

AGENDA

Bestuurscommissie gezondheid

Datum	:	8 december 2016
Tijdstip	:	13.00 – 15.00 uur
Locatie	:	Ridderzaal, HTW, Leeuwarden
Deelnemers	:	Leden

Onderwerp	Bijlage	Doel
1. Opening en vaststellen van de agenda		
2. Verslag van 13 oktober 2016	Bijlage	Ter vaststelling
3. Ingekomen stukken en mededelingen	Bijlage	Ter kennisname
4. Extra inzet GGD verhoogde instroom vergunninghouders	Bijlage	Ter besluitvorming
5. Conceptkaderbrief 2018 - 2021	Bijlagen	Ter advisering DB
6. Visitatierapport VRF	Bijlage	Ter informatie
7. Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid	Bijlage	Ter informatie
8. Spelregels project Vitale regio Fryslân	Nazending	Ter besluitvorming
9. Presentatie over stand van zaken project Vitale regio Fryslân Bert van de Hoek/Margreet de Graaf	-	Ter informatie
10. Rondvraag en sluiting		

Na afloop van de vergadering informeel samenzijn tot 15.30 uur.

CONCLUSIES

Bestuurscommissie gezondheid

Datum : 13 oktober 2016
Locatie : Gemeentehuis Smallingerland

Aanwezig:

Leden:

Dhr. D. Fokkema (voorzitter)	Mevr. G. Postma	Mevr. L. v.d. Deen	Mevr. J.P. Schouwerwou (lid Agendacommissie)
Dhr. H. Kuiken	Dhr. J.C.F. Broekhuizen (lid Agendacommissie)	Dhr. P. Maasbommel (lid Agendacommissie)	Mevr. T. Koster (lid Agendacommissie)
Mevr. M. Reijndorp	Dhr. A. Dijkstra	Dhr. E. van Esch	Mevr. M. Krans
Dhr. T. de Jong	Dhr. C. Trompetter		

GGD:

Mevr. M.I. de Graaf (directeur publieke gezondheid)	Dhr. F. Haenen (hoofd CDO)	Dhr. P. van der Tas (arts infectieziektebestrijding)	Dhr. H.C. de Vries (plv. secretaris)
---	----------------------------	--	--------------------------------------

Afwezig:

Mevr. B. Tol	Dhr. R. Bos	Mevr. P.H. de Graaf-v.d. Meer	Dhr. J.W. de Vries
Mevr. C.M. de Pee	Dhr. C. Vos	Dhr. W. Kooistra	Dhr. D.J. Stellingwerf
Mevr. G.R. Akkerman	Dhr. H. Visser		

Onderwerp

1. Opening en vaststellen agenda

- De voorzitter opent de vergadering en heet een ieder van harte welkom. De agenda wordt vastgesteld inclusief het vervallen van agendapunt 6. Dhr. Haenen zal bij de mededelingen een korte presentatie houden over Supranet.

2. Verslag 15 juni 2016

- Het verslag wordt ongewijzigd vastgesteld.

3. Mededelingen

- In het kader van mededeling 1.2. presenteert mevrouw De Graaf het nieuwe logo van de organisatie.
- De voorzitter roept naar aanleiding van mededeling 2.3. Vitaliteitsalliantie en Manifest Gezonde Provincie op goed oog te hebben voor en af te stemmen met andere initiatieven (o.a. Healthy Ageing).
- De schriftelijke mededelingen worden voor het overige voor kennisgeving aangenomen.
- De GGD gaat meewerken aan het (landelijk) project Supranet. Dhr. Haenen geeft daarover een korte presentatie. Nadrukkelijk zal contact worden gezocht met gemeenten waar het aantal zelfmoorden relatief hoog is om als proeftuin te participeren. Na afloop van het project (2 jaar) wordt provinciale uitrol beoogd.
- Dhr. Trompetter heeft twijfels over de gepresenteerde cijfers, ook in historisch perspectief.
- Mevrouw Koster vindt het project sympathiek maar vraagt zich af, zeker ook gelet op de krappe begroting van de GGD, of dit onderwerp nu moet worden opgepakt door de GGD.

4. Versterking Agendacommissie Gezondheid

- De voorzitter wijst op de uitkomsten van het onderzoek door Berenschot. Met het voorstel wordt volgens de agendacommissie tegemoet gekomen aan de betreffende aanbeveling.
- Dhr. Trompetter vraagt zich af of met het voorstel geen verantwoordelijkheden door elkaar gaan lopen. De voorzitter antwoordt dat het voorstel geen afbreuk doet aan de positie van de Bestuurscommissie. Mevrouw Koster wijst er op dat het voorstel er toe leidt dat het bestuur eerder kan sturen in de beleidsontwikkeling van de organisatie.

- **Besluit:**
De Bestuurscommissie Gezondheid besluit:
 1. *In te stemmen met de aanwijzing van inhoudelijke portefeuillehouders in de Agendacommissie Gezondheid;*
 2. *in de lijn met het besluit onder 1 de bestuurlijke rol te versterken ten aanzien van beleidsvoorbereiding en uitvoering;*
 3. *de uitwerking van genoemde besluiten eind 2017/begin 2018 te evalueren met het oog op de (her)benoeming leden agendacommissie in 2018.*

- 5. Achtmaandsrapportage 2016**
 - **Besluit:**
De Bestuurscommissie Gezondheid adviseert het algemeen bestuur de Achtmaandsrapportage 2016 vast te stellen.

- 6. Supranet, project suicidepreventie**
 - Agendapunt is komen te vervallen.

- 7. Inhaalslag publieke gezondheid asielzoekers**
 - Mevr. Postma vraagt of in de brief ook een richting kan worden aangegeven wat betreft omvang van de door de GGD gevraagde middelen.
 - Mevr. De Graaf zegt dat nog gewerkt wordt aan het voorstel maar zij zegt dat onderzocht zal worden of aan de vraag van mevr. Postma tegemoet kan worden gekomen..
 - **Besluit:**
De Bestuurscommissie Gezondheid stemt in met de conceptbrief aan de Colleges van B&W' s. Onderzocht zal worden of het mogelijk is de brief aan te vullen met een indicatie over de omvang van de gevraagde middelen
(Secr.: brief is aangevuld met de volgende alinea:
"In de landelijke berekening van het bedrag per vergunninghouder is met medewerking van GGDGHOR Nederland rekening gehouden met een bedrag van gemiddeld € 359,- voor publieke gezondheid. Dit komt neer op 8,1% van het bedrag per vergunninghouder. Nadrukkelijk zij vermeld dat, gelet op het collectieve karakter van de dienstverlening, het feitelijke aantal gehuisveste vergunninghouders uitgangspunt zal zijn voor de berekening van de kosten.")

- 8. Ontwikkelingen infectieziektebestrijding**
 - Dhr. Van der Tas geeft een presentatie over de ontwikkelingen met betrekking tot de infectieziektebestrijding (de presentatie is bijgevoegd).

- 9. Rondvraag en sluiting**
 - De voorzitter deelt mee dat GGDGHOR Nederland met betrekking tot de onrust kunstgrasvelden volledig op de lijn zit van het RIVM. Vervolgens sluit hij de vergadering.

Actuele zaken infectieziektebestrijding

Van



via



tot



Peter vd Tas
Arts infectieziekten

Inhoud

- Hazenpest (Tularemie)
- Zika virus
- Antibioticaresistentie



Friese situatie <-> NL

- In Friesland voorjaar 2015 veel dode (besmette?!) hazen, geen patiënten.
- In de rest NL patiënten en een enkele besmette haas
- Nader onderzoek door RIVM in gang gezet
- Per 1 september meldingsplichtige ziekte

Hazenpest

- Bacterie waar knaagdieren, met name de haas erg gevoelig voor is
- Ook ziekte bij mensen mogelijk: meestal zweer
- **Overdracht via hazen, dazen en oppervlakte water**
- **Bedreiging volksgezondheid?**
- Projectgroep RIVM houdt dit in de gaten maar heeft daar nog geen aanwijzingen voor gevonden
- Friese jagers zijn op de hoogte!
- Landbouwers, lab medewerkers, (recreanten?)

Zika virus



Zika

- Zika epidemie op BES-eilanden en Suriname/Curacao
- In NL slechts import gevallen
- Verspreiding via “tjgermug”, waarvan een familielid zich in NL gevestigd heeft.
- Transmissie in NL voorlopig niet mogelijk, op langere termijn zeer onwaarschijnlijk
- Meldingsplicht voor gecompliceerde gevallen en in de zwangerschap

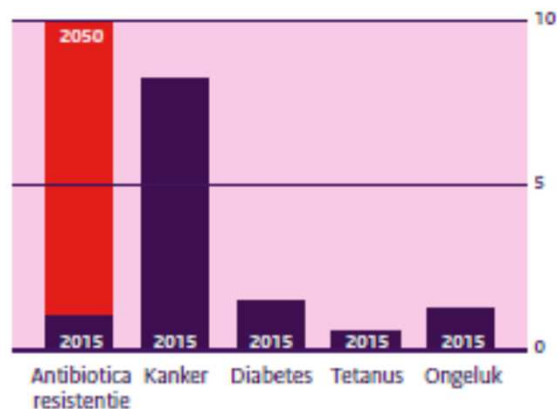
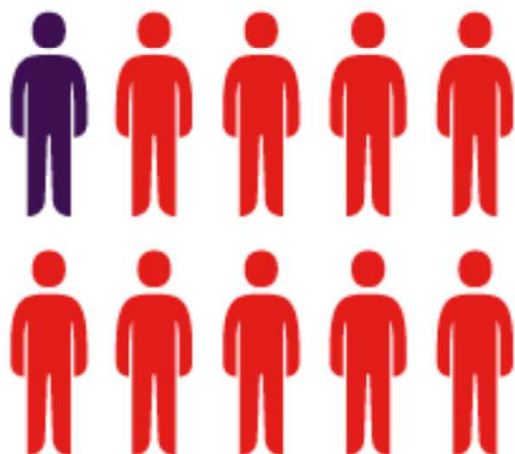
NU ACTIE ONDERNEMEN

Als we nu geen maatregelen nemen, hebben we in de toekomst een groot probleem. Wereldwijd zullen veel mensen overlijden aan resistente bacteriën en moeten kostbare maatregelen genomen worden.

Toename sterfte door resistente bacteriën wereldwijd

BRON > O'NEILL

IN 2050 10 KEER ZOVEEL DODEN



Toename kosten door resistente bacteriën wereldwijd

BRON > O'NEILL



IN 2050 NEMEN DE
KOSTEN TOE MET
RUIM 93 BILJOEN
EURO

Meer informatie over antibioticaresistentie op www.daarwordtiedereenbetervan.nl en www.rijksoverheid.nl

GGDFryslân

Antibiotica
resistentie

Antibiotica resistentie

Acties VWS:

- Er moeten in NL 10 regionale zorgnetwerken komen (aangestuurd vanuit de ROAZ structuur)
- Taken oa:
 - zorgprofessionals en organisaties betrekken bij bestrijding en registratie
 - Risicoprofiel regio maken
 - Onderzoek naar voorkomen
 - preventie maatregelen: oa deskundigheidsbevordering
 - Afstemming en uitwisseling gegevens op landelijk nivo

Friese situatie ABR

- Friesland onderdeel pilot regio met Groningen en Drenthe
- SIF: Stuurgroep infectiepreventie Friesland = Izore + GGD + DI Friese zorginstellingen
- GGD heeft al een deskundige infectiepreventie
- Remis +
- Onderzoeksproject Tytsjerksteradiel
- Nog veel te weinig infectiepreventie structuur in 1^e lijn en thuiszorg

Gevolgen ABR beleid

- Per regio een coördinatie team
- Beter uitwisseling van ABR gegevens tussen zorginstellingen
- Meer aandacht voor infectiepreventie 1^e lijn en thuiszorg
- Extra geld: 1 miljoen per regio per jaar
- Doel: ABR percentage neemt niet verder toe

OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

Onderwerp	Ingekomen stukken en mededelingen
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	D. Fokkema
Auteur	M. de Graaf
Vergaderdatum	8 december 2016
Agendapunt	3

A. Ingekomen stukken

- Brief VNG van 17 oktober 2016 betreffende Ondersteuningsprogramma Gezondheidsbevordering Statushouders (bijlage)
Voorstel: v.k.a.
- Kamerbrief VWS van 3 november 2016 betreffende Vervolg Nationaal Programma Preventie en Alles is Gezondheid (bijlage)
Voorstel: v.k.a., gemeenten kunnen de GGD inschakelen bij eventuele subsidieaanvragen
Subsidieregeling Preventiecoalities.

B. Mededelingen

1. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden

Het ministerie van VWS heeft een regeling in voorbereiding voor de overbruggingsfinanciering van tijdelijke zorg aan een onverzekerde. Daarmee kan zorg aan (onder meer) personen met verward gedrag meteen gestart worden, ongeacht of iemand verzekerd is of niet. Deze financieringsregeling is toegankelijk voor alle zorgaanbieders die medisch noodzakelijke zorg geven aan een onverzekerde (met uitzondering van onverzekerbare vreemdelingen, waarvoor een aparte regeling geldt), met minimale administratieve vereisten (declaratie met beperkte gegevens). Bijna alle verzekerbare zorg wordt vanuit deze regeling gefinancierd, dus ook de zorg die door GGD' en wordt geboden aan onverzekerden.

In de financieringsregeling is een rol weggelegd voor de GGD' en, namelijk zorgverleners zijn verplicht de verleende zorg aan onverzekerden te melden bij de lokale GGD via een centraal meldpunt. Door de melding aan de GGD is de link met de gemeente geborgd, en kan een verzekering en eventuele vervolgzorg geregeld worden (briefadres, uitkering, huisvesting, overige hulp). GGD GHOR Nederland werkt momenteel aan een centraal meldpunt via een webapplicatie, een protocol en wil een handreiking bieden met het oog op de rol van de GGD' en. Ook wordt onderhandeld over een tegemoetkoming in de kosten voor deze nieuwe taak. De VNG is vanuit VWS gevraagd het vervolgtraject vorm te geven zodat gemeenten klaar zijn om na de melding aan de GGD ondersteuning te bieden.
Gestreefd wordt naar invoering van de regeling uiterlijk 1 januari 2017 voor een periode van in principe vijf jaar.

2. Portefeuilleverdeling Agendacommissie Gezondheid

Onder verwijzing naar de besluitvorming in uw vorige vergadering heeft de Agendacommissie Gezondheid besloten tot het instellen van de navolgende portefeuilles en voorshands tot de volgende portefeuilleverdeling:

Portefeuilles

Data, epidemiologie en gezondheidsbeleid
Toezicht en jeugd
IZB, MMK, Forensisch, SOA en TBC
Leefstijl, preventie en gezondheidsbevordering

Portefeuillehouder

mevr. Schouwerwou
nog niet ingevuld
dhr. Broekhuizen
dhr. Maasbommel

De voorzitter heeft geen portefeuille maar is/blijft verantwoordelijk voor een samenhangend geheel.

3. Werkbezoek VWS/VNG

Op 4 november jongstleden hebben Marianne Donker, directeur Publieke Gezondheid (PG), VWS, Henk Soorsma, hoofd Publieke en Preventieve gezondheid, VWS, Ingrid van Hattem, VWS, betrokken bij het stimuleringsprogramma PG en de PGA en Josine Maasland, VNG beleidsmedewerker PG een werkbezoek gebracht aan GGD Fryslân. Ingezoomd is op de uitvoering van de vier pijlers, waarbij uitgebreid stil is stilgestaan bij de relatie met gebiedsteams en scholen in Heerenveen.



Vereniging van
Nederlandse Gemeenten

T.a.v. DPG'en en bestuursleden van GGD'en

doorkleefnummer (070) 373 8463	uw kenmerk	bijlage(n)
betreft Ondersteuningsprogramma Gezondheidsbevordering Statushouders	ons kenmerk ECSD/U201601374	datum 17 oktober 2016

Geachte DPG'en en bestuursleden van GGD'en,

In de brief van juli jl. bent u voor het eerst geïnformeerd over het door VWS en VNG te ontwikkelen Ondersteuningsprogramma Gezondheidsbevordering Statushouders als vervolg op het Uitwerkingsakkoord Verhoogde Asielinstroom.¹ Het programma bestaat uit twee onderdelen: directe praktische ondersteuning van gemeenten via het OndersteuningsTeam Asielzoekers en Vergunninghouders (OTAV) en daarnaast een kennisdelingsprogramma dat landelijk door Pharos wordt gecoördineerd. Het idee was in september met het programma te starten, maar er is meer voorbereidingstijd nodig geweest. Het deelproject van OTAV zal per 1 november 2016 ingaan. Per GGD regio wordt een regiocoördinator aangesteld. GGD GHOR Nederland is verantwoordelijk voor de werving en selectie van deze regiocoördinatoren en de VNG sluit de contracten af.

De regiocoördinator is een nieuwe tijdelijke functie (tot mei 2018). De regiocoördinatoren ondersteunen de gemeenten bij het ontwikkelen van een gemeentelijke of regionale lokale preventieve aanpak, het daarbij betrekken van het netwerk en eventueel het regisseren of coördineren van de uitvoering. Tevens kan de regiocoördinator landelijk ontwikkelde kennis en instrumenten inzetten, of omgekeerd regionale behoeften landelijk agenderen.

Op dinsdag 1 november zal een landelijke startbijeenkomst voor regiocoördinatoren worden georganiseerd van 9-13 uur (met een lunch na afloop). We zullen zo spoedig aan de regiocoördinatoren een uitnodiging sturen met het programma en de locatie.

Erop vertrouwend u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben

Hoogachtend,

Sietske Pijpstra
Programmanager Asiel en Integratie VNG

¹ Voor achtergrondinformatie zie de afspraken in het Uitwerkingsakkoord Verhoogde Asielinstroom tussen Rijk en gemeenten (april 2016) voor het onderdeel gezondheid, zorg en preventie bij passage 2.3.5:
<https://vng.nl/onderwerpen/index/asiel/asielbeleid-en-integratie/nieuws/ledenraadpleging-uitwerkingsakkoord-verhoogde-asielinstroom>

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
1031111-157041-PG

Bijlage(n)
1

Uw brief

Datum 3 november 2016
Betreft Vervolg Nationaal Programma Preventie en Alles is Gezondheid...

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Langer leven in een betere gezondheid is het doel van het Nationaal Programma Preventie. De levensverwachting is de laatste jaren, zowel voor mannen als voor vrouwen, verder gestegen¹. Het is mooi als ook het aantal jaren dat mensen in goede gezondheid kunnen participeren in onze samenleving door blijft stijgen. De overheid heeft hierin de afgelopen decennia een belangrijke rol gespeeld. Denk bijvoorbeeld aan schoon drinkwater, het Rijksvaccinatieprogramma en de jeugdgezondheidszorg. Maar ook aan voorlichting en regelgeving op het terrein van alcohol en tabak. En aan het creëren van mogelijkheden op het terrein van gezonde voeding, preventie in het zorgstelsel en sport en bewegen. Er gebeurt nog veel meer, en dat is goed want er is nog gezondheidswinst te behalen. Al onze inspanningen komen samen in het Nationaal Programma Preventie².

Met het Nationaal Programma Preventie geeft het kabinet richting aan veel verschillende initiatieven en programma's door twee maatschappelijke opgaven centraal te stellen: de groei van het aantal mensen met chronische ziekten te verminderen en de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen. Daarbij leggen wij de focus op de speerpunten uit de landelijke nota gezondheidsbeleid³: minder alcohol, roken, depressie, diabetes, overgewicht en meer bewegen. Het Nationaal Programma Preventie ordent ook de beleidsinstrumenten die daarbij ingezet worden. Normering via wet- en regelgeving en prijsmaatregelen blijken volgens het IBO 'Gezonde leefstijl' effectief te zijn⁴. Via landelijke programma's worden specifieke doelgroepen met specifieke maatregelen bereikt (zie ondermeer [de Gezonde School](#), [Gezonde Kinderopvang](#), [Sport en Bewegen in de Buurt](#), [Gids/Gezond in](#) en [JOGG](#)). Binnen het Nationaal Programma Preventie is ook het beleidsexperiment [Alles is Gezondheid...](#) gestart. Met dit experiment wordt maatschappelijk potentieel aangeboord om in eigen regie preventie-initiatieven te ontwikkelen.

¹ In de periode 2012 tot 2015 is de levensverwachting van mannen en vrouwen respectievelijk gestegen van 79,1 naar 79,7 en van 82,8 naar 83,1 jaar, Staat van de zorg.

² TK 2015-2016, 32793, nr.210, nr.211, nr.213

³ TK 2015-2016, 32793, nr.204

⁴ TK 2016-2017, 32793, nr.240

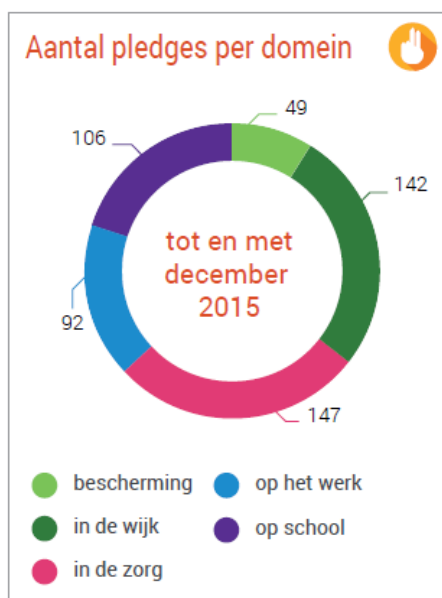
De staatssecretaris en ik hebben u toegezegd u na de zomer te informeren over de concrete vervolgstappen om te komen tot opschaling en borging van de activiteiten van Alles is Gezondheid...⁵. Dat doen wij met deze brief. Hiertoe bieden wij uw Kamer de hoofdpunten aan van het onderzoek door de Universiteit Maastricht en de Radboud Universiteit⁶, koppelen wij u terug over de gesprekken die zijn gevoerd met mensen uit de creatieve industrie, bedrijfsleven, de zorgsector en innovatoren over opschalen, borgen en focus aanbrengen en informeren wij u over de voortgang van de in maart aangekondigde acties om te bevorderen dat verzekeraars en gemeenten gezamenlijke preventieactiviteiten ontwikkelen voor risicogroepen. Ten slotte informeren wij u over de voortgang van de bestuurlijke gesprekken die wij voeren met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), wethouders, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), werkgevers en schoolbesturen over preventie in het gezondheidsbeleid.

Kenmerk
1031111-157041-PG

Uitkomsten van onderzoek en opbrengst gesprekken

Het Nationaal Programma Preventie

Uit het onderzoek blijkt het belang van duidelijkheid over de verschillende sturingsmechanismen binnen het Nationaal Programma Preventie. Het Nationaal Programma Preventie kent nationaal gestuurde beleidsprogramma's, en daarnaast stimulering van particuliere en lokale initiatieven. In deze laatste categorie valt Alles is Gezondheid..., waar vanuit combinaties van publieke, private en maatschappelijke organisaties initiatieven ontstaan. De onderzoekers omschrijven de sturingsgedachte achter Alles is Gezondheid... als "het creëren van onderlinge verbondenheid in gemeenschappelijke opgaven tussen overheden, maatschappelijke organisaties en bedrijfsleven". Dit vormt de basis om de oplossingscapaciteit, het bereik en de impact te vergroten. De onderzoekers noemen dit de 'vermaatschappelijking van verantwoordelijkheden' die complementair is aan de bestaande regelgeving en overheidsprogramma's.



Alles is Gezondheid...

De aanpak binnen Alles is Gezondheid... is naar de mening van de onderzoekers grensverleggend, omdat het schakelt en verbinding legt tussen organisaties, tussen overheid en maatschappelijk veld, tussen domeinen ([zorg](#), [werk](#), [wijk](#), [school](#), [gezondheidsbescherming](#)), waardoor kennisuitwisseling en samenwerking ontstaat. Dit beeld kwam ook terug in de gevoerde gesprekken. Met een pledge beloven maatschappelijke partners gerichte en concrete activiteiten te ondernemen die een beweging op gang brengen voor een gezonder en vitaler Nederland. De onderzoekers wijzen er op dat de pledges zich in verschillende fasen bevinden. Zo zijn er pledges die nog in de opstartfase zijn, terwijl andere al jaren gaande zijn.

⁵ TK 2015-2016, 32793, nr.210

⁶ "Voorlopige hoofdpunten studie 'Gezondheid door sturing, borging en verantwoording in het Nationaal Programma Preventie, 'Alles is Gezondheid...'"

Hierdoor zijn de gezondheidseffecten niet direct meetbaar. Tegelijkertijd zien de onderzoekers mogelijkheden om kennisdeling actiever te organiseren, waardoor elementen uit 'goede praktijken' kunnen worden overgenomen en door de partners zelf kunnen worden vertaald naar hun lokale context. Ook in de gevoerde gesprekken werd benadrukt dat de overheid een belangrijke rol heeft in het ontsluiten van data en het mogelijk maken van kennisuitwisseling. Hiertoe doen de onderzoekers mede op basis van het veld een aantal suggesties om de ondersteuningsfunctie van het programmabureau uit te breiden. De onderzoekers zien in Alles is Gezondheid... een belangrijke informatiebron voor het Rijk, omdat het eenvoudiger wordt om blinde vlekken op te sporen. Op welk terrein ontstaan geen pledges en is daar wel of geen aanvullend overheidsbeleid nodig?

Kenmerk
1031111-157041-PG

De onderzoekers wijzen er op dat de partners als het gaat om borging, opschaling en verankering zich richten op "*het organiseren en vasthouden van de flexibiliteit, energie en het open staan voor nieuwe ideeën van partners, binnen de pledge.*" Veel pledgehouders zijn zeer gedreven om de energie en activiteiten vast te houden en in de toekomst uit te breiden. In de gesprekken werd dit de kracht van Alles is Gezondheid... genoemd, waarmee het interessant blijft voor de deelnemers. Alles is Gezondheid... draagt zo bij aan een verandering van denken van partners over gezondheid en preventie. Om die reden stelden de gesprekspartners voor om het bereik van Alles is Gezondheid... een sprong te laten maken, zodat de verleiding tot gezond gedrag groter wordt. De onderzoekers zien mogelijkheden voor groei. Zo vinden zij het belangrijk dat het Rijk een lage drempel blijft waarborgen, zodat het lanceren van een nieuwe pledge eenvoudig blijft. Verder kan meer duidelijkheid over beschikbare financiële vergoedingen voor pledgehouders de groei van het aantal pledges stimuleren. Ten slotte is het belangrijk dat de overheid een actieve rol aanneemt bij het vinden van oplossingen voor knelpunten die samenhangen met wet- en regelgeving en hierover met partijen in gesprek gaat.

De onderzoekers en de gesprekspartners constateren beiden dat inspanningen zeker nog 5 tot 10 jaar doorgezet moeten worden, wil het een voelbare impact hebben op de gezondheid van Nederland. Dit vraagt om tijd, vertrouwen en wederkerigheid.

De instrumenten van het Nationaal Programma Preventie

Het onderzoek bevestigt het belang van duidelijkheid door het Rijk over de sturing die hij geeft aan de vele preventie-initiatieven die vallen onder de paraplu van het Nationaal Programma Preventie. Dat dit veel initiatieven zijn, bleek uit onze brief van 9 maart 2016, waarmee u geïnformeerd bent over de voortgang van de verschillende (inter)departementale projecten.

Het Nationaal Programma Preventie is richtinggevend aan veel preventieactiviteiten. Het kader daarvan is vastgelegd in de 'Landelijke nota gezondheidsbeleid 2014-2019'⁷. Het Nationaal Programma Preventie stelt de belangrijkste maatschappelijke opgaven om de groei van het aantal mensen met chronische ziekten te verminderen en de sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen (trend 2014-2030 verslaan) centraal. Hiervoor onderscheiden wij drie instrumenten met verschillende rollen voor het Rijk.

⁷ TK 2015-2016, 32793, nr.204

1. *Wet- en regelgeving*. Het is evident dat de overheid hiervoor aan de lat staat, vanwege het normerende en ingrijpende karakter. Voorbeelden zijn een rookverbod in de horeca en het niet verkopen van alcohol en rookwaar aan personen onder de 18 jaar. Het kan ook worden ingezet om bepaalde keuzes te ontmoedigen, zoals accijnzen voor alcohol en tabak.
2. *Programma's*. Het gaat hier om programma's die vanuit het Rijk of de lokale overheid zijn gestart, zoals [de Gezonde School](#) en [Sport en Bewegen in de Buurt](#), om het gezondheidsbeleid vorm te geven en waarin de overheid een stimulerende rol heeft.
3. *Maatschappelijke beweging*. In deze categorie valt Alles is Gezondheid..., maar ook bijvoorbeeld de Health Deals⁸. Kenmerkend is dat de overheid niet primair sturend is, maar vanuit een rol van gelijkwaardigheid optrekt met de maatschappelijke partners.

Kenmerk
1031111-157041-PG

Uit het interdepartementaal beleidsonderzoek (IBO) 'Gezonde leefstijl' dat onlangs aan uw Kamer is aangeboden⁹, blijkt dat de instrumenten die de overheid inzet bij preventie gemiddeld genomen effectief zijn. Het kabinet onderschrijft de aannemelijkheid van de positieve effecten van een verbeterde leefstijl op onderwijsprestaties en arbeidsmarktfactoren en vraagt ZonMw om de aannemelijkheid van de positieve effecten met nader wetenschappelijk onderzoek te onderbouwen.

Bij de eerste twee instrumenten is de overheid sturend en resultaatgericht. Bij het laatste instrument is de overheid één van de maatschappelijke partners. Het kan zijn dat het Rijk op verzoek van maatschappelijke partners op zoek gaat naar een oplossing voor een knelpunt. Daarmee neemt de overheid de sturing niet over, maar faciliteert zij de voortgang van de maatschappelijke beweging.

Meer preventie in het zorgstelsel

In de gezondheidszorg heeft het ministerie van VWS een belangrijke verantwoordelijkheid. Dit is zichtbaar in de wet- en regelgeving als de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO) en preventieprogramma's vanuit de Rijksoverheid, zoals screening op darm-, borst-, baarmoederhalskanker en het Rijksvaccinatieprogramma. Preventie is ook onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet, dat omvat alle activiteiten van zorgaanbieders die zijn gericht op geïndiceerde en zorggerelateerde preventie in het kader van de behandeling van medische klachten/aandoeningen. Tegelijkertijd stimuleren wij door een project zoals [Preventie in de Buurt](#) (2014-2018), dat preventie in de wijk met en vanuit de huisartsenpraktijk wordt versterkt. Daarnaast maken we als overheid ook gebruik van publiekscampagnes om preventie onder de aandacht te brengen. Zo is de publiekscampagne depressie eind september van start gegaan.

Het is ook van belang dat mensen die eenmaal zijn behandeld voor bijvoorbeeld hart- en vaatziekten hun leefstijl aanpassen en daarmee (deels) kunnen voorkomen dat ze opnieuw voor dezelfde aandoening moeten worden behandeld. Daarom is de zorgstandaard Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) geïntroduceerd. Het zorgprogramma CVRM is bedoeld voor alle mensen met een

⁸ Zo wordt bij de Health Deal Chronische Pijn de implementatie van de zorgstandaard Chronische pijn, met stepped care en een 'ketenregisseur' ingezet op betere afstemming tussen zorgverleners en meer zelfmanagement (o.a. door e-health).

⁹ TK 2016-2017, 32793, nr.240

verhoogd risico op ziekte of sterfte door een hart- of vaatziekte, met als uiteindelijk doel mensen zelf meer regie hierover te laten voeren en het aantal mensen dat hieraan overlijdt te verkleinen. In 2015 hebben meer dan 750.000 verzekerden gebruik gemaakt van dit zorgprogramma. Wij zullen dit programma evalueren onder andere op het effect van de secundaire preventie die hiervan onderdeel uitmaakt.

Kenmerk
1031111-157041-PG

In onze brief over preventie in het zorgstelsel¹⁰ hebben wij vier concrete acties aangekondigd om te bevorderen dat verzekeraars en gemeenten gezamenlijke preventieactiviteiten ontwikkelen voor risicogroepen.

1. *Stimuleren van de partijen.* De samenwerkingsagenda die de VNG en ZN samen hebben afgesloten, heeft preventie als een van de drie prioritaire samenwerkingspunten benoemd. Wij zijn daar blij mee en gaan dit samen met de VNG en ZN concretiseren. Wij starten hiermee op bestuurlijk niveau op 16 november.
2. *Digitaal loket.* Op 1 november wordt het digitaal loket 'Preventie in het zorgstelsel' gelanceerd. Hier vinden zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders informatie over de mogelijkheden voor samenwerking en de mogelijkheden die het zorgstelsel biedt om preventie voor risicogroepen te organiseren en te vergoeden. Het gaat zowel over de wettelijke kaders als concrete mogelijkheden die in de praktijk zijn uitgewerkt en als voorbeeld kunnen dienen. Via de site wordt doorverwezen naar beschikbare effectieve interventies. Gemeenten worden via dit loket uitdrukkelijk gewezen op de mogelijkheid om hun plannen voor risicogroepen expliciet op te nemen in hun nota's gemeentelijk gezondheidsbeleid, die op dit moment worden geschreven. Hiermee sluiten wij aan bij de implementatie van de 'Landelijke nota gezondheidsbeleid 2014-2019'¹¹.
3. *Het preventieteam.* Dit team is een netwerk van experts uit het land en van het ministerie van VWS, dat gemeenten en zorgverzekeraars helpt met het vinden van antwoorden rondom bijvoorbeeld samenwerking en verdeling van verantwoordelijkheden. Daarnaast zoekt het team samen met betrokkenen oplossingen voor knelpunten die een succesvolle voortgang van preventieactiviteiten voor risicogroepen belemmeren. Partijen kunnen zich melden via preventieteam@minvws.nl.
4. *Preventiecoalities.* De subsidieregeling Preventiecoalities komt in 2017 beschikbaar. De regeling draagt 1/3 deel bij aan de coördinatiekosten bij de ontwikkeling van preventiecoalities. Bij de aanvragen moet de keuze van de risicogroep worden beargumenteerd. Daarbij kan worden gebruik gemaakt van beschikbare gegevens over gezondheidsachterstanden en wijkprofielen (zie ondermeer www.gezondin.nl). Zorgverzekeraars kunnen hiervoor voor maximaal 3 jaar subsidie aanvragen. Zij moeten daarbij aangeven met welke gemeente(n) ze gaan samenwerken. Er is in totaal voor 5 jaar 14,4 miljoen euro aan subsidie beschikbaar.

De toekomstige rol van Alles is Gezondheid...

De onderzoekers en de gesprekpartners geven het signaal dat Alles is Gezondheid... goed uit de startblokken is gekomen en flink massa aan het maken is met het immer stijgende aantal organisaties dat zich bij hen aansluit. En dat is

¹⁰ TK 2015-2016, 32793, nr.213

¹¹ TK 2015-2016, 32793, nr.204

goed nieuws, want dat betekent dat steeds meer mensen in aanraking komen met een pledge en een gezondere keuze kunnen gaan maken. Er is een grote diversiteit aan pledges - zo hebben de [18 eredivisieclubs zich verbonden aan Alles is Gezondheid...](#) voor de gezondheid van hun fans; en [34 organisaties in de regio Nijmegen](#) die samen gepledged hebben om een gezonde leefstijl van mensen met een verstandelijke beperking mogelijk te maken. Het varieert van de onderwijsraden tot aan eredivisieclubs en van grote zorgorganisaties tot individuele huisartsen en diëtisten en de overheid is één van de maatschappelijke partners. Het aantal mensen dat wordt bereikt met een pledge verschilt dan ook.

Kenmerk
1031111-157041-PG

Voorbeelden van pledges

- Netwerk Noordelijke Maasvallei: willen de werkwijze van organisaties op sociaal en medisch terrein vanuit gezondheid laten denken en niet vanuit ziekte. In 2 jaar tijd is het netwerk flink gegroeid en is men bezig positieve gezondheid te operationaliseren in de praktijk van alle huisartsen in het gebied. Meer info: www.netwerkpositievegezondheid.nl

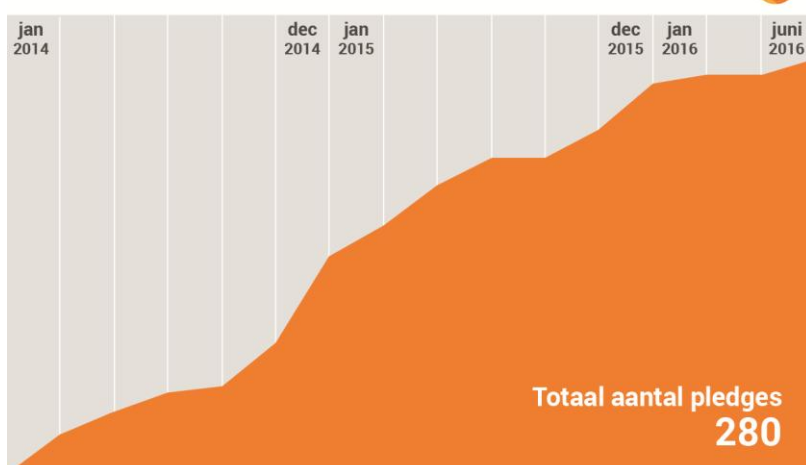
- Alliantie gezondheid & geletterdheid: in de eerste helft van 2016 zijn er ruim 13.000 cursisten en ruim 5.000 taalvrijwilligers bij gekomen. Dat is bijna net zo veel als in 2014 en 2015 samen. De aanwas gaat nu exponentieel. De ambitie is tot 2018 minimaal 45.000 cursisten en 15.000 taalvrijwilligers. Meer info: <http://www.lezenenschrijven.nl/campagnes/alliantie-gezondheid-en-geletterdheid>

- Zwolle Gezonde Stad: hebben hun lokale integrale domeinoverstijgende aanpak weten op te schalen naar meer Zwolse wijken en hebben ook specifieke aandacht voor de groep ouderen. Meer info: <https://www.zwolle.nl/zwolle-gezonde-stad>

- Healthy Aging Network Northern Netherlands: hebben zich sinds hun aansluiting ontwikkeld tot een regionetwerk van Alles is Gezondheid..., waarbij ze zich inspannen voor de werving van nieuwe partners in Noord-Nederland. Ze hebben het plan een Blue Zone creëren; een plaats die gezonder is om te leven. Meer info: www.hannn.eu

Uit de uw Kamer eerder aangeboden 'Voortgang pledges Alles is Gezondheid...'¹²

Aantal pledges



van november 2015 blijkt dat het merendeel van de inmiddels 280 pledges een bereik heeft van maximaal 1.000 mensen. Tegelijkertijd schat 8% van de pledgehouders het bereik op meer dan 100.000 mensen. In de komende periode willen wij daarom deze

¹² TK 2015-2016, 32793, nr210, bijlage 2

maatschappelijke beweging vooral faciliteren in haar groei en in haar impact. Dit doen wij door het programmabureau in te zetten als:

1. *makelaar* - het bij elkaar brengen van partijen die door bundeling van krachten hun preventie-impact kunnen vergroten.
2. *kennisdeler* – versterken van het onderling online kennisdelen en uitbreiden van het loketgezondleven.nl met specifieke themasites voor preventie in het zorgstelsel. Altijd in combinatie met themabijeenkomsten. Belangrijk hierbij vinden wij dat het programmabureau goede praktijken op zodanige manier in beeld brengt dat het de energie en enthousiasme van de pledgehouders niet belast en tegelijkertijd de 'goede praktijken' en de elementen die daar aan ten grondslag liggen wel breed bekend worden.
3. *impulsgever* – pledgepartners inspireren om burgers en specifieke doelgroepen actief te betrekken bij de opzet en uitvoering van activiteiten.
4. *signaleerder* – doorgeven van tegenstrijdige prikkels en bureaucratische belemmeringen aan de juiste instanties.
5. *facilitator* – inspireren van pledgepartners met veelbelovende initiatieven en waar nodig hen ondersteunen bij het zetten van de volgende stap. Denk hierbij aan het wijzen op financieringsmogelijkheden (regelingen en subsidies), de inzet van een preventieteam en het sluiten van bijvoorbeeld een health deal.

