. Bovendien grenst Zuid-Limburg voor een groot deel aan België en Duitsland. Daar is het probleem groter dan in Nederland. Bovendien kent Zuid-Limburg een sterke vergrijzing; een kwetsbare populatie bij wie antibioticagebruik juist meer voorkomt en daarmee een belangrijke risicofactor voor resistentie van eigen bodem.

Financiële implicatie

Een directe vertaling naar (structurele) kosten is nog niet te maken; wel is duidelijk dat dit extra capaciteit kost. Voor deze ontwikkeling wordt in dit voorstel geen financiële bijdrage van gemeenten gevraagd.

3.2 Verbeteren vaccinatiegraad in Zuid-Limburg

Ingegeven door de vaak incorrecte informatie die beschikbaar is op het internet en via sociale media neemt het aantal kritische prikkers in Nederland toe. Hierdoor zien we de laatste jaren een constante daling van de vaccinatiegraad (zie ook onderstaande figuren), ook in Zuid-Limburg. Dit met als consequentie dat vaker uitbraken van bijvoor-

beeld mazelen ontstaan en sterfte als gevolg van baarmoederhalskanker weer meer zal voorkomen.

De (bestuurlijke) behoefte om deze trend te keren, neemt snel toe. Recent (14 februari 2019) is over dit thema ook gedebatteerd in de Tweede Kamer. Een van de conclusies in dit debat was dat GGD'en en gemeenten een sleutelrol spelen in de zoektocht naar de oplossing.

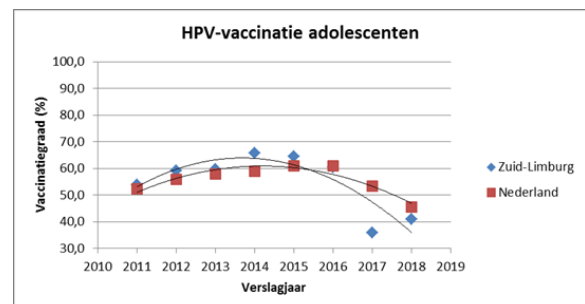
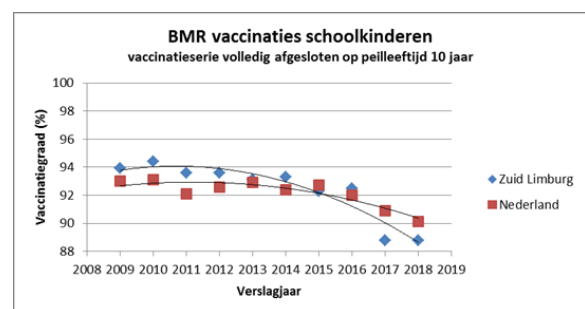
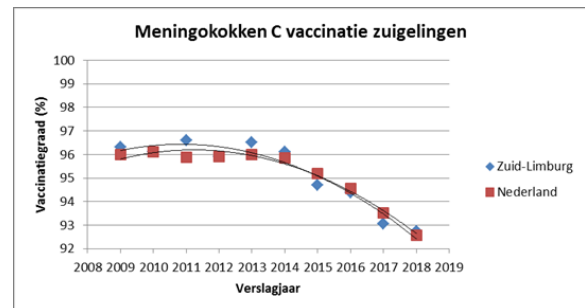
De professionals van de GGD hebben de kennis en kunde om een proactieve rol in te nemen om ouders van het nut van een vaccinatie te overtuigen, maar hebben daarvoor op dit moment niet voldoende ruimte in het huidige takenpakket. De introductie van nieuwe vaccins zoals meningokokken bij jong volwassenen,

rotavirus bij kinderen, kinkhoest bij zwangeren en pneumokokkenvaccinatie bij ouderen maakt deze uitdaging bovendien steeds complexer.

Financiële implicatie

De huidige financiering van het Rijksvaccinatieprogramma is gebaseerd op de huidige vaccinatiegraad en de daarbij behorende uitvoering van het vastgestelde programma. Een toename van de vaccinatiegraad zal niet leiden tot een extra bijdrage aan het gemeentefonds. Dit is anders als er nieuwe vaccinaties aan het vaccinatieprogramma worden toegevoegd. Zo zal de toevoeging van bijvoorbeeld het meningokokken vaccin ook leiden tot een aanvullende bijdrage in het gemeentefonds. Daarmee is dit laatste voor de gemeenten budgettair neutraal.

Onbekend is of de actuele politieke discussie kan leiden tot een extra financiële impuls voor het verbeteren van de vaccinatiegraad. In dit voorstel wordt voor deze ontwikkeling geen financiële vraag aan gemeenten gesteld. Dit betekent ook dat de GGD geen extra inzet hiervoor kan leveren.



4. Financiële samenvatting

In dit voorstel wordt gevraagd om een financiële herijking van het budget voor beschermende taken. Deze herijking is gebaseerd op de toegenomen vraag voor de huidige dienstverlening. De recente maatschappelijke ontwikkelingen zijn hierin niet meegenomen. Op basis van de op dit moment beschikbare informatie is het nog niet mogelijk een financiële vertaling te maken. Bezien moet ook worden of de noodzakelijke financiële bijdragen landelijk dan wel regionaal bekostigd moet worden.

Omschrijving	Bedrag
Tuberculosezorg	€ 300.000
Algemene infectieziektebestrijding	€ 200.000
Medische milieukunde	€ 100.000
Totaal	€ 600.000