Kenmerk
1031111-157041-PG

Voor de realisatie van deze functies verlengen wij de bekostiging van het programmabureau met vijf jaar, tot en met 2021 (1,5 miljoen euro per jaar). Wij zullen samen met het programmabureau voor de zomer van 2017 een plan van aanpak uitwerken om de hierboven beschreven inzet van het programmabureau nadere invulling te geven.

Normering, programma's en de maatschappelijke beweging

Met de onderzoekers onderschrijven wij het belang dat bij Alles is Gezondheid... in deze fase de nadruk ligt op het stimuleren van de beweging. Daar waar de gewenste gezondheidsimpact onvoldoende wordt bereikt, ligt een rol voor de overheid. Dit wordt zichtbaar, doordat wij:

- meldingen over belemmeringen in wet- en regelgeving zullen oppakken als deze binnenkomen en waar mogelijk oplossen en zullen terugkoppelen aan de maatschappelijke partners;
- als de gezondheidswinst evident is, onderzoeken of dit verder vorm kan krijgen of dat het onderdeel kan worden van een nationale aanpak. Pledgehouders die de gezondheidswinst kunnen aantonen nodigen wij uit dit met ons te delen, zodat wij gezamenlijk kunnen onderzoeken hoe opschaling naar nationaal niveau het beste vorm kan krijgen.

Om de maatschappelijke beweging rondom gezondheid te bevorderen, spreken wij op 16 november bestuurlijk met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en in een ander gesprek met de werkgevers. In het voorjaar van 2017 organiseren wij, samen met de initiatiefnemers van NL2025, een grote bijeenkomst voor wethouders om ze onder andere de opbrengsten van Alles is Gezondheid... te laten zien en hoe dat in het lokaal beleid kan worden toegepast. Voor ons gesprek met schoolbestuurders zoeken wij nog een geschikt moment.

Om de opbrengst van het Nationaal Programma Preventie de komende jaren te kunnen blijven volgen, vragen wij het RIVM de doelen van het Nationaal Programma Preventie (trend 2014-2030) op te nemen in de vier jaarlijkse cyclus van de [Volksgezondheid Toekomst Verkenning](#) (2018). Zodoende zien wij op welke onderdelen nader beleid nodig is. Tevens vragen wij het RIVM om in haar monitor van zoveel mogelijk pledges te monitoren hoeveel mensen worden bereikt en daarover te rapporteren.

Kenmerk
1031111-157041-PG

Afsluiting

Terugkijkend op het Nationaal Programma Preventie kunnen wij stellen dat wij door de energie van veel enthousiaste partners er in zijn geslaagd een maatschappelijke beweging op gang te brengen die van onderaf steeds meer vorm krijgt en dat het belang van preventie in het zorgstelsel steeds meer op de kaart komt te staan bij zorgverzekeraars en gemeenten. Vooruitkijkend blijven wij ruimte geven voor deze beweging en ondersteunen wij deze waar mogelijk.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

de staatssecretaris van Volksgezondheid
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

drs. M.J. van Rijn

OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

Onderwerp	Extra inzet GGD voor vergunninghouders
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	D. Fokkema
Auteur	M. de Graaf
Bijlagen	1. Notitie taken publieke gezondheid vergunninghouders 2. Overzicht bijdragen gemeenten 1 ^e halfjaar 2016
Vergaderdatum	8 december 2016
Agendapunt	4

Conceptbesluit

1. In te stemmen met de extra inzet van de GGD ten behoeve van de uitvoering taken publieke gezondheid voor vergunninghouders;
2. Overeenkomstig de landelijke berekeningen ten behoeve van het uitwerkingsakkoord Verhoogde Asielinstroom het dagelijks bestuur te adviseren voor de extra inzet van de GGD gemiddeld een bedrag van € 359,- per gehuisveste vergunninghouder beschikbaar te stellen voor 2017.
3. Het dagelijks bestuur te adviseren voor de totale kosten 2017 uit te gaan van het aantal te huisvesten vergunninghouders conform het door de regietafel Fryslân op te stellen overzicht (naar verwachting medio december bekend) en de definitieve kosten bij de jaarrekening 2017 te verrekenen op basis van het werkelijk aantal gehuisveste vergunninghouders.

Inleiding

Vanaf de zomer van 2015 kent Europa, en dus ook Nederland, een verhoogde instroom van asielzoekers. Het Rijk heeft als gevolg van de verhoogde asielinstroom in 2015 en 2016 extra middelen vrijgemaakt voor de eerstejaarsopvang van asielzoekers. In totaal betreft dit voor de jaren 2015-2017 een bedrag van € 353 miljoen voor vergunninghouders. Dit bedrag kan door gemeenten worden gebruikt voor de dekking van de kosten voor inspanningen op gebieden van werk/integratie, zorg en onderwijs. Het bedrag zal worden uitgekeerd volgens de formule 'geld volgt vergunninghouder'. De middelen zijn vrij besteedbaar.

Voor de publieke gezondheid voor vergunninghouders in gemeenten zijn extra middelen nodig door onderstaande zaken:

- de beleidscontext van het Bestuursakkoord Verhoogde Asielinstroom: "blijven is meedoen", waarbij is gesteld: "het is in ieders belang om alert te zijn voor mogelijke gezondheidsrisico's en indien nodig snel en preventief te kunnen ingrijpen";
- korter verblijf in de centrale opvang en dus snelle doorstroom naar gemeenten;
- de middelen voor gezondheidsbevordering in COA opvang zijn gereduceerd;
- de tolkenvergoeding buiten de COA opvang is afgeschaft;
- veranderde verantwoordelijkheden van gemeenten vanwege de decentralisaties en de transformaties waarbij meer accent is komen te liggen op preventie.

Gezondheidsbevordering en preventie zijn van groot belang om de gezondheid van vergunninghouders te bevorderen en eventuele gezondheidsrisico's op de korte en de langere termijn te verkleinen. Er zijn extra middelen nodig voor:

- Uitvoeren van de JGZ, infectieziektebestrijding en gezondheidsbevordering;
- Inzetten van professionele tolken;
- Versterken van preventienetwerken;
- Monitoring en evaluatie;
- Versterken van de deskundigheid van professionals.

Beoogd effect

De gezondheid van vergunninghouders bevorderen en eventuele gezondheidsrisico's op de korte en lange termijn te verkleinen opdat ze zo snel mogelijk zelfstandig, volwaardig en gezond mee kunnen doen in de Nederlandse samenleving.

Argumenten

- 1.1 De extra versnelde toename van vergunninghouders in het gemeentelijk domein geeft verzwarende/extra belasting op de uitvoering van de reguliere taken van de GGD.*
Door de versnelde toename worden vergunninghouders sneller in de gemeente gehuisvest. Hierdoor hebben zij vaak in de COA-opvang weinig of geen gezondheidsinformatie gehad. Deze informatie, maar ook vaardigheden, moeten nog verteld en aangeleerd worden om gezondheids- en opvoedproblemen op langere termijn te voorkomen.
- 1.2 Gezondheid, zorg en preventie zijn specifiek opgenomen in het Uitwerkingsakkoord.*
Het uitwerkingsakkoord gaat uit van de grondgedachte om de integratie en participatie van vergunninghouders te bevorderen. Een goede gezondheid zal bovenstaande bevorderen.
- 2.1 Vanuit het Rijk worden extra middelen beschikbaar gesteld via het gemeentefondsaccres*
Het Rijk realiseert zich dat inspanningen op het gebied van zorg tot extra kosten leiden voor gemeenten en stelt extra middelen ter beschikking via het gemeentefonds. Gemeenten kunnen hiermee de publieke gezondheidstaken, die neergelegd zijn bij de GGD, bekostigen.
- 2.2 Extra inzet GGD financieel relateren aan de gemeentelijke inkomsten*
Volgens landelijke berekeningen die ten grondslag liggen aan de ter beschikking gestelde extra middelen bedragen de kosten voor de taken van de GGD gemiddeld € 359,-- per vergunninghouder. Het bedrag is daarmee het maximum dat de GGD kan inzetten voor de extra taken per vergunninghouder. Het werkelijke aantal gehuisveste vergunninghouders is bepalend voor de te maken kosten in 2017.
- 3.1 Aannee aantal te huisvesten vergunninghouders*
Door de regietafel Fryslân wordt thans gewerkt aan een totaaloverzicht nog te huisvesten vergunninghouders in 2017 per gemeente. Naar verwachting is het overzicht medio december beschikbaar. Het ligt voor de hand hiervan gebruik te maken bij de bevoorschotting.

Kanttekeningen/risico's

De beoogde aandacht publieke gezondheid voor vergunninghouders is niet specifiek overgedragen door de gemeenten. Gelet op het collectieve karakter van publieke gezondheid gaat het voorstel er van uit dat alle gemeenten met uitzondering van de Waddeneilanden (geen taakstelling huisvesting vergunninghouders) deze taak neerleggen bij de GGD.

Door de late duidelijkheid over de financiële vertaling van het Uitwerkingsakkoord Verhoogde instroom Asielzoekers heeft de GGD geen beroep gedaan op de (extra) financiële middelen voor 2016 en daardoor

ook niet de beoogde extra aandacht voor vergunninghouders geleverd. Van 1 januari tot 1 november 2016 zijn 1.251 vergunninghouders in Fryslân gehuisvest en hebben de gemeenten nog een achterstand voor de huisvesting van 499 vergunninghouders. Het voorstel voorziet niet in extra aandacht voor de reeds gehuisveste vergunninghouders in 2016.

Doordat er bij de toekenning van middelen rekening wordt gehouden met voor- en achterstand huisvesting per 1 januari 2016 hebben de gemeenten over het eerste halfjaar 2016 extra middelen ontvangen voor 570 vergunninghouders terwijl er 660 zijn gehuisvest. Het voorstel gaat uit van gehuisveste vergunninghouders en niet direct gekoppeld aan de ontvangen middelen.

Overeenkomstig de gemeenschappelijke regeling worden de kosten van de GGD grotendeels op basis van inwonertal verrekend. In dit specifieke geval wordt voorgesteld de raming/afrekening te koppelen aan het aantal gehuisveste vergunninghouders.

Financiële consequenties

In de landelijke berekening van het bedrag dat gemeenten per vergunninghouder (€4.430,--) ontvangen, is met medewerking van GGDGHOR Nederland rekening gehouden met gemiddeld € 359,-- voor publieke gezondheid. Dit komt neer op 8,1% van het bedrag per vergunninghouder. Hierover is reeds een brief gezonden aan de gemeenten na de vorige vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid. Bijgevoegd is het overzicht van de bedragen die de Friese gemeenten over het eerste halfjaar 2016 hebben ontvangen (uit septembercirculaire 2016 gemeentefonds).

Vervolgaanpak/uitvoering

Na behandeling in de bestuurscommissie Gezondheid is de route als volgt:

- 14 december 2016 dagelijks bestuur vaststelling ontwerpbegrotingswijziging 2017;
- zienswijzen gemeenten met betrekking tot de ontwerpbegrotingswijziging 2017;
- 16 maart 2017 algemeen bestuur vaststelling begrotingswijziging 2017

Besluit:	
<input type="checkbox"/> niet vastgesteld <input type="checkbox"/> ongewijzigd vastgesteld <input type="checkbox"/> gewijzigd vastgesteld als volgt:	Paraaf secretaris:
Kopie naar auteur	

Notitie 'Inzet GGD in het kader van het Uitwerkingsakkoord Verhoogde Asielinstroom'

Inleiding

Zoals u bekend, is eind april van dit jaar het Uitwerkingsakkoord Verhoogde asielstroom gesloten tussen het Rijk en de VNG. Eén van de punten die in het uitwerkingsakkoord centraal staan is het inhalen van achterstanden ter vergroting van de kans tot volledige participatie en zelfredzaamheid en ter voorkoming van hoge maatschappelijke kosten in de toekomst. Hiervoor is onder andere extra inzet nodig op het gebied van gezondheid. In het uitwerkingsakkoord wordt specifiek ingegaan op JGZ, gezondheidsbevordering en infectieziektebestrijding. Ook wordt volgens het akkoord door VWS en VNG een ondersteuningsprogramma (voor een outreachende aanpak gericht op signalering, voorlichting en preventie) ontwikkeld.

Achtergrond/ Verkenning probleem

Nederland kreeg in 2015 te maken met een sterke toename van het aantal asielzoekers¹. Deze grote instroom en het grote aantal vergunninghouders dat in aanmerking komt voor woonruimte in gemeenten stelt de Rijksoverheid en de gemeenten voor forse uitdagingen.

'Blijven in meedoen', is een van de slogans in het Bestuursakkoord Verhoogde Asielinstroom. Hierin staan afspraken die ervoor moeten zorgen dat vluchtelingen snel kunnen integreren en werk kunnen vinden. Gezondheid is hierbij een belangrijke factor.

De GGD voert in alle fasen van de opvang en in de gemeenten taken uit om de publieke gezondheid van vluchtelingen te beschermen, te bewaken en te bevorderen (zie ook Bijlage 1). In de centrale opvang asielzoekers doet zij dat in opdracht van het COA, voor vergunninghouders in opdracht van gemeenten.

Om een succesvolle integratie en participatie te bevorderen is het onvermijdelijk dat er extra inzet nodig is voor de (publieke) gezondheid van vluchtelingen die in gemeenten komen wonen:

- gezondheid is een randvoorwaarde voor inburgering en participatie; extra inzet is nodig omdat veel vluchtelingen kampen met gezondheidsachterstanden. Soms waren die er al in het land van herkomst (vaccinaties, mondzorg), soms zijn er pre-/postmigratie gerelateerde problemen (psychosociale klachten, stress, depressiviteit, slapeloosheid en seksueel geweld). Daarnaast hebben vluchtelingen vaker een chronische ziekte (diabetes, hart- en vaatziekten, overgewicht), meer complicaties bij zwangerschap en/of bevalling (door o.a. meisjesbesnijdenis) en hebben ze problemen met de opvoeding. Hierin is geleerd van de immigratiegolven in 1995 en 2001 en uit onderzoek²;
- het gaat om een kwetsbare groep in een complexe (zorg)situatie. Dat wordt versterkt door de hogere instroom, de kortere verblijfsduur in de asielopvang (gezinshereniging), de taalbarrière, de afschaffing van de tolkenvergoeding en onbekendheid met het gezondheidszorgsysteem bij de vluchtelingen;
- netwerken rondom zorg en welzijn voor statushouders moeten in sommige gemeenten nog worden opgebouwd, en waar ze al bestaan moeten ze worden onderhouden.

Inhoud extra inzet GGD:

GGD Fryslân wil op de volgende wijze een extra impuls geven aan de preventie van gezondheidsachterstanden bij vergunninghouders/vluchtelingen ten behoeve van een succesvolle integratie:

¹Een *asielzoeker* is een vreemdeling (iemand die niet de Nederlandse nationaliteit heeft) die zijn land heeft verlaten en bij de Nederlandse overheid een asielaanvraag indient. *Vluchteling* wordt gedefinieerd als een persoon met gegronde vrees voor vervolging in eigen land en wordt gebruikt als overkoepelende term van asielzoeker tot statushouder. Een *statushouder* of *vergunninghouder* is een vluchteling met een verblijfsvergunning ofwel een erkende asielzoeker.

² Proefschrift 'A safe and healthy future', 2014

- middels afspraken met betrokken ketenpartners over het verstrekken van gegevens. Hierdoor wordt het bereik van de nieuwe vergunninghouders versneld:
 - de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar kan hierdoor op korte termijn na vestiging in de gemeente de vaccinatiestatus en de gezondheidssituatie in kaart brengen.
 - ook de tuberculose screenings kunnen snel vervolg krijgen.
 - ten behoeve van alle infectieziekten bestrijding kan de GGD zo snel mogelijk bron- en contactopsporing uitvoeren en/of preventieve interventies verzorgen zoals vaccinaties. Of extra groepsvoorlichtingen organiseren over infectieziekten, hygiëne en seksuele gezondheid.
 (Zie Bijlage 1 voor uitgebreidere beschrijving van de taken van de GGD voor vergunninghouders);
- bij alle taken vinden gesprekken plaats met behulp van tolken. Dit is nodig omdat gesprekken anders inhoudelijk niet goed begrepen worden. Hiervoor wordt de voorkeur gegeven aan de inzet van professionele tolken;
- ten behoeve van signalering en ketensamenwerking initieert en ontwikkelt de GGD zorgnetwerken op het snijvlak van zorg en welzijn (sociaal domein) om een integrale aanpak voor gezondheidsbevordering van vergunninghouders/vluchtelingen te waarborgen;
- er wordt extra ingezet op lokale gezondheidsvoorlichting en -bevordering in samenwerking met de gemeenten, Vluchtelingenwerk en welzijnsorganisaties in het kader van de participatieverklaring en op basis van vragen en signalen;
- er wordt extra ingezet op deskundigheidsbevordering in cultuursensitief werken van de professionals;
- er wordt contact gezocht met de doelgroep zelf (i.c. vluchtelingen) opdat zij betrokken worden bij de opzet en uitvoering van de WPG taken;
- waar mogelijk gebruik maken van (landelijke) digitale applicaties en sociale netwerken zoals "Refugees in the Netherlands" en "Syriers Gezond". Dit moet nog verder ontwikkeld worden;
- er is een regiocoördinator Publieke Gezondheidszorg Nieuwkomers aangesteld ter ondersteuning van gemeenten, ketenpartners en medewerkers van de GGD.

Financiering:

Vanuit het Rijk zijn middels het landelijk Uitwerkingsakkoord Verhoogde Asielinstroom extra middelen ter beschikking gesteld voor alle gemeenten voor de uitvoering van de wettelijk verplichte taken van de publieke gezondheidszorg voor vergunninghouders.

Dit zijn tijdelijke extra vergoedingen voor de additionele kosten voor Publieke gezondheidszorg aan statushouders voor de eerstejaarsopvang van 2015-2017.

Het Rijk biedt de volgende concrete ondersteuning middels het uitwerkingsakkoord:

1. Aan alle gemeenten worden extra financiële middelen verstrekt voor de lokale uitvoering van de publieke gezondheidszorg ten behoeve van een succesvolle integratie van vergunninghouders. De totale landelijke bijdrage is € 353 miljoen. Het betreft integrale financiële ondersteuning voor zorg, onderwijs, werk en integratie voor de periode 2015-2017, met als uitgangspunt "geld volgt vluchteling". De genoemde middelen zijn vrij besteedbaar. Omdat deze financiering via gemeenten verloopt, is in oktober jl. een brief verstuurd naar de Colleges van B&W's om rekening te houden met de financiering van de extra inzet van GGD Fryslân.
2. Het OTAV (OndersteuningsTeam Asielzoekers en Vergunninghouders) ondersteunt de lokale gezondheidsbevordering middels de 'Impuls en toolkit lokale preventie'. De landelijk bijdragen zijn 3 miljoen in 2016 en 4 miljoen in 2017. Hiervoor wordt:
 - a) een regiocoördinator Publieke Gezondheid Nieuwkomers aangesteld tot 1 mei 2018, ondersteund en gefinancierd door het OTAV, werkzaam bij de GGD;

- b) een landelijke toolkit gezondheidsbevordering vergunninghouders ontwikkeld;
- c) de GGD in staat gesteld netwerkbijeenkomsten te organiseren voor zorg- en welzijnprofessionals werkzaam met vergunninghouders.

Deze financiering verloopt via het OTAV.

Proces:

- er is sinds de verhoogde instroom al een start gemaakt met uitvoering van de wettelijke taken ten behoeve van de Jeugdgezondheidszorg en infectieziekten bestrijding (gefinancierd uit het reguliere budget).
- er is inmiddels een regiocoördinator Publieke Gezondheid Nieuwkomers aangesteld; te weten Willemijn Bruining. Daarnaast zijn er extra uren beschikbaar voor Heleen Holwerda.
- om een regionaal gezondheidsbeleid voor vergunninghouders te initiëren en ontwikkelen is verdere (inhoudelijke) verkenning nodig en afstemming met betrokken ketenpartners.

Bijlage 1

Toelichting van de verschillende collectieve preventieve taken

1. Jeugdgezondheidszorg
2. Infectieziekten bestrijding inclusief TBC
3. Gezondheidsvoorlichting en -bevordering
4. Preventiestructuur
5. Monitoring, signalering, advisering en evaluatie
6. Leefomgeving

1. Jeugdgezondheidszorg

Kinderen van vergunninghouders en hun ouders hebben veel meegemaakt en hebben vaak minder gezondheidsvaardigheden. Bepaalde gezondheidsproblemen komen vaker voor dan bij andere kinderen en het opbouwen van een nieuw leven vraagt veel van hen. Vluchtelingenkinderen en gezinnen zijn, zeker in de eerste jaren in Nederland, een kwetsbare groep.

Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen monitoren de groei en ontwikkeling van de kinderen en geven kinderen en ouders voorlichting, advies en begeleiding om hun eigen kracht versterken zoals beschreven in het basispakket JGZ. Ook wordt het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) aangeboden. Bovendien kan de JGZ geraadpleegd worden bij opvoedvragen. Als ze gezondheidsbedreigingen of (dreigende) ontwikkelingsstoornissen signaleren, zorgen ze ervoor dat de juiste ondersteuning en zorg wordt ingeschakeld. Ze gaan daarvoor op huisbezoek, zien kinderen op school of nodigen ouders en kinderen uit op de GGD of het consultatiebureau. Er zal vanuit de JGZ een inhaalslag nodig zijn, zodat deze groepen snel in beeld zijn om verdere problemen te kunnen voorkomen.

Specifieke aandachtspunten

- Er is extra inzet door middel van 1 of meer huisbezoek(en) nodig als er nog weinig bekend is over het gezin.
- Een huisbezoek zal soms meerdere kinderen betreffen. Gegevens vanuit het GBA kloppen niet altijd.
- Het opbouwen van een vertrouwensrelatie is een belangrijke voorwaarde.
- Er is een hogere "no show" bij deze doelgroep. Soms zijn meerdere oproepen nodig voordat ouders/ verzorgers gehoor geven aan een oproep.

2. Infectieziekten bestrijding inclusief TBC

Vanwege de gezondheidstoestand en omstandigheden in de herkomstlanden van vluchtelingen en in de landen waar zij doorheen zijn gereisd, komen infectieziekten bij groepen vluchtelingen vaker voor. Het betreft onder andere hepatitis b en c, tuberculose (tbc), scabiës ('schurft'), malaria en seksueel overdraagbare aandoeningen. Het risico op verspreiding van infectieziekten onder de Nederlandse bevolking is gering. Maar alertheid is geboden en preventieve interventies kunnen nodig zijn, vooral bij (tijdelijke) huisvesting van grotere groepen vergunninghouders, bijvoorbeeld in overheidsgebouwen.

De GGD nodigt vergunninghouders uit risicolanden voor tbc, in de eerste 2 jaar na aankomst in Nederland, iedere zes maanden uit om zich te laten screenen op tbc. Waar nodig voert de GGD bron- en contactopsporing uit, verzorgt preventieve interventies zoals vaccinaties en organiseert groepsvoorlichtingen over infectieziekten, hygiëne en seksuele gezondheid. Vergunninghouders tot 25 jaar kunnen zich bij GGD SENSE poli's gratis laten onderzoeken op seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv. Verder informeert en adviseert de GGD gemeente en zorgverleners over infectieziekten bij vergunninghouders.

Specifieke aandachtspunten

- Bijzondere aandacht voor SOA en HIV is nodig bij adolescenten en jong volwassenen aangezien daar (nog) weinig aandacht voor is geweest in land van herkomst.
- De TBC screening is niet bij wet verplicht terwijl tuberculose een (levens)lange incubatietijd heeft. Daarom is het extra belangrijk mensen te informeren en motiveren over het belang van deze screening. Eritreeërs vormen de grootste risicogroep.

3. Gezondheidsvoorlichting en -bevordering

In de landen waar vluchtelingen vandaan komen spelen andere gezondheidsproblemen, is de gezondheidscultuur anders en is de toegang tot onderwijs en zorg beperkt. Veel vluchtelingen hebben bij aankomst in Nederland, maar ook in de jaren daarna wanneer zij in gemeenten wonen, behoefte aan gezondheidsinformatie en -vaardigheden. Te denken valt aan thema's als: de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg, zelfzorg, opvoedingsondersteuning, seksuele gezondheid, hygiëne, psychosociale gezondheid (en middelengebruik), voeding en beweging, tienerzwangerschappen, verdrinkingsrisico's etc.

De gezondheidsbevorderaars leveren een bijdrage door het opzetten, uitvoeren en afstemmen van preventieprogramma's, waarbij een gezonde leefstijl wordt bevorderd. Altijd in samenwerking met andere ketenpartners, lokale vrijwilligers en de doelgroep.

Specifieke aandachtspunten

- Door de vele verhuisbewegingen in de COA opvang en/of de kortere verblijftijd in COA opvang heeft een deel van de mensen nog weinig of geen voorlichting gehad.
- Er is geen 'warme overdracht' vanuit de COA opvang naar de gemeente over de reeds verkregen voorlichting door het gebruik van verschillende registratiesystemen waarbij gegevens niet overdraagbaar zijn.
- Een deel van de problematiek zal zich pas openbaren als vluchtelingen zich gevestigd hebben in gemeenten en werkelijk deel uitmaken van de maatschappij. Dan komen de verschillen in achtergrond, cultuur en gedrag naar boven.
- Een relatief groot deel van de populatie, van de asielzoekers en vergunninghouders betreft alleenstaande mannen in de leeftijd van 18-29 jaar en is dus doelgroep voor seksuele voorlichting.
- Het beschikbare voorlichtingsmateriaal is niet altijd geschikt voor deze doelgroep dus materialen zullen ontwikkeld en/of aangepast moeten worden, in samenwerking met landelijke kennisinstututen/organisaties

4. Preventiestructuur

Organiseren preventienetwerken

Om de gezondheid, zelfredzaamheid en participatie van vergunninghouders te bevorderen, is het verbinden van zorg, onderwijs, integratie, arbeid en wonen belangrijk -net als bij andere kwetsbare groepen. Daardoor wordt het mogelijk om inzicht te krijgen in gezondheidsgerelateerde behoeften van vergunninghouders. Preventienetwerken versterken het tijdig signaleren van eventuele (multi)problematiek, stemmen af welke interventies nodig zijn en monitoren of het gewenste resultaat wordt bereikt.

De GGD kan samen met de gemeente lokale preventienetwerken initiëren of versterken en is daarin de spin in het web. De GGD bouwt daarbij op bestaande samenwerking met huisartsen, verloskundigen, ziekenhuizen, sociale wijkteams, welzijnsorganisaties, scholen en sportaanbieders. Bij eventuele incidenten en maatschappelijke onrust kan de GGD het netwerk psychosociale hulpverlening (PSH) inschakelen.

Speciale aandachtspunten

- Psychische en psychosociale problemen en de consequenties daarvan
- De continuïteit van zorg bij de overgang van COA-opvang naar gemeente bij vergunninghouders met gezondheidsproblemen, zwangere vrouwen en pasgeborenen.

5. Monitoring, signalering, advisering en evaluatie

Inzicht in de gezondheidsproblemen, gezondheidsrisico's, de zorgbehoefte, toegankelijkheid van de zorg en de effectiviteit van interventies voor vergunninghouders is essentieel om beleid te kunnen ontwikkelen. Bestaande gegevensbronnen zoals de '*lokale en nationale monitor gezondheid*', '*de monitor sociaal domein*', '*de monitor sociaal kwetsbare groepen*' en de wijkgezondheidsprofielen bevatten nog weinig of geen informatie over vergunninghouders.

Epidemiologen, werkzaam bij de GGD, kunnen onderzoek doen naar de gezondheid van de inwoners van een gemeente en dragen zo bij aan het verkrijgen en beschikbaar stellen van inzicht in gezondheidsproblemen, gezondheidsrisico's en zorggebruik bij vergunninghouders. Deze informatie is de basis voor lokale beleidsplannen. Daarnaast kan het landelijk netwerk van GGD'en en academische werkplaatsen bijdragen aan het genereren en uitwisselen van lokale, regionale,

landelijke en internationale informatie over gezondheid van vergunninghouders en de evaluatie van beleid en interventies.

Speciale aandachtspunten

- Vanwege de diversiteit van de vluchtelingengroep en de soms relatief kleine aantallen op lokaal niveau zal bekeken moeten worden hoe en/of vergunninghouders hierin meegenomen kunnen worden.
- Over de vergunninghouders die al langer in gemeenten wonen is vaak nog weinig bekend.

6. Leefomgeving

Een woning moet aan minimale eisen voldoen (bouwbesluit). Bij het in gebruik nemen van gebouwen die niet ingericht zijn als woning moeten er (mogelijk) aanpassingen plaatsvinden.

De teams Medische milieukunde en Technische Hygiënezorg van de GGD kunnen adviseren op het gebied van bijvoorbeeld voldoende sanitaire voorzieningen, voldoende ventilatie en goed drinkwatervoorziening, legionellapreventie of geluid overlast.

Speciale aandachtspunten

- Het is niet vastgelegd hoeveel personen er in een collectieve woonvoorziening mogen wonen.

Bijdrage verhoogde asielsroom 1e halfjaar 2016 (septembercirculaire)

<u>gemeente</u>	<u>bijdrage A</u>	<u>bijdrage B</u>	<u>totaal</u>	<u>aantal</u>
Achtkarspelen	99.709	55.349	155.058	35
Ameland	0	0	0	0
het Bildt	25.640	14.233	39.873	9
Dantumadiel	85.465	47.442	132.907	30
De Fryske Marren	0	0	0	0
Dongeradeel	96.860	53.767	150.627	34
Ferwerderadiel	62.674	34.791	97.465	22
Franekeradeel	17.093	9.488	26.581	6
Harlingen	19.942	11.070	31.012	7
Heerenveen	116.802	64.837	181.639	41
Kollumerland	68.372	37.953	106.325	24
Leeuwarden	390.291	216.651	606.942	137
Leeuwarderadeel	8.547	4.744	13.291	3
Littenseradiel	17.093	9.488	26.581	6
Menameradiel	28.488	15.814	44.302	10
Ooststellingwerf	79.767	44.279	124.046	28
Opsterland	96.860	53.767	150.627	34
Schiermonnikoog	0	0	0	0
Smallingerland	125.349	69.581	194.930	44
Sudwest	88.314	49.023	137.337	31
Terschelling	0	0	0	0
Tytsjerksteradiel	56.977	31.628	88.605	20
Vlieland	0	0	0	0
Weststellingwerf	139.593	77.488	217.081	49
	<u>1.623.836</u>	<u>901.393</u>	<u>2.525.229</u>	<u>570</u>

€ 4.430 per gehuisveste statushouder

OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

Onderwerp	Conceptkaderbrief 2018 - 2021
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	D. Fokkema
Auteur	M. de Graaf
Bijlagen	Concepttekst DB Kaderbrief 2018 – 2021 Gezondheid
Vergaderdatum	8 december 2016
Agendapunt	5

Conceptbesluit

1. Het dagelijks bestuur te adviseren het financieel kader voor gezondheid vanaf 2018 met € 140.000,- aan te vullen met het oog op de versterking van infectieziektebestrijding en medische milieukunde. Eveneens te voorzien in de mogelijkheid voor versterking op genoemde terreinen in 2017 voor een bedrag van € 70.000,-;
2. Voor het overige in te stemmen met de voorgelegde concepttekst.

Toelichting

De kaderbrief geeft de verwachte meerjarenraming voor de periode 2018 – 2021, en is daarmee de basis voor de op te stellen conceptbegroting 2018. De voorgelegde concepttekst voor de kaderbrief geeft ons aanleiding uw aandacht te vragen voor het navolgende.

Op 24 september 2014 is in de bijeenkomst inzake strategie en het meerjarenbeleidsplan GGD 2015 – 2018 naast de versterking van de monitoringsfunctie (aansluiten bij het sociale domein) ook uitvoerig gesproken over het versterken van de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde door genoemde functies op het (huidige) waakvlamniveau te brengen. Hiermee ontstaat de vereiste ruimte voor preventie en pro-actie, alsmede het op peil brengen van de repressieve kant. Op basis van monitoring en analyse kan risicotaxatie plaatsvinden waarmee gerichte acties kunnen worden ondernomen om uitbraken zoveel mogelijk te voorkomen. Een voorbeeld van een dergelijke uitbraak is de recente vogelgriep uitbraak in Europa, waarbij deze variant zeer besmettelijk en dodelijk is voor pluimvee en mensen door direct en intensief contact met zieke dieren besmet kunnen raken met het aviaire influenza A.

Onder verwijzing naar agendapunt 7 (stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid) achten wij het onontkoombaar thans invulling te geven aan de in het Meerjarenbeleidsplan geformuleerde doelstelling. Teneinde al in 2017 een start te kunnen maken geven wij u ook in overweging het dagelijks bestuur te verzoeken te voorzien in een aanvullende middelen voor 2017.

Op grond van bovenstaande stellen wij u voor het dagelijks bestuur te adviseren het financieel kader als volgt aan te vullen:

“Infectieziektebestrijding/medische milieukunde

Op dit moment zijn de huidige normen voor infectieziektebestrijding en medische milieukunde slechts voor 75% ingevuld bij GGD Fryslân. In overeenstemming met het Meerjarenbeleidsplan GGD, alsmede

met het oog op het stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid wordt voorgesteld in twee jaarlijkse stappen deze onderdelen op niveau te brengen. Dit betekent voor 2017 een verhoging van de gemeentelijke bijdrage met € 70.000,-- en voor 2018 en volgende jaren met €140.000,--."

Vervolgproces

Het dagelijks bestuur stelt de kaderbrief op 14 december vast en stuurt de kaderbrief voor zienswijze naar de deelnemende gemeenten. In maart wordt de kaderbrief definitief vastgesteld door het algemeen bestuur. Uw commissie is alsdan in de gelegenheid het algemeen bestuur nader te adviseren over de gemeentelijke zienswijzen.

Besluit:	
<input type="checkbox"/> niet vastgesteld	Paraaf secretaris:
<input type="checkbox"/> ongewijzigd vastgesteld	
<input type="checkbox"/> gewijzigd vastgesteld als volgt:	
Kopie naar auteur	

Concepttekst DB kaderbrief 2018 - 2021

Gezondheid

In aansluiting op het besluit van het algemeen bestuur van 16 november met betrekking tot Operatie Stofkam zijn de navolgende ontwikkelingen van belang voor de beleidsperiode 2018 – 2021.

Inspecties kinderopvang

Naar verwachting wordt per 1 januari 2018 het 'Nieuwe Toezicht' ingevoerd. De gevolgen qua kosten voor het uitvoeren van inspecties volgens het nieuwe toezichtskader zijn nog niet in te schatten. Zodra dit bekend is, volgt er een voorstel. Bij dit voorstel zal ook betrokken worden de toerekening van kosten voor dit onderdeel aan de gemeenten. Hoewel het een collectieve taak betreft, vindt toerekening op dit moment plaats op basis van een uurtarief. Dit wijkt af van de gebruikelijke verdeling op basis van inwoneraantal.

Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

Vanuit haar systeemverantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid is het ministerie van WVS het stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid gestart. Landelijk worden zowel de VNG als GGD/GHOR Nederland bij het programma betrokken. Een van de onderdelen van het programma is het ontwikkelen van veldnormen, een traject dat naar verwachting eind 2017 is afgerond en alsdan mogelijk een vervolg krijgt in wettelijke vastlegging. In het kader van hetzelfde programma heeft het bureau AEF, op verzoek van de Tweede Kamer, inmiddels alle GGD' en benaderd voor informatie over het takenpakket, het budget en de formatie. Naar verwachting kan in de tweede helft van 2017 een voorstel aan de Bestuurscommissie Gezondheid worden voorgelegd.

Academisering

Een ander onderdeel van het stimuleringsprogramma betreft het versterken van de capaciteit van GGD' en om de gemeenten te adviseren. Hiervoor wordt een consortium van Academische Werkplaatsen opgericht onder leiding van het RIVM met de verwachting dat de GGD' en daaraan zullen bijdragen. De Academische Werkplaats Noord-Nederland wordt eind 2016 geëvalueerd. Op grond daarvan en uiteraard in het licht van bovengenoemde versterking van de adviesrol zal een voorstel over de wijze van continuering worden voorgelegd aan de Bestuurscommissie Gezondheid.

Jeugdgezondheidszorg

Voor de jeugdgezondheidszorg zijn de taken vastgelegd in het Landelijk Professioneel Kader, waarvoor uiteraard het wettelijk basispakket uitgangspunt is. Onze organisatie voldoet op dit moment niet volledig aan het landelijk kader. Daarbij zij nog vermeld dat het huidige (landelijke) kader naar verwachting binnenkort wordt herijkt. Het is wenselijk in aansluiting daarop ook het beschikbare budget voor JGZ weer tegen het licht te houden. Bovendien beschikt de JGZ structureel over weinig 'verandertijd', hetgeen het inspelen op (lokale) ontwikkelingen nagenoeg onmogelijk maakt. Een voorstel ter zake wordt in 2017 voorgelegd aan de Bestuurscommissie Gezondheid.

Aansluiten sociaal domein

Met de ontwikkelingen in het sociale domein is er behoefte aan informatie op lokaal niveau. Insteek is dan ook het leveren van betrouwbare informatie aan de gemeenten op basis van data op wijk- en dorpsniveau. In het organisatieplan van de GGD is rekening gehouden met de personele kosten die dit met zich meebrengt, echter onvoldoende met de benodigde uitvoeringsbudgetten.

Gelet op de mogelijkheden om lokaal met behulp van voornoemde informatie zwaardere problemen of escalatie van problemen te voorkomen, wordt voorgesteld met ingang van 2017 structureel rekening te houden met een uitvoeringsbudget van € 100.000,--.

Aanvullend op de ontwikkelingen genoemd in Operatie Stofkam wordt nog aandacht gevraagd voor:

Rijksvaccinatieprogramma

In juni heeft de organisatie de gemeenten geïnformeerd over het voornemen van de Minister van VWS de wettelijke verankering van het rijksvaccinatieprogramma (RVP) te wijzigen. Om de huidige praktijk zoveel mogelijk te borgen wil de Minister in de Wet publieke gezondheid opnemen dat het Rijk verantwoordelijk blijft voor de inhoud van het programma (welke vaccins worden aangeboden), de aanschaf en distributie van vaccins, de oproep en registratie van kinderen en de voorlichting. Om de koppeling met de JGZ te behouden worden de gemeenten formeel verantwoordelijk voor het feitelijk zetten van de vaccinaties. Daartoe wordt ook in de wet vastgelegd dat het RVP en de JGZ altijd door dezelfde partij uitgevoerd moeten worden. Ook wordt vastgelegd aan welke kwaliteitseisen de uitvoering dient te voldoen. Het voornemen van de Minister betekent dat aan de feitelijke uitvoering van het RVP niets verandert. Wel zal de financiering van de uitvoering veranderen. GGD Fryslân ontvangt thans op basis van het aantal vaccinaties een vergoeding van het Rijk. Na de wetwijziging (per 1 januari 2018) zal de uitvoering door de GGD ten laste komen van de deelnemende gemeenten. De gemeenten ontvangen op basis van de verdeelmaatstaf jongeren extra middelen in het gemeentefonds. Naar verwachting gaat het daarbij om een toevoeging voor Fryslân van €1,1 miljoen. Overeenkomstig het besluit in de Bestuurscommissie Gezondheid zal de toevoeging door portefeuillehouders gezondheid van de gemeenten worden geoormerkt voor de uitvoering van het RVP zodat geen zorgmiddelen voor algemene uitgaven kunnen worden aangewend. In de lijn daarmee zal de gemeentelijke bijdrage in 2018 met € 1,1 miljoen worden verhoogd.

Verhoogde instroom asielzoekers

In navolging van het betreffende bestuursakkoord is eind april van dit jaar het Uitwerkingsakkoord Verhoogde asielstroom gesloten tussen het Rijk en de VNG. Eén van de punten die in het uitwerkingsakkoord centraal staat is het inhalen van achterstanden ter vergroting van de kans tot volledige participatie en zelfredzaamheid en ter voorkoming van hoge maatschappelijke kosten in de toekomst. Hiervoor is onder andere extra inzet nodig op het gebied van gezondheid. Ter zake wordt in het uitwerkingsakkoord specifiek ingegaan op gezondheidsbevordering, JGZ en infectieziektebestrijding.

Gelet op de extra opvang stelt het rijk extra middelen beschikbaar aan de gemeenten voor 2016 en 2017. Daarbij wordt uitgegaan van een bedrag van € 4.430 per vergunninghouder. Uit de landelijke berekeningen blijkt dat ruim 8% daarvan bedoeld is voor de taken van de GGD. Een voorstel over de extra inzet van de GGD komt aan de orde in de Bestuurscommissie Gezondheid van 8 december 2016.

Omgevingswet

In de vorige kaderbrief is gewezen op de mogelijke gevolgen van de omgevingswet voor de beleidsadvisering door de GGD. De wet treedt in 2019 in werking maar vraagt nu ook al de nodige inzet van de organisatie. De mogelijkheden voor het bewaken van gezondheid in de ruimtelijke ordening zullen begin 2017 in de Bestuurscommissie Gezondheid aan de orde komen.

Arrestantenzorg

In aansluiting op de vorige kaderbrief moet vermeld worden dat er op dit moment nog steeds geen duidelijkheid is over het vervolg van deze werkzaamheden voor de politie. Het betekent dat de uitkomst nog steeds van invloed kan zijn op de begroting en de totale uitvoering van forensische geneeskunde.

Evaluatie organisatieplan GGD

In 2015 is het Organisationsplan GGD Fryslân vastgesteld. De daarin beschreven organisatiewijziging is op 1 oktober 2015 doorgevoerd. Het is de bedoeling deze organisatiewijziging conform afspraak begin 2017 te evalueren. Bespreking in de Bestuurscommissie Gezondheid is voorzien rond de zomer 2017. De evaluatie kan gevolgen hebben wat betreft realisering doelstellingen en/of financiering in de beleidsperiode 2018 – 2021.

Meerjarenbeleidsplan 2019 – 2022

In de voorliggende beleidsperiode dient zich tevens aan de opstelling van het meerjarenbeleidsplan 2019 – 2022. Op- en vaststelling is voorzien na de gemeenteraadsverkiezing in 2018. Het nieuwe plan zal daarmee van toepassing zijn op een belangrijk deel van de voorliggende beleidsperiode.

O P L E G N O T I T I E I N F O R M E R E N D

Onderwerp	Visitatierapport Veiligheidsregio Fryslân
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	W. Kleinhuis
Auteur	T. van Dijken
Bijlagen	1. 'Samen in balans' Visitatie Veiligheidsregio Fryslân 6 en 7 april 2016
Vergaderdatum	8 december 2016
Agendapunt	6
Betrokken afdeling/ medewerkers (functioneel)	Alle afdelingen vertegenwoordigd in de projectgroep. Afstemming met de Directie.
OR/GO	<input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> GO

Kennisnemen van

Het visitatierapport 'Samen in Balans' van Veiligheidsregio Fryslân van 6 en 7 april 2016

Inleiding

Op 6 en 7 april 2016 heeft bij de Veiligheidsregio de wettelijke verplichte visitatie plaatsgevonden. De visitatiecommissie bestond uit vier directeuren en een beleidsadviseur van andere veiligheidsregio's en de directeur van het INK. Er is gesproken met de bestuursleden de heer Crone, de heer Apotheker en de heer Fokkema, een vijftal ketenpartners en 35 medewerkers.

Op basis van de verkregen beeld heeft de visitatiecommissie het visitatierapport "*Samen in balans*" geschreven. Hierin beschrijft de visitatiecommissie de VRF aan de hand van de drie thema's 'Maatschappelijke opdracht', 'Samenwerking' en 'Leiderschap en verandervermogen'.

Bij de terugkoppeling op 7 april had de voorzitter van de visitatiecommissie mooie woorden voor de VRF. Zo vond de commissie de medewerkers zeer betrokken en mensen met passie en veerkracht. Ook typeerde de commissie de organisatie als klantgericht: "Jullie zijn misschien nog zoekend, maar de wil om klantgericht te werken is groot." De visitatiecommissie karakteriseerde de VRF als een zeilboot met de volle wind op de zeilen. "De organisatie ontwikkelt zich en maakt grote slagen. Dat vergt goede stuurmanskunst, en die is er ook." Een ander pareltje vond de visitatiecommissie de samenwerking met bestuur, gemeenten en ketenpartners. Daarnaast viel op dat de VRF beschikt over een groot zelfkritisch vermogen en veel methoden van onderzoek, evaluatie en reflectie. De participatiemodellen die de VRF hanteert om samen met partners tot beleidsontwikkeling te komen, kunnen volgens de commissie als voorbeeld dienen voor andere veiligheidsregio's.

De Agendacommissie Gezondheid heeft hier met tevredenheid kennis van genomen en complimenteert het personeel met deze positieve constatering.

Naast deze mooie woorden heeft de VRF ook aanbevelingen van de commissie gekregen. Deze zijn terug te lezen in het visitatierapport.

Het directieteam heeft na ontvangst van het visitatierapport de bestaande projectgroep gevraagd de aanbevelingen uit te werken. Net zoals bij de voorbereiding op de visitatie heeft de projectgroep dit interactief samen met de medewerkers opgepakt. Gezien het aantal en de verscheidenheid aan aanbevelingen is eerst aan de medewerkers gevraagd de aanbevelingen te prioriteren. Dit maakt het gesprek met de medewerkers over de aanbevelingen effectiever en waardevoller.

Omdat de zogenaamde cafésessies als voorbereiding op de visitatie een geslaagde vorm was, is ook nu gekozen de uitwerking van de aanbevelingen met cafésessies te doen. De vraag die voorlag was: Wat kunnen we doen om de aanbevelingen zo goed mogelijk op te volgen? De projectgroep heeft de ideeën van de medewerkers verzameld en gaat deze samen met het directieteam nader uitwerken om zo nog dit jaar te komen tot een plan van aanpak. Het is daarna aan het directieteam, de managementteams en de medewerkers om de komende beleidsperiode hieraan uitvoering te geven.

Kernboodschap

Kennis nemen van de (implementatie van de) aanbevelingen visitatie.

Consequenties

De visitatie heeft zowel op proces als inhoud een waardevolle bijdrage geleverd voor het verder leren en ontwikkelen. Van totale organisatie tot op teamniveau.

Communicatie

n.v.t.

Samen in balans



Visitatie Veiligheidsregio Fryslân

6 en 7 april 2016

Visitatiecommissie

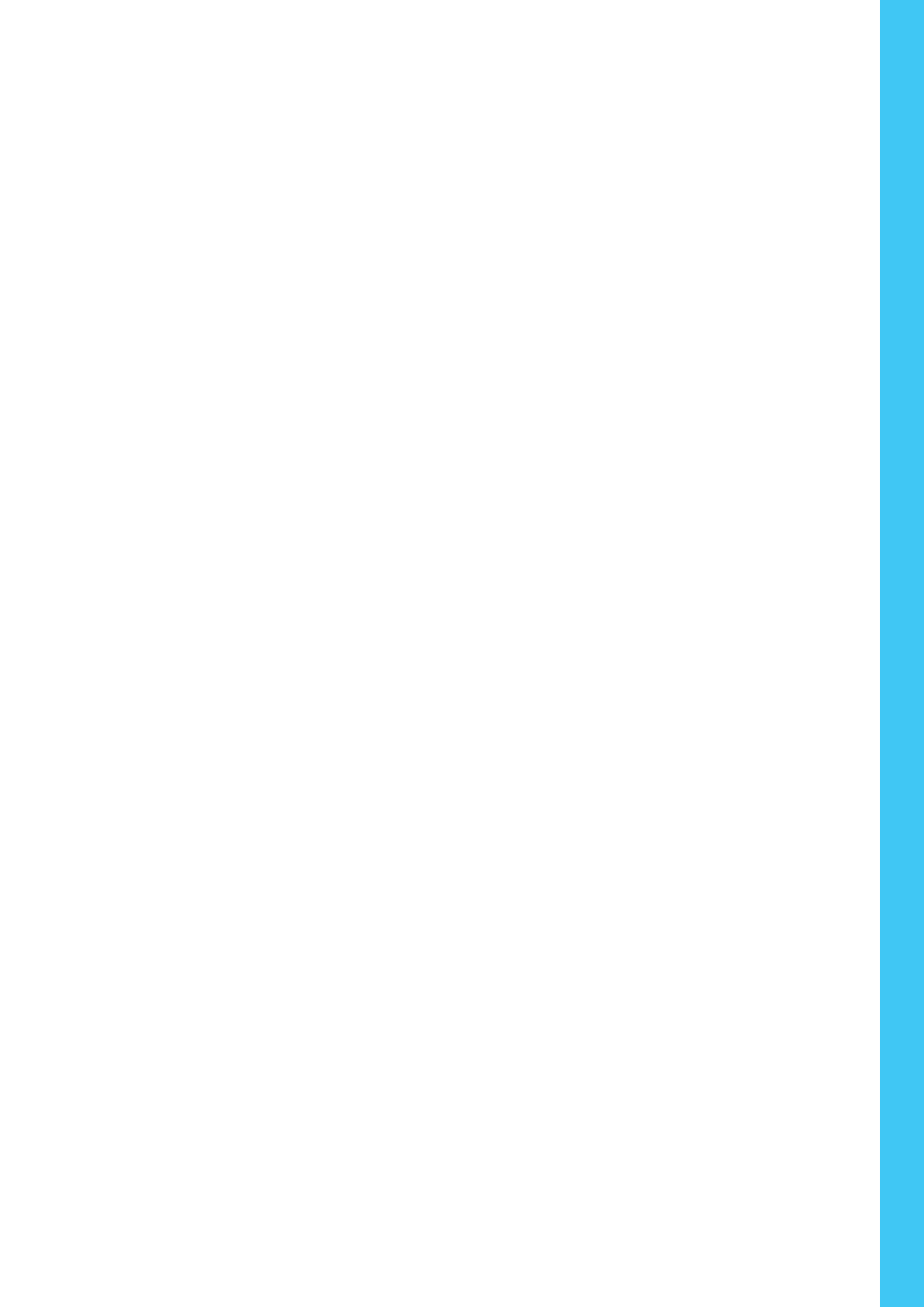
Paul Joosten, voorzitter
Jacqueline Barnasconi
Theo van Rijmenam
Ruud Stassen
Jolanda Trijselaar
Marijke van Veen

Ondersteuning

Monique van Rijen, secretaris
Coen Lubberts
Chiel Polman



Managementraad
Bevolkingszorg



Voorwoord

Met genoegen bied ik u hierbij het visitatierapport van de Veiligheidsregio Fryslân aan. De visitatiecommissie heeft het bezoek aan uw organisatie ervaren als een prettige, uitdagende en energieke klus. Daarbij kon de commissie zich goed inlezen door de uitstekende documentatie en creatief opgehaalde zelfevaluatie. De hartelijke ontvangst, het visitatie-smoelenboek, de goede verzorging en de open gesprekken gaven ons het gevoel welkom te zijn.

De veiligheidsregio heeft de commissie gevraagd om naar de volle breedte van de organisatie te kijken: crisisbeheersing, brandweer, GGD en bedrijfsvoering met een focus op de kanteling van de organisatie: de beweging naar zelforganisatie op maat. Een flinke opgave voor de commissie, waarbij we er op gelet hebben geen adviezen in detail te geven, maar observaties te doen en richtinggevende aanbevelingen te formuleren. We hebben een organisatie aangetroffen met veel trots, passie, energie en een betrokken bestuur. Het introduceren van de zelforganiserende teams en de nieuwe aanpak van verbinding met gemeenten, wijk en buurtzorg en vrijwilligers toont leiderschap met lef: een beeld van een boot die scherp aan de wind zeilt.

Het zoeken van evenwicht tussen ruimte laten en richting geven is daarbij van belang. Balans in maatwerk, zelfstandigheid, identiteit en snelheid van verandering. Ook de verhouding tussen de (toekomstige) ambities en de beschikbare middelen vraagt aandacht.

Bij de eindpresentatie hebben we aan de veiligheidsregio een beeldje uitgereikt 'Samen in balans', tevens de titel van dit rapport. Er is lef voor nodig om samen deze pose te maken. Dit kan niet iedereen. Er is een behoorlijke krachtinspanning voor nodig, van alle betrokkenen. Het evenwicht is dynamisch en nog een beetje wankel, maar het beeldje straalt een mooie energie uit.

De commissie reikt u met plezier deze aanbevelingen aan. Ik hoop dat ze de ontwikkelingen kunnen ondersteunen. De visitatiecommissie wenst de Veiligheidsregio Fryslân veel succes.

Paul Joosten, voorzitter



'Samen in balans'

Hoofdstuk 1: Inleiding

Dit rapport bevat de observaties en aanbevelingen naar aanleiding van de collegiale visitatie in Veiligheidsregio Fryslân (VRF) op 6 en 7 april 2016. VRF is de vijfde veiligheidsregio die deelneemt aan een visitatie. Door deelname aan de visitatie voldoet de veiligheidsregio aan de wettelijke verplichting die voortvloeit uit artikel 56 van de Wet veiligheidsregio's.

De visitatie is gericht op spiegelen, reflecteren en leren; niet op verantwoorden, afvinken en scoren. Het gaat om het verbeteren van de organisatie door een blik van buiten, van gelijkwaardige gesprekspartners. De visitatiecommissie komt op bezoek als een 'kritische vriend'.

Tijdens de visitatie heeft de commissie met ruim 40 mensen van binnen en buiten de organisatie gesproken. Ter voorbereiding hierop heeft de commissie documentatie bestudeerd. Het rapport is een reflectie op hetgeen de visitatiecommissie in de voorbereiding en gedurende de visitatie heeft aangetroffen.

Het functioneren van het bestuur van de veiligheidsregio valt buiten de scope van de visitatie. De relatie van de ambtelijke organisatie met het bestuur en de wijze waarop de ambtelijke organisatie met deze relatie omgaat, vallen binnen de scope van de visitatie.

Op verzoek van VRF richt de visitatie zich op alle organisatorische onderdelen van de ambtelijke organisatie: crisisbeheersing, brandweer, GGD en bedrijfsvoering. De focus ligt, op verzoek van de veiligheidsregio, op het intern functioneren van de organisatie, vanuit de gedachte dat daarin een belangrijke basis ligt voor een doeltreffende uitvoering van de taken van de veiligheidsregio.

Uit het visitatiethema 'organisatie in samenwerking' vloeit desondanks voort, dat de visitatiecommissie niet alleen zal observeren hoe VRF de samenwerking binnen haar organisatie vormgeeft, maar ook hoe VRF vanuit de eigen ambtelijke organisatie de samenwerking met partners vormgeeft.

Bij elke visitatie, in elke regio, worden de volgende thema's strategisch beschouwd:

- maatschappelijke opdracht;
- leiderschap en verandervermogen;
- organisatie in samenwerking.

VRF heeft tijdens het intakegesprek, dat op 21 maart 2016 heeft plaatsgevonden, de volgende hoofdvraag voor de visitatie geformuleerd:

"VRF is een jonge organisatie die opereert in een complexe, dynamische omgeving. Hierbij past volgens VRF een hoge mate van zelforganisatie op maat, binnen heldere kaders en met heldere resultaatafspraken. Is VRF op de goede weg wat betreft bottom up beleidsontwikkeling, resultaatsturing en zelforganisatie

op maat? Zijn de harde én zachte randvoorwaarden hiervoor voldoende ingevuld?” De visitatiecommissie heeft tijdens de interviews aan deze hoofdvraag extra aandacht besteed.

De visitatiemethode is mede tot stand gekomen met betrokkenheid van de raad directeuren veiligheidsregio, raad van brandweercommandanten, raad van directeuren publieke gezondheid en de managementraad bevolkingszorg.

Opzet rapportage

Het rapport bestaat uit drie hoofdstukken. Hoofdstuk 1 bevat deze inleiding. Hoofdstuk 2 bevat, na een beknopte kenschets van de veiligheidsregio, de observaties en aanbevelingen per visitatiethema. Het rapport eindigt met een kort en bondig overzicht van de aanbevelingen in hoofdstuk 3.

In de rapportage opgenomen feitelijke gegevens hebben veelal als bron het document ‘Kenschets en zelfevaluatie Veiligheidsregio Fryslân’ van maart 2016. Aanvullende bronnen zijn de programmabegrotingen 2016 en 2017 en de beleidsplannen van de verschillende organisatieonderdelen. Ook is geput uit overige door de veiligheidsregio, tijdens dan wel voorafgaand aan de visitatie, beschikbaar gestelde informatie.

Hoofdstuk 2: Observaties en aanbevelingen

Kenschets op hoofdlijnen van Veiligheidsregio Fryslân

Veiligheidsregio Fryslân (VRF) is qua oppervlakte de grootste veiligheidsregio in Nederland. Verspreid over 24 gemeenten wonen in de regio bijna 650.000 mensen. De verwachting is dat door herindeling het aantal gemeenten in 2019 nog 17 bedraagt.

“Wie Fryslân zegt, zegt water”, geeft het document ‘Kenschets en zelfevaluatie Veiligheidsregio Fryslân’ aan. De regio kent veel meren en kanalen. Een aanzienlijk deel van het land ligt onder de zeespiegel. Een groot deel van de Waddenzee en de Waddeneilanden Vlieland, Terschelling, Ameland en Schiermonnikoog maken deel uit van de regio. Voor incidenten op het wad is VRF de coördinerende veiligheidsregio. Industrie, veeteelt en akkerbouw spelen een rol in de regio. Vooral de steden Leeuwarden, Sneek, Heerenveen en Drachten zijn door de industrie sneller gegroeid dan andere plaatsen in Fryslân.

De gemeenten in de regio kennen een lange historie van samenwerking. In 1999 zijn Brandweer Fryslân en GGD Fryslân (inclusief GHOR) opgericht, maar ook daarvoor was al sprake van samenwerking bij brandweer en GGD.

In 2007 besloten de Friese gemeenten om Brandweer Fryslân en GGD Fryslân onder te brengen in de Hulpverleningsdienst Fryslân. Het verminderen van de bestuurlijke drukte was een argument in dit besluit.

In 2009 zijn de taken van de jeugdgezondheidszorg in de hulpverleningsdienst ondergebracht. Dit leidde tot een verdubbeling van het budget en de personeelsomvang.

In 2012 is VRF ontstaan. In 2014 zijn alle gemeentelijke brandweerkorpsen opgeheven en is de brandweer bij VRF ondergebracht. Dit leidde opnieuw tot een verdubbeling van het budget en een grote toename van het aantal personeelsleden.

Binnen VRF zijn de clusters veiligheidsbureau, bevolkingszorg en GHOR in één afdeling crisisbeheersing samengebracht om meer te kunnen doen met gelijkblijvende middelen, aldus het beleidsplan crisisbeheersing 2015 - 2018. Nu werken bij VRF ongeveer 1900 medewerkers, waarvan 1160 brandweervrijwilligers.

Thema 1: maatschappelijke opdracht

Toelichting maatschappelijke opdracht: VRF ontwikkelt zich sterk en maakt grote slagen

“Bijdragen aan een veilig en gezond Fryslân, dat is de maatschappelijke opdracht van de Veiligheidsregio Fryslân”, aldus het document ‘Kenschets en zelfevaluatie Veiligheidsregio Fryslân’. De organisatieonderdelen GGD, brandweer, crisisbeheersing en bedrijfsvoering vullen deze maatschappelijke opdracht elk op hun eigen manier in. De visitatiecommissie leest in de stukken en maakt op uit de interviews, dat de veiligheidsregio volop in beweging is, zich sterk ontwikkelt en grote slagen maakt. Hieronder worden per organisatieonderdeel de belangrijkste ambities toegelicht, zoals deze te vinden zijn in de beleidsplannen.

GGD

GGD Fryslân wil, volgens het meerjarenbeleidsplan van de GGD, aansluiten bij de opgaven waar de gemeenten de komende jaren voor staan, zoals de decentralisaties in het sociale domein. De GGD wil meer het dorp en de wijk in en haar kennis over gezondheid van de bevolking samen met partners, die op hetzelfde niveau werkzaam zijn, inzetten om aan de preventie van gezondheidsproblemen te werken. Daarnaast wil de GGD de infectieziektenbestrijding en medische milieukunde versterken, de problematiek rondom alcohol/drugs en overgewicht bovenlokaal aanpakken en vooral op lokaal niveau de participatie van ouderen bevorderen en aandacht geven aan sociaal economische gezondheidsverschillen.

Brandweer

Sinds 1 januari 2014 voert het organisatieonderdeel brandweer Fryslân alle brandweertaken uit voor heel Fryslân. Volgens het meerjarenbeleidsplan van de brandweer is de regionalisering een omvangrijk proces geweest met impact voor de medewerkers. Voor de komende jaren ligt, eveneens volgens dit beleidsplan, de focus op de koers naar een toekomstbestendige brandweertzorg, waarin harmonisatie, kwaliteitsverbetering en doorontwikkeling van het vak centraal staan.

Crisisbeheersing

Het organisatieonderdeel crisisbeheersing wil een slagvaardige organisatie zijn, passend bij het risicoprofiel en de Friese nuchterheid. Crisisbeheersing is gericht op duurzame samenwerking met crisispartners om risicobewustzijn en redzaamheid te bevorderen en hulpverlening en herstel te organiseren bij crises in de samenleving, aldus het beleidsplan crisisbeheersing.

Bedrijfsvoering

Bedrijfsvoering tot slot, faciliteert de primaire processen van de veiligheidsregio. In 2015 werd duidelijk, dat bedrijfsvoering door onderbezetting, vooral op het gebied van financiën en personeelszaken, niet volledig in control was. Het bestuur heeft daarom voor de komende periode extra geld vrijgemaakt om de bedrijfsvoering te verbeteren. Hiervoor is het programma bedrijfsvoering 3.0 ingezet met als motto ‘Samen, Slim en Simpel’ (Bron: programmabegroting 2017).

De maatschappelijke opdracht is volop in beweging; de organisatie verkent haar grenzen

De meerjarenbeleidsplannen geven de maatschappelijke opdracht van VRF kleur. Geïnterviewden, waar de visitatiecommissie mee gesproken heeft, geven aan, dat het bestuur uiteindelijk bepaalt wat de maatschappelijke opdracht van de veiligheidsregio is. De visitatiecommissie ziet het als een realiteit dat de maatschappelijke opdracht van de veiligheidsregio nog volop in beweging is en nog verder uitgekristalliseerd kan worden. De organisatie ontwikkelt zich en verkent haar mogelijkheden en grenzen, niet alleen wat taken betreft, maar ook wat het vinden van nieuwe partners betreft. Het is een zoektocht naar de juiste balans tussen enerzijds het uitvoeren van de wettelijke taken en anderzijds het verkennen van nieuwe uitdagingen en mogelijkheden waarmee een grote, extra toegevoegde waarde voor de samenleving kan worden bereikt. De STEP analyse voor het in beeld brengen van macro-omgevingsfactoren kan bij deze zoektocht behulpzaam zijn.

Een mooi voorbeeld, dat laat zien dat de grenzen van de maatschappelijke opdracht nog in beweging zijn, vormt de crisisopvang van vluchtelingen. VRF blijkt de geschikte partner om gemeenten hierbij te ondersteunen. Een ander voorbeeld dat in de interviews genoemd is, is de (voorbereiding op een) Elfstedentocht en andere evenementen. Een Elfstedentocht wordt als een GRIP 4 situatie door de veiligheidsregio aangepakt, hoewel het geen crisis betreft. Een regisserende rol bij de voorbereiding op evenementen zou verder kunnen worden opgepakt. Tijdens de interviews is ook de discussie over het al dan niet onderbrengen van het Veiligheidshuis in de veiligheidsregio naar voren gebracht.

Uit de interviews en uit de zelfevaluatie komt naar voren dat niet iedereen een eenduidig beeld heeft bij de maatschappelijke opdracht van VRF. De commissie adviseert om de wijze waarop VRF momenteel haar maatschappelijke opdracht invult, goed te communiceren en alle betrokkenen hierin mee te nemen, ook al is de maatschappelijke opdracht nog niet volledig uitgekristalliseerd. Hiermee worden de betrokkenen deelgenoot van het ontwikkelproces.

Zorgen om de gewenste kwaliteit in relatie tot de financiële middelen

De ambities die VRF heeft worden naar de indruk van de visitatiecommissie breed ondersteund. Deze ambities brengen kosten en inspanningen met zich mee. Een realistische afweging tussen ambities, kosten en inspanningen is noodzakelijk, waarschuwen enkele ketenpartners.

VRF heeft, zoals eerder aangegeven, nog stappen te zetten om financieel volledig in control te komen. De veiligheidsregio wil bijvoorbeeld meer grip krijgen op het vastgoed. Hier moet nog een stevige inhaalslag gemaakt worden, zo blijkt uit de gesprekken.

Bestuur en directie maken zich zorgen dat in de toekomst onvoldoende financiële middelen beschikbaar zullen zijn in relatie tot de gewenste, noodzakelijke kwaliteit, zoals blijkt uit onderstaande voorbeelden. Uit de interviews komt naar voren dat deze zorg door de medewerkers nog niet wordt gevoeld.

In het “Beleidsplan brandweer Fryslân 2015-2018” is de koers uitgezet naar een toekomstbestendige brandweezorg in Fryslân. Ten behoeve van de noodzakelijke

kwaliteitsverbetering van de brandweer heeft het bestuur incidenteel reeds 1,2 miljoen Euro beschikbaar gesteld, volgens de programmabegroting 2016. Voor de veiligheidsregio ligt een taak om door herallocatie van middelen binnen de begroting te zoeken naar 800.000 Euro om een structurele invulling te kunnen geven aan het beleidsplan, aldus hetzelfde document. Dit betekent een extra druk op de begroting van de veiligheidsregio.

De instroom van nieuwe brandweervrijwilligers is groter dan verwacht, waardoor het gereserveerde scholingsbudget wordt overschreden. De opleiding van deze nieuwe vrijwilligers betekent een extra kostenpost.

De verwachting bij bestuur en directie is dat de rode kolom op termijn extra geld gaat kosten om de noodzakelijke kwaliteits- en harmoniseringslagen te kunnen maken.

Een ander voorbeeld vormen de ontwikkelingen op het terrein van infectieziektenbestrijding en medische milieukunde bij gezondheidszorg. Volgens het meerjarenbeleidsplan van de GGD zit GGD Fryslân ver onder het waakvlamniveau wat capaciteit voor deze functies betreft. Bij de vaststelling van het meerjarenbeleidsplan GGD Fryslân is besloten om deze functies op 75% van het waakvlamniveau te brengen. Versterking van deze taken kan echter alleen plaatsvinden als hiervoor extra budget beschikbaar komt, aldus het meerjarenbeleidsplan. Meer financiële speelruimte om bij de uitbraak van infectieziekten goed te kunnen optreden is wenselijk, geeft ook het bestuur aan.

Een organisatieonderzoek, uitgevoerd door Berenschot in 2014, toont aan, dat de kosten per fte van VRF 17% lager liggen dan het gemiddelde in de veiligheidsregio's. Desondanks blijft het voor bestuur en directie lastig om aan de gemeenteraden uit te leggen, dat meer geld noodzakelijk kan zijn om aan de minimale kwaliteitseisen te kunnen voldoen. De gemeenten zelf staan financieel ook onder druk. De meeste gemeenten moeten elk dubbeltje omdraaien. Het bestuur is een groot voorstander van benchmarking om in de toekomst financiële wensen nader te kunnen onderbouwen, maar pas als de basis van de organisatie verder op orde is.

Het algemeen bestuur van de veiligheidsregio laat zich adviseren over de financiële en bedrijfsvoeringsaspecten in relatie tot het organisatiebeleid door een speciaal hiervoor ingestelde auditcommissie. De directeur bedrijfsvoering heeft regelmatig overleg met de financiële ambtenaren in de gemeenten. Op deze wijze wordt aan vertrouwen en draagvlak gewerkt. De commissie adviseert om scherp te zijn (en te blijven) op de financiële doorontwikkeling van de regio en daarbij met name de balans tussen ambities en (financiële) uitvoerbaarheid in de gaten te houden.

Blijven versterken van de band met de gemeenten

Een extra complicerende factor is dat gemeenten zich lang niet altijd eigenaar van de veiligheidsregio voelen, zo blijkt uit de interviews. De indruk bestaat dat de gemeenten nog erg op afstand staan van de veiligheidsregio. Soms overwegen gemeenten om taken van de GGD uit te besteden, in plaats van de eigen GGD hiervoor in te zetten. Volgens geïnterviewden is het versterken van de band met de gemeenten en het laten voelen van eigenaarschap een blijvend

aandachtspunt dat veiligheidsregiobreed dient te worden opgepakt. De algemeen directeur van VRF, tevens commandant brandweer, en de directeur publieke gezondheid gaan regelmatig langs bij de gemeenteraden om uitleg te geven. Het organiseren van bijeenkomsten met bijvoorbeeld wethouders en vrijwilligers is door geïnterviewden eveneens als instrument genoemd om de lokale betrokkenheid bij de veiligheidsregio te versterken, om de veiligheidsregio nadrukkelijker te profileren en om te laten zien welke kansen de regionale organisatie biedt. De commissie ziet de inspanningen van de veiligheidsregio, maar vraagt blijvende aandacht voor het versterken van de band met de gemeenten.

Beweging bij de GGD wordt breed gedragen; gemeenten willen resultaat zien

In een door de GGD georganiseerde conferentie hebben de wethouders - de gemeentelijke portefeuillehouders gezondheid - input voor het meerjarenbeleidsplan van de GGD geleverd. De ingezette beweging van de GGD om meer aansluiting bij de teams op wijk- en dorpsniveau te zoeken is een logische beweging die aansluit bij de ontwikkelingen die nu bij de gemeenten zichtbaar zijn, dat wordt door alle geïnterviewden onderkend.

De commissie constateert, dat er naar de indruk van de bestuurders sprake is van enig ongeduld bij de gemeenten. De beweging bij de GGD lijkt volgens de bestuurders niet in alle gemeenten snel genoeg te gaan; de aansluiting bij de wijkteams vordert niet overal voldoende. De gemeenten verwachten uiterlijk volgend jaar concreet resultaat. De commissie adviseert om hier scherp op te zijn.

Bestuur en directie, en bestuurders onderling, werken goed samen

Uit het gesprek met het bestuur komt naar voren, dat het bestuur veel vertrouwen heeft in de directie van de veiligheidsregio. De samenwerking tussen bestuur en directie wordt als goed ervaren. Het bestuur voelt zich betrokken bij VRF. Dat blijkt onder meer uit het feit dat op verschillende, 'spannende' dossiers bestuurlijke stuurgroepen zijn ingesteld. Het rembrand dossier, waar onder meer de overgang naar gebiedsgerichte opkomsttijden deel van uitmaakt, is hier een voorbeeld van.

Ook de bestuurders onderling werken, zoals ze zelf zeggen, uitstekend met elkaar samen. De inhoudelijke discussies worden in de bestuurscommissies gevoerd. De bestuurscommissie veiligheid wordt gevormd door de burgemeesters. De bestuurscommissie gezondheid bestaat uit wethouders met de portefeuille gezondheid. In het algemeen bestuur nemen de burgemeesters de formele besluiten.

Toegevoegde waarde regionale samenwerking wordt voor iedereen steeds duidelijker

De toegevoegde waarde van de regionale samenwerking wordt voor eenieder steeds duidelijker, zo is de opvatting. Als voorbeeld is de piketregeling genoemd. Als er zich in een gemeente een incident voordoet, zijn er in een mum van tijd medewerkers met piketdienst beschikbaar, ook uit andere gemeenten. Lokale beschikbare kennis en ervaring worden beter benut en ook op regionaal niveau optimaal ingezet, aldus geïnterviewden. Bij incidenten, zoals het tragische ongeval met de dugout, lijkt dit goed te hebben gewerkt, zo is aangegeven tijdens een interview.

De toekomstagenda met rembrand en het dekkingsplan 2.0 hadden de 24 afzonderlijke gemeenten nooit aangekund; met de regionale organisatie lukt dit wel, zo is uit de interviews naar voren gekomen.

Thema 2: leiderschap en verandervermogen

Mensen met passie, veerkracht, klantgerichtheid en professionaliteit

De visitatiecommissie heeft met ruim 40 mensen gesproken tijdens 13 interviews, zoals in de inleiding ook al aangegeven. Uit alle gesprekken komt een gevoel van trots, passie en energie naar voren. Mensen hebben veel ideeën, stralen uit dat ze plezier hebben in hun werk en zijn trots op de veerkracht die ze laten zien in tijden dat de organisatie volop in ontwikkeling is. Geïnterviewden geven aan open te staan voor verandering, verbetering en vernieuwing. Er zijn veel nieuwe, vaak jonge mensen bijgekomen sinds de regionalisering. Gesprekspartners zijn trots op de betekenis die de organisatie heeft voor de maatschappij en voor de klanten en ze zijn trots op de bijdrage die ze leveren aan het publieke domein.

Het bestuur ziet een organisatie van professionals, die dit naar buiten toe ook uitstralen. Deze observatie betreft niet alleen de organisatieonderdelen die herkenbaar in het organogram te vinden zijn (crisisbeheersing, brandweer, GGD en bedrijfsvoering), maar nadrukkelijk ook de gemeentelijke kolom. Hier wordt naar de mening van het bestuur veel winst behaald.

Sommige geïnterviewden geven aan dat de synergie binnen de organisatie steeds groter wordt, anderen wijzen (nog) op grote verschillen. De brandweer is trots op de nauwere samenwerking tussen beroeps en vrijwilligers sinds de regionalisering. Vrijwilligers nemen aan diverse informele gremia, zoals discussie- en klankbordgroepen deel en bouwen samen mee aan de organisatie. Het stof van de regionalisering lijkt wat te zijn neergedaald.

Betrokkenheid en stijgende tevredenheid medewerkers

In 2015 is een medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO) uitgevoerd binnen VRF. Hieruit komt overall een positief beeld naar voren. In 2015 bevelen beduidend meer medewerkers anderen aan bij de veiligheidsregio te werken dan in 2014. Tegelijkertijd laat een aantal organisatieonderdelen van de veiligheidsregio nog een negatieve score zien.

Volgens VRF heeft het managementteam brandweer, gezien de belasting van de vrijwilligers, na overleg met de vrijwilligers besloten om hen niet mee te nemen in het MTO van 2015. Zowel de vrijwilligers als het managementteam hebben de voorkeur uitgesproken om met elkaar in gesprek te gaan over de onderwerpen uit het MTO en dit frequent te blijven doen, zo verneemt de commissie bij ontvangst van de MTO rapporten. Overigens is een jaar eerder onder vrijwilligers en beroeps een klein MTO uitgevoerd.

De interviews die de commissie heeft gevoerd bevestigen het beeld dat er sprake is van een stijgende tevredenheid. Mensen willen vooruit en vinden de veiligheidsregio over het algemeen een prettige organisatie om voor te werken. Medewerkers ervaren doorgaans veel vrijheid.

De brandweer bevestigt dit laatste beeld, dat een grote mate van vrijheid ervaren

wordt, niet. Bij de brandweer zijn juist zorgen uitgesproken over minder zelfstandigheid, meer bureaucratie en meer bemoeienis met de kazernes sinds de regionalisering. Toch geven ook brandweermedewerkers tijdens de interviews aan dat ze zich langzaam, maar zeker, beter thuis voelen in de nieuwe organisatie.

De kanteling

VRF is een jonge organisatie die opereert in een complexe, dynamische omgeving, waarin het streven naar decentralisatie en meer lokale verbondenheid een steeds grotere rol spelen. Om goed op deze veranderende omgeving in te kunnen (blijven) spelen, is de directie van mening dat een kanteling van de organisatie, een culturomslag, noodzakelijk is. De klassieke, hiërarchisch ingerichte organisatie past volgens de directie niet langer bij de eisen die de omgeving stelt. De directie wil de medewerkers meer ruimte en eigen verantwoordelijkheid geven. Een hoge mate van zelforganisatie van de medewerkers en werken met heldere resultaatafspraken binnen heldere kaders zijn het streven. Het bewustzijn is er, dat deze manier van werken hoge eisen stelt aan de professionaliteit van de medewerkers en het management en dat wellicht nieuwe of aanvullende competenties in de organisatie nodig zijn. Netwerkgevoeligheid, het vermogen om de netwerken 'in te duiken', is zo'n nieuwe competentie die tijdens de interviews als voorbeeld is genoemd.

De directie realiseert zich, dat deze kanteling om maatwerk vraagt.

De brandweer heeft misschien wel heel andere behoeften dan de GGD. In de interviews is bovendien aangegeven dat 'warme situaties' (incidenten, crises) een andere stijl van leidinggeven vragen dan 'koude situaties'.

Ook de timing in de verschillende organisatieonderdelen is anders. De directie heeft er bewust voor gekozen om de prioriteit voor de kanteling bij de GGD en bij crisisbeheersing te leggen. Voor deze organisatieonderdelen is de beweging veel meer noodzaak, zo heeft de commissie teruggekregen. De GGD 'moet de boer op', naar de mensen toe, in de wijken voelen en proeven wat er echt aan de hand is om zo de aansluiting bij de gemeenten en de wijkteams niet te missen.

Hoewel gecommuniceerd wordt - onder meer in de besturingsfilosofie - dat de organisatie als geheel gaat kantelen, heeft de directie besloten om het verandertraject bij de brandweer bewust te temporiseren en meer tijd te gunnen. De brandweer heeft de regionalisering net achter de rug en wil de komende jaren een kwaliteitsslag maken. De focus ligt op harmonisatie en doorontwikkeling van het vak, zoals ook uit de beleidsplannen blijkt.

Bovendien speelt bij de brandweer het bijzondere fenomeen, dat medewerkers sinds de regionalisering juist minder vrijheid en minder zelfstandigheid ervaren. Dit wordt gevoeld als tegenstrijdig aan de beweging naar zelforganisatie. De beweging naar zelforganisatie leeft dan ook nog niet echt bij de brandweer, zo blijkt uit de gesprekken.

Tijdens één van de interviews is de generatieproblematiek als een relevant thema voor de brandweer naar voren gebracht. De aanwas van nieuwe, jonge vrijwilligers stelt mogelijk weer nieuwe eisen aan de organisatie en aan de

stijl van leidinggeven. Een vraag aan de directie zou nog kunnen zijn in hoeverre deze generatie-problematiek wordt meegewogen bij de besluitvorming rondom de kanteling bij de brandweer.

Voor het organisatieonderdeel bedrijfsvoering, dat de primaire processen ondersteunt, staat vooral de vraag centraal: hoe sluiten we als bedrijfsvoering optimaal aan bij deze variëteiten in ontwikkeling? De afdeling is zich er van bewust, dat de kanteling ook veel van het domein personeel en organisatie vraagt. De beweging staat nog in de kinderschoenen en is nog niet in beton gegoten, zo stelt de directie. De organisatie wil werkende weg leren, ervaringen op doen en flexibel en incrementeel meebewegen. De directie lijkt zich terdege te realiseren, dat een cultuurverandering als deze veel tijd kost.

Een parel vormt het leiderschap met lef dat de directie van de veiligheidsregio volop laat zien.

Leiderschap met lef: directie durft los te laten. Van control naar vertrouwen

De visitatiecommissie is van mening dat sprake is van leiderschap met lef. De directie durft los te laten en laat de organisatie groeien van een situatie waarin control de boventoon voert, naar een situatie waarin vooral vertrouwen voorop staat. De aanpak van de kanteling binnen de GGD onderstreept dit.

Binnen de GGD wordt het werk in de districten en in de afdeling centrale diensten en ondersteuning, uitgevoerd in teams. Uit de gesprekken komt naar voren, dat er een hoge mate van vrijheid wordt gegund bij het samenstellen van de teams. Sommige teams bestaan uit allemaal specialisten op hetzelfde vakgebied, andere teams bestaan uit een mix van mensen, weer andere teams hebben voor elkaar gekozen omdat ze allemaal op dezelfde locatie werkzaam zijn. Kortom: de mogelijkheden zijn legio. Naar de mening van de commissie is het gunnen van deze mate van vrijheid bijzonder. Dat dit soms gepaard gaat met verrassingen, lijkt de directie op de koop toe te nemen. De directie ziet dit niet als een onoverkomelijk bezwaar.

Zelforganisatie: grote verschillen in beleving

De commissie constateert dat (medewerkers in de) teams binnen de GGD de beweging naar zelforganisatie heel verschillend ervaren.

Uit de gesprekken blijkt, dat er teams zijn waar de energie vanaf spat. Deze teams gaan volle kracht vooruit en vinden het niet erg om zo nu en dan tegen problemen aan te lopen. Ze communiceren met andere teams om ervaringen en ideeën te delen en van elkaar te leren.

Er zijn echter ook (medewerkers in) teams, die aangeven dat het te snel gaat. Deze (medewerkers in) teams raken de weg kwijt, dreigen te verdrinken en gaan achterover leunen.

De commissie ervaart dat de directie zich ervan bewust is dat beide groepen in de ring staan. De commissie wil echter meegeven, dat de mate waarin het laatste geluid gehoord is, groot is: voor veel medewerkers lijken de veranderingen te snel te gaan.

Tegelijkertijd is naar voren gekomen, dat er over het algemeen groot draagvlak lijkt te zijn voor de kanteling. De noodzaak tot verandering wordt gevoeld, al is er erkenning van grote tijd-tempo verschillen. Er lijkt ook begrip te zijn voor het feit dat de weg die gevolgd moet worden zo nu en dan nog onduidelijk is. Medewerkers geven aan dat ze meer kansen zien om de markt op te gaan, om hun klanten te

bezoeken en hun werk te behouden, door de ruimte die ze krijgen. Bovendien biedt zelforganisatie hen de ruimte om meer maatwerk te leveren. Door de verandering ontstaan er nieuwe kansen.

Bij crisisbeheersing wordt het woord 'zelforganisatie' als zodanig niet door iedereen herkend. Wel heeft de visitatiecommissie tijdens de gesprekken mogen vernemen, dat medewerkers binnen crisisbeheersing initiatief nemen en steeds meer ruimte zien om dingen te mogen doen en een grote mate van zelfstandigheid ervaren. De beweging naar zelforganisatie wordt beschouwd als een natuurlijke beweging, niet als een project. Crisisbeheersing ziet zichzelf als één zelforganiserend team; de schotten tussen de oude afdelingen veiligheidsbureau, bevolkingszorg en GHOR zijn weggevallen, aldus de geïnterviewden.

Bedrijfsvoering ziet de beweging naar zelforganisatie voor de eigen afdeling vooral nog als een experiment. Als voorbeeld is het cluster communicatie genoemd. Dit valt nu rechtstreeks onder het hoofd facilitaire services en heeft geen eigen leidinggevende meer. Men is vooral benieuwd hoe dit gaat werken.

Zoals eerder al geschetst lijkt de beweging naar zelforganisatie bij de brandweer nog niet door iedereen te worden herkend. Het proces is hier getemporiseerd.

Behoeftte aan kaders, leidraden, ondersteuning bij zelforganisatie

De directie van VRF heeft er bewust voor gekozen om, als het gaat om zelforganisatie, op weg te gaan en lerende wijs te ervaren en mee te bewegen. De commissie onderschrijft deze aanpak op basis van wat zij gehoord en gelezen heeft. Wel wil de commissie benadrukken, dat veel mensen gedurende de interviews hebben aangegeven, dat ze tijdens het loslaten behoefte hebben aan meer leidraden, kaders en ondersteuning. Medewerkers lijken behoefte te hebben aan een weg met vangrails en hier en daar een vluchtheuvel.

Bij sommigen leeft het gevoel dat de kaders in het verleden helderder waren. Er zijn mensen die zich in het diepe gegooid voelen, zonder dat ze hebben leren zwemmen en/of zonder dat ze de tijd hebben gekregen om te leren zwemmen. Anderen zijn juist weer van mening dat het prima is om in het diepe gegooid te worden.

De geluiden zijn divers, maar de roep om hulp wordt het hardst gehoord. De commissie beveelt daarom aan om goed met de medewerkers in gesprek te blijven en door te vragen wat ze nodig hebben aan kaders, leidraden, begeleiding en ondersteuning om goed en veilig de overkant te bereiken. Er lijkt behoefte te zijn aan differentiatie en maatwerk in begeleiding: sommigen vinden dat het prima gaat, anderen schreeuwen om hulp en hebben een bypass nodig om niet vast te lopen.

GGD: teamcoaches

Het organisatieplan van de GGD Fryslân geeft aan, dat alle teams een teamcoach hebben. De teamcoach vervult een vaste rol in het coachend leidinggeven aan de teams. In de cultuurverandering die de GGD doormaakt, heeft de teamcoach een belangrijke taak als aanjager, aldus het organisatieplan.

Uit de gesprekken blijkt, dat de teamcoaches vanaf 1 januari 2016 aan de slag zijn.

Ze hebben een selectieproces doorlopen en een opleiding gevolgd. Over de snelheid waarmee de organisatie zou moeten veranderen, verschillen de meningen, zo blijkt uit de interviews. De vraag rijst in hoeverre de snelheid waarmee de directie en een deel van de collega's de veranderingen wil aanvliegen, aansluit bij de geleidelijkheid die de teamcoaches voor ogen lijken te hebben. Het organisatieplan van de GGD Fryslân beschrijft de (doorontwikkeling van de) rol van teamcoach. Desondanks zijn sommige geïnterviewden van mening dat de rol van de teamcoach nog onduidelijk is. Ze zitten er echter positief afwachting in. Het verdient aanbeveling voor de organisatie om naar beide punten goed te kijken.

GGD: moeite om naast het reguliere werk aandacht aan veranderproces te geven

Veranderen kost tijd en energie. Sinds 1 oktober 2015 is de GGD gereorganiseerd en zijn binnen dit organisatieonderdeel teams actief op centraal niveau en op districtsniveau. Er klinken geluiden dat medewerkers naast het reguliere werk te weinig tijd hebben om naar leersessies en uitwisselsessies te gaan die bedoeld zijn om hen te betrekken bij de organisatieverandering. Daarnaast zouden medewerkers graag meer tijd vrij willen maken voor klanten. Uit de gesprekken die de commissie gevoerd heeft, komt naar voren dat de directie dit knelpunt erkent en probeert er wat aan te doen.

Ondersteunende diensten aan de voorkant meenemen in het veranderingsproces

De commissie constateert dat er over het algemeen positief gesproken wordt over de ondersteunende diensten binnen de veiligheidsregio. Dit beeld betreft zowel de afdeling centrale diensten en ondersteuning binnen de GGD, als het organisatieonderdeel bedrijfsvoering, dat alle primaire processen ondersteunt. De indruk bestaat, zo vertellen de interviews, dat bij personeel en organisatie sprake is van een capaciteitstekort, waardoor deze afdeling minder ruimte heeft om het veld in te gaan dan sommige afnemers graag zouden willen.

De beweging naar zelforganisatie heeft een groot effect op de ondersteunende diensten, zo verneemt de commissie. De observatie van de commissie betreft in elk geval het organisatieonderdeel bedrijfsvoering. Bedrijfsvoering onderstreept dat de beweging in essentie goed is. Tegelijkertijd geeft bedrijfsvoering ook aan dat men de handen vol heeft om de gevolgen van de kanteling bij te houden. Het gevoel bestaat dat er (te) weinig kaders zijn waarbinnen medewerkers mogen handelen. Als voorbeeld is het onderwerp inkoop genoemd: de ene medewerker of afdeling koopt in via bedrijfsvoering, de ander koopt zelf in bij een leverancier naar keuze.

Daarnaast heeft de commissie het signaal opgevangen dat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden niet altijd even duidelijk zijn, wat door de geïnterviewden soms als risicovol wordt beschouwd, bijvoorbeeld de verantwoordelijkheden en bevoegdheden rondom functioneringsgesprekken. Vanuit dit perspectief pleit een aantal geïnterviewden ervoor om de kanteling geleidelijker en beter begeleid te laten verlopen.

De commissie kan zich voorstellen dat de mate van variëteit in teams vraagstukken doet ontstaan met betrekking tot bijvoorbeeld budgetverdeling, het niveau

waarop (interne) klant-leveranciersrelaties worden aangegaan, maar ook de wijze waarop output en outcome worden geëvalueerd. Dit zijn vraagstukken waar ondersteunende diensten mee te maken hebben. Voor het gevoel van de medewerkers had bedrijfsvoering eerder betrokken kunnen worden bij de kanteling, zo blijkt uit de gesprekken. De aanbeveling van de commissie luidt om de ondersteunende diensten zo veel mogelijk aan de voorkant mee te nemen in deze grote beweging die in de organisatie plaatsvindt, om zo knelpunten aan de achterkant te voorkomen.

Bedrijfsvoering is zich ervan bewust dat de relatie tussen de primaire processen en bedrijfsvoering nog verder kan verbeteren. Het aanbod van bedrijfsvoering sluit nog niet in alle gevallen naadloos aan bij de wensen van de afnemers, is de indruk van de visitatiecommissie op basis van de interviews. Zo heeft bedrijfsvoering een producten- en dienstencatalogus ontwikkeld¹, maar de vraag is gesteld of deze optimaal aansluit bij de behoeften van de afnemers. Uit de interviews blijkt, dat bedrijfsvoering nadrukkelijk stappen zet om deze relatie nog verder te optimaliseren. Bedrijfsvoering lijkt hierin resultaat te boeken, bijvoorbeeld door de inrichting van een front en back office en door medewerkers van de afdeling bedrijfsvoering regelmatig fysiek in brandweerkazernes te laten werken, waardoor meer klant nabijheid ontstaat.

Brandweer: gevoel van planbelasting (vrijwilligers en beroeps)

Er is bij de brandweer de afgelopen periode veel veranderd en ook de komende jaren zal de organisatie zeker niet stil staan, gezien de ambities in het beleidsplan. De commissie heeft waardering voor het feit dat de veiligheidsregio de brandweermensen, beroeps en vrijwilligers, betreft bij het maken van plannen in klankbord- en ontwikkelgroepen en hun mening polst. Maar uit de interviews klinkt het geluid dat verzaadiging begint op te treden en dat de veranderingen niet meer geabsorbeerd kunnen worden. Het signaal is afgegeven dat er vermoeidheid begint op te treden. De gesprekspartners hebben het gevoel dat de directie dit signaal serieus neemt.

Brandweer: prioritering nodig

Een aantal geïnterviewden geeft aan de beweging naar een toekomstbestendige brandweertzorg belangrijk te vinden. Ze hebben een groot gevoel van urgentie bij wat ze noemen 'de tweede fase', waarin integraler werken, harmoniseren, uniformeren, focus aanbrengen, lef tonen en elkaar op gedrag aanspreken volgens hen centraal staan.

De commissie signaleert op basis van de gesprekken, dat er, met deze ontwikkelingen voor de boeg en in een situatie waarin er sprake lijkt te zijn van planbelasting, behoefte is aan extra houvast, sturing en het maken van keuzes. Geïnterviewden geven aan meer focus en duidelijkheid te wensen. Ze moedigen het management aan om vaker 'nee' te zeggen tegen ambities en heldere prioriteiten te stellen. Men geeft aan dat binnen de brandweer speerpunten zijn benoemd, maar daar lijken nog niet alle betrokkenen warm voor te lopen. Dit vormt een aandachtspunt voor de leiding.

¹ Navraag leert dat het hier waarschijnlijk gaat om een digitale, facilitaire producten- en dienstencatalogus.

Brandweer: belasting van key players is een aandachtspunt

De belasting van beroeps en vrijwillig brandweerpersoneel vormt, zoals hierboven reeds geschetst, een aandachtspunt. De belasting van key players verdient naar de mening van de commissie extra aandacht. Uit de gesprekken komt naar voren dat met name van de clusterhoofden, die balanceren tussen het brandweerpersoneel (beroeps en vrijwillig) en de leiding, veel verwacht wordt. De commissie beveelt dringend aan om prioriteiten te stellen en keuzes te maken, om verdere belasting te voorkomen of te doen afnemen.

Brandweer: interne communicatie: boodschap en contact, benaderbaarheid

Vanuit de brandweer heeft de commissie het signaal gekregen, dat er goede communicatiemiddelen beschikbaar zijn, maar dat er behoefte is aan meer en betere communicatie op het juiste moment, vooral via persoonlijk contact en door beter benaderbaar te zijn. Het geluid klinkt dat met name de lijncommunicatie verbeterd zou mogen worden. Brandweerm medewerkers voelen zich soms niet of onvoldoende op de hoogte gebracht van veranderingen die aanstaande zijn en worden daardoor in hun beleving met onverwachtse situaties geconfronteerd. De matrixorganisatie, met hiërarchische en thematische lijnen, vormt naar hun mening hierin een extra complicerende factor. Er lijkt behoefte te zijn aan duidelijker sturing en meer concrete opdrachten. Naar de mening van de commissie verdient het aanbeveling om dit nader te onderzoeken.

Informele inspraak brandweer(vrijwilligers) zorgvuldig vormgegeven

De commissie heeft uit de interviews en de documentatie de indruk gekregen dat de brandweervrijwilligers zich betrokken voelen bij VRF. De vrijwilligers worden, zoals eerder betoogd, actief uitgenodigd om deel te nemen aan klankbord- en ontwikkelgroepen en geven gehoor aan deze uitnodigingen. De informele inspraak van brandweervrijwilligers en van de brandweer in het algemeen bij beleidsontwikkeling en planvorming is zorgvuldig vormgegeven, in de ogen van de commissie.

Brandweervrijwilligers voelen weinig binding met de ondernemingsraad

Voor de formele inspraak is binnen de veiligheidsregio een ondernemingsraad actief, bestaande uit in totaal negen leden. Er zijn geen onderdeelcommissies, hoewel dit wel is overwogen. Uit de interviews komt naar voren, dat de brandweervrijwilligers weinig binding voelen met de ondernemingsraad. In het licht van de grote ontwikkelingen en veranderingen waar VRF mee te maken heeft, zou de veiligheidsregio zich de vraag kunnen stellen of de formele band met de medewerkers, en dan in het bijzonder met de brandweervrijwilligers, niet te dun is. De commissie beveelt de veiligheidsregio aan om met de vrijwilligers in gesprek te gaan om na te gaan of ze voldoende formele inspraak ervaren.

De visitatiecommissie heeft de juridische aspecten van de formele inspraak niet onderzocht.

Groot zelfkritisch vermogen

Tijdens alle gesprekken is gebleken dat de organisatie over een groot zelfkritisch vermogen beschikt. Alle betrokkenen staan open voor continue verbetering en lijken de behoefte te voelen om telkens het beste uit zichzelf en uit elkaar te halen.

In het oog springt het initiatief van de secretaresses van de brandweer. Zij willen vooruit. Ze nemen zelf het initiatief om elkaar op te zoeken en van elkaar te leren. Vervolgens gaan ze naar de clusterhoofden om te vertellen hoe het volgens hen anders en beter kan.

Ook in methodische zin staan evalueren en leren centraal. Dat blijkt uit het grote aantal onderzoeken, evaluaties en reflecties dat reeds is uitgevoerd of nog gepland staat. Te denken valt, niet limitatief, aan de diverse cafésessies, klant- en medewerkertevredenheidsonderzoeken, de evaluatie van de governance en het HKZ onderzoek. Gepland staan nog de evaluatie van de vierdeling van de veiligheidsregio (in districten) en de evaluatie van de regionalisering na twee jaar. Gesprekspartners geven aan benieuwd te zijn naar de uitkomsten.

Parel: VRF beschikt over een groot zelfkritisch vermogen en hanteert veel methoden van onderzoek, evaluatie en reflectie.

Thema 3: organisatie in samenwerking

De Friese schaal en 'op z'n elfendertigst'

In VRF gebeurt alles 'op Friese schaal'. Dat betekent dat professionele organisaties in Friesland over het algemeen hetzelfde geografische gebied beslaan. Dit vergemakkelijkt de samenwerking, te meer omdat sommige geïnterviewden van mening zijn dat de schaalgrootte van de veiligheidsregio exact goed is: klein genoeg om elkaar goed te kennen en groot genoeg om voldoende kwaliteit in huis te hebben.

Het gevoel bestaat, zo blijkt uit de interviews, dat er sprake is van een hoog 'samengehalte'. Geïnterviewden zijn van mening dat de gemeenten binnen de veiligheidsregio allen een gelijke stem hebben. Samenwerking gebeurt in de veiligheidsregio 'op z'n elfendertigst', dat wil zeggen dat de elf steden en 30 grietenijen de handen ineen slaan en samen de besluiten nemen.

Externe samenwerking: omgevingsgerichtheid

Volgens de ketenpartners (gemeenten, waterschap, regionale ambulancevoorziening, meldkamer en politie) is de veiligheidsregio in samenwerking gegroeid, er zijn grote slagen gemaakt, men weet elkaar te vinden. De factor mens is hierin naar de mening van de partners allesbepalend. Partners raden dan ook aan om in mensen te blijven investeren en ervoor zorg te dragen dat de contacten goed blijven. De veiligheidsregio stelt zich volgens diezelfde partners in de samenwerking proactief op en biedt passende oplossingen, ook als daar nog niet om gevraagd is.

In de gesprekken heeft de visitatiecommissie het geluid gehoord dat VRF sterk omgevingsgericht is ingesteld. Zonder andere onderdelen uit te sluiten, zijn de directie van de veiligheidsregio, die nadrukkelijk een impuls aan de omgevingsgerichtheid heeft gegeven, en het onderdeel crisisbeheersing als aansprekende voorbeelden genoemd.

Ook de samenwerking met de afdeling crisisbeheersing (taken GHOR) bestempelen de partners als goed. De partners ervaren het als positief, dat de GHOR taken functioneel onder de witte kolom vallen. Het feit dat de GHOR niet als een apart onderdeel in de organisatie is gepositioneerd, maar deel uitmaakt van

de afdeling crisisbeheersing, wordt niet als bezwaarlijk gezien. De afdeling doet volgens de partners de goede dingen.

Het waterschap zou de rol met betrekking tot vakbekwaamheid graag versterkt willen zien.

Defensie kent een fulltime liaison voor de veiligheidsregio. Vanuit crisisbeheersing klinken geluiden dat eenzelfde constructie ook ten aanzien van andere partners wenselijk zou zijn, maar tegelijkertijd heeft men er begrip voor als dit uit capaciteitsoogpunt voor partners niet haalbaar is.

Een parel vormt 'De Bloem', een set normen en waarden voor het samenwerken met de klant, de burger.

Externe samenwerking: klantgerichtheid

VRF kent een grote focus op klantgerichtheid. Een voorbeeld vormt 'De Bloem', een set normen en waarden voor het samenwerken met de klant, de burger. De Bloem maakt onderdeel uit van het verandertraject 'Klantgericht werken'. De Bloem komt terug in inspiratiesessies en workshops, die de medewerkers vooral waarderen omdat ze mensen met elkaar in contact brengen. De sessies hebben een belangrijke netwerkfunctie. Bij de ingang van VRF hangt op een prominente plek een poster van De Bloem die door ambassadeurs van dit verandertraject is gesignd. De Bloem is in meerdere gedaanten terug te vinden, ook in de vorm van een sleutelbos. Wezenlijk hierbij is, dat de set normen en waarden vertaald is naar concreet gewenst gedrag, waardoor noties als 'zelforganisatie' niet in abstractie blijven hangen en medewerkers een duidelijk handvat hebben.

Afstemming tussen veiligheidsregio's onderling

De ketenpartners van VRF geven aan, dat zij een betere onderlinge afstemming tussen veiligheidsregio's wenselijk vinden. Evaluaties van grote incidenten bijvoorbeeld worden in de verschillende veiligheidsregio's op verschillende manieren uitgevoerd. De commissie beveelt aan om hier aandacht aan te besteden.

Een parel zijn de participatiemodellen die de veiligheidsregio hanteert om samen met partners tot beleidsontwikkeling te komen.

Participatiemodellen voor beleidsontwikkeling

De veiligheidsregio hanteert participatiemodellen om samen met partners tot beleidsontwikkeling te komen. Deze zouden naar de mening van de commissie als voorbeeld kunnen dienen voor andere veiligheidsregio's. Partners krijgen naar eigen zeggen ruim de gelegenheid om mee te denken over programmabegrotingen en meerjarenbeleidsplannen. De mate van betrokkenheid van partners is groot. De afstemming loopt goed, er is sprake van korte lijnen en een hoge mate van transparantie. Mensen kennen elkaar veelal persoonlijk. Daar zit volgens partners de grootste kracht, zoals eerder ook al aangegeven.

Zoals onder het thema "leiderschap en verandervermogen" ook al aangestipt, betreft de veiligheidsregio ook de eigen medewerkers volop bij beleidsontwikkeling. De wijze waarop de zelfevaluatie tot stand is gekomen is hier een mooi voorbeeld van. Tijdens een aantal cafésessies is de beleving van de medewerkers opgehaald en is men hierover met elkaar in gesprek gegaan. Hetzelfde is gebeurd tijdens oefenavonden van vrijwilligers. In de interviews is dit beeld bevestigd. De veiligheidsregio vindt blijvende en constante betrokkenheid van medewerkers belangrijk, zo blijkt uit de gesprekken. De voorbereiding op de visitatie heeft de organisatie al heel veel opgeleverd, menen de geïnterviewden. Alleen hierdoor al vindt de directie de visitatie een succes.

Interne samenwerking: niet forceren, wel leren

Medewerkers voelen zich over het algemeen sterk verbonden met hun eigen kolom vanuit hun vakmanschap. In hun werkende leven ontlenen zij hun identiteit veelal mede aan hun vak. De visitatiecommissie sluit zich dan ook aan bij de bestuurlijke constatering dat niet geforceerd gezocht moet worden naar synergievoordelen tussen gezondheid en veiligheid.² Samenwerken en van elkaar leren gebeurt naar de mening van de commissie bij voorkeur op een natuurlijke, ongedwongen wijze. Zoals het bestuur ook onderstreept hoeft dit uitgangspunt het bereiken van meer synergie op het gebied van bijvoorbeeld bedrijfsvoering geenszins in de weg te staan. Incidenteel is tijdens een interview benoemd, dat de harmonisatie van faciliteiten die door bedrijfsvoering geleverd worden, voor de organisatie een voordeel is.

De brandweer zal zich, aldus de geïnterviewden, op termijn mogelijk doorontwikkelen naar een burgerhulpverleningsdienst, die steeds minder enkel gefocust is op de traditionele brandweertaak, en steeds meer een belangrijke rol speelt in het samen met partners werken aan het voorkómen van branden. Vanuit deze gedachte zal een steeds groter beroep worden gedaan op de netwerkfunctie en zelforganisatie van de brandweer, net zoals dat nu al bij crisisbeheersing en de GGD het geval is. De kolommen zullen dan, vanuit een natuurlijke behoefte om van elkaar te leren, meer geneigd zijn om naar elkaar toe te trekken, zo is de verwachting van de geïnterviewden. De commissie onderschrijft dit en verwacht dat hierdoor ook meer begrip voor elkaar en voor de complexiteit waar elke individuele kolom mee te maken heeft zal ontstaan. Naar de indruk van de commissie kunnen hierin nog stappen gezet worden.

Sommige geïnterviewden zijn van mening dat op dit moment de invloed van de kolommen binnen de organisatie gelijkwaardig is, anderen delen deze mening niet.

Het merkenbeleid is op het niveau van de directie belegd. Brandweer en GGD worden als twee aparte merken gepositioneerd. Naast de website van VRF, beschikken beide organisatieonderdelen over een aparte website. Geïnterviewden hebben het gevoel dat de sterke merken overeind zullen blijven en dat in de loop der tijd steeds meer synergie tussen de organisatieonderdelen zal ontstaan.

2 Bron: Kenschets en zelfevaluatie Veiligheidsregio Fryslân.

Tot slot

Naar de mening van de commissie is VRF op de goede weg, als het gaat om bottom up beleidsontwikkeling en zelforganisatie op maat.

De commissie beveelt VRF aan om op de ingeslagen weg verder te gaan, maar om signalen, dat het 'te snel' gaat en 'te veel' wordt uitermate serieus te nemen. Door goed te luisteren, door medewerkers te stimuleren om hulpvragen te stellen en door hier goed op in te spelen door het bieden van ondersteuning en bypasses, neemt de kans op een succesvolle kanteling, naar de mening van de commissie, sterk toe.

Zoals de inleiding van dit document aangeeft, heeft VRF de commissie ook gevraagd om te kijken naar resultaatsturing. In het proces van totstandkoming van de begroting 2017 heeft VRF een poging gewaagd om output en outcome te definiëren. Het sturen op output en outcome staat nog in de kinderschoenen. Uit meerdere gesprekken is naar voren gekomen dat dit onderwerp nog niet leeft binnen de organisatie. De commissie kan zich hier nog onvoldoende een beeld van vormen om hier uitspraken over te doen.

Hoofdstuk 3: Overzicht aanbevelingen

De richtinggevende aanbevelingen van de commissie worden in dit hoofdstuk kort en bondig op een rij gezet. Uiteraard behoort het tot de mogelijkheden om met een specialist van de commissie over deze aanbevelingen verder door te spreken en concrete oplossingen te verkennen.

Naar de mening van de commissie verdient het aanbeveling om:

- Aandacht te blijven besteden aan het verder uitkristalliseren van de maatschappelijke opdracht van de veiligheidsregio. De visitatiecommissie ziet het als een realiteit dat de maatschappelijke opdracht van de veiligheidsregio nog volop in beweging is. De organisatie ontwikkelt zich en verkent haar mogelijkheden en grenzen, niet alleen wat taken betreft, maar ook wat het vinden van nieuwe partners betreft. Het is een zoektocht naar de juiste balans tussen enerzijds het uitvoeren van de wettelijke taken en anderzijds het verkennen van nieuwe uitdagingen en mogelijkheden waarmee een grote, extra toegevoegde waarde voor de samenleving kan worden bereikt. De macro-omgevingsanalyse (STEP) kan bij deze zoektocht behulpzaam zijn;
- De wijze waarop VRF momenteel haar maatschappelijke opdracht invult, goed te communiceren en alle betrokkenen hierin mee te nemen, ook al is de maatschappelijke opdracht nog volop in beweging. Hiermee worden de betrokkenen deelgenoot van het ontwikkelproces. Uit de interviews en uit de zelfevaluatie komt naar voren dat niet iedereen een eenduidig beeld heeft bij de maatschappelijke opdracht van VRF;
- Scherp te zijn (en te blijven) op de financiële doorontwikkeling van de regio en daarbij met name de balans tussen ambities en (financiële) uitvoerbaarheid in de gaten te houden;
- Blijvende aandacht te besteden aan het versterken van de band met de gemeenten. Uit de interviews blijkt dat gemeenten zich lang niet altijd eigenaar voelen van de veiligheidsregio. De indruk bestaat dat de gemeenten nog erg op afstand staan;
- Scherp te zijn op de verwachtingen van de gemeenten ten aanzien van de snelheid van de beweging bij de GGD om meer aansluiting bij teams op wijk- en dorpsniveau te zoeken. De commissie constateert dat er naar de indruk van de bestuurders sprake is van enig ongeduld bij de gemeenten. De beweging bij de GGD lijkt volgens de bestuurders niet in alle gemeenten snel genoeg te gaan. De gemeenten verwachten uiterlijk volgend jaar concreet resultaat;
- Goed met de medewerkers in gesprek te blijven en door te vragen wat ze nodig hebben aan kaders, leidraden, begeleiding en ondersteuning om de stappen naar zelforganisatie te kunnen zetten en goed en veilig de overkant te bereiken. Er lijkt behoefte te zijn aan differentiatie en maatwerk in begeleiding: sommigen vinden dat het prima gaat, anderen schreeuwen om hulp. De

- geluiden zijn divers, maar de roep om hulp wordt het hardst gehoord;
- Goed in de gaten te houden of de snelheid waarmee de directie en een deel van de collega's de veranderingen willen aanvliegen, aansluit bij de geleidelijkheid die de teamcoaches voor ogen lijken te hebben. Over de snelheid waarmee de organisatie zou moeten veranderen, verschillen de meningen;
 - Goed te kijken of de rol van de teamcoaches als voldoende duidelijk ervaren wordt door alle betrokkenen;
 - De ondersteunende diensten zo veel mogelijk aan de voorkant mee te nemen in de grote beweging die in de organisatie plaatsvindt, om zo knelpunten aan de achterkant te voorkomen. De beweging naar zelforganisatie heeft een groot effect op de ondersteunende diensten, zo verneemt de commissie;
 - Op de ingeslagen weg verder te gaan en de kanteling door te zetten, maar om signalen, dat het 'te snel' gaat en 'te veel' wordt uitermate serieus te nemen. Door goed te luisteren, door medewerkers te stimuleren om hulpvragen te stellen en door hier goed op in te spelen door het bieden van ondersteuning en bypasses, neemt de kans op een succesvolle kanteling, naar de mening van de commissie, sterk toe;
 - Binnen de brandweer prioriteiten te stellen en keuzes te maken, om verdere belasting van beroeps en vrijwillig brandweerpersoneel te voorkomen of te doen afnemen. De belasting van key players, zoals de clusterhoofden, verdient naar de mening van de commissie extra aandacht;
 - Binnen de brandweer nader te onderzoeken of de interne communicatie verder verbeterd zou kunnen worden, vooral door het persoonlijk contact te versterken en beter benaderbaar te zijn. Het geluid klinkt dat met name de lijncommunicatie verbeterd zou mogen worden;
 - Met de brandweervrijwilligers in gesprek te gaan of ze voldoende formele inspraak ervaren. De informele inspraak van de vrijwilligers en de brandweer in het algemeen is in de ogen van de commissie zorgvuldig vormgegeven;
 - Onderzoeken of betere onderlinge afstemming tussen veiligheidsregio's mogelijk en wenselijk is. Dit is een wens van ketenpartners.





O P L E G N O T I T I E I N F O R M E R E N D

Onderwerp	Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	D. Fokkema
Auteur	M. de Graaf
Bijlagen	1. Kamerbrief van 30 juni over het stimuleringsprogramma; 2. Werkprogramma; 3. Brief VWS van 6 oktober 2016 betreffende AEF onderzoek takenpakket en capaciteit GGD'en. 4. Brief IGZ van 31 oktober aan de minister over onderzoek naar stand van zaken GGD' en met bijlagen.
Vergaderdatum	8 december 2016
Agendapunt	7

Kennisnemen van

Ontwikkelingen Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

Inleiding

In augustus 2014 wordt in een brief aan de Tweede Kamer door de minister geconcludeerd dat 'er nog onduidelijkheden bestaan met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten in de publieke gezondheid en daaraan gekoppeld de rol van de GGD.'

Het stimuleringsprogramma 'Betrouwbare publieke gezondheid' moet eraan bijdragen om de verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten verder te verhelderen en uit te werken en om de positie van de GGD' en, waar nodig, op de vier pijlers te versterken zodat de GGD' en beter in staat worden gesteld om in te spelen op uitdagingen en kansen en beter in staat zijn risico's op te vangen. Het stimuleringsprogramma kent twee doelen:

1. Meer zicht krijgen op inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid
 2. De vier pijlers van de GGD inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken.
- Rode draad in het stimuleringsprogramma is de ontwikkeling van veldnormen voor de vier pijlers. Hiermee moet duidelijkheid komen over de inhoud van de taken en de benodigde deskundigheden. Normontwikkeling in de publieke gezondheid moeten zowel door de professionals als de bestuurders worden gedragen.

In de voortgangsbrief van oktober 2015 is daar als derde doel aan toegevoegd:

3. GGD te positioneren in het sociaal domein, bij het NPP en bij de aanpak van Sociaal Economische Gezondheidsverschillen (SEGV).

Bij brief van 30 juni 2016 wordt de kamer nader geïnformeerd en het werkprogramma bekend.

De inspectie heeft inmiddels een gesprek gevoerd met onze DPG, heeft het onderzoek naar IZB en JGZ bij ons afgerond en het onderzoek van de externe partij (AEF) is gestart. Ook worden medewerkers betrokken bij de ontwikkeling van indicatoren.

N.B. Gelet op het belang van deze ontwikkelingen voor de komende tijd is het onderwerp ter kennisname geagendeerd. Hierbij zij nadrukkelijk vermeld dat de bijlagen bedoeld zijn als achtergrondinformatie.

Kernboodschap

Het stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid is op stoom. De uitkomsten van het programma zullen in 2017 ingebracht worden bij uw commissie.

Consequenties

De uitkomsten gaan een rol spelen in de ontwikkeling van GGD Fryslân.

Communicatie

n.v.t.

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Kenmerk
981286-152039-PG

Bijlage(n)
-

Datum 30 juni 2016
Betreft Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte voorzitter,

Tijdens het Algemeen Overleg Preventief gezondheidsbeleid op 31 maart 2016 hebben wij u toegezegd om u voor de zomer het werkprogramma toe te zenden van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid. Het Stimuleringsprogramma loopt tot eind 2017, en is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS en de VNG.

In onze brief van 24 maart jongstleden (Kamerstukken II, 2015-2016, 32 620, nr. 167) werd vermeld wat tot nu toe bereikt is in het Stimuleringsprogramma. In deze brief treft u een overzicht van al ingezette en nieuw toegevoegde trajecten uit het werkprogramma, gerelateerd aan de drie doelstellingen die we met het Stimuleringsprogramma willen bereiken:

1. Meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid.
2. De vier pijlers van de GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken. (De vier pijlers zijn: monitoren, signaleren en adviseren; gezondheidsbescherming waaronder infectieziektebestrijding, medische milieukunde, en technische hygiënezorg vallen; optreden bij crises; en toezicht).
3. De relatie van de publieke gezondheid in het sociale domein versterken.

We beschrijven achtereenvolgens de acties op de drie doelstellingen.

1. Meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid.

Aanvullend op het onderzoek dat reeds is verricht (zie onze brief van 24 maart) laten we nader verdiepend onderzoek uitvoeren. Het gaat om de volgende projecten.

- Het RIVM ontwikkelt een compacte set indicatoren op 10 themagebieden uit de Wet publieke gezondheid (Wpg). Deze indicatoren zijn relevant voor de rijksoverheid ten behoeve van haar stelselverantwoordelijkheid, en naar verwachting ook voor de lokale overheid. Zij zullen uiteindelijk opgenomen worden in de Staat van de Volksgezondheid en Zorg. Bij afronding eind 2016 zal ook worden gezien hoe deze landelijke indicatoren opgenomen kunnen worden in bestaande monitoringsinstrumenten op lokaal niveau. Dan zal ook worden gezien of er aanvullende indicatoren moeten komen die specifiek voor de lokale bestuurders van belang zijn.

- Met de Kamerbrief van 24 maart hebben wij u geïnformeerd dat wij de IGZ hebben gevraagd om nader onderzoek te doen naar de uitvoering van de taken van de GGD binnen de vier pijlers. Voor infectieziektebestrijding volgt een update van het onderzoek uit 2015 (het rapport 'Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD-en op orde, maar kwetsbaar' van 6 mei 2015) op individueel GGD-niveau. De IGZ kan dit jaar nog niet voor alle onderdelen van de vier pijlers onderzoek uitvoeren, omdat er voor een aantal taken eerst veldnormen ontwikkeld moeten worden op basis waarvan de IGZ een nieuw toetsingskader zal maken. Als alternatief zal de inspectie gesprekken voeren met de Directeuren Publieke Gezondheid om zicht te krijgen op de wijze waarop zij de organisatie aansturen op de vier pijlers. Voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de IGZ dit jaar gestart met een nieuw onderzoek. Dit onderzoek loopt door in 2017. We informeren u over de resultaten van bovengenoemde trajecten in november bij de begrotingsbehandeling.
- Tijdens het Algemeen Overleg heeft u ons gevraagd om dit onderzoek van de IGZ per GGD niet te beperken tot de vier pijlers, maar alle taken van de GGD'en te onderzoeken met extra aandacht voor sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) en gezondheidsbevordering. In aanvulling op het IGZ onderzoek zullen wij alle andere taken die de GGD'en uitvoeren via een apart onderzoek in kaart laten brengen. De resultaten zullen in de eerste helft van 2017 beschikbaar zijn.
- Voor een completer beeld van de inzet op SEGV en gezondheidsbevordering laten we onderzoek doen naar het gemeentelijke beleid op deze twee thema's. Deze onderwerpen onderzoeken we ook op gemeentelijk niveau, en niet (alleen) per GGD, omdat naast GGD'en ook andere partijen deze taken in opdracht van gemeenten uitvoeren. Hierbij betrekken we ook de preventieve ouderengezondheidszorg: in de landelijke nota gezondheidsbeleid (Kamerstukken II, 2015-2016, 32 793, nr. 204) wordt voorgesteld om in 2017 artikel 5a uit de Wpg (de gemeente draagt zorg voor de uitvoering van de preventieve ouderengezondheidszorg) te evalueren. Ook bij dit onderzoek verwachten wij in de eerste helft van 2017 resultaten.

2. De vier pijlers van de GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken.

Hiervoor staan de volgende projecten gepland.

- Op pijler 1 wordt de capaciteit van GGD'en versterkt om het lokale bestuur te adviseren, op basis van betrouwbare informatie en analyses die zijn toegesneden op de regio, gemeente of wijk. Zo wordt een consortium van Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid opgericht onder leiding van het RIVM. Ook wordt de samenwerking met academische werkplaatsen sociaal domein en jeugd versterkt. Om het integraal gezondheidsbeleid op wijkniveau te ondersteunen, ontwikkelt het RIVM een aantal prototypische wijkprofielen met de bij ieder profiel behorende pakketten van werkzame interventies. Tevens is scholing voor onderzoekers en beleidsadviseurs en investering in instrumenten gewenst, nu de decentralisaties een steeds grotere behoefte aan stuurinformatie teweegbrengen, maar ook steeds meer data en steeds meer mogelijkheden om deze in samenhang te analyseren.
- Voor de pijlers 2 en 3, gezondheidsbescherming en optreden bij crises, zullen de uitkomsten van het IGZ-onderzoek duidelijk maken waar al dan niet versterking nodig is. Dat betekent dat u het plan van aanpak bij de begrotingsbehandeling ontvangt.
- Voor pijler 4, toezicht, worden kort na het zomerreces expertbijeenkomsten

georganiseerd om tot een gedragen voorstel te komen over de concrete inrichting van de toezichtpijler. Dit leidt tot een nadere invulling van de aanpak, waarover we u bij de begrotingsbehandeling informeren.

- Voor alle vier de pijlers geldt, dat er veldnormen nodig zijn die professioneel en bestuurlijk gedragen worden, en die richting geven aan de verdere ontwikkeling van de GGD. Een onafhankelijke organisatie zal in overleg met alle relevante stakeholders (zowel de professionals als bestuurders en cliënten) veldnormen ontwikkelen, waar deze nu nog ontbreken. De verwachting is dat dit traject veel tijd zal vragen, en dat eind 2017 resultaten beschikbaar zijn.

- Tot slot besteden we aandacht aan de instroom in de opleiding Artsen Maatschappij en Gezondheid. Dit is eveneens van belang voor alle vier de pijlers want een robuuste GGD is afhankelijk van goed opgeleide medewerkers. Voor de zomer zal ik u een reactie toesturen op een voorstel van de veldpartijen (GGD GHOR Nederland, Actiz en KAMG (Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid) voor een verbeteringsplan van de instroom in de opleiding. Daarbij zal aandacht worden geschonken aan academisering van de opleiding en de mogelijkheden van een bredere opleiding zodat artsen breder inzetbaar worden.

3. De relatie van de publieke gezondheid in het sociale domein versterken.

Op het vlak van de verbinding tussen publieke gezondheid en het sociale domein gebeurt al veel. Er zijn prachtige initiatieven en voorbeelden, partijen weten elkaar steeds beter te vinden. Het Stimuleringsprogramma organiseert een netwerk waarin landelijke en lokale partijen elkaar kunnen ontmoeten, kennis wordt gedeeld, en overzicht wordt bijgehouden van relevante partners, landelijke overleggen sociaal domein en/of publieke gezondheid, regionale organisaties, en lokale ambtenaren publieke gezondheid. De VNG zal de kennis digitaal ontsluiten.

4. Samenhang en (systeem)verantwoordelijkheden.

Een thema dat bij alle drie de doelstellingen speelt, is het verhelderen van de rollen en verantwoordelijkheden in de publieke gezondheidszorg. Een werkgroep zal aan de hand van casuïstiek de rollen en verwachtingen van het Rijk en gemeenten, hun samenspel, en hun relatie met GGD'en en RIVM bespreken en waar nodig voorstellen doen voor afspraken.

Hoogachtend,

de minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

mw. drs. E.I. Schippers

drs. M.J. van Rijn

Kenmerk
981286-152039-PG

Werkprogramma
Stimuleringsprogramma
Betrouwbare Publieke
Gezondheid
2016-2017

Inhoudsopgave.

- Inleiding
- 1. Meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid:
 - Landelijke indicatoren
 - Lokale indicatoren
 - Onderzoek IGZ
 - Extern onderzoek
- 2. De vier pijlers van de GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken
 - Veldnormen
 - Instroom artsen
 - Pijler monitoren, signaleren, advies
 - Pijler uitvoerende taken gezondheidsbescherming
 - Pijler bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises
 - Pijler toezicht houden
- 3. De relatie van de publieke gezondheid in het sociaal domein versterken
- 4. Samenhang en verantwoordelijkheden gemeenten,GGD'en, RIVM en VWS.

Inleiding.

In het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid zijn we samen met de VNG actief om onze visie rond Betrouwbare Publieke Gezondheid, gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk, zoals neergelegd in de brief aan de Tweede Kamer van 28 augustus 2014 (nr. 32620-132) uit te werken en te borgen bij Rijk, gemeenten en GGD'en.

Het doel van het Stimuleringsprogramma is:

1. Meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid (ten behoeve van sturing door gemeenten en Rijk).
 2. Fundament van de GGD'en (vier pijlers) verstevigen zodat we erop kunnen vertrouwen dat ze op hun taak berekend zijn. Daarbij gaat het om het beter definiëren, verhelderen en waar nodig versterken van bestaande taken en het exploreren van nieuwe taken. De GGD was en is een sterk merk dat we ook naar de toekomst willen behouden. Daarom nemen we een aantal risicobeheersingmaatregelen.
 3. De relatie van de publieke gezondheid in het sociaal domein versterken.
- Nu de verantwoordelijkheid voor het sociaal domein is gedecentraliseerd, is het belangrijk om de kansen te grijpen om in de verbinding nog effectiever te worden.

Het programma heeft een looptijd van drie jaar (tot eind 2017). VNG en VWS voeren dit programma samen uit in een Stuurgroep. RIVM en GGD GHOR Nederland hebben een adviserende rol.

Dit werkprogramma is opgebouwd langs de operationele doelstellingen van het programma en hierbij zijn "vergezichten" opgenomen (vastgesteld door de Stuurgroep) die weergeven wat we uiteindelijk willen bereiken. Alle stappen die we zetten zijn op die vergezichten gericht.

1. Meer zicht krijgen op de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid:

Vergezicht: De minister heeft goede indicatoren voor de staat van de publieke gezondheidszorg en het functioneren van het landelijke stelsel, en gemeentebestuurders hebben goede indicatoren voor de staat van de publieke gezondheidszorg in hun gemeente en regio.

Vergezicht: Bestuurders weten op welke domeinen van publieke gezondheidszorg en in welk deel van hun gemeente verbeteringen zijn te realiseren en zij zijn in staat om hier inhoudelijk richting aan te geven.

Doelstelling 1 van het Stimuleringsprogramma betreft het verkrijgen van meer inzicht in de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid. Dit is belangrijk voor zowel Rijk als gemeenten, omdat landelijke en lokale informatievoorziening met elkaar in verbinding dienen te staan. Het Rijk heeft namelijk inzicht nodig in het functioneren van de publieke gezondheidszorg om haar rol als stelselverantwoordelijke goed te kunnen invullen, terwijl gemeenten deze informatie behoeven om hun beleid vorm te geven en de Gemeenteraad te informeren. Een goede afstemming tussen landelijke en lokale informatievoorziening is hiervoor essentieel.

Er is een eerste aanzet ontwikkeld voor een landelijke indicatorenset voor het stelsel publieke gezondheid.

De omzetting van de wetsteksten van de Wet publieke gezondheid naar indicatoren, gerubriceerd in negen thema's (plus het thema SEGV) is enorme winst. Om die thema's gaat het in de Wpg! Het RIVM heeft nu de opdracht gekregen om voor het einde van 2016 een zeer compacte set indicatoren samen te stellen waarmee betekenisvolle informatie kan worden verzameld. Daarbij gaat het om alle 10 themagebieden (uit de Wet Publieke Gezondheid aangevuld met SEGV), zoals in de eerste proeve gedefinieerd. Het doel van de indicatorenset is om het ministerie en gemeenten te voorzien van informatie over en duiding van het functioneren (d.w.z. de organisatie, uitvoering en effectiviteit) van de publieke gezondheidszorg. Dit houdt in dat de duiding van de resultaten voor beleid aan VWS en gemeenten is. De kerncijfers die hieruit volgen kunnen te zijner tijd wellicht in de Staat voor Volksgezondheid en Zorg worden opgenomen.

De Kamerbrief van augustus 2014 concludeerde tevens dat **lokale bestuurders** informatie nodig hebben om hun beleid vorm te geven en de Gemeenteraad te informeren, welke nu nog ontbreekt. De verwachting is dat de landelijke indicatorenset benut kan worden om hier verandering in aan te brengen.

Er zijn daarnaast diverse initiatieven om op lokaal niveau de informatievoorziening te verbeteren, zoals de monitor sociaal domein en de Gemeentelijke Monitor (waarstaatjegemeente.nl) van KINGgemeenten. Hierbinnen worden met Pharos in het kader van het programma Gezond in..., gebiedsindicatoren ontwikkeld.

Eind 2016, als er meer duidelijkheid is over de landelijke indicatorenset, wordt bezien of en zo ja wat aanvullend nodig is.

De rapportage "Publieke Gezondheid borgen" levert een foto op van de GGD'en in Nederland op dit moment. De veelheid aan informatie legt ook enkele kwetsbare kanten van de GGD bloot. Zo laat het zien dat voldoende inzet van personeel niet over de volle linie van de vier pijlers een vanzelfsprekendheid is.

Het rapport laat ook zien dat we meer inzicht nodig hebben in de activiteiten van de GGD. Daarom is besloten verder onderzoek te doen naar de taken van de GGD. Dat kristalliseert als volgt uit.

Gelet op de Kamerbrief, het GGD GHOR-rapport "Publieke Gezondheid borgen" en de toezeggingen van bewindslieden tijdens het Algemeen Overleg Preventiebeleid van 31 maart omtrent de mogelijke kwetsbaarheid van de GGD'en, zal de IGZ nader onderzoek doen naar de uitvoering van de taken van de GGD voor zover deze samenhangen met de vier pijlers. Daarnaast onderzoekt de IGZ de JGZ.

Uit het Algemeen Overleg Preventief gezondheidsbeleid kwam tevens de vraag om alle taken die de GGD'en uitvoeren nader in kaart te brengen (vanwege de noodzakelijke robuustheid van de GGD), met specifieke aandacht voor gezondheidsbevordering en SEGV. Dit zal de komende periode nader onderzocht worden. Omdat er al een toezegging aan de Tweede Kamer lag om in 2017 de preventieve ouderenzorg (artikel 5a) te evalueren, wordt dit thema toegevoegd in het onderzoek.

Resumerend zullen in het kader van de eerste doelstelling de volgende projecten worden uitgevoerd:

- Het RIVM stelt in 2016 een beknopte landelijke indicatorenset op voor Rijk en gemeenten.
- Afhankelijk van de vraag of deze set ook op lokaal niveau voldoende inzicht biedt, wordt eind 2016 gezien of en zo ja welke extra indicatoren voor lokale bestuurders moeten worden ontwikkeld.
- De IGZ zal een update uitvoeren van het onderzoek naar de infectieziektebestrijding uit 2015, waarbij er specifiek aandacht zal zijn hoe verschillende GGD'en er voor staan opdat er ook zicht is op de stand van zaken op individueel GGD niveau. Resultaten hiervan zullen voor de begrotingsbehandeling 2016 gecommuniceerd worden.
- Ook voert de IGZ een nieuw onderzoek uit naar de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Dat loopt door in 2017. Resultaten hiervan zullen, voor zover dan bekend, voor de begrotingsbehandeling worden gecommuniceerd.
- Over de interne sturing op de vier pijlers zal de IGZ gesprekken met de 25 GGD directieuren aangaan. Resultaten hiervan worden voor de begrotingsbehandeling gecommuniceerd.
- Ook laten we per GGD onderzoeken welke taken de GGD uitvoert en welke middelen (financieel, personeel) daarop worden ingezet. Resultaten hiervan worden in de eerste helft van 2017 verwacht.
- We laten onderzoeken hoe gemeenten inzetten op gezondheidsbevordering SEGV en preventieve ouderenzorg. Voor de begrotingsbehandeling zal gecommuniceerd worden hoe en in welke vorm partijen dit onderzoek uit zullen voeren. Resultaten hiervan worden in de eerste helft van 2017 verwacht.

2. De vier pijlers van de GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken

Het rapport "Publieke Gezondheid borgen" van GGD GHOR Nederland vormt de basis voor de volgende stap in het werkprogramma rond de vier pijlers van de GGD'en, samen met de kamerbrief van 24 maart 2016 over het Stimuleringsprogramma en de toezeggingen door bewindslieden in de Tweede Kamer tijdens het Algemeen Overleg Preventief gezondheidsbeleid. Ter inspiratie heeft tevens een overleg met de Directeuren Publieke gezondheid (DPG'en) plaats gevonden op 13 mei 2016, en een overleg met de GGD-voorzitters in de Bestuursadvies Commissie Publieke Gezondheid op 3 juni 2016.

Veldnormen

Vergezicht: gemeentebestuurders weten welke taken zij minimaal van hun GGD kunnen verwachten, en kunnen rekenen op gedragen professionele uitvoeringsnormen, heldere kwaliteitseisen en goede interdisciplinaire afspraken.

Zoals in de Kamerbrief van augustus 2014 gemeld, is de ontwikkeling van veldnormen en bestuurlijk draagvlak waar nodig voor deze veldnormen een rode draad in het stimuleringsprogramma. Normontwikkeling moet door alle relevante stakeholders (zowel de professionals als de bestuurders) worden gedragen, en professionele en bestuurlijke verantwoordelijkheden moeten wel worden onderscheiden maar niet gescheiden.

Daarom zullen we een externe organisatie benaderen en vragen om in samenspraak met alle relevante stakeholders (zowel de professionals als de bestuurders als cliënten) veldnormen te ontwikkelen. De komende periode zal dit onderdeel zowel inhoudelijk als qua aansturing worden vormgegeven. De verwachting is dat dit traject veel tijd zal vragen. Eind 2016 wordt gecommuniceerd hoe dit traject is ingevuld.

De instroom van Artsen Maatschappij en Gezondheid wordt verbeterd.

Vergezicht: Bestuurders weten zich gesteund in het bestrijden van infectieziekten, ongevallen, rampen en crisis door professionals die lokale en regiokennis meebrengen én deskundig zijn (op afroep/onmiddellijk).

Een goede en duurzame inzet van de GGD op haar kerntaken valt of staat met voldoende en goed opgeleide artsen maatschappij en gezondheid. Al enige tijd is er sprake van onvoldoende instroom en dreigt capaciteitstekort. Onderzoek naar oorzaken leidde tot de conclusie dat er meer actie nodig is.

De reactie van de Minister op een voorstel van de veldpartijen (GGD GHOR Nederland, Actiz en KAMG) voor een verbeteringsslag zal voor de zomer aan de Tweede Kamer worden gestuurd.

Daarbij zal ook aandacht worden geschonken aan een meer wetenschappelijk profiel (academisering) van de opleiding en de mogelijkheden van een bredere opleiding (common trunk) zodat artsen breder inzetbaar zijn.

Pijler monitoren, signaleren en advies.

Vergezicht: Bestuurders raadplegen hun GGD bij beleidsbeslissingen die gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid van de burgers.

Er zijn veel zaken die een rol spelen bij beleidsadvisering door GGD'en. Het is zaak om over de juiste informatie en data te beschikken, deze goed te duiden in de lokale of regionale context, een vertaling te maken naar het beleid (onder andere de nota's Publieke Gezondheid) en daarbij aansluiting te zoeken bij andere beleidsterreinen om tot een integrale aanpak te komen. Het onderling delen van best practices op het gebied van monitoring, signalering en advies, is met het oog op efficiency eveneens noodzakelijk.

In deze adviesketen spelen meerdere professionals van GGD'en een rol. Voor die professionals is een goede omgevings- en bestuurlijke sensitiviteit belangrijk in een veranderende context.

Doel: De decentralisaties leiden ertoe dat gemeenten meer bevoegdheden krijgen waarbij gezondheidsaspecten een rol spelen, zowel in het sociale als in het fysieke domein. Daartoe is een bredere input van data nodig, meer beleids- en advieskennis van de GGD'en en meer integrale inbedding in gemeentelijke en regionale beleidsprocessen -zoals het benutten van wijkprofielen in sociaal domein of burgerparticipatie in omgevingsvraagstukken. Dit vergt scholing voor onderzoekers en beleidsadviseurs en investering in instrumenten.

De integrale wijkprofielen die momenteel door het RIVM worden ontwikkeld met in de praktijk toepasbare en effectieve interventies kunnen in dit kader ook een goede functie vervullen. De regionale onderzoeksinfrastructuur en daarmee ook de Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid zal worden versterkt. Er zal een consortium van Academische Werkplaatsen worden opgericht onder leiding van het RIVM. Het consortium zal onderzoeksbijeenkomsten organiseren voor de partners, bijvoorbeeld wanneer nieuwe calls van ZonMw, NWO, FNO of de EU verschijnen. Dan kan bekeken worden welke partijen met welke aanvraag aan de slag gaan, zodat de beste expertise telkens gebundeld kan worden en er geen dubbele aanvragen worden geschreven. Ook zal er aandacht zijn voor de samenwerking met de academische werkplaatsen sociaal domein en jeugd.

Er zal met bovenstaande input een werkgroep worden ingericht met relevante partijen, om te komen tot versterking van de monitoring en advisering t.b.v. de publieke gezondheid op lokaal niveau.

Pijler uitvoerende taken gezondheidsbescherming en
Pijler bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises.

Als de rapportages van de IGZ zijn verschenen over de vier pijlers wordt voor deze pijlers een Plan van Aanpak gemaakt.

Pijler toezicht houden

Voor de vierde pijler (toezicht) van de GGD worden bijeenkomsten georganiseerd om tot een gedragen voorstel te komen over de concrete inrichting van de pijler toezicht. Deze bijeenkomsten vinden plaats kort na het zomerreces.

3: De relatie van de publieke gezondheid in het sociaal domein versterken

Vergezicht: Bestuurders zijn in staat de lokale gezondheidsdoelen te integreren in andere beleidsdomeinen en geven ketenpartners en GGD daar waar nodig een rol in.

Publieke gezondheidszorg is meer dan alleen de GGD. Taken van gemeenten uit de Wet publieke gezondheid worden ook door andere partijen uitgevoerd. Ook spelen in steeds meer werkkterreinen van de gemeente gezondheid(szorg) en preventie een rol. De kwaliteit en effectiviteit van de taken van de GGD en die van de gemeente kunnen versterkt worden door gezondheid en sociaal domein meer als geïntegreerde thema's neer te zetten. De primaire doelstelling van dit deelprogramma is daarom het op strategisch en operationeel niveau stimuleren van gemeenten en ketenpartners om meer en effectiever verbindingen te leggen ten aanzien van publieke gezondheid(-szorg) en het sociaal domein.

De activiteiten vallen uiteen in:

- Verbindingen leggen zowel landelijk als regionaal (en lokaal)
- Agenderen
- Kennis delen

Uitgangspunten zijn:

- Aansluiten op reeds lopende projecten, overleggen etc.
- Uitgaan van behoeften gemeenten
- Gebruik maken van reeds aanwezige kennis en ervaring

Dit deelprogramma bestaat uit het onderhouden van een netwerk, hier verbindingen tussen leggen en het delen van kennis. Dit betekent dus het overzicht houden van a) relevante partners, b) landelijke overleggen sociaal domein en/of publieke gezondheid, c) regionale organisaties, d) lokale ambtenaren publieke gezondheid, en e) beschikbare kennis. Binnen het netwerk worden verbindingen gelegd en ervaringen gedeeld zodat gezondheid beter op de agenda komt te staan. Het delen van beschikbare kennis en ervaringen speelt hier een belangrijke rol in. Ook wordt gefaciliteerd dat lokaal de juiste mensen elkaar kunnen vinden en met elkaar samen werken als dat nodig en nuttig is. Dit speelt op alle niveaus in de gemeente door (bestuurders, directeuren, ambtenaren). Uiteindelijk gaat het er om dat gemeenten beter in positie komen om kansen op het snijvlak sociaal domein en publieke gezondheid te benutten.

De VNG ontsluit kennis digitaal en bekijkt samen met GGD GHOR Nederland, de BacPG en het ambtelijk netwerk van gemeente ambtenaren en VWS welke bijeenkomsten of andere activiteiten er concreet georganiseerd worden.

Hoofdstuk 4: Samenhang en (systeem)verantwoordelijkheden.

Vergezicht:

De verantwoordelijkheden in de publieke gezondheid zijn duidelijk: Minister, bestuurder, DPG, RIVM.

De brief van VWS aan de Tweede Kamer van augustus 2014 over gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk voor de publieke gezondheid maakt melding van "onduidelijkheden met betrekking tot de verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten in de publieke gezondheid en daaraan gekoppeld de rol van de GGD". In de brief zijn de basisprincipes beschreven om de publieke gezondheid in Nederland adequaat te borgen.

Basisprincipes:



Het voorstel is om in het kader van het Stimuleringsprogramma de verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten verder uit te werken en hun relatie met GGD'en en het RIVM. Dit zal worden vormgegeven aan de hand van casuïstiek.

Oplevering deelproducten Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid

Doelstelling	Subdoel	Product	Tijdsbestek			
			Voor begrotings-behandeling	Eind 2016	Begin 2017	Eind 2017
1: Inzicht inzet en effectiviteit Publieke Gezondheid	Landelijk	Compacte set indicatoren 10 themagebieden WPG		X		
	Lokaal	Na afronding landelijke indicatoren zal worden gezien hoe publieke gezondheid waar nodig beter geborgd kan worden in bestaande monitoringsinstrumenten		X		
	Verder onderzoek naar GGD'en	IGZ: update onderzoek IZB, op landelijk en individueel GGD niveau	X			
		IGZ: onderzoek JGZ	X (deels)		X	
		IGZ: onderzoek interne sturing op 4 pijlers adhv gesprekken met DPG'en	X			
	Externe partij: onderzoek inzet GGD'en op overige werkzaamheden (waaronder gezondheidsbevordering en SEGV)	stappenplan		X		
2: vier pijlers GGD'en inhoudelijk verder uitbouwen en waar nodig versterken	Veldnormen	Stappenplan voor landelijke uniformering processen rond veldnormen		X		
		Ontwikkeling nieuwe veldnormen waar deze nog niet voor handen zijn, via externe organisatie				X
	Instream opleiding	Traject voor verbetering Instream artsen Maatschappij & Gezondheid			X	
	Pijler monitoren, signaleren en advies	Werkgroep inrichten: tools ontwikkelen en training medewerkers GGD'en	X			
	Pijler uitvoerende taken gez.bescherming en Pijler bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises.	Na afronding IGZ onderzoek Plan van Aanpak opstellen	X			
Pijler toezicht houden	Expert bijeenkomsten. Eerste voorstel invulling toezichtspijler adhv twee bijeenkomsten	X				
3: de relatie van de publieke gezondheid en het sociaal domein versterken		VWS en de VNG leggen verbindingen met bestaande trajecten en projecten.	Continue			
4: samenhang en (systeem) verantwoordelijkheden		Inrichten werkgroep over rollen en verwachtingen en eerste bijeenkomst en tussenrapportage		X		



> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Directeur Publieke Gezondheid GGD'en

**Directie Publieke
Gezondheid**
Openbare en
Jeugdgezondheidszorg

Parnassusplein 5
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij

Cilia Kleijwegt
T +316 2116 0391
cm.kleijwegt@minvws.nl

Datum - 6 OKT. 2016
Betreft AEF onderzoek takenpakket en capaciteit GGD'en

Kenmerk
1023717-155605-PG

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de
datum en het kenmerk van
deze brief.*

Geachte Directeur Publieke Gezondheid,

Inmiddels is het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid bijna twee jaar onderweg, en wordt onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van VWS en de VNG met diverse trajecten de publieke gezondheid, waaronder de positie van de GGD'en, versterkt. Een overzicht van lopende trajecten vindt u in de meest recente Kamerbrief van 30 juni jl. (Kamerstuk 32 793, nr. 231).

Eén van deze trajecten betreft een onderzoek naar het takenpakket, het budget en de formatie van de GGD'en. Om dit onderzoek werd gevraagd door de Tweede Kamer tijdens het Algemeen Overleg Preventiebeleid van 31 maart 2016, en de Minister heeft toegezegd dit onderzoek te starten. Daarbij zal gekeken worden naar het takenpakket, en de capaciteit in termen van financiën en formatie van alle GGD'en, alsmede het verloop van de begrotingen over de laatste tien jaar. Het doel van dit traject is om een objectief beeld te krijgen van de invulling van taken, en een basis neer te zetten voor verdere versterking van de publieke gezondheid. Het onderzoeksrapport zal opgeleverd worden op 1 juni 2017, en in het uiteindelijke rapport zullen de resultaten per GGD worden gerapporteerd.

Onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (AEF) voert dit onderzoek uit, en zal contact met uw organisatie opnemen om benodigde informatie op te vragen. Daarbij is het mijn uitgangspunt en dat van de VNG dat de administratieve lasten voor uw organisatie zo laag mogelijk zijn. Een eerste deel van de AEF uitvraag betreft daarom reeds beschikbare informatie zoals begrotingen, productboeken en de GGD benchmarkgegevens.

Wij vragen u om uw medewerking te verlenen aan dit onderzoek. Een eerste stap daartoe betreft het doorgeven van een contactpersoon binnen uw organisatie, met wie AEF contact op kan nemen voor de uitvraag en welke als aanspreekpunt kan dienen gedurende de looptijd van het onderzoek. Mogelijk kan dit via de hoofden bedrijfsvoering en het Strategisch bedrijfsvoeringoverleg (SBOG) verlopen zodat er gebruik gemaakt kan worden van bestaande structuren.



Wij horen graag van u of dit voor u ook wenselijk is of dat u liever een andere contactpersoon aanwijst. Kunt u de contactgegevens van deze persoon aan Eric Damoiseaux (e.damoiseaux@aef.nl) doorgeven?

**Directie Publieke
Gezondheid**
Openbare en
Jeugdgezondheidszorg

Ik dank u alvast hartelijk voor uw medewerking in deze.

Kenmerk
1023717-155605-PG

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
namens deze,
de directeur-generaal Volksgezondheid,

mw. drs. A. Berg



> Retouradres Postbus 2518 6401 DA Heerlen

Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport

Stadsplateau 1
3521 AZ Utrecht
Postbus 2518
6401 DA Heerlen
T 088 120 50 00
F 088 120 50 01
www.igz.nl

Ons kenmerk
2016-1344627

Bijlagen
2

Datum 31 oktober 2016
Onderwerp onderzoek naar stand van zaken GGD'en

Geachte minister Schippers,

Tijdens het Algemeen Overleg Preventief Gezondheidsbeleid van 31 maart 2016 kwam aan de orde dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hierna: inspectie) onderzoek zou doen naar de uitvoering van de taken van de GGD binnen de vier pijlers. Met het inspectieonderzoek wilt u zicht krijgen op de uitoefening van de taken van de GGD'en. Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van dat onderzoek.

In deze brief met twee bijlagen staan de resultaten van drie inspectieonderzoeken:

- Een verkennend kwalitatief onderzoek onder alle Directeuren Publieke Gezondheidszorg (DPG) om zicht te krijgen op de wijze waarop zij hun organisatie aansturen op de vier pijlers.
- De follow-up van het onderzoek naar infectieziektebestrijding uit 2015 (het rapport 'infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD' en op orde, maar kwetsbaar' van 6 mei 2015);
- De tussenrapportage van het onderzoek naar de jeugdgezondheidszorg (JGZ).

Samenvatting

Uit onderzoek komt naar voren dat er een grote verscheidenheid bestaat in de Gemeenschappelijke Regelingen en daardoor in de taken en structuur van de GGD'en. De rol van de DPG wordt daarmee ook verschillend ingevuld. De inspectie zag dat GGD'en meer omgevingsbewust zijn gaan werken en daarmee beter kunnen klanten bedienen. Bovendien heeft de GGD als ketenpartner in het lokale netwerk rondom de burger een belangrijke rol, maar vormt zij ook een verbinding met andere GGD'en en landelijke partners.

GGD'en hebben voldoende omvang nodig om slagvaardig te kunnen zijn en taken efficiënt te kunnen organiseren. Medewerkers zijn vaak multifunctioneel voor alle pijlers inzetbaar.

JGZ of een andere dienst zoals ambulancezorg bieden robuustheid in kennis en informatie en dragen bij aan een goede uitoefening van de GGD door informatie 'uit de haarvaten van de samenleving' taken.



Voor de GGD'en zijn de vier taken als pijlers voor de publieke gezondheid geen ordeningsprincipe. Men denkt meer in verbindingen tussen deze taken dan in pijlers.

Het onderzoek naar de infectieziektebestrijding laat zien dat deze taakuitvoering verbeterd is ten opzichte van het onderzoek uit 2015. Samenwerking tussen GGD'en en andere partners in het netwerk is daarbij van groot belang. De inspectie toetste ook de JGZ en zag daar dat op verschillende onderdelen nog verbetering noodzakelijk is, welke met het veld gedeeld worden. Hieronder staat de onderbouwing van deze bevindingen.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

Werkwijze onderzoek DPG'en

Er zijn nog geen veldnormen beschikbaar voor het gehele takenpakket van de GGD'en. De inspectie toetst echter aan de hand van (veld) normen. Zij startte daarom een verkennend onderzoek naar de taken van de GGD'en. De inspectie bezocht daartoe in de periode juni – september 2016 alle GGD'en voor een gesprek met de DPG.

Het doel van het gesprek was om zicht te krijgen op de wijze waarop de DPG de organisatie aanstuurt op de vier pijlers: monitoring & signalering, gezondheidsbescherming, optreden bij crisis en toezicht. De inspectie wilde zich een beeld vormen van de kwaliteit van deze aansturing en van de borging van de uitvoering van deze vier pijlers. Daarbij had de inspectie ook aandacht voor de wijze waarop het intern toezicht functioneert.

De inspectie vroeg ter voorbereiding op het gesprek enkele documenten op bij de DPG. Deze documenten gaven onder andere inzicht in de structuur van de organisatie en de taken die worden uitgevoerd. Ook gebruikte de inspectie openbare bronnen om zich voor te bereiden op het gesprek. Al deze bronnen en de gespreksverslagen vormen de basis van de bevindingen in deze brief.

1. Grote verscheidenheid in Gemeenschappelijke Regelingen en daardoor uitvoering

De inspectie trof bij elke GGD een andere regeling en/of takenpakket aan. Dit leidt tot verschillende vormen van sturing en intern toezicht.

De basis van de wijze van functioneren, en daaraan gerelateerd de aansturing van een GGD ligt in de Gemeenschappelijke Regeling (GR).

Het wettelijk kader voor de GR is de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr). In de gemeenschappelijke regeling zijn de samenstelling, taken en bevoegdheden en besluitvormingsprocedures van de verschillende bestuursorganen en de directie vastgelegd, daarnaast wordt ook de inhoud bepaald. In de GR is zowel de organisatie als de inhoud vastgesteld. Zowel organisatie als inhoud zijn zeer divers.

De inspectie zag een grote diversiteit. De meest bepalende aspecten:

- Het inwoneraantal van een GGD regio varieert van ca. 250.000 tot ruim 1,3 miljoen;
- Demografie en geografie van regio's zijn verschillend;
- Het ledental van het algemeen bestuur varieert van 6 – 28 deelnemende gemeenten;
- Vaak is er sprake van een GR met een zelfstandige GGD. Echter bij 4 GGD'en is er een bestuurlijke constructie met de VR.



- Ook zijn 4 GGD'en een dienstonderdeel van een gemeente. Eveneens komt het voor dat binnen een GR de DPG resultaat verantwoordelijke is van de eenheid GGD. In de twee bovenstaande situaties is een directeur GGD hiërarchisch ondergeschikt. De DPG heeft rechtstreeks contact met het bestuur of bestuurscommissie. In welke mate dit plaatsvindt is in dit verkennend onderzoek niet nagegaan.
- Het takenpakket varieert van alleen wettelijke taken tot een veelvoud van plustaken;
- Afhankelijk van de grootte van de regio en het takenpakket kan een GGD in een enkel geval circa 35 medewerkers hebben, of zelfs ruim 1200 medewerkers in dienst hebben;
- Gemeenten hebben verschillende rollen naar hun GGD. En GGD'en daarmee ook naar hun gemeente;
- Bijna elke GR is congruent aan de Veiligheidsregio, in twee regio's is dit niet het geval (daar vallen twee GGD'en onder één veiligheidsregio).

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

2. Van intern gericht naar omgevingsbewust handelen

De inspectie ziet een ontwikkeling bij GGD'en naar moderne bedrijfsvoering, modern werkgeverschap en hedendaagse organisatieontwikkeling.

De basis voor het werk van de GGD ligt in de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Daarin staan de taken waarvoor de gemeente verantwoordelijk is en die de GGD uitvoert. De publieke gezondheidszorg bevordert publieke gezondheid, signaleert en voorkomt gezondheidsrisico's en – bedreigingen, houdt daar toezicht op en grijpt in waar het nodig is.

Trends rond gezondheid zijn van invloed op de publieke gezondheid, zoals obesitas, hogere infectiedruk door internationalisering en resistente antibiotica, vluchtelingen die zorg nodig hebben en kortere levensduur voor laagopgeleiden. Maar ook hebben GGD'en te maken met:

- Transitie in het sociaal- en zorgdomein die leiden tot nieuwe samenwerkingen en diensten;
- Een overheid die appèl doet op actief burgerschap en een steunende sociale omgeving;
- De opkomst van digitale toepassingen die de burger meer regie geven.

De inspectie zag dat GGD'en aansluiten bij deze ontwikkelingen door de klant/burger, soms de school, de sportvereniging, de gemeente etc. centraal te stellen. De inspectie zag ook dat de GGD'en zich met ketenpartners verbinden en zichzelf vernieuwen waar nodig.

In beleidsvisies zag de inspectie ondermeer de volgende vertaling:

- Eigentijdse visie van de GGD op eigen rol en positie;
- Steviger rol van de GGD in het zorgveld en als adviseur van de gemeente;
- Meer vraaggericht werken;
- Meer flexibiliteit, innovatie en maatwerk;
- Minder schotten tussen de disciplines in het klantencontact.

2a. Richting moderne bedrijfsvoering

De regie op de publieke gezondheid, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning, arbeidsparticipatie en veiligheid ligt bij de gemeenten. GGD'en ondervangen in eerste instantie mogelijke overschrijding van budgetten met een integrale aanpak en een strak uitgelijnde organisatie.

Gemeenten vragen om een transparante samenstelling en financiering van het basispakket en de plustaken. Ook wordt gevraagd om lokaal en regionaal



maatwerk. GGD'en bieden diensten daarom meer integraal aan, waardoor specialismen ontschotten.

Een aantal GGD'en is beducht voor financiële tekorten. De gemeenteraden baseren hun vertrouwen in de gemeenschappelijke regeling, ofwel de GGD, voornamelijk op financiële stabiliteit. Onverwachte financiële tekorten, hoe gering ook, kunnen leiden tot groot onbehagen bij gemeenten.

Gegevens uitbrengen over bedragen die gemeenten per inwoner besteden aan bepaalde taakvelden, lijkt niet zinvol zolang het gaat om slecht vergelijkbare gegevens. GGD'en werken aan deze vergelijkbaarheid. Wanneer dit gerealiseerd is, is men voornemens de gegevens openbaar te maken zodat benchmarken mogelijk is. Ook de GR met de verschillende gemeenten is hierop van invloed.

Elke GGD verwoordt missie, visie en kernwaarden en communiceert hierover met opdrachtgevers, stakeholders, medewerkers en burgers.

Een enkele GGD heeft geen meerjarenbeleidplan, maar hanteert de begroting, die in april voor het komende jaar is vastgesteld als leidraad. Dit heeft te maken met de ontwikkelingen die in de regio plaatsvinden.

Het besluit bedrijfsvoering en verantwoording (BBV) wordt nageleefd. Hierin zijn risico's in bedrijfsvoering opgenomen.

In het kader van transparantie werken bijna alle GGD'en met de A3 methodiek. De A3 methodiek beoogt het jaarplan tot een belangrijk fundament voor het managementgesprek te maken, daardoor ontstaat meer focus, meer commitment en minder papier. Teams door de gehele organisatie heen zijn hiermee aan de slag.

2b. Ontwikkeling tot moderne werkgever

Het medewerkersbestand van GGD'en bestaat uit een grote groep hoog opgeleide medewerkers met een lang dienstverband en een gemiddelde leeftijd van 48-50 jaar. Uitstroom wegens pensionering gaat plaatsvinden. Dit vraagt nieuw personeel dat geworven en opgeleid moet worden. De GGD heeft daarbij te maken met een krappe arbeidsmarkt.

Naast de aanstaande uitstroom van deze ervaren medewerkers, is er krapte op de arbeidsmarkt voor forensisch geneeskundigen, jeugdartsen, IZB artsen, artsen maatschappij en gezondheid, TBC-artsen, medische milieukundigen, maar ook voor goed opgeleide verpleegkundigen maatschappelijke gezondheid.

Door de krapte vindt soms taakverschuiving plaats van artsen naar gespecialiseerde verpleegkundigen of andere professionals. Professionals worden voor alle pijlers ingezet, zij zijn aan meerdere taken verbonden.

De functies bij epidemiologie, gezondheidsbevordering en beleid vloeien in elkaar over.

Door alle ontwikkelingen die vragen om nieuwe kennis en vaardigheden achten GGD'en de opleidingen niet meer toegesneden op de huidige werkzaamheden van de GGD. Academische werkplaatsen vervullen bij kennisontwikkeling en ontwikkeling van vaardigheden een belangrijke rol. Deze onderzoeks- en ontwikkelingstaak is een meerwaarde voor de GGD en maakt de GGD aantrekkelijk als werkgever.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016



2c. Organisatieontwikkeling

GGD'en zien de noodzaak om ruimte aan de professional te geven. Wil het aansluiten aan de ontwikkelingen in de samenleving, dan is eigen verantwoordelijkheid en regie voor medewerkers belangrijk.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

Veel organisaties richten zich op zelfsturing, zelforganisatie van de individuele professional, of op zelforganiserende, zelfsturende teams. De invulling daarvan verschilt. Ook de sturingsinformatie die daarvoor nodig is, is nog in ontwikkeling. GGD'en hanteren een kwaliteitssysteem dat momenteel geëvalueerd wordt. Ook bezint de GGD zich op de zorgbrede governancecode.

3. GGD als ketenpartner heeft belangrijke taken

Een toenemend aantal burgers kampt met meerdere problemen. Steeds vaker zijn meerdere organisaties gezamenlijk betrokken bij het oplossen van problemen van burgers. In die situatie moeten er duidelijke afspraken zijn over verdeling van verantwoordelijkheden en moet een eindverantwoordelijke bekend zijn. Een GGD is vaak onderdeel van deze samenwerking rondom burgers. Daarom is samenwerking met vele partijen noodzakelijk. Deze netwerken vormen een belangrijke informatiebron voor een GGD.

Daarnaast heeft de GGD ook een rol bij het delen van informatie over algemeen gezondheidsbeleid (lokaal, regionaal en landelijk). Samenwerking daartoe vindt bijvoorbeeld plaats met het RIVM om samen input te leveren voor regionaal gezondheidsbeleid. De samenwerking tussen RIVM, GGD en gemeente is hierbij van belang.

Van bijzondere waarde is de samenwerking met buur GGD'en, bovenregionale en landelijke onderlinge samenwerking. GGD'en geven aan dat de uitwisseling van kennis en informatie en de uitwisseling van specifieke deskundigen voor hen een voorwaarde is voor een goed functioneren en het opvangen van eventuele crises. GGD'en zoeken kansrijke coalities op thema's. Zo zijn er verschillende samenwerkingsverbanden tussen GGD'en.

In de gesprekken met DPG'en kwam vaak naar voren dat de GGD moet kunnen inspelen op de wisselingen van wethouders en ambtenaren. De GGD richt zich op preventie. Dit vereist een lange termijn visie en uitvoering die een ambtstermijn overstijgt. De effecten zijn eveneens niet op korte termijn merkbaar.

4. Kritische massa belangrijk voor een robuuste GGD

Belangrijk is de flexibiliteit die door een brede inzet ontstaat, de relevante informatie voor basistaken die bovengenoemde activiteiten en de samenwerking met andere GGD'en met zich meebrengen.

Veranderingen in de omgeving zorgen ook voor discussie over schaalgrootte van de organisatie. De GGD heeft voldoende omvang nodig om slagvaardig te kunnen zijn en taken efficiënt te kunnen organiseren. Een GGD wordt voor de wettelijke taken betaald uit een bijdrage per inwoner. Daarnaast komt er bij het merendeel van de GGD'en geld, variërend van eenderde tot ruim de helft van de begroting, uit de 'plustaken', diensten waarvoor gemeenten en anderen opdracht kunnen geven.

Jeugdgezondheidszorg is een van de belangrijke pijlers van veel GGD'en, maar niet behorend tot de vier pijlers van het stimuleringsprogramma. Wanneer een



gemeente de JGZ van bijvoorbeeld 4 tot 18 jaar wil overhevelen naar een private organisatie die ook de consultatiebureaus (0-4 jaar) gaat beheren, dan valt een groot deel van de JGZ omzet weg. De motivatie van een gemeente kan zijn dat men alles in één organisatie wil hebben. De GGD'en geven aan dat zij daardoor kwetsbaar worden, omdat medewerkers van JGZ multifunctioneel voor alle pijlers inzetbaar zijn. Veel GGD'en zouden daarom graag de JGZ als een vijfde pijler willen toevoegen.

Andere GGD'en ontleen aan andere diensten hun robuustheid in kennis, informatie en financiën, omdat Ambulancedienst, Veilig Thuis of zelfs Toezicht op Leerplicht en schoolverzuim onder hun GGD valt. Informatie verkrijgen uit deze "haarvaten van de samenleving" draagt bij aan de adviespositie van de GGD aan lokaal bestuur, maar helpt ook de DPG in zijn positie naar ketenpartners (zoals ziekenhuizen).

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

5. De rol van de DPG in ontwikkeling

In het krachtenveld van decentralisaties en bezuiniging, met een organisatie die van binnen naar buitengericht moet worden geleid, heeft de DPG een cruciale rol. Sinds 2012 is de functie DPG ontstaan door een wijziging in de Wpg en gelijktijdig van de wet Veiligheidsregio's.

Een derde van de DPG'en is nog maar kort in dienst. De inspectie ziet dat de achtergrond van de DPG verschuift.

De rolvulling door de DPG lijkt meer de richting uit te gaan van vooral politiek bestuurlijke sensitieve competenties dan medisch inhoudelijk zoals in voorbije jaren. Van de tien DPG'en die het laatste jaar zijn aangesteld, heeft de helft een politiek bestuurlijke/ gemeentelijke achtergrond.

De DPG geeft leiding aan twee organisaties, de GGD en de GHOR, en valt daarom onder twee verschillende wettelijke regimes die beide betrokken zijn bij de benoeming van de DPG. In de Wpg zijn de verantwoordelijkheden van het bestuur van de GGD vastgelegd en in de Wvr staan de verantwoordelijkheden van het bestuur van de VR.

De DPG beschikt in de dagelijkse en in de opgeschaalde situatie (tijdens rampen en crises) namens beide besturen over formele bevoegdheden binnen wettelijke stelsels.

Zoals eerder vermeld is de taakinvulling van de DPG verschillend, gezien de verschillen in de GR en daarmee de organisatie van de GGD en GHOR.

DPG'en vinden dat er op landelijk niveau meer oog moet zijn voor kansrijke coalities op thema's.

DPG'en doen aan deskundigheidsbevordering en zelfreflectie. De DPG'en ontmoeten elkaar periodiek, dit is voor velen een waardevol platform.

6. De pijlers als ordeningsprincipe

Uw ministerie heeft vier taken als pijler genoemd voor de publieke gezondheid. De meeste GGD'en zien deze vier pijlers niet als een ordeningsprincipe. Men denkt meer in verbindingen dan in pijlers.

De pijlers worden daarom niet eenduidig gebruikt en worden nauwelijks als basis gehanteerd. Voor zover in het voorgaande niet aan de orde gekomen, staat hieronder per pijler wat het meest naar voren kwam in de gesprekken.



Pijler 1

Oren & ogen en adviseur

De Wpg verplicht iedere gemeente tot het opstellen van een nota lokaal gezondheidsbeleid met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en collectieve preventie.

In december 2015 heeft VWS de landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 uitgebracht. De landelijke prioriteiten uit deze nota bieden een kader voor gemeenten om hun lokale volksgezondheidsbeleid op te stellen. De GGD geeft hiervoor informatie over de gezondheidssituatie van inwoners en adviseert over het opstellen van het beleid. Steeds meer besluit het AB van de GGD tot het opstellen van een regionale gezondheidsnota. Gemeenten kunnen daar hun lokale paragraaf aan toevoegen. Ook zag de inspectie dat sommige GGD'en beleid hebben voor gezond ouder worden, bij anderen is dit geen aandachtspunt. Dit is afhankelijk van de GR.

Veelal wil men vanwege decentralisaties tot een integraal beleid komen, waarvan het lokaal gezondheidbeleid een onderdeel is.

De decentralisering van het takenpakket van het rijk naar de gemeente (uit Jeugdwet, Wmo en Participatiewet), noodzaakte gemeenten om GGD'en meer dan voorheen te vragen om advies en ondersteuning. GGD'en spelen op deze verwachtingen in.

Sommige DPG'en vinden het de vraag welke acties nodig zijn om tot een gezonde en vitale bevolking te komen. Er zijn enkele landelijke problemen waar nog steeds geen goed antwoord op is: rookgedrag, alcoholgebruik, gebrek aan lichaamsbeweging, overgewicht, sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Dit zijn landelijke grootse uitdagingen.

Met preventie en vroegtijdige signalering is de grootste gezondheidswinst te behalen. GGD'en zetten daar volop op in, maar ervaren dat zorgverzekeraars zich veelal terughoudend opstellen.

Veel DPG'en geven aan dat de voorbereiding op de omgevingswet die in 2019 in werking treedt, bij een aantal gemeenten nog onvoldoende aandacht heeft. In de omgevingswet komt veel bestuurlijke ruimte. Veranderingen in de sociale en fysieke leefomgeving hebben invloed op de gezondheidsbeleving van inwoners. De GGD kan in de voorbereiding en uitvoering meer betrokken worden vanwege de aanwezige kennis op het gebied van milieuzaken. (zie ook pijler 2)

Kennis – en adviescentrum

Veranderingen in gezondheidsproblemen en maatschappij vereisen voortdurende aandacht. Nieuwe inzichten over aanpak van gezondheid- en veiligheidsproblemen kunnen ontstaan. Een voorbeeld is de ABR problematiek.

De GGD moet toegerust zijn om daarop in te spelen. Ook wil zij gekend worden als kennis- en adviescentrum omdat het over veel relevante kennis en informatie over de gezondheids- en welzijnstoestand van de inwoners beschikt. Als kenniscentrum en als 'spin in het web' van de preventieve collectieve volksgezondheid is de GGD van meerwaarde voor beleidsontwikkeling en uitvoering voor alle ketenpartners. Zoals eerder gemeld vervullen academische werkplaatsen daarbij een belangrijke rol. Vrijwel alle GGD'en zijn op een of andere manier aan meerdere werkplaatsen verbonden.

Ons kenmerk

2016-1344627

Datum

31 oktober 2016



Uit het onderzoek naar de infectieziektebestrijding komt naar voren dat het participeren in wetenschappelijk onderzoek bij calamiteiten of ontwikkelingen die extra inzet vergen, als eerste onder druk komt te staan.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

Pijler 2

Tot pijler 2 behoort, naast de uitvoerende gezondheidsbeschermende taken technische hygiënezorg en medische milieukunde, de infectieziektenbestrijding (IZB), waaronder bestrijding van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen.

Onder pijler 2 worden door GGD'en ook wel jeugdgezondheidszorg; openbare geestelijke gezondheidszorg; publieke gezondheidszorg asielzoekers; gezondheidsbevordering; forensische geneeskunde en andere diensten zoals ambulancezorg geschaard.

Medische milieukunde

De inspectie ziet dat functionarissen op het gebied van medische milieukunde veelal bovenregionaal werken. Niet elke regio heeft formatie voor schaarse milieuspecialisten. Dit geldt voor de GHOR taken voor de Gezondheidskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS).

Zowel GGD'en als GHOR kunnen door nauwe samenwerking in een bovenregionaal verband van bijvoorbeeld vijf regio's en in landelijk verband (RIVM) de taken op een goede wijze uitvoeren.

Ook voor deze taak werken GGD'en samen met GHOR en gemeentelijke diensten, zoals ruimtelijke ordening.

Infectieziektebestrijding

In bijlage staat het rapport 'Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk' van november jongstleden.

Het onderzoek richtte zich op vraag of de algemene infectieziektebestrijding en de technische hygiënezorg aan richtlijnen en veldnormen voldoet. En of de in het onderzoek getoetste onderdelen verschil laten zien in de kwaliteit met het eerder uitgevoerde onderzoek in 2013-2015.

De inspectie concludeert, na alle 25 GGD'en getoetst te hebben, dat

- ***De kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding is verbeterd***
De kwaliteit van de IZB was in 2015 goed en is dit ook in 2016. Op onderdelen is de kwaliteit verder verbeterd. Dit heeft voornamelijk te maken met de contacten en afspraken met de artikel 26-instellingen. De inspectie constateert dat één GGD met verbeteringen is achtergebleven en heeft extra maatregelen aan deze GGD opgelegd, die inmiddels zijn ingezet. De inspectie volgt deze GGD nauwgezet.
- ***Samenwerken vermindert kwetsbaarheid***
De titel van het inspectierapport uit 2015 noemde de GGD'en 'kwetsbaar'. Dit had te maken met de moeite die de meeste GGD'en hadden om snel te kunnen opschalen bij een of meerdere grootschalige incidenten. De dieperliggende oorzaak was een gebrek aan intern en extern netwerk waardoor in tijden van crisis kostbare tijd verloren ging aan het opbouwen van de noodzakelijke contacten. In dit vervolgonderzoek bleek dat GGD'en hierin fors hebben geïnvesteerd, niet alleen in het interne en externe netwerk in de eigen regio, maar vooral ook in de samenwerking tussen de GGD'en onderling. Daardoor is het veel makkelijker geworden een beroep te kunnen doen op een andere GGD wanneer er sprake is van een calamiteit. De epidemiologie wordt voor het grootste deel door de afdeling



IZB zelf uitgevoerd. Op een na gebruiken alle GGD'en hetzelfde registratiesysteem voor meldingen en de daaruit voortvloeiende activiteiten. Daardoor is uitwisseling vergemakkelijkt en is het ook makkelijker om epidemiologische gegevens te genereren, te delen en te vergelijken.

Desondanks kan er nog steeds druk ontstaan op een GGD wanneer zich meerdere calamiteiten tegelijk voordoen of wanneer er ontwikkelingen zijn (zoals activiteiten op het terrein van zoönosen en ABR) waardoor er soms langdurig extra inzet gevraagd wordt. Hierdoor kunnen opnieuw kwetsbaarheden ontstaan.

- *Samenwerking intern en extern is sterk verbeterd*
Bijna alle GGD'en hebben intern de samenwerking tussen de infectieziektebestrijding en de THZ verbeterd en werken aan het verder integreren van deze teams/afdelingen (*zie hoofdstuk 4.6*). Het gestructureerde overleg met andere afdelingen binnen de GGD, zoals jeugdgezondheidszorg, Epidemiologie en Gezondheidsbevordering blijft bij twee GGD'en nog achter.
- GGD'en hebben in vergelijking met het onderzoek uit 2015 veel meer samenwerkingsverbanden, zijn daarmee meer naar buiten gericht en spelen meer dan voorheen in op actuele ontwikkelingen.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

Pijler 3

24/7 crisisfunctie

Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

De GGD geeft gezondheidskundig advies over infectieziekten, gevaarlijke stoffen (pijler 2), maar heeft ook aandacht voor de psychosociale hulpverlening bij crisis. Alle GGD'en gaven in de gesprekken aan dat ervaring is opgedaan met nazorg in vooral 'kleinschalige' crisis en zedenzaken. De inzet van de GGD om maatschappelijke onrust te voorkomen, wordt in het algemeen op prijs gesteld. JGZ-medewerkers worden hierbij vaak betrokken.

De GGD is in toenemende mate actief op het onderwerp evenementenzorg. Het inspectierapport over vergunningverlening bij publieksevenementen heeft in AB/DB van zowel GGD als VR de aandacht. Enkele grote incidenten bij evenementen in de afgelopen twee jaar hebben bijgedragen aan waakzaamheid van gemeenten, GHOR en GGD. Het aspect multidisciplinaire advisering vraagt structurele aandacht. De DPG is zich bewust van zijn positie en pakt zijn rol waar nodig, bijvoorbeeld in het kader van preventie.

De inspectie ziet ook dat veel GGD'en afstemming zoeken met de VR als het gaat om sociale veiligheid, bijvoorbeeld rond het thema verwarde personen.

GHOR

Continue scholing voor de GHOR taak is een voorwaarde om uitvoering te kunnen geven aan de geneeskundige hulpverleningstaken in de regio, belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening en met de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied (WVR). In de voorbereidingsfase wordt de DPG ondersteund door een GHOR bureau.

De DPG'en zijn zich bewust dat de ontwikkelingen in de samenleving een eenduidig aanspreekpunt vragen voor zowel publieke als opgeschaalde zorg. Het vraagt van de DPG een stevig netwerk in het totaal van de regionale gezondheidszorg.



De tijdsinvestering voor GHOR taken is niet inzichtelijk. Alle DPG'en nemen de GHOR taak serieus en doen mee met oefeningen (koude fase). Onduidelijk is of hierover (landelijk) inhoudelijke afspraken zijn over tijdsverdeling van GGD en GHOR taken.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

Pijler 4 Toezicht houden

De GGD is de gemeentelijke toezichthouder die het toezicht op technische hygiënezorg, kinderopvang en Wmo uitvoert.

De inspectie heeft in de gespreksronde geïnformeerd of GGD'en door gemeenten een toezichthoudende taak op de Wmo is gegeven. Veel GGD'en hebben een rol hierin, alhoewel dat niet altijd voor alle gemeenten in hun regio is. Dit toezicht valt onder de zogenaamde plustaken die de GGD uitvoert naast de basistaken. Naast vooral calamiteitenonderzoek, worden enkele GGD'en soms ook gevraagd om proactief risicotoezicht uit te voeren. Medewerkers uit andere pijlers, ervaring hebbend met ander toezicht, worden hiervoor ingezet.

Jeugdgezondheidszorg

In de periode 2016-2017 toetst de inspectie in vijf rondes de hele JGZ-sector aan de door de sector afgesproken richtlijnen.

Iedere ronde sluit de inspectie af met een tussenrapportage, zodat andere JGZ aanbieders de resultaten van elke ronde in een vroeg stadium kunnen gebruiken om zichzelf te verbeteren. De eerste tussenrapportage treft u in bijlage aan.

De JGZ valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente en is voor een deel ondergebracht bij de GGD, deels bij thuiszorginstellingen, voor een deel bij aparte stichtingen en voor een deel direct onder een gemeente.

In de eerste periode (tot september 2016) van dit toezicht heeft de inspectie 10 JGZ organisaties bezocht, waarvan 9 ondergebracht bij een GGD.

De inspectie deed de volgende bevindingen:

- ten opzichte van het vorige toezichtonderzoek heeft de JGZ de kwaliteit van het inhoudelijke werk gemiddeld gesproken goed op peil gehouden. Dat op zich is een prestatie in een periode van transitie van de jeugdhulp naar het gemeentelijke domein waarin de hele sociale omgeving in beweging is en in een periode van grote gemeentelijke bezuinigingen. De samenwerking met de sociale-, wijk-, jeugd-, gebiedsteams is zeer divers en nog volop in ontwikkeling. Over het algemeen is er nog onvoldoende aansluiting op de wijkteams. Daarnaast moest de JGZ ook alle zeilen bijzetten om de vergrote instroom van kinderen van asielzoekers een volledig en tijdig aanbod van JGZ te geven.
- Organisaties kunnen beter gegevens aggregeren ten opzichte van het onderzoek in 2014. Dit maakt vergelijking met historische-, regionale- en landelijke gegevens mogelijk. Een aandachtspunt is de transitie naar zelfsturende teams. Als de teams niet op elk moment over de eigen geaggregeerde gegevens kunnen beschikken dan is transitie naar zelfsturende teams een utopie omdat stuurinformatie ontbreekt. Dat beoordeelt de inspectie als risicovol.
- De contactmomenten in het Landelijk Professioneel Kader (LPK) worden niet overal gevolgd. Het LPK is echter leidend en vooralsnog hoorde de inspectie geen argumenten die afwijken van het LPK rechtvaardigen.
- Nog steeds bestaat er handelingsverlegenheid en slechte registratie bij vermoeden van kindermishandeling.



- Er is aandacht voor vroegsignalering van psychosociale problemen, maar de zorgoverdracht van 18- naar 18 + voor de specifieke doelgroep van jongeren met een licht verstandelijke beperking moet beter.
- De bloeddruk bij kinderen met overgewicht wordt niet overal gemeten.
- De groeicurve wordt soms beoordeeld door assistenten in plaats van door jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen.
- De registratie (bijna) incidenten en klachten van medewerkers (m.u.v. de incidenten rond vaccinaties) staat nog in de kinderschoenen.

Ons kenmerk
2016-1344627

Datum
31 oktober 2016

De inspectie koppelt genoemde bevindingen terug aan de JGZ-organisaties en volgt de benodigde verbetermaatregelen.

Ten slotte

De inspectie ziet dat GGD'en de laatste jaren een 'metamorfose' doormaken: Vanuit de vraag en behoefte van de samenleving een vertaling naar opdrachten vanuit gemeenten.

De governancestructuur van GGD'en is veel meer dan voorheen gericht op innovatie en toegevoegde waarde bieden voor de klant (burger, gemeente, zorgaanbieder, rijk). De veranderende omstandigheden (transities) vragen om een fundamentele herijking van de governance van een GGD. De GGD wil een betekenisvolle rol spelen in preventie van gezondheid en veiligheid. Kennis en netwerken van zorg en veiligheid wil men dichterbij elkaar brengen om de burger zoveel mogelijk een gezond en veilig leven te laten leiden. De inspectie heeft in haar onderzoek gezien dat de GGD dit nu ook doet. Dit wordt mogelijk door veel samen te werken (in kansrijke coalities) en door voldoende body te hebben, bijvoorbeeld door de JGZ in het takenpakket. De GR speelt hierbij een doorslaggevende rol.

De inspectie ziet nog aandachtspunten voor GGD'en om de positieve ontwikkeling voort te kunnen zetten. Aandachtspunten voor GGD'en zijn:

- een vinger aan de pols houden voor het bewaken van de balans in de ontwikkeling van de organisatie en de ontwikkeling van de professionals.
- de opleidingen en capaciteit van de arts maatschappij & gezondheid, arts IZB, TBC-arts, medisch milieukundige, forensisch geneeskundige en verpleegkundige maatschappij & gezondheid;
- het kwaliteit(systeem) doorontwikkelen, waaronder het veilig incidenten melden, audits en visitatiebezoeken door andere GGD'en of veiligheidsdirecties;
- de governancecode vertalen naar de eigen sector;
- toegang houden tot informatie 'uit de haarvaten van de samenleving';
- ontwikkelen samenwerking van zorgverzekeraars en gemeenten, vanwege de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor preventie, zeker voor specifieke risicogroepen;

De inspectie ziet voor de ontwikkeling op bovengenoemde punten een rol voor rijksoverheid, lokale overheden en zorgverzekeraars om de GGD'en hierbij te ondersteunen.



Met bovenstaande geeft de inspectie een beeld van hoe de GGD'en zich ontwikkelen. Deze informatie kan de doorontwikkeling van normen voor het takenpakket van de GGD'en voeden. De inspectie volgt dit proces met belangstelling en kan de resultaten daarvan gebruiken voor het verder vormgeven van toezicht op de GGD'en.

Ons kenmerk

2016-1344627

Datum

31 oktober 2016

Hoogachtend

mevrouw dr. J.A.A.M. van Diemen — Steenvoorde

Inspecteur-generaal



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Vervolgonderzoek bij GGD'en:
Infectieziektebestrijding verder verbeterd en
goed ingebed in netwerk.

Utrecht, november 2016

Inhoud

Voorwoord 5

Samenvatting 7

1 Inleiding 9

- 1.1 Aanleiding en belang 9
- 1.2 Onderzoeksvragen 10
- 1.3 Onderzoeksmethode en periode 10
- 1.4 Toetsingskader 11

2 Conclusies 12

- 2.1 De kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding is verbeterd 12
- 2.2 Eén GGD blijft sterk achter bij de rest 12
- 2.3 Samenwerken vermindert kwetsbaarheid 12
- 2.4 Samenwerking intern en extern is sterk verbeterd 12
- 2.5 Onderzoek staat het snelst onder druk 12
- 2.6 Aanbevelingen rapport GGD GHOR Nederland door GGD'en uitgevoerd 13

3 Handhaving 14

- 3.1 Maatregelen 14
- 3.2 Aanbevelingen 14
- 3.3 Vervolgacties IGZ 14

4 Resultaten 15

- 4.1 Surveillance is verder verbeterd 15
- 4.2 Alle GGD'en stimuleren behandelaars te melden 16
- 4.3 In het kader van preventie goed contact met artikel 26-instellingen 16
- 4.4 Uitvoering Technische Hygiënezorg is op orde 17
- 4.5 GGD'en oefenen meer met outbreakmanagement 17
- 4.6 Regie en Netwerk sterk verbeterd 18
- 4.7 Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling beter geborgd 20
- 4.8 Totaaloverzicht scores per GGD, uitkomsten 2016 21
- 4.9 Totaaloverzicht scores per GGD, uitkomsten 2015 22
- 4.10 GGD'en actief in de aanpak ABR-problematiek 23

5 Beschouwing 24

- 5.1 GGD'en minder kwetsbaar door versterking netwerk 24
- 5.2 Meer samenwerking tussen de bestrijding en preventie 24
- 5.3 Laat als GGD zien hoe goed je bent 25
- 5.4 Rol GGD bij de aanpak van antibacteriële resistentie 25

6 Summary 26

- Bijlage 1 Lijst van afkortingen 27
- Bijlage 2 Toetsingskader Infectieziektebestrijding 29

Voorwoord

Een van de taken van GGD'en is de bescherming van de volksgezondheid en de infectieziektebestrijding maakt daar deel van uit. De Nederlandse bevolking moet kunnen vertrouwen op een degelijke uitvoering zodat de kans op verspreiding van infectieziekten zo klein mogelijk wordt gemaakt. Nederland mag zich daarom gelukkig prijzen met een landelijk dekkend netwerk van over het algemeen goed functionerende GGD'en.

In 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg gerapporteerd dat de infectieziektebestrijding en de tuberculosebestrijding op orde waren. Tegelijkertijd constateerde de inspectie ook dat GGD'en kwetsbaar waren, daar waar het gaat om samenwerking met andere GGD'en, maar vooral ook met andere partijen in de infectieziektebestrijding die bijvoorbeeld in een opgeschaalde situatie bijdragen aan de bestrijding.

In bijgaand rapport van het follow-up onderzoek van het onderzoek uit 2015 laat de inspectie zien dat de GGD'en een sprong voorwaarts hebben gemaakt en dat ze veel geïnvesteerd hebben in de versterking van hun netwerk. Die versterking was niet alleen extern gericht, maar ook op de interne samenwerking. Hierdoor zijn GGD'en beter bestand tegen onverwachte gebeurtenissen zoals een grootschalige uitbraak van een infectieziekte die tijdelijk meer inzet van personeel vergt.

Deze verbeteringen hebben de GGD'en doorgevoerd terwijl tegelijkertijd de context waarin zij moeten werken sterk is veranderd. Denk daarbij aan de taken die veelal bij GGD'en zijn terechtgekomen naar aanleiding van de decentralisatie. Daarnaast ontstaat er ook een nieuwe taak voor GGD'en in de aanpak van de problematiek rond antibacteriële resistentie. Alle GGD'en zijn met deze taak bezig, vooruitlopend op mogelijke wetgeving. Uit dit onderzoek blijkt dat GGD'en hierop snel kunnen inspelen, maar ook dat dit soms lastige keuzes vereist die gevolgen hebben voor de eigen organisatie en weer tot nieuwe kwetsbaarheden kunnen leiden.

Het is goed om ons te realiseren dat Nederland beschikt over een goed werkend systeem van infectieziektebestrijding waarin de GGD'en een primaire rol hebben, maar vanzelfsprekend is het allerm minst. GGD'en moeten daarbij wel in staat worden gesteld om al hun deeltaken goed uit te voeren, inclusief de participatie in wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek levert immers weer kennis op die ingezet kan worden om toekomstige dreigingen het hoofd te kunnen blijven bieden.

Tenslotte vindt de inspectie dat GGD'en meer dan nu moeten laten zien hoe zij presteren. De inspectie doet daartoe de aanbeveling aan de GGD'en om de uitkomsten van de intercollegiale visitaties openbaar te maken

Dr. J.A.M.M. (Ronnie) van Diemen-Steenvoorde,
Inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Samenvatting

Tussen 2013 en 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg de kwaliteit van de infectieziekte- en de tuberculosebestrijding bij GGD'en onderzocht. In mei 2015 publiceerde de inspectie daarover met het rapport getiteld: "infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar". De belangrijkste conclusie was dat de bestrijding van infectieziekten en tuberculose over het algemeen goed werd uitgevoerd. Ook concludeerde de inspectie dat de contacten met ketenpartners (zowel intern als extern) onvoldoende waren ontwikkeld. Dit is vooral in opgeschaalde situaties van groot belang. Dan moeten partijen elkaar snel kunnen vinden. Zonder goede interne en externe contacten en zonder oefening gaat kostbare tijd verloren in het opschalingsproces.

Verder deed de inspectie de aanbeveling om preventie (onder andere de technische hygiënezorg, THZ) en infectieziektebestrijding binnen de publieke gezondheidszorg dichter bij elkaar te brengen. Door die samenwerking zijn er meer mensen beschikbaar met de nodige kennis op het gebied van infectiepreventie en infectieziektebestrijding. Ook de aanpak van de problematiek rond de antibacteriële resistentie is gebaat bij een dergelijke samenwerking.

Na het uitbrengen van het inspectierapport verschenen er twee rapporten van GGD GHOR Nederland die de conclusies van de inspectie onderschreven.

Zowel het rapport van de inspectie als de twee rapporten van GGD GHOR Nederland zijn in de Tweede Kamer besproken met de minister. Op grond daarvan heeft de minister de IGZ verzocht om zich een actueel beeld te vormen van de kwaliteit van de taken van de GGD'en in de publieke gezondheid. Dit vervolgonderzoek over de infectieziektebestrijding maakt daar deel van uit.

De inspectie heeft alle GGD'en bezocht en de onderwerpen die in het vorige onderzoek uit 2015 onder de maat scoorden opnieuw getoetst. Daarnaast heeft de inspectie gesprekken gevoerd met de directeurs publieke gezondheid over de visie op de uitvoering van de infectieziektebestrijding bij hun GGD.

De conclusie van dit onderzoek is dat de infectieziektebestrijding er in Nederland goed voor staat. De verdienste van de GGD'en is dat ze enorm hebben geïnvesteerd in hun netwerk, zowel intern als extern. Ook zijn er intensievere, en geformaliseerde contacten met andere GGD'en. Dat alles maakt dat GGD'en minder kwetsbaar zijn dan in 2015. GGD'en zijn in staat snel te schakelen bij onverwachte ontwikkelingen en kunnen terugvallen op hun burens bij plotselinge schaarste aan personeel. Desalniettemin kunnen nieuwe taken die nog geen wettelijke basis kennen, maar waar wel veel tijd in gestoken moet worden, zoals de aanpak van de problematiek rond antibacteriële resistentie en de ontwikkelingen rond zoönosen leiden tot nieuwe kwetsbaarheden.

Tot slot: De inspectie doet de aanbeveling aan GGD GHOR Nederland om meer werk te maken van de publieke verantwoording van hun activiteiten. De GGD'en verrichten belangrijk werk en dat doen ze goed. Zij worden uitgenodigd dit meer voor het voetlicht te brengen.

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

Infectieziekten vormen een blijvende dreiging voor de volksgezondheid. GGD'en hebben een belangrijke rol in de bestrijding van infectieziekten in de publieke sector. De afdelingen Algemene Infectieziektebestrijding voeren dat uit. Voor de infectieziektebestrijding is IGZ de wettelijke toezichthouder op basis van de Wet publieke gezondheid. In mei 2015 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het eindrapport van het onderzoek uit 2013-2015 bij de GGD'en: "Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar"¹. De voornaamste conclusie van dat rapport was dat GGD'en hun wettelijke taken op het terrein van infectieziekte- en tuberculosebestrijding in het algemeen goed uitvoeren maar ook dat een aantal GGD'en onvoldoende investeerde in de contacten met artikel 26-instellingen in de regio. Ook de contacten met andere ketenpartners in de infectieziektebestrijding (voor o.a. opgeschaalde zorg) waren onvoldoende intensief, evenals die met andere afdelingen binnen de GGD zelf, zoals epidemiologie, de jeugdgezondheidszorg en de afdeling gezondheidsbevordering. Ten slotte oefenden GGD'en te weinig met de draaiboeken voor grootschalige infectieziekte-uitbraken. Dit maakt de GGD'en kwetsbaarder in hun vermogen om snel en adequaat te reageren op plotselinge uitbraken. Zonder goede interne en externe contacten en zonder oefening gaat kostbare tijd verloren in het opschalingsproces.

Verder achtte de IGZ het van belang om in de publieke gezondheidszorg preventie (onder andere de technische hygiënezorg, THZ) en infectieziektebestrijding dichter bij elkaar te brengen. Deze afdelingen waren namelijk bijna altijd strikt gescheiden. Door deze beter te laten samenwerken zouden binnen de GGD meer mensen beschikbaar kunnen zijn met kennis van preventie en bestrijding. Bovendien hebben medewerkers van preventie/THZ al veel contacten met groepen in de regio (onderdeel van het netwerk) waardoor ze snel de juiste personen en instellingen kunnen bereiken in geval van incidenten of calamiteiten. Ook rond de problematiek van bijzondere resistente micro-organismen (BRMO) is een multidisciplinaire aanpak van preventie en bestrijding van infectieziekten en zorginfecties belangrijk.

GGD GHOR Nederland heeft ook zelf onderzoek gedaan naar onder andere de kwaliteit van de infectieziektebestrijding bij GGD'en. Dit onderzoek heeft recentelijk twee rapporten opgeleverd^{2,3}. Met name in het rapport dat specifiek ingaat op de infectieziektebestrijding onderschrijft GGD GHOR Nederland de conclusies van de IGZ dat de infectieziektebestrijding bij de GGD'en kwetsbaar is. Volgens GGD GHOR Nederland heeft dat onder andere te maken met de toenemende complexiteit van de meldingen en toenemend aantal vragen vanuit de bevolking, maar ook met onvoldoende mogelijkheden om te reageren op actuele ontwikkelingen, zoals de aanpak van antibacteriële resistentie (ABR) en de komst van 'nieuwe' zoönosen en infectieziekten.

Zowel het rapport van de inspectie als de twee rapporten van GGD GHOR Nederland hebben aandacht gehad in de Tweede Kamer. Op grond daarvan heeft de minister de IGZ verzocht het onderzoek van 2013-2015 voor de infectieziektebestrijding te herhalen.

1 Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar, IGZ, Utrecht, 2015

2 Publieke gezondheid borgen – Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en, GGD GHOR Nederland, maart 2016.

3 Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding, GGD GHOR Nederland, maart 2016.

Voor het publiek is goed georganiseerde infectieziektebestrijding een vanzelfsprekendheid. De burger verwacht in Nederland geen problemen met infectieziekten. Daartoe dient de publieke gezondheid goed geborgd te zijn. Rijk en gemeenten zijn hiervoor primair verantwoordelijk. De rapportages van IGZ en GGD GHOR Nederland hebben laten zien dat de GGD'en op het terrein van infectieziektebestrijding op orde waren, maar dat dit onder druk kon komen te staan wanneer er zich dreigingen van buitenaf zouden aandienen. Het is van belang om een actueel beeld te geven, opdat de burger zich terecht zo veilig mogelijk weet. Daarom heeft de minister van VWS de IGZ gevraagd zich hiervan te vergewissen in dit vervolgonderzoek.

Op grond van deze aanleidingen en overwegingen geeft de IGZ een actueel beeld van de GGD'en op het terrein van de infectieziektebestrijding en THZ. De kwaliteit van de soa-bestrijding heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg recentelijk onderzocht. De kwaliteit van de tuberculosebestrijding bleek in het onderzoek van 2013-2015 op orde te zijn. Daarnaast is er ook via het Nationaal plan tuberculosebestrijding 2016-2020 aandacht voor de kwaliteit van de tuberculosebestrijding in Nederland. Daarom worden in dit onderzoek de soa-bestrijding en de tuberculosebestrijding buiten beschouwing gelaten. IGZ neemt wel een aantal oriënterende vragen mee in het onderzoek over ship-sanitation inspecties en over de inspanningen die GGD'en verrichten op het terrein van de ABR-problematiek.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag:

Wat is het oordeel van de inspectie over de kwaliteit van de infectieziektebestrijding, inclusief onderdelen van de THZ?

Subvragen:

1. Voldoen getoetste onderdelen van de algemene infectieziektebestrijding aan de richtlijnen en veldnormen?
2. Voldoen de getoetste onderdelen van de THZ aan de richtlijnen en veldnormen?
3. Is er op de in dit onderzoek getoetste onderdelen verschil te zien in de kwaliteit met het eerder uitgevoerde onderzoek (2013-2015)?

1.3 Onderzoeksmethode en periode

Voor dit onderzoek heeft de IGZ gebruikt gemaakt van het toetsingsinstrument uit 2013-2015. Die onderwerpen waar meer dan drie GGD'en 'onvoldoende' of 'matig' op scoorden zijn geselecteerd om opnieuw te worden beoordeeld bij alle GGD'en. Andere onderwerpen waarop door individuele GGD'en 'onvoldoende' of 'matig' is gescoord in het onderzoek 2013-2015 zijn wel besproken, maar komen alleen terug in de individuele rapporten per GGD.

Een nieuw onderwerp, en een nieuwe taak voor de GGD, betreft de activiteiten rond de aanpak van antibacteriële resistentie. Hierover heeft de inspectie enkele informatieve vragen gesteld.

Tijdens de bezoeken aan de GGD'en is gesproken met de directeur publieke gezondheid (DPG) over de kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding. Daarna volgden gesprekken met inhoudsdeskundigen zoals: arts infectieziektebestrijding, (sociaal) verpleegkundigen infectieziektebestrijding, deskundige infectiepreventie en medewerker THZ.

De bezoeken vonden plaats van juni tot en met augustus 2016.

1.4

Toetsingskader

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de volgende normen en richtlijnen gebruikt voor het toetsingskader:

- Wet publieke gezondheid
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
- Wet beroepen individuele gezondheidszorg
- Kwaliteitsprofiel bestrijding infectiezieken en opsporing ziekteoorzaken Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI), april 1999
- Beroepsprofiel arts Maatschappij en Gezondheid (M&G) infectieziektebestrijding (IZB), Vereniging Infectieziekten, maart 2010
- Kwaliteitsprofiel Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV)
- Richtlijnen LCI
- Richtlijnen LCHV
- Herziening VISI-normering Algemene Infectieziektebestrijding 2013
- Kwaliteitsdocument Landelijk Overleg Infectieziekten (LOI)
- Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)
- Kaderbesluit CSG (KNMG, 2011) (t.a.v. herregistratie artsen conform artikel 15, eerste lid Wet BIG)

2 Conclusies

Omdat het onderzoek dat in dit rapport beschreven is een vervolgonderzoek is van het onderzoek naar de kwaliteit van de infectieziektebestrijding uit 2013-2015, worden de resultaten uit deze rapportage daarmee vergeleken.

- 2.1 De kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding is verbeterd**
De kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding was in 2015 goed en is dat nog steeds. Op onderdelen is de kwaliteit verder verbeterd. Dit heeft voornamelijk te maken met de contacten en afspraken met de artikel 26-instellingen (zie hoofdstuk 4.3). De IGZ vindt dit een goede ontwikkeling.
- 2.2 Eén GGD blijft sterk achter bij de rest**
Bij één van de 25 GGD'en is de kwaliteit van de infectieziektebestrijding onder de maat en blijft ver achter bij de rest. Dit heeft te maken met het uitblijven van verbeteringen op het vlak van samenwerking en netwerk (zowel intern als extern), het oefenen met protocollen en draaiboeken waarin opschaling een rol speelt, contacten met artikel 26-instellingen en het uitvoeren van een risicoinventarisatie. De IGZ vindt dit onvoldoende en heeft extra maatregelen opgelegd aan deze GGD.
- 2.3 Samenwerken vermindert kwetsbaarheid**
De titel van het inspectierapport uit 2015 noemde de GGD'en 'kwetsbaar'. Dit had te maken met de moeite die de meeste GGD'en hadden om snel te kunnen opschalen bij een of meerdere grootschalige incidenten. De dieperliggende oorzaak was een gebrek aan intern en extern netwerk waardoor in tijden van crisis kostbare tijd verloren ging aan het opbouwen van de noodzakelijke contacten. In dit vervolgonderzoek bleek dat GGD'en hierin fors hebben geïnvesteerd, niet alleen in het interne en externe netwerk in de eigen regio, maar vooral ook in de samenwerking tussen de GGD'en onderling (zie hoofdstuk 4.6). Daardoor is het veel makkelijker geworden een beroep te kunnen doen op een andere GGD wanneer er sprake is van een calamiteit.
Desondanks kan er nog steeds druk ontstaan op een GGD wanneer zich meerdere calamiteiten tegelijk voordoen of wanneer er ontwikkelingen zijn (zoals activiteiten op het terrein van zoonosen en ABR) waardoor er soms langdurig extra inzet gevraagd wordt. Hierdoor kunnen opnieuw kwetsbaarheden ontstaan.
- 2.4 Samenwerking intern en extern is sterk verbeterd**
Bijna alle GGD'en hebben intern de samenwerking tussen de infectieziektebestrijding en de THZ verbeterd en werken aan het verder integreren van deze teams/afdelingen (zie hoofdstuk 4.6). Het gestructureerde overleg met andere afdelingen binnen de GGD, zoals Jeugdgezondheidszorg, Epidemiologie en Gezondheidsbevordering blijft bij twee GGD'en nog achter.
GGD'en hebben in vergelijking met het onderzoek uit 2015 veel meer samenwerkingsverbanden, zijn daarmee meer naar buiten gericht en spelen meer dan voorheen in op actuele ontwikkelingen.
- 2.5 Onderzoek staat het snelst onder druk**
Uit de gesprekken met de directeuren publieke gezondheid blijkt dat veel GGD'en participeren in wetenschappelijk onderzoek, een van de deeltaken van de infectieziektebestrijding. Bij calamiteiten of ontwikkelingen die extra inzet vergen komt dit echter als eerste onder druk te staan. Met name de kleinere GGD'en hebben hier last van. De IGZ vindt dit zorgelijk. Het maakt deze GGD'en minder

aantrekkelijk voor nieuwe medewerkers (met name artsen infectieziektebestrijding). Dit kan dan weer zijn weerslag hebben op de kwaliteit van de infectieziektenbestrijding. Bovendien blijft veel informatie onbenut

2.6 **Aanbevelingen rapport GGD GHOR Nederland door GGD'en uitgevoerd**

Zoals in de inleiding al genoemd, heeft GGD GHOR Nederland in maart 2016 een rapport gepubliceerd over de voorwaarden voor een toekomstbestendige infectieziektebestrijding in Nederland. Dat rapport bevatte ook een aantal aanbevelingen. Hieronder worden deze aanbevelingen gespiegeld aan het beeld dat de IGZ zich nu heeft gevormd.

De vraag is: Onderschrijven de conclusies van dit rapport de aanbevelingen uit het GGD GHOR rapport?

De IGZ concludeert dat conclusies van dit rapport deze aanbevelingen onderschrijven en tonen bovendien aan dat het merendeel van de aanbevelingen ter harte genomen en op een na door de GGD'en is uitgevoerd.

Aanbeveling 1: Versterking ABR en zoönosen

Alle GGD'en bereiden zich voor op een rol in de activiteiten rond de ABR-problematiek. Deze is uiteraard afhankelijk van de landelijke ontwikkelingen, maar de GGD'en anticiperen allemaal op hun betrokkenheid hierbij. Rond zoönosen is het netwerk bij alle GGD'en versterkt: De contacten met de NVWA en met de veterinaire en alimentair consulenten zijn aangehaald. Deze nieuwe taak, maar ook de activiteiten rond de ABR-problematiek vergen een langdurige inspanning van de GGD'en, waardoor nieuwe kwetsbaarheden op de loer liggen.

Aanbeveling 2: Alle GGD'en gebruiken HP-Zone

Dit is nagenoeg het geval. Er is nog maar één GGD niet overgestapt naar HP-zone, maar het ligt wel in de planning om dat op korte termijn te gaan doen. Met dit digitale registratiesysteem voor activiteiten in de infectieziektebestrijding kunnen GGD'en de data beter analyseren en vergelijken.

Aanbeveling 3: Versterken communicatie en netwerk

Alle GGD'en hebben hun netwerk versterkt, zowel intern als extern. Communicatie maakt daar deel van uit.

Aanbeveling 4: Voldoende aandacht voor alle taken

Alle GGD'en hebben terdege aandacht voor hun taken. Die liggen uiteraard vervat in de gemeentelijke regelingen. Daarnaast zijn GGD'en zich toenemend bewust dat een proactieve en naar buiten gerichte houding helpt in de uitvoering van die taken. Zo levert het netwerk ook noodzakelijke monitor- en surveillance-informatie op.

Aanbeveling 5: Formatie op kwalitatief en kwantitatief niveau

De kwaliteit van de infectieziektebestrijding is goed op orde. Dat blijkt uit het hierin beschreven onderzoek. Dat is het criterium voor toezicht door de IGZ.

Aanbeveling 6: Samenwerking en regionale netwerken proactief oppakken

Zie ook aanbeveling 3. Alle GGD'en hebben inmiddels hun netwerk versterkt, zowel intern als extern. Daarnaast zoeken GGD'en nadrukkelijk samenwerking met andere GGD'en voor kennisuitwisseling en ondersteuning wanneer extra capaciteit nodig is.

Aanbeveling 7: Ruimte voor wetenschappelijk onderzoek en innovatie

Zie ook conclusie 2.5. Er is zeker ruimte voor wetenschappelijk onderzoek, maar deze taak komt onder druk te staan bij calamiteiten of ontwikkelingen die extra inzet van personeel vergen.

3 Handhaving

3.1 **Maatregelen**

De IGZ heeft drie GGD'en een maatregel opgelegd. Twee GGD'en moeten de inspectie in het najaar informeren over de resultaten van de verbeteracties. Met één GGD (GGD Limburg-Noord, die bij herhaling op veel onderwerpen onder de maat scoort) heeft de inspectie nadere afspraken gemaakt. Die houden in dat de inspectie deze GGD nauwlettend zal volgen gedurende het traject van noodzakelijke verbeteringen en mogelijk aanvullende handhavinsmaatregelen treft. Een enkele GGD kreeg een aanbeveling om bepaalde zaken (verder) te verbeteren. Hierover hoeft de betreffende GGD de IGZ niet nader te informeren.

3.2 **Aanbevelingen**

Aanbeveling voor GGD GHOR NL:

De IGZ beveelt GGD GHOR Nederland aan meer publieke verantwoording af te leggen voor het werk dat ze doen. Voor de infectieziektebestrijding zijn de GGD'en nu goed op orde. Het is de verwachting dat het systeem van intercollegiale toetsing voor GGD'en eenzelfde beeld oplevert. GGD GHOR Nederland kan dit moment aangrijpen om op een verantwoorde manier de uitkomsten van de vastaties openbaar te maken (zie ook hoofdstuk 5.3)

3.3 **Vervolgacties IGZ**

De inspectie volgt GGD Limburg-Noord nauwgezet op de verbeteracties die inmiddels zijn ingezet. Een herbezoek maakt deel uit van dit toezicht.

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van het onderzoek. Omdat het een follow-up onderzoek betreft zullen de resultaten worden vergeleken met de uitkomsten van het onderzoek in 2015.

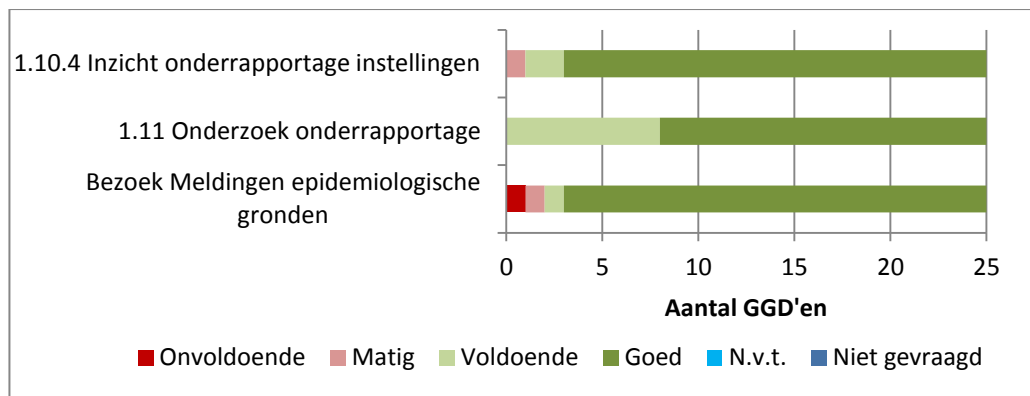
Alleen die onderwerpen waarop drie of meer GGD'en in 2015 'onvoldoende' of 'matig' scoorden, zijn hier onderzocht. Als een enkele GGD op een bepaald onderwerp onder de maat scoorde, zijn de betreffende onderwerpen wel tijdens het bezoek aan de orde gesteld.

De IGZ heeft gebruik gemaakt van het toetsinginstrument uit 2013-2015. Niet alle onderwerpen die in 2015 zijn onderzocht, zijn in het hierin beschreven onderzoek opnieuw onderzocht. De inspectie heeft een selectie gemaakt van die items waar drie of meer GGD'en toen 'onvoldoende' of 'matig' op scoorden. In het rapport van de individuele GGD heeft de inspectie ook vermeld of de score was verbeterd, gelijk was gebleven of verslechterd.

De nummering in dit rapport volgt het inspectierapport uit 2015 om het vergelijken eenvoudig te maken.

De bevindingen gaan over alle GGD'en in Nederland.

4.1 Surveillance is verder verbeterd



Figuur 1. Surveillance

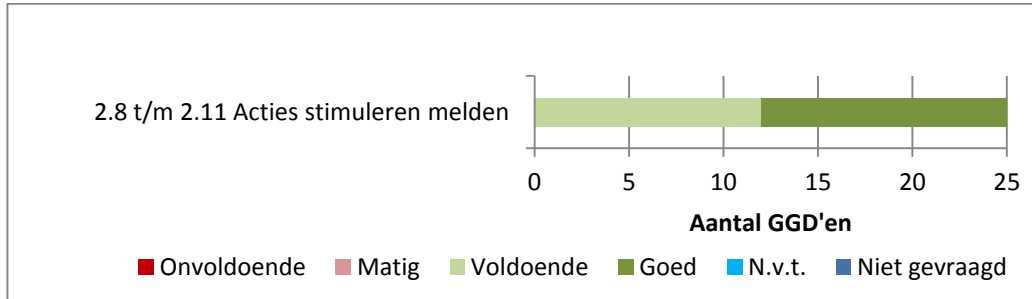
Inzicht van en onderzoek naar onderrapportage instellingen (1.10.4 en 1.11)

Slechts één GGD heeft onvoldoende inzicht in de onderrapportage door instellingen in de regio. In 2015 waren dat er nog vijf. Alle GGD'en doen inmiddels onderzoek naar de onderrapportage in hun regio.

Meldingen op epidemiologische gronden (bezoekvraag)

Nog twee GGD'en (6 GGD'en in 2015) scoren onder de maat voor meldingen op grond van epidemiologie. Dit betekent dat zij dit soort meldingen niet binnen krijgen.

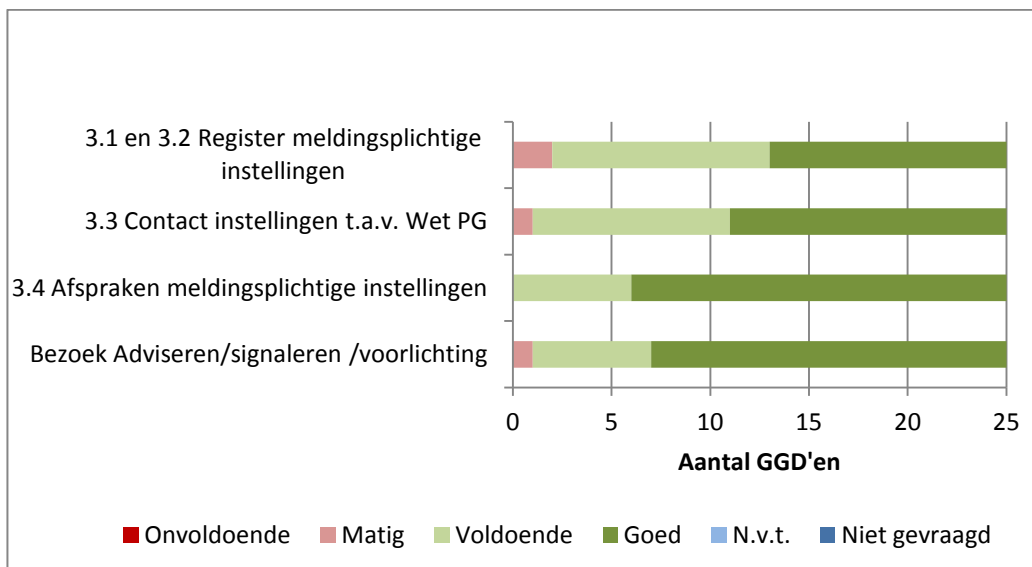
4.2 Alle GGD'en stimuleren behandelaars te melden



Figuur 2. WPG-meldingen

Alle GGD'en ondernamen acties om behandelaars te stimuleren om meldingsplichtige ziekten (op basis van de Wet publieke gezondheid) bij de GGD te melden. In 2015 deden drie GGD'en dit nog niet.

4.3 In het kader van preventie goed contact met artikel 26-instellingen



Figuur 3. Preventie

Register meldingsplichtige instellingen artikel 26 Wet publieke gezondheid (3.1-3.2)

Alle GGD'en hebben inmiddels een register van instellingen die verplicht zijn uitbraken van infectieziekten te melden bij de GGD. Dat register wordt ook regelmatig geactualiseerd. Twee GGD'en actualiseren dit register niet frequent genoeg (minder dan jaarlijks).

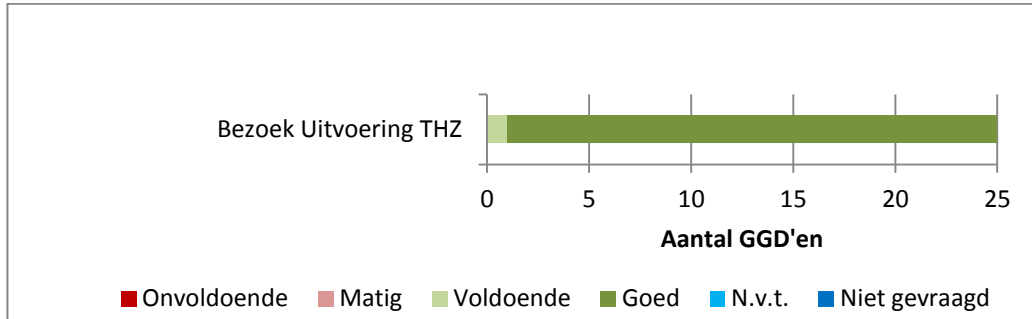
Contacten met instellingen die meldingsplichtig zijn (3.3, 3.4 en bezoekevraag)

Ook onderhouden alle GGD'en contact met deze zogenaamde artikel 26-instellingen. Eén GGD onderhoudt niet het contact met alle instellingen in de regio.

Alle GGD'en hebben de afspraken met artikel 26-instellingen vastgelegd. In 2015 hadden acht GGD'en dit niet op orde.

Alle GGD'en behalve een adviseert instellingen over bouw, inrichting en organisatie om verspreiding van microorganismen zoveel als mogelijk te beperken.

4.4 Uitvoering Technische Hygiënezorg is op orde

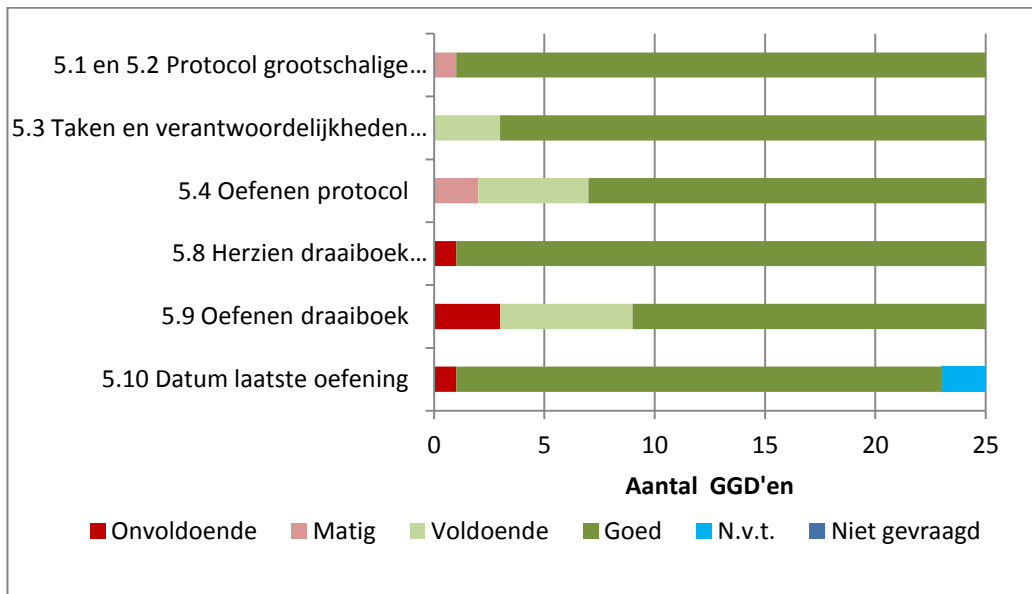


Figuur 4. Uitvoering THZ

Uitvoering THZ (bezoekvraag)

De uitvoering van de THZ voor zover het advisering betreft van instellingen is bij alle GGD'en op orde. Alle GGD'en adviseren over bouw, inrichting en organisatie binnen instellingen om het risico op verspreiding van infectieziekten binnen instellingen te minimaliseren. Ook zijn alle GGD'en ingericht om problemen op het terrein van de THZ te signaleren en beantwoorden ze vragen uit de bevolking en geven ze voorlichting. In 2015 presteerden nog zes GGD'en onder de maat op dit onderwerp.

4.5 GGD'en oefenen meer met outbreakmanagement



Figuur 5. Outbreakmanagement

Protocol grootschalige uitbraken infectieziekten (5.1-5.4)

De activiteiten rond het protocol grootschalige uitbraken infectieziekten is bij nagenoeg alle GGD'en op orde. Alle GGD'en hebben een dergelijk protocol, hoewel er één GGD is (nog vier in 2015) die dit protocol niet met andere betrokken partijen heeft opgesteld.

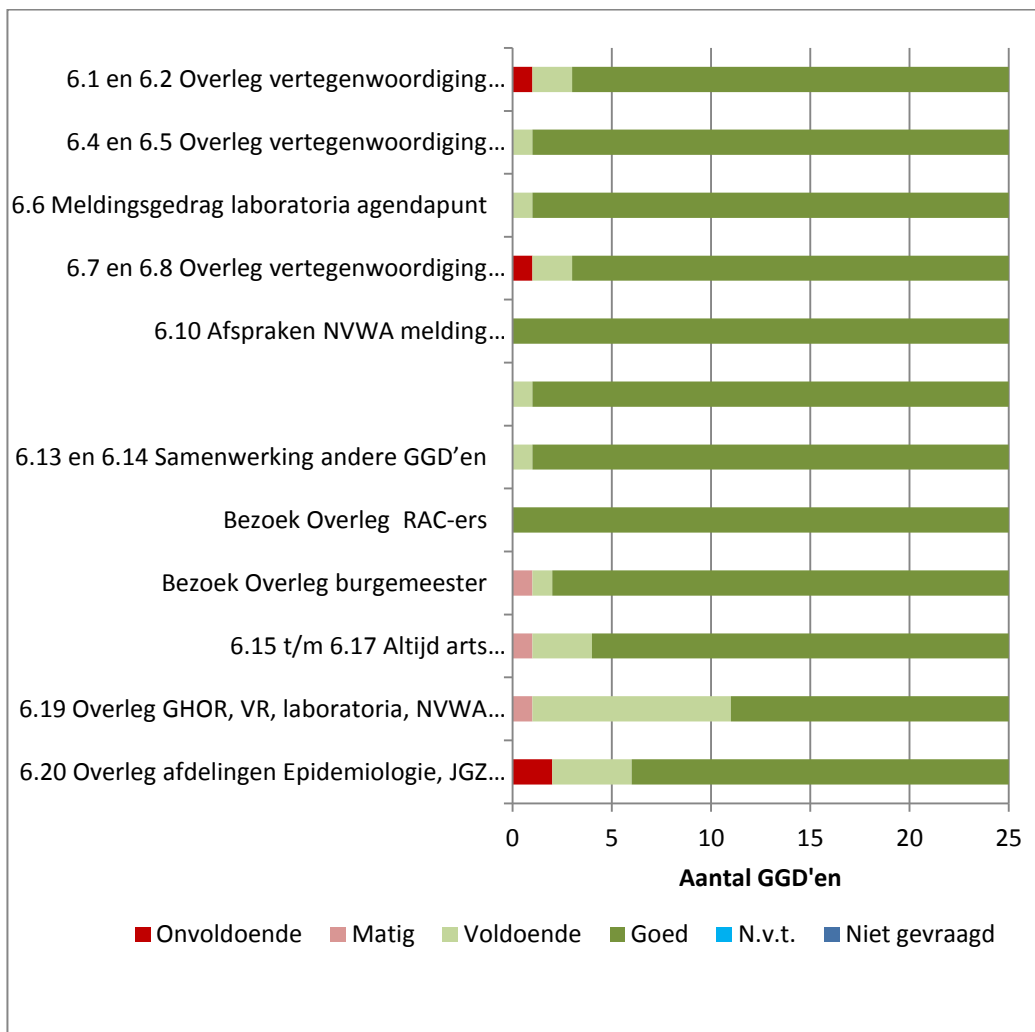
Verder zijn de taken en verantwoordelijkheden in de protocollen door alle GGD'en goed vastgelegd. In 2015 hadden drie GGD'en dit nog niet gedaan.

Draaiboek massavaccinatie (5.8-5.10)

Er is één GGD die het draaiboek massavaccinatie niet heeft herzien na de vaccinatiecampagne voor de Nieuwe influenza A (H1N1). In 2015 waren dat nog vijf GGD'en.

Ten opzichte van 2015 zijn er veel meer GGD'en die recentelijk met het draaiboek massavaccinatie geoefend hebben of dat op zeer korte termijn gaan doen (22 GGD'en nu vs 9 in 2015).

4.6 Regie en netwerk sterk verbeterd



Figuur 6. Regie en netwerk

Meer overleg met vertegenwoordigers van huisartsen (6.1-6.2), laboratoria (6.4-6.6) en ziekenhuizen (6.7-6.8)

Er wordt door de GGD'en vaker en gestructureerder overlegd met huisartsen, laboratoria en specialisten in de ziekenhuizen. Slechts één GGD blijft hier bij achter (voor de contacten met huisartsen en specialisten). In 2015 overlegden de GGD'en niet of niet vaak genoeg met huisartsen (7 GGD'en), laboratoria (4 GGD'en) en ziekenhuizen (13 GGD'en).

Afspraken met de NVWA vaker vastgelegd (6.10-6.11)

Alle GGD'en hebben inmiddels afspraken gemaakt met de NVWA over de wederzijdse meldingen van infectieziekten (en of zoonosen). In 2015 hadden 4 GGD'en dit aspect niet op orde.

Ook hebben alle GGD'en met de NVWA vastgelegd waarover ze elkaar meldingen zullen gaan doen. Dit hadden 12 GGD'en niet op orde in 2015.

Samenwerking tussen GGD'en onderling verder geformaliseerd (6.13-6.14)

In 2015 hadden alle GGD'en samenwerking met andere GGD'en geregeld, maar bij 8 van de 25 GGD'en waren deze samenwerkingsafspraken niet vastgelegd. Dat is nu wel zo. Alle GGD'en hebben hun samenwerkingsvormen geformaliseerd.

Overleg met de RAC-ers in alle regio's geformaliseerd (bezoekvraag)

In alle GGD-regio's zijn er periodiek gestructureerde afspraken met de RAC-ers. In 2015 had één GGD geen afspraken met de RAC-er en drie GGD'en hadden geen periodieke afspraken met een RAC-er.

Periodiek overleg met de burgemeester vaker gestructureerd (bezoekvraag)

Alle GGD'en hebben inmiddels overleg met de burgemeester (in 2015 hadden 23 van de 25 dit) en bij slechts één GGD is dat overleg niet periodiek en/of gestructureerd. In 2015 was dat bij 6 GGD'en het geval.

Bereikbaarheid van de arts-infectieziekten vaker getoetst (6.15-6.17)

De bereikbaarheid van de arts-infectieziekten is bij alle GGD'en verzekerd en dit wordt ook bij alle GGD'en, behalve één minimaal jaarlijks getoetst. In 2015 was bij vier GGD'en de arts-infectieziekten niet 24/7 bereikbaar.

Overleg met ketenpartners beter geborgd (6.19)

Veertien GGD'en hebben structureel overleg de belangrijkste ketenpartners: de GHOR, de Veiligheidsregio, Laboratoria, Ziekenhuizen en de NVWA. Tien GGD'en hebben overleg met de meeste van deze ketenpartners, maar niet met alle. Eén GGD heeft met slechts een of twee van deze ketenpartners gestructureerde afspraken (score: 'matig'). In 2015 scoorden acht GGD'en 'matig'.

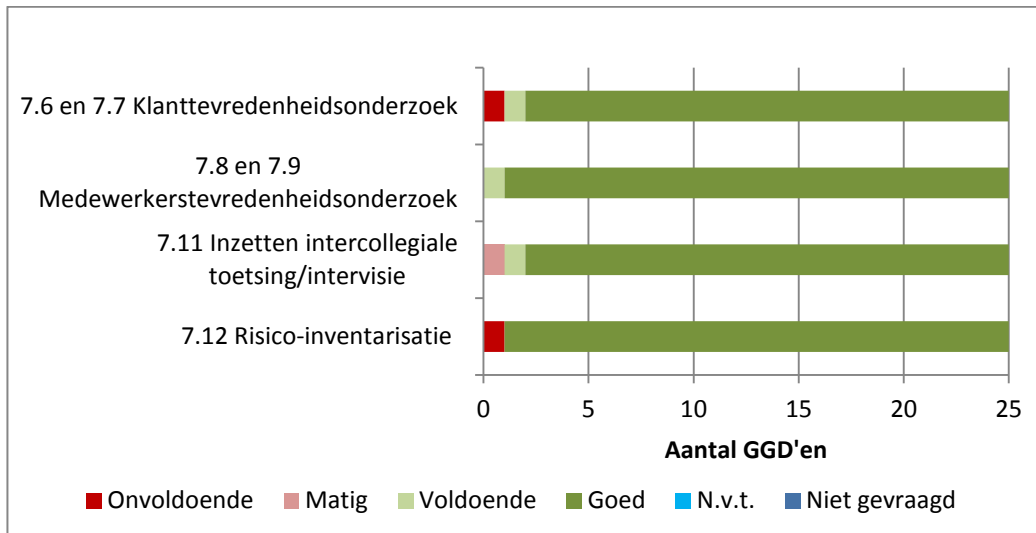
Overleg met andere afdelingen binnen de GGD krijgt gestalte (6.20)

Van de 25 GGD'en scoren er 23 'voldoende' of 'goed' op het onderwerp overleg met andere afdelingen binnen de GGD. In 2015 waren dat er nog maar 11. Er is nu veel vaker gestructureerd overleg met de afdelingen JGZ, Epidemiologie en Gezondheidsbevordering. Bij twee GGD'en is dit overleg nog niet vormgegeven.

Overleg met afdeling THZ goed gestalte gegeven (nieuwe vraag)

Een nieuwe vraag betrof de samenwerking tussen de afdeling algemene infectieziektebestrijding en THZ omdat hiervoor in het rapport van 2015 aandacht werd gevraagd. Het blijkt dat 24 van de 25 GGD'en een vorm van gezamenlijk overleg kennen met de afdeling THZ, hetzij in de vorm van gezamenlijk (casus)overleg of elkaars afdelingsoverleg bijwonen.

4.7 Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling beter geborgd



Figuur 7. Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling

Klanttevredenheidsonderzoek en medewerkerstevredenheidsonderzoek vaker uitgevoerd (7.6-7.9)

In 2015 voerden drie GGD'en geen klanttevredenheidsonderzoek en geen medewerkerstevredenheidsonderzoek uit. In dit onderzoek is dat aantal naar één, respectievelijk nul gedaald.

Verbetering bij intercollegiale toetsing en visitatie (7.11)

Bij de inzet van intercollegiale toetsing en visitatie blijft één GGD achter (in 2015 drie). Deze GGD zet niet beide instrumenten in, maar één van de twee.

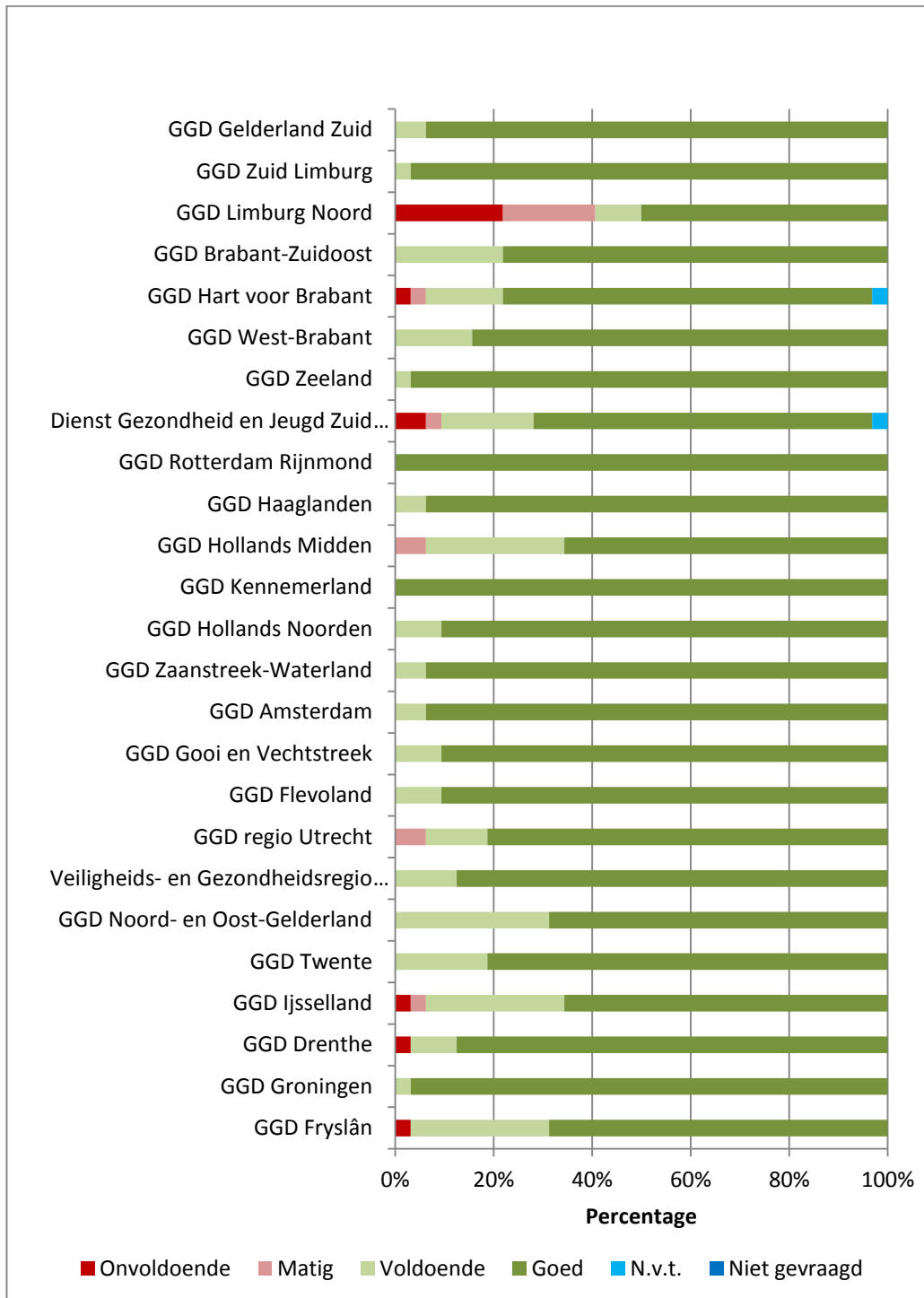
Risicoinventarisatie bij nagenoeg alle GGD'en ingevoerd (7.12)

Bij 24 van de 25 GGD'en werd een risicoinventarisatie uitgevoerd op het terrein van de infectieziektebestrijding. Eén GGD bleef daar bij achter. In 2015 werd bij 22 GGD'en een risicoinventarisatie uitgevoerd.

Borging van de kwaliteit van de inspecties voor ship sanitation (nieuwe vraag)

Een nieuwe vraag betrof de kwaliteitsborging van de inspecteurs die inspecties op het terrein van de ship sanitation uitvoeren. Het blijkt dat tien GGD'en dergelijke inspecties uitvoeren en dat in negen van de tien regio's alle inspecteurs opgeleid zijn om deze taak uitte voeren. Eén GGD blijft achter. Daar zijn niet alle inspecteurs opgeleid conform de geldende afspraken.

4.8 Totaaloverzicht scores per GGD, uitkomsten 2016

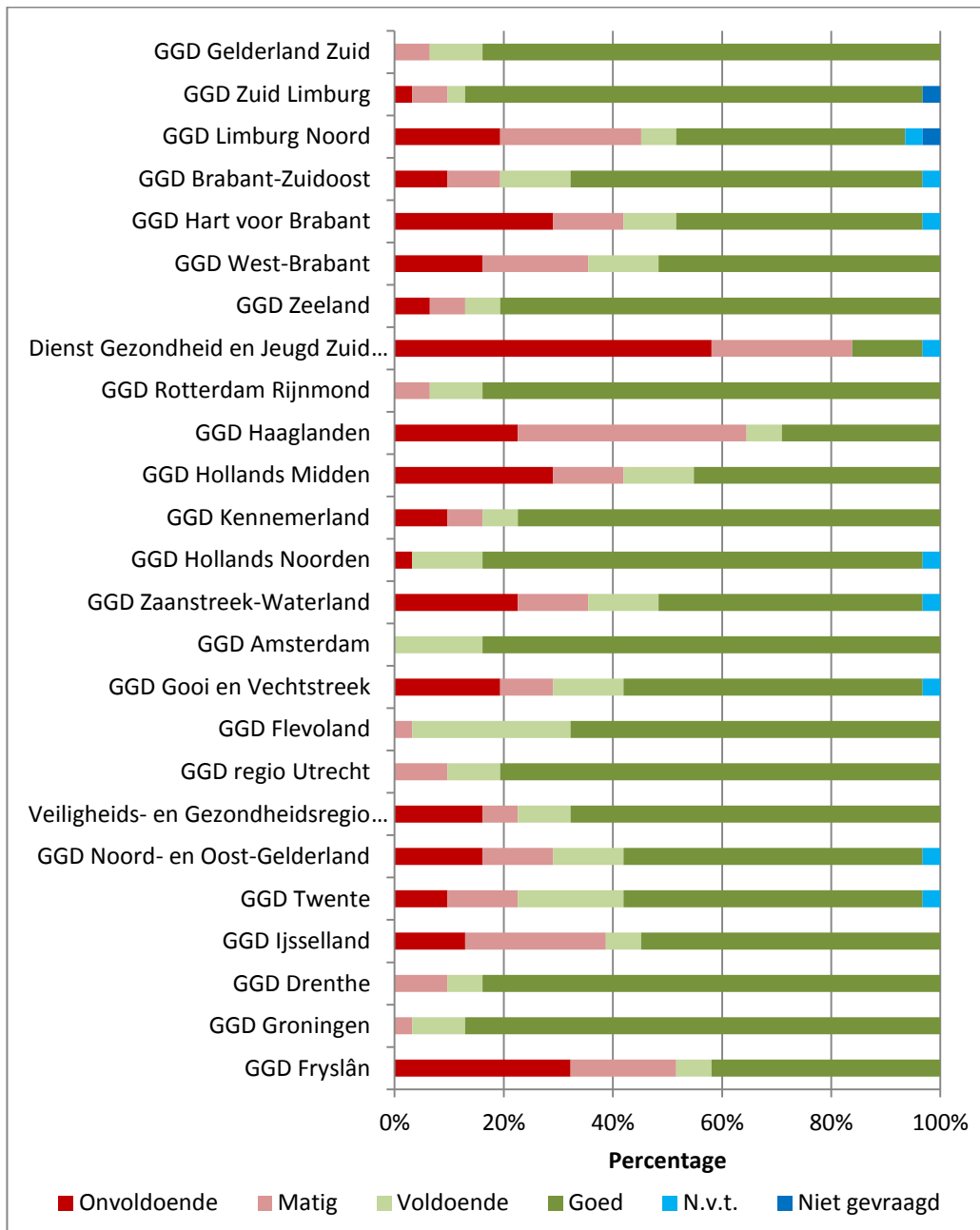


Figuur 8: totaaloverzicht scores per GGD, 2016

Figuur 8 geeft het totaal aan scores weer voor alle getoetste onderwerpen uit het hierin beschreven onderzoek. Ter vergelijking: figuur 9 geeft de scores weer van dezelfde getoetste onderwerpen, maar dan uit het rapport van 2015. GGD Limburg

Noord scoort op veel onderwerpen bij herhaling onder de maat. Dienst gezondheid en Jeugd Zuid Holland Zuid heeft de meeste verbeteringen weten door te voeren. Door alle GGD'en samen wordt op de getoetste onderwerpen 97% 'voldoende' of 'goed' gescoord.

4.9 Totaaloverzicht scores per GGD, uitkomsten 2015



Figuur 9: totaaloverzicht scores per GGD, 2015

4.10 GGD'en actief in de aanpak ABR-problematiek

Alle GGD'en actief in de aanpak ABR-problematiek (inventariserende vraag)

De inspectie heeft een aantal inventariserende vragen gesteld over de activiteiten van de GGD'en in de landelijke aanpak van de ABR-problematiek. Alle GGD'en hebben aandacht voor deze nieuwe taak. De mate waarin dat gebeurt verschilt van GGD tot GGD. Dat is vervolgens weer het gevolg van de nog lopende discussie binnen Nederland over de inrichting van de zorgnetwerken.

5 Beschouwing

5.1 **GGD'en minder kwetsbaar door versterking netwerk**

De IGZ bracht in 2015 een rapport uit over de kwaliteit van de infectieziektebestrijding en tuberculosebestrijding bij GGD'en. De boodschap van dat rapport was dat de kwaliteit van de infectieziektebestrijding op orde was, maar dat GGD'en kwetsbaar zijn. Nu laat kwetsbaarheid zich lastig definiëren, maar de inspectie bedoelde dat de afdelingen infectieziektebestrijding van de GGD'en onvoldoende extern waren gericht en in onvoldoende mate proactief te werk gingen waardoor de GGD'en snel overbelast konden raken bij ongeplande gebeurtenissen. De twee rapporten van GGD GHOR Nederland die daar op volgden onderschreven die kwetsbaarheid, maar meer vanuit de vraag of de GGD'en opgewassen waren tegen de taken die GGD'en wettelijk moeten doen en tegen de ontwikkelingen die op de GGD'en afkomen (o.a. de aanpak van zoönosen en de ABR-problematiek), mede in relatie tot de formatie die de GGD'en ter beschikking hebben.

De uitkomsten van dit follow-up onderzoek laten zien dat GGD'en hebben geïnvesteerd in de contacten met hun regionale netwerk. Hierdoor zijn de samenwerkingsverbanden met instellingen in de regio, maar ook met andere ketenpartners zoals gemeente, GHOR en Veiligheidsregio versterkt. Ook hebben de GGD'en fors geïnvesteerd in de onderlinge samenwerking, waardoor er makkelijker en sneller geschoven kan worden met capaciteit wanneer dat nodig is. Een adequate uitwisseling van gegevens ondersteunt dit proces en de IGZ is verheugd te zien dat nagenoeg alle GGD'en hetzelfde digitale registratiesysteem gebruiken voor het primaire proces en de surveillance. De overige GGD'en zullen hier op korte termijn ook op overstappen.

Daarmee zijn de GGD'en minder kwetsbaar geworden en kunnen ze ook sneller inspelen op situaties waarin de infectieziektebestrijding opgeschaald moet worden. Tegelijkertijd kunnen plotselinge ontwikkelingen, zoals een grootschalige uitbraak van een infectieziekte of nieuwe taken zoals de aanpak zoönosen en de ABR-problematiek een wissel trekken in de inzet van personeel en de duur daarvan. Zo hebben GGD'en zeer veel uren geïnvesteerd in de noodzakelijke voorbereidingen op de mogelijke opvang van ebolapatiënten in Nederland. Daardoor komen andere taken mogelijk in het gedrang en kan dit leiden tot nieuwe kwetsbaarheden. Wetenschappelijk onderzoek is zo'n taak. Dat lijkt minder belangrijk, maar de mogelijkheden voor een GGD om bij te dragen aan wetenschappelijk onderzoek en mogelijk promovendi op te leiden dragen bij aan de robuustheid en toekomstbestendigheid van de GGD. In een markt waarin infectieziekte-artsen moeilijk te krijgen zijn speelt dit zeker een rol. Bovendien genereert wetenschappelijk onderzoek ook kennis die de samenleving ten goede moet kunnen komen.

5.2 **Meer samenwerking tussen de bestrijding en preventie**

In het rapport uit 2015 hield de inspectie een pleidooi voor het dichter bij elkaar brengen van bestrijding (infectieziektebestrijding) en preventie (onder andere THZ). De GGD'en hebben dit goed opgepakt en in 24 van de 25 GGD'en zijn acties gestart om deze – vaak gescheiden taakvelden – beter te integreren. Soms neemt een vertegenwoordiging van de THZ deel aan de casusbesprekingen van de afdeling infectieziektebestrijding en soms zijn de afdelingen gefuseerd. Zoals hierboven al genoemd hebben veel GGD'en een deskundige infectiepreventie aangesteld in het kader van de aanpak van de ABR. De inspectie constateert dat de deskundige infectiepreventie ook een stimulerende rol heeft in de verbinding van bestrijding en preventie.

Naast de hechtere samenwerking tussen bestrijding en preventie is ook samenwerking met andere afdelingen binnen de GGD van belang. Dit gaat dan voornamelijk om de afdelingen gezondheidsbevordering, epidemiologie en jeugdgezondheidszorg. Deze afdelingen kunnen in belangrijke mate een bron zijn voor signalering en monitoring rond probleemsituaties. Bij sommige GGD'en zitten deze afdelingen soms letterlijk op afstand, wat samenwerking op een dagelijkse basis bemoeilijkt. Dit is voor GGD'en een blijvend aandachtspunt, ook in de relatie met de gemeenten.

5.3 Laat als GGD zien hoe goed je bent

De IGZ vindt dat de prestaties van GGD'en, onder meer op het vlak van de infectieziektebestrijding zichtbaar moeten zijn voor iedereen. Enkele jaren geleden heeft de inspectie getracht om het toezicht vanuit de inspectie en het traject van de intercollegiale visitatie te combineren. Immers, in de gebruikte instrumenten worden de GGD'en op min of meer dezelfde onderwerpen getoetst en worden vaak dezelfde vragen gesteld. Die combinatie kon toen niet worden gemaakt, omdat de tijdslijnen niet te combineren waren. Ook dit huidige onderzoek viel niet te combineren met intercollegiale visitatie.

Desalniettemin laat dit onderzoek zien hoe goed de GGD'en zaken op orde hebben en de inspectie maakt dit rapport openbaar. Dat zou een goede motivatie moeten zijn voor de GGD'en om gegevens over de kwaliteit van de infectieziektebestrijding zelf openbaar te maken. De inspectie roept de GGD'en daarom op hier werk van te maken. De inspectie is zich er terdege van bewust dat dit zorgvuldig moet gebeuren en dat visitatiegegevens niet van alle GGD'en tegelijk beschikbaar zijn. Desondanks zijn er wegen om, meer dan nu, het publiek te tonen hoe goed de GGD'en hun werk doen.

5.4 Rol GGD bij de aanpak van antibacteriële resistentie

Alle GGD'en bereiden zich voor op hun rol in de aanpak van de problematiek rond de ABR. Omdat die problematiek niet beperkt blijft tot de curatieve sector, maar ook het domein binnendringt van de publieke gezondheid, krijgt elke GGD hier mee te maken. De ene GGD is daarin verder dan de andere. Dat heeft vaak te maken met de vraag of de problematiek zich al daadwerkelijk heeft aangekondigd in de regio. Welke stappen een GGD moet zetten in de voorbereiding op deze aanpak is nog niet uitgekristalliseerd. Ook op landelijk niveau wordt daar nog over gediscussieerd. Veel GGD'en hebben voor dit aspect kennis en ervaring in huis gehaald op het terrein van infectiepreventie in de vorm van een deskundige infectiepreventie. Naast de inzet op het terrein van de ABR-problematiek voorziet deze functionaris ook in de behoefte om verbinding te leggen tussen de algemene infectieziektebestrijding en de THZ.

6 Summary

In 2013, the Health Care Inspectorate commenced an investigation of the quality of community (municipal) health services' prevention programmes, specifically those concerned with infectious diseases control, including tuberculosis. The final report of this study was published in May 2015⁴.

The main conclusion of the report was that prevention programmes were, in broad lines, being implemented reasonably well. However, the Inspectorate noted that contacts with chain partners, both internal and external, had not been fully developed. The impact of this omission would be greatest in an upscaled situation such as a major outbreak, during which all parties must be able to liaise quickly and effectively. The absence of good internal and external contacts, compounded by a lack of preparation such as response simulation exercises, would result in valuable time being lost.

The Inspectorate's report recommended that various aspects of the prevention programme, including technical hygiene, should be more closely integrated with infectious disease prevention and control. Closer cooperation would ensure that more people with the required expertise are available at any given time, and would also ensure an effective response to specific problems such as antibacterial resistance.

The conclusions of the Inspectorate's report were endorsed by two subsequent reports produced by *GGD GHOR Nederland*, which is the national association of GGDs (Community Health Services) and GHOR (Regional Medical Emergency Preparedness and Planning) departments. All three documents were subject to parliamentary scrutiny which resulted in the Minister of Health commissioning a follow-up study to examine the manner in which the GGDs fulfil their public health responsibilities. This study was also conducted by the Inspectorate and has led to the production of the current document, which is specifically concerned with infectious disease prevention and control programmes.

The Inspectorate visited all GGDs to reassess the aspects found to be below the required standard during the original investigation (2013 to 2015). The Inspectorate also met with the directors of Public Health of the GGDs, who were invited to explain their vision of how infectious disease control should be approached. The overall conclusion is that the quality of infectious disease prevention and control in the Netherlands is high. The GGDs have made significant investments in developing their internal and external networks. The contacts between individual GGDs have been formalized and intensified. As a result, all are far less vulnerable than in 2015. They are now able to provide a prompt response to unexpected situations, and are able to rely on their neighbours should there be any sudden staffing under-capacity. However, they must remain mindful that new tasks and responsibilities, such as responding to problems such as antibacterial resistance and emerging zoonoses, are likely to make extra demands on their time and may give rise to new vulnerabilities.

The Inspectorate has called upon *GGD GHOR Nederland* to intensify its efforts with regard to public accountability. The GGDs perform important work and they do so to a very high degree of proficiency. They should be encouraged to bring the quality of their activities to the attention of the general public.

4 *Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar* [‘GGD prevention programmes satisfactory albeit vulnerable’] IGZ, The Hague, 2015.

Bijlage 1 Lijst van afkortingen

ABR	Antibactiële resistentie
BRMO	Bijzonder Resistente Micro-organismen
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
THZ	Technische Hygiënezorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding
LOI	Landelijk Overleg Infectieziekten
LCHV	Landelijk Centrum Hygiene en Veiligheid

Bijlage 2 Toetsingskader Infectieziektebestrijding

De IGZ heeft gebruik gemaakt van het toetsingskader uit 2013-2015. Niet alle onderwerpen die in 2015 zijn onderzocht, zijn in het hierin beschreven onderzoek opnieuw onderzocht. De inspectie heeft een selectie gemaakt van die items waar drie of meer GGD'en toen 'onvoldoende' of 'matig' op scoorden. De nummering in dit rapport volgt het inspectierapport uit 2015 om het vergelijken eenvoudig te maken.

1. Surveillance

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragenlijst- nr./ bezoek	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Inzicht in de onder-rapportage	Inzicht onder-rapportage instellingen	1.10.4	Er is <u>niet</u> bekend bij de GGD of er sprake is van onderrapportage van meldingen bij instellingen (artikel 26 meldingen).	-	-	Er is bekend bij de GGD of er sprake is van onderrapportage van meldingen bij instellingen (artikel 26 meldingen).	Wet publieke gezondheid, art 2, lid 1 en art. 6 en Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
	Onderzoek onder-rapportage	1.11	Indien de onderrapportage (deels) bekend is onderzocht de GGD de mate van onderrapportage <u>niet</u> door: - vergelijken meldingen van huisartsen met meldingen van microbiologische laboratoria - vergelijken meldingen van specialisten met meldingen van microbiologische laboratoria.	Indien de onderrapportage (deels) bekend is onderzocht de GGD de mate van onderrapportage door: - vergelijken meldingen van huisartsen met meldingen van microbiologische laboratoria <u>of</u> door: - vergelijken meldingen van specialisten met meldingen van microbiologische laboratoria.	Indien de onderrapportage (deels) bekend is onderzocht de GGD de mate van onderrapportage door: - vergelijken meldingen van huisartsen met meldingen van microbiologische laboratoria <u>En</u> door: - vergelijken meldingen van specialisten met meldingen van microbiologische laboratoria.	Indien de onderrapportage (deels) bekend is onderzocht de GGD de mate van onderrapportage door: - vergelijken meldingen van huisartsen met meldingen van microbiologische laboratoria - vergelijken meldingen van specialisten met meldingen van microbiologische laboratoria. <u>En</u> door: tenminste <u>twee</u> van de	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragenlijst- nr./ bezoek	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
						volgende mogelijkheden: - vergelijken meldingen van huisartsen met gegevens van huisartsen peilstations - op basis van andere (gemeentelijke) registraties - vergelijken met landelijke registraties - vergelijken met wat andere vergelijkbare GGD'en aan meldingen ontvangen - door gericht epidemiologisch onderzoek - anders.	
	Ontvangst meldingen op epidemiologische gronden van huisartsen en specialisten	Bezoek	De GGD ontvangt geen meldingen op epidemiologische gronden van huisartsen en specialisten.	-	-	De GGD ontvangt meldingen op epidemiologische gronden van huisartsen en specialisten. Of De GGD ontvangt geen meldingen op epidemiologische gronden van huisartsen en specialisten, maar heeft hiervoor een goede argumentatie.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB

2. WPG meldingen

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragenlijst- nr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Stimuleren melders	Ondernemen acties stimuleren melden	2.8 t/m 2.11	De GGD onderneemt <u>geen</u> acties om meldingen te stimuleren.	De GGD stimuleert de volgende groepen om te melden: - huisartsen <u>of</u> - specialisten <u>of</u> - instellingen <u>of</u> - laboratoria.	De GGD stimuleert de volgende groepen om te melden: - huisartsen - specialisten - instellingen - laboratoria.	De GGD stimuleert de volgende groepen om te melden: - huisartsen - specialisten - instellingen - laboratoria. via <u>ten minste</u> een overeenkomst.	Beroepspr ofiel Arts M&G, IZB

3. Preventie

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragen- lijstnr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 Wet publieke gezondheid	Register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid	3.1 en 3.2	De GGD heeft <u>geen</u> register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid.	De GGD heeft een register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid. <u>Maar</u> dit wordt minder frequent dan jaarlijks geactualiseerd.	De GGD heeft een register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid. <u>En</u> dit wordt <u>minstens jaarlijks</u> (maar minder dan ieder kwartaal) geactualiseerd.	De GGD heeft een register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid. <u>En</u> dit wordt <u>minstens ieder kwartaal</u> geactualiseerd.	Draaiboek LCI: Wet publieke gezondheid artikel 26 meldingen instellingen
Contact met instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van	Onderhouden contact instellingen t.a.v. artikel 26 van de	3.3	De GGD onderhoudt <u>geen</u> contact met instellingen uit onderstaande groepen t.a.v. artikel 26 Wet	De GGD onderhoudt in ieder geval contact met instellingen uit onderstaande groepen t.a.v. artikel 26 Wet	De GGD onderhoudt in ieder geval contact met instellingen uit onderstaande groepen t.a.v. artikel 26 Wet	De GGD onderhoudt in ieder geval contact met instellingen uit onderstaande groepen t.a.v. artikel 26 Wet	Draaiboek LCI: Wet publieke gezondheid artikel 26 meldingen instellingen en Beroepsprofiel Arts

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragen- lijstnr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
art. 26 Wet publieke gezondheid	Wet publieke gezondheid		<p>publieke gezondheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - centra voor asielzoekers - intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten - medische kinderdagverblijve n - scholen (4-12 jaar) - sociale pensions en dak- en thuislozenopvang - verpleeghuizen. 	<p>publieke gezondheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - centra voor asielzoekers - intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten - medische kinderdagverblijven - scholen (4-12 jaar) - sociale pensions en dak- en thuislozenopvang - verpleeghuizen. <p>Maar de GGD doet dit <u>niet met alle</u> instellingen uit deze groepen.</p>	<p>publieke gezondheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - centra voor asielzoekers - intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten - medische kinderdagverblijve n - scholen (4-12 jaar) - sociale pensions en dak- en thuislozenopvang - verpleeghuizen. <p>De GGD doet dit met <u>alle</u> instellingen uit deze groepen.</p>	<p>publieke gezondheid:</p> <ul style="list-style-type: none"> - centra voor asielzoekers - intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten - medische kinderdagverblijve n - scholen (4-12 jaar) - sociale pensions en dak- en thuislozenopvang - verpleeghuizen. <p>De GGD doet dit met <u>alle</u> instellingen uit deze groepen.</p> <p><u>En</u> de GGD onderhoudt contact met een deel of alle instellingen uit een of meer van de onderstaande groepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ambulancedienste n - arrestantenverblij ven - extramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten - semimurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten - instellingskeukens 	M&G, IZB

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragen- lijstnr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
						<ul style="list-style-type: none"> - grote evenementen - jachthavens - kampeergelegenheden - kindercentra (incl. kinderdagverblijf en peuterspeelzaal) - schepen - scholen (12 jaar en ouder) - schoonheidsverzorgingsinstituten - sekshuizen en relaxbedrijven - sportgelegenheden - tatoeage- en piercingstudio's - woonzorgcentra /verzorgingshuizen - zwemgelegenheden en sauna's. 	
	Vastleggen afspraken met meldingsplichtige instellingen artikel 26 van de Wet publieke gezondheid	3.4	De GGD legt gemaakte afspraken met instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid <u>niet</u> schriftelijk vast.	-	-	De GGD legt gemaakte afspraken met instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet publieke gezondheid schriftelijk vast.	HKZ
	Adviseren van instellingen	Bezoek	De GGD adviseert instellingen niet over de mogelijkheden op	-	De GGD adviseert instellingen over de mogelijkheden op het	De GGD adviseert instellingen over de mogelijkheden op het	Wet publieke gezondheid, art. 2, lid 2f

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragen- lijstnr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
	/signaleren ongewenste situaties / beantwoor- ding vragen en geven voorlichting aan bevolking		het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om de risico's op verspreiding van pathogene micro- organismen te verkleinen. EN De GGD signaleert ongewenste situaties niet. EN De GGD beantwoordt vragen uit de bevolking niet en/of geeft geen voorlichting.		gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om de risico's op verspreiding van pathogene micro- organismen te verkleinen.	gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om de risico's op verspreiding van pathogene micro- organismen te verkleinen. EN De GGD signaleert ongewenste situaties. EN De GGD beantwoordt vragen uit de bevolking en geeft voorlichting.	
Handelen volgens protocol LCHV in de THZ	Uitvoering THZ	Bezoek	De GGD voert geen THZ uit bij instellingen.	De GGD voert alleen THZ uit bij wettelijk verplichte instellingen.	-	De GGD voert THZ uit bij instellingen.	Wet publieke gezondheid, art. 2, lid 2f

4. Gebruik richtlijnen / Bron- en contactopsporing

Dit onderwerp is in dit follow-up onderzoek niet getoetst.

5. Outbreakmanagement

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragenlijst- nr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Protocol grootschalige uitbraken infectieziekte n	Protocol grootschalige uitbraken op terrein van infectieziekte n	5.1 en 5.2	De GGD heeft <u>geen</u> protocol voor grootschalige uitbraken op het terrein van de infectieziekten.	De GGD heeft één of meerdere protocollen voor grootschalige uitbraken op het terrein van de infectieziekten, maar het <u>betreft niet</u> : - het protocol opgesteld door de Veiligheidsregio/GHOR in samenwerking met de GGD op basis van het draaiboek LCI.	-	De GGD heeft een protocol voor grootschalige uitbraken op het terrein van de infectieziekten, het <u>betreft ten minste</u> : - het protocol opgesteld door de Veiligheidsregio/GHOR in samenwerking met de GGD op basis van het draaiboek LCI.	Wet publieke gezondheid en Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
	Geheel van taken, bevoegdheden en verantwoorde- lijkheden formeel vastgesteld	5.3	De GGD heeft het geheel van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het terrein van grootschalige uitbraken van infectieziekten voor betrokkenen <u>niet</u> formeel vastgesteld.	De GGD heeft het geheel van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het terrein van grootschalige uitbraken van infectieziekten voor betrokkenen formeel vastgesteld binnen de GGD.	De GGD heeft het geheel van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het terrein van grootschalige uitbraken van infectieziekten voor betrokkenen formeel vastgesteld binnen de GGD en samen met de GHOR.	De GGD heeft het geheel van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden op het terrein van grootschalige uitbraken van infectieziekten voor betrokkenen formeel vastgesteld binnen de GGD en samen met de Veiligheidsregio (incl. GHOR).	HKZ, LCI draaiboek Grootschalige interventie door GGD bij infectieziekten
	Oefenen met protocol	5.4	De GGD oefent niet met het protocol voor grootschalige uitbraken infectieziekten.	De GGD oefent met het protocol voor grootschalige uitbraken infectieziekten, maar alleen binnen de afdeling Algemene infectieziektebestrijding <u>Of</u> alleen binnen de GGD	De GGD oefent met het protocol voor grootschalige uitbraken infectieziekten samen met (een) andere GGD-regio(s) <u>En</u> samen met de GHOR.	De GGD oefent met het protocol voor grootschalige uitbraken infectieziekten samen met (een) andere GGD-regio(s) en samen met de GHOR. <u>En</u> samen met ten minste de Veiligheidsregio(s).	Wet publieke gezondheid, art. 6 en Beroepsprofiel Arts M&G, IZB

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragenlijst- nr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
				Of met andere GGD-regio(s) maar niet samen met de GHOR Of samen met de GHOR maar niet met andere GGD'en.			
Draaiboek massavaccinatie	Herzien draaiboek massavaccinatie na vaccinatiecampagne Nieuwe Influenza A (H1N1)	5.8	De GGD heeft het draaiboek massavaccinatie <u>niet</u> herzien na de vaccinatiecampagne voor de Nieuwe Influenza A (H1N1).	-	-	De GGD heeft het draaiboek massavaccinatie herzien na de vaccinatiecampagne voor de Nieuwe Influenza A (H1N1) en indien nodig aangepast.	HKZ
	Oefenen met draaiboek	5.9	De GGD oefent <u>niet</u> met het draaiboek massavaccinatie.	De GGD oefent met het draaiboek massavaccinatie, maar alleen binnen de afdeling Algemene infectieziektebestrijding of alleen binnen de GGD. Of samen met andere GGD-regio(s) maar niet samen met de GHOR Of samen met de GHOR maar niet met andere GGD'en.	De GGD oefent met het draaiboek massavaccinatie samen met (een) andere GGD-regio(s) en samen met de GHOR.	De GGD oefent met het draaiboek massavaccinatie samen met (een) andere GGD-regio(s) en samen met de GHOR. En samen met ten minste de Veiligheidsregio(s).	Wet publieke gezondheid, art. 6 en Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
	Datum laatste oefening	5.10	De laatste oefening van de GGD met het draaiboek voor massavaccinatie heeft plaatsgevonden <u>vóór</u> 1 mei 2011.	-	-	De laatste oefening van de GGD met het draaiboek voor massavaccinatie heeft plaatsgevonden <u>na</u> 1 mei 2011.	Wet publieke gezondheid, art 6 en Beroepsprofiel Arts M&G, IZB

6. Regie en Netwerk

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragen- lijstnr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Overleg met vertegenwoordiging van huisartsen	Overleg met vertegenwoordiging van huisartsen	6.1 en 6.2	De GGD heeft <u>geen</u> gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van huisartsen. <u>Of</u> de frequentie van het overleg is onbekend.	De GGD heeft een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van huisartsen. Dit overleg vindt <u>minimaal jaarlijks</u> plaats.	-	De GGD heeft een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van huisartsen. Dit overleg vindt <u>minimaal per kwartaal</u> plaats.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
Overleg met vertegenwoordiging van laboratoria	Overleg met vertegenwoordiging van laboratoria	6.4 en 6.5	De GGD heeft <u>geen</u> gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van laboratoria. <u>Of</u> de frequentie van het overleg is onbekend.	De GGD heeft een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van laboratoria. Dit overleg vindt <u>minimaal jaarlijks</u> plaats.	-	De GGD heeft een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van laboratoria. Dit overleg vindt <u>minimaal per kwartaal</u> plaats.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
	Meldingsgedrag laboratoria vast agendapunt in overleg	6.6	Het meldingsgedrag van laboratoria vormt <u>geen</u> vast agendapunt in het overleg met een vertegenwoordiging van laboratoria.	-	-	Het meldingsgedrag van laboratoria vormt een vast agendapunt in het overleg met een vertegenwoordiging van laboratoria.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
Overleg met vertegenwoordiging van specialisten/ziekenhuizen	Overleg met vertegenwoordiging van specialisten/ziekenhuizen	6.7 en 6.8	De GGD heeft <u>geen</u> gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van specialisten/ziekenhuizen. <u>Of</u> de frequentie van het overleg is onbekend.	De GGD heeft een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van specialisten/ziekenhuizen. Dit overleg vindt <u>minimaal jaarlijks</u> plaats.	-	De GGD heeft een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) met een vertegenwoordiging van specialisten/ziekenhuizen. Dit overleg vindt <u>minimaal per kwartaal</u> plaats.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
Afspraken met NVWA	Afspraken NVWA over	6.10	De GGD heeft <u>geen</u> afspraken met	De GGD heeft afspraken met	-	De GGD heeft afspraken met	Protocol Regionale samenwerking

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
over melding van zoönosen en voedselinfecties	wederzijdse melding van zoönosen en voedselinfecties		(regionale vertegenwoordigingen van) de NVWA over de wederzijdse melding van zoönosen en voedselinfecties.	(regionale vertegenwoordigingen van) de NVWA over de wederzijdse melding van zoönosen <u>of</u> voedselinfecties.		(regionale vertegenwoordigingen van) de NVWA over de wederzijdse melding van zoönosen <u>en</u> voedselinfecties.	zoönosen en voedselinfecties
	Beschrijving infectieziekten voor melding van GGD aan NVWA en vice versa	6.11 en 6.12	De GGD heeft de relevante infectieziekten (inclusief zoönosen en voedselinfecties) voor melding van de GGD aan de NVWA <u>niet</u> beschreven. En de GGD heeft de relevante infectieziekten (inclusief zoönosen en voedselinfecties) voor melding van de NVWA aan de GGD <u>niet</u> beschreven.	De GGD heeft de relevante infectieziekten (inclusief zoönosen en voedselinfecties) voor melding van de GGD aan de NVWA beschreven. Of de GGD heeft de relevante infectieziekten (inclusief zoönosen en voedselinfecties) voor melding van de NVWA aan de GGD beschreven.	-	De GGD heeft de relevante infectieziekten (inclusief zoönosen en voedselinfecties) voor melding van de GGD aan de NVWA beschreven. En de GGD heeft de relevante infectieziekten (inclusief zoönosen en voedselinfecties) voor melding van de NVWA aan de GGD beschreven.	HKZ en LCI-protocollen
Samenwerking met andere GGD'en op terrein van infectieziekten	Samenwerking met andere GGD'en op terrein van infectieziekten	6.13 en 6.14	De GGD heeft <u>geen</u> samenwerking met andere GGD'en op het terrein van infectieziekten.	De GGD heeft samenwerking met andere GGD'en op het terrein van infectieziekten, ten minste op één van de volgende onderwerpen: - inhoudelijke ondersteuning - bereikbaarheid buiten kantooruren/achterwacht	-	De GGD heeft samenwerking met andere GGD'en op het terrein van infectieziekten, ten minste op één van de volgende onderwerpen: - inhoudelijke ondersteuning - bereikbaarheid buiten kantooruren/achterwacht	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragen- lijstnr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
				<ul style="list-style-type: none"> - grootschalige uitbraken - regiogrens-overschrijdende zaken - landgrens-overschrijdende zaken. <p>Maar de GGD heeft de samenwerking <u>niet of deels</u> vastgelegd in een overeenkomst.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - grootschalige uitbraken - regiogrens-overschrijdende zaken - landgrens-overschrijdende zaken. <p>En de GGD heeft de samenwerking vastgelegd in een overeenkomst.</p>	
Samenwerking met RAC-ers	Periodiek en gestructureerd overleg met de RAC-ers op terrein van infectieziekten	Bezoek	De GGD heeft geen periodiek en gestructureerd overleg met de RAC-er op het terrein van infectieziekten.	De GGD heeft overleg met de RAC-er op het terrein van infectieziekten. Maar dit overleg is niet periodiek en/of gestructureerd.	-	De GGD heeft periodiek en gestructureerd overleg met de RAC-er op het terrein van infectieziekten.	HKZ
Samenwerking met gemeente	Periodiek en gestructureerd overleg burgemeester op terrein van infectieziekten	Bezoek	De GGD heeft geen periodiek en gestructureerd overleg met de burgemeester op het terrein van infectieziekten.	De GGD heeft overleg met de burgemeester op het terrein van infectieziekten. Maar dit overleg is niet periodiek en/of gestructureerd.	-	De GGD heeft periodiek en gestructureerd overleg met de burgemeester op het terrein van infectieziekten.	HKZ
Bereikbaarheid arts infectieziekte - bestrijding	Er is altijd (24/7) arts infectieziektebestrijding bereikbaar	6.15 t/m 6.17	Bij de GGD is niet altijd (24/7) een arts infectieziektebestrijding bereikbaar. <u>En/of</u> De GGD toetst de bereikbaarheid niet.	Bij de GGD is altijd (24/7) een arts infectieziektebestrijding bereikbaar. Maar dit wordt minder dan jaarlijks getoetst. <u>Of</u> de resultaten van de toetsing worden niet schriftelijk geregistreerd.	Bij de GGD is altijd (24/7) een arts infectieziektebestrijding bereikbaar. Dit wordt <u>jaarlijks</u> getoetst. <u>En</u> de resultaten van de toetsing worden schriftelijk geregistreerd.	Bij de GGD is altijd (24/7) een arts infectieziektebestrijding bereikbaar. Dit wordt <u>meerdere malen per jaar</u> getoetst. <u>En</u> de resultaten van de toetsing worden schriftelijk geregistreerd.	Kortschrift IGZ bereikbaarheid afdelingen IZB GGD'en

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Overleg met GHOR, Veiligheidsregio, laboratoria, NVWA en ziekenhuizen	Gestructureerd overleg met GHOR, Veiligheidsregio, laboratoria, NVWA en ziekenhuizen	6.19	Er is <u>geen</u> gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziekten\ bestrijding van de GGD en de volgende instellingen: GHOR, Veiligheidsregio, laboratoria, NVWA en ziekenhuizen.	Er is een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziekten\ bestrijding van de GGD en <u>één of twee</u> van de volgende instellingen: - GHOR - Veiligheidsregio - Laboratoria - NVWA - Ziekenhuizen.	Er is een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziekten\ bestrijding van de GGD en <u>drie of vier</u> van de volgende instellingen: - GHOR - Veiligheidsregio - Laboratoria - NVWA - Ziekenhuizen.	Er is een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziekten\ bestrijding van de GGD en <u>alle</u> volgende instellingen: - GHOR - Veiligheidsregio - Laboratoria - NVWA - Ziekenhuizen.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
Overleg met afdelingen Epidemiologie , Jeugdgezondheidszorg en Gezondheidsbevordering binnen de GGD	Gestructureerd met afdelingen Epidemiologie , Jeugdgezondheidszorg en Gezondheidsbevordering binnen de GGD	6.20	Er is <u>geen</u> gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziektebestrijding van de GGD en de volgende afdelingen binnen de GGD: - Epidemiologie - Jeugdgezondheidszorg - Gezondheidsbevordering.	-	-	Er is een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziektebestrijding van de GGD en de volgende afdelingen binnen de GGD: - Epidemiologie - Jeugdgezondheidszorg - Gezondheidsbevordering.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
Nieuw	Technische hygiënezorg (THZ)	<i>Nieuw</i>	Er is <u>geen</u> gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziektebestrijding van de GGD en de			Er is gestructureerd overleg (met agenda en notulen) tussen de afdeling Algemene infectieziektebestrijding van de GGD en de afdeling THZ	

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Nieuw	Ship sanitation (indien de GGD A- of B-havens inspecteert ihkv de IHR)	<i>Nieuw</i>	afdeling THZ De inspecteurs die belast zijn met ship sanitation zijn niet allen gecertificeerd voor deze taak. (of niet weten of verlopen)			De inspecteurs die belast zijn met ship sanitation zijn allen gecertificeerd voor deze taak.	

7. Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
Klanttevredenheid sonderzoek	Uitvoering periodiek klanttevredenheids-onderzoek	7.6 en 7.7	De GGD voert <u>niet</u> periodiek klanttevredenheids-onderzoek uit voor de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding.	De GGD voert een klanttevredenheids-onderzoek uit voor de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding. Maar het laatste klanttevredenheids-onderzoek heeft plaatsgevonden <u>voor</u> 2010.	-	De GGD voert een klanttevredenheids-onderzoek uit voor de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding. <u>En</u> het laatste klanttevredenheids-onderzoek heeft plaatsgevonden na 2010.	HKZ
Medewerkers - tevredenheid sonderzoek	Uitvoering periodiek medewerkers-tevredenheids-onderzoek	7.8 en 7.9	De GGD voert <u>niet</u> periodiek medewerkers-tevredenheids-onderzoek uit voor de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding.	De GGD voert een medewerkerstevredenheids-onderzoek uit voor de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding. Maar het laatste medewerkerstevredenheids-onderzoek heeft plaatsgevonden <u>voor</u> 2009.	-	De GGD voert een medewerkerstevredenheids-onderzoek uit voor de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding. <u>En</u> het laatste medewerkerstevredenheids-onderzoek heeft	HKZ

Onderwerp	Deel- onderwerp	Vragenlijst- nr./ bezoekvraag	onvoldoende	matig	voldoende	goed	Bron/Norm*
						plaatsgevonden <u>na</u> 2009.	
Intercollegiale toetsing en intervisie ter bevordering professionele kwaliteit	Inzetten intercollegiale toetsing en intervisie ter bevordering professionele kwaliteit	7.11	De GGD zet de instrumenten intercollegiale toetsing en intervisie niet in ter bevordering van de professionele kwaliteit van de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding.	De GGD zet de instrumenten intercollegiale toetsing <u>Of</u> intervisie in ter bevordering van de professionele kwaliteit van de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding.	-	De GGD zet de instrumenten intercollegiale toetsing <u>en</u> intervisie in ter bevordering van de professionele kwaliteit van de afdeling Algemene Infectieziektebestrijding.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB
Risico-inventarisatie	Regelmatig uitvoeren risico-inventarisatie	7.12	De GGD voert <u>niet</u> regelmatig een risico-inventarisatie infectieziektebestrijding uit.	-	-	De GGD voert regelmatig een risico-inventarisatie infectieziektebestrijding uit.	Beroepsprofiel Arts M&G, IZB

8. Organisatie en beheer

Dit onderwerp is in dit follow-up onderzoek niet getoetst.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het follow-up onderzoek
naar de algemene infectieziektebestrijding
bij GGD Fryslân

Bezoekdatum: 21-07-2016

Utrecht
augustus 2016

Inhoud

1 Inleiding 3

1.1 Aanleiding en belang 3

1.2 Onderzoeksvragen 3

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader 4

2 Conclusies 5

2.1 Conclusies naar aanleiding van het bezoek 5

3 Maatregelen en aanbevelingen 6

3.1 Maatregelen 6

3.2 Aanbevelingen 6

4 Resultaten 7

4.1 Resultaten onderzoek infectieziektebestrijding 7

4.1.1 Surveillance 7

4.1.2 WPG-meldingen 7

4.1.3 Preventie 7

4.1.4 Gebruik richtlijnen/ bron- en contactopsporing 8

4.1.5 Outbreakmanagement 8

4.1.6 Regie en netwerk 9

4.1.7 Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling 10

4.1.8 Organisatie en beheer 10

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en belang

In 2015 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: inspectie) het rapport "Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar" uitgebracht¹ met daarin de conclusie dat de GGD'en in het algemeen zorg van voldoende kwaliteit leverden, maar dat de organisatie onder druk kon komen te staan bij calamiteiten. Dit heeft vooral te maken met tekortkomingen in de netwerkfunctie van de GGD, waardoor in geval van opschaling vertragingen kunnen ontstaan. Een onderzoek vanuit GGD GHOR Nederland heeft dat beeld bevestigd². Ook heeft GGD GHOR Nederland een rapport uitgebracht met aanbevelingen voor een toekomstbestendige infectieziektebestrijding³.

Naar aanleiding van die rapporten en de aandacht daarvoor in de Tweede Kamer heeft de minister de inspectie verzocht om dit najaar een geactualiseerd oordeel te geven over de kwaliteit van de infectieziektebestrijding bij GGD'en.

Het doel van dit follow-up onderzoek is om na te gaan of de situatie is veranderd ten opzichte van de IGZ-rapporten voor de individuele GGD'en uit 2014 en het geaggregeerde rapport uit 2015.

Dit rapport beschrijft de resultaten van het onderzoek van de inspectie naar de algemene infectieziektebestrijding bij GGD Fryslân, dat op 21 juli 2016 plaatsvond. De resultaten worden vergeleken met de resultaten uit het individuele rapport van 2014.

Ook heeft de inspectie onderzocht in hoeverre de GGD beschikt over voldoende capaciteit, ook in die gevallen waarbij opschaling noodzakelijk is en gebruik moet worden gemaakt van het netwerk van ketenpartners in de crisisstructuur.

1.2 Onderzoeksvragen

Hoofdvraag:

Wat is het oordeel van de inspectie over de kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding van de GGD'en in Nederland en hoe verhoudt dit zich met de uitkomsten van 2014?

Deelvragen:

1. Voldoet de algemene infectieziektebestrijding van GGD'en aan de richtlijnen en veldnormen?
2. Zijn de GGD'en voldoende toegerust om bij bijvoorbeeld grootschalige uitbraken snel en adequaat op te schalen? De uitkomst van deze vraag wordt niet per individuele GGD teruggekoppeld, maar wordt beschreven in het geaggregeerde rapport als totaalbeeld.

Dit onderzoek is gericht op de volgende onderwerpen bij algemene infectieziektebestrijding:

1. Surveillance
2. WPG-meldingen
3. Preventie
4. Gebruik richtlijnen/ bron- en contactopsporing
5. Outbreakmanagement
6. Regie en netwerk
7. Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling
8. Organisatie en beheer

1 Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar, Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2015

2 Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en, GGD GHOR Nederland, 2016

3 Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding, GGD GHOR Nederland, 2016

1.3 Onderzoeksmethode en toetsingskader

Dit onderzoek beperkt zich tot de algemene infectieziektebestrijding, zonder SOA-zorg, tbc-bestrijding en reizigersgeneeskunde, maar met aandacht voor Technische hygiënezorg en de problematiek rond de antimicrobiële resistentie.

De inspectie heeft alleen die onderwerpen aan de orde gesteld waarop in het geaggregeerde rapport van 2015 drie of meer GGD'en 'onvoldoende' of 'matig' scoorden, eventueel aangevuld met onderwerpen waarop uw GGD 'onvoldoende' of 'matig' scoorde.

Tijdens het inspectiebezoek sprak de inspectie met de directeur Publieke Gezondheid, met artsen infectieziektebestrijding, deskundigen infectiepreventie en met (sociaal) verpleegkundigen.

Voor dit onderzoek gebruikt de inspectie hetzelfde toetsingskader als dat gebruikt is in 2014. Tijdens het bezoek zijn enkele aanvullende vragen gesteld over technische hygiënezorg en de problematiek rond antimicrobiële resistentie. Het toetsingskader is gebaseerd op gangbare normen uit wet- en regelgeving, professionele standaarden, protocollen en richtlijnen (zie het geaggregeerde rapport van de inspectie uit 2015).

De inspectie heeft tijdens het bezoek getoetst of de GGD volgens de norm handelt en of de GGD nu beter (↑), slechter (↓) of gelijk (=) presteert ten opzichte van het rapport uit 2014. Daarbij gaat de inspectie ervan uit dat de maatregelen die eventueel zijn opgelegd naar aanleiding van dat rapport al tot voldoende verbeteringen hebben geleid.

De conclusies van de inspectie op basis van het inspectiebezoek staan verwoord in hoofdstuk 2 'Conclusies'.

Eventuele maatregelen vindt u in hoofdstuk 3 'Maatregelen en aanbevelingen'.

De resultaten van dit onderzoek staan weergegeven in hoofdstuk 4 'Resultaten'.

Als de kwaliteit van de algemene infectieziektebestrijding 'onvoldoende' of 'matig' blijkt wordt dit toegelicht bij de resultaten en zal de inspectie hierop handhaven.

2 Conclusies

2.1 Conclusies naar aanleiding van het bezoek

In vergelijking met het vorige bezoek van de inspectie in 2014 is de conclusie dat de GGD Fryslân op het gebied van de algemene infectieziektebestrijding de kwaliteit heeft verbeterd. Contacten met melders, contacten met instellingen en de intensivering van contacten met RAC-er en NVWA werden verbeterd. Dit was mede mogelijk door een uitbreiding van formatie. Er is nu provinciaal overleg met deskundigen infectiepreventie in de regio waardoor er beter zicht is op de verpleeghuizen.

Ieder kwartaal wordt er een infographics gemaakt voor de gemeente/bestuurders met daarin een onderwerp op het werkterrein van de GGD en worden de infectieziektcijfers weergegeven.

3 Maatregelen en aanbevelingen

3.1 Maatregelen

De inspectie legt geen maatregelen op.

3.2 Aanbevelingen

De inspectie heeft geen aanbevelingen.

4 Resultaten

4.1 Resultaten onderzoek infectieziektebestrijding

4.1.1 Surveillance

Tabel 1. Surveillance

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Inzicht in de onder-rapportage	Inzicht onderrapportage instellingen	1.10.4			✓		↑
	Onderzoek onderrapportage	1.11			✓		↑
	Ontvangst meldingen op epidemiologische gronden van huisartsen en specialisten	Bezoek			✓		↑

4.1.2 WPG-meldingen

Tabel 2. WPG-meldingen

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Stimuleren melders	Ondernemen acties stimuleren melden	2.8 t/m 2.11			✓		=

4.1.3 Preventie

Tabel 3. Preventie

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 Wet Publieke Gezondheid	Register van instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid	3.1 en 3.2			✓		↑

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Contact met instellingen die meldingsplichtig zijn op grond van artikel 26 Wet Publieke Gezondheid	Onderhouden contact instellingen ten aanzien van artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid	3.3			✓		↑
	Vastleggen afspraken met meldingsplichtige instellingen artikel 26 van de Wet Publieke Gezondheid	3.4			✓		↑
	Adviseren van instellingen /signaleren ongewenste situaties / beantwoording vragen en geven voorlichting aan bevolking	Bezoek			✓		↑
Handelen volgens protocol LCHV in de technische hygiënezorg	Uitvoering technische hygiënezorg	Bezoek			✓		↑

4.1.4 Gebruik richtlijnen/ bron- en contactopsporing

Over dit onderwerp zijn in dit onderzoek geen vragen gesteld.

4.1.5 Outbreakmanagement

Tabel 5. Oubreakmanagement

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Protocol grootschalige uitbraken infectieziekten	Protocol grootschalige uitbraken op terrein van infectieziekten	5.1 en 5.2				✓	=
	Geheel van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden formeel vastgesteld	5.3				✓	=
	Oefenen met protocol	5.4				✓	↑
Draaiboek massa-vaccinatie	Herzien draaiboek massavaccinatie na vaccinatiecampagne Nieuwe Influenza A (H1N1)	5.8				✓	↑
	Oefenen met draaiboek	5.9				✓	↑
	Datum laatste oefening	5.10				✓	=

4.1.6 Regie en netwerk

Tabel 6. Regie op netwerk

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Overleg met vertegenwoordiging van huisartsen	Overleg met vertegenwoordiging van huisartsen	6.1 en 6.2				✓	=
Overleg met vertegenwoordiging van laboratoria	Overleg met vertegenwoordiging van laboratoria	6.4 en 6.5				✓	=
	Meldingsgedrag laboratoria vast agendapunt in overleg	6.6				✓	=
Overleg met vertegenwoordiging van specialisten/ Ziekenhuizen	Overleg met vertegenwoordiging van specialisten/ziekenhuizen	6.7 en 6.8				✓	=
Afspraken met NVWA over melding van zoönosen en voedselinfecties	Afspraken NVWA over wederzijdse melding van zoönosen en voedselinfecties	6.10				✓	=
	Beschrijving infectieziekten voor melding van GGD aan NVWA en vice versa	6.11 en 6.12				✓	↑
Samenwerking met andere GGD'en op terrein van infectieziekten	Samenwerking met andere GGD'en op terrein van infectieziekten	6.13 en 6.14				✓	=
Samenwerking met RAC-ers	Periodiek en gestructureerd overleg met de RAC-ers op terrein van infectieziekten	Bezoek				✓	↑
Samenwerking met gemeente	Periodiek en gestructureerd overleg burgemeester op terrein van infectieziekten	Bezoek				✓	↑
Bereikbaarheid arts infectieziektebestrijding	Er is altijd (24/7) arts infectieziektebestrijding bereikbaar	6.15 t/m 6.17				✓	=
Overleg met GHOR, Veiligheidsregio, laboratoria, NVWA en ziekenhuizen	Gestructureerd overleg met GHOR, Veiligheidsregio, laboratoria, NVWA en ziekenhuizen	6.19				✓	↑
Overleg met	Gestructureerd overleg	6.20	✓				=

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
afdelingen Epidemiologie, Jeugdgezond- heidszorg en Gezondheids- bevordering binnen de GGD	met afdelingen Epidemiologie, Jeugd- gezondheidszorg en Gezondheidsbevordering binnen de GGD						
Overleg met afdeling THZ binnen de GGD	Gestructureerd overleg met afdeling THZ binnen de GGD	Bezoek				✓	nieuw

Toelichting tabel 6

6.20 Met JGZ was wel sprake van een gestructureerd overleg, maar door capaciteitsproblemen was er nog geen structureel overleg met Epidemiologie en Gezondheidsbevordering.

4.1.7 *Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling*

Tabel 7. Beleidsadvisering en kwaliteitsontwikkeling

Onderwerp	Deelonderwerp	Vragenlijstnr./ bezoekvraag	Onv.	Matig	Vold.	Goed	T.o.v. 2014
Klanttevreden- heidsonderzoek	Uitvoering periodiek klanttevredenheidsonder- zoek	7.6 en 7.7				✓	=
Medewerkers- tevredenheids- onderzoek	Uitvoering periodiek medewerkerstevredenheids- onderzoek	7.8 en 7.9				✓	=
Intercollegiale toetsing en interview ter bevordering professionele kwaliteit	Inzetten intercollegiale toetsing en interview ter bevordering professionele kwaliteit	7.11				✓	=
Risico- inventarisatie	Regelmatig uitvoeren risico-inventarisatie	7.12				✓	↑

4.1.8 *Organisatie en beheer*

Over dit onderwerp zijn in dit onderzoek geen vragen gesteld.



Tussenrapportage Jeugdgezondheidszorg

Toezicht 2016-2017 periode 1

Ieder kind heeft recht op een veilige en gezonde ontwikkeling. De missie van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de veilige en gezonde ontwikkeling van kinderen te beschermen, te bewaken en te bevorderen. In de praktijk betekent dit het onderhouden van contact met het kind en/of de ouders, het volgen van de groei en ontwikkeling van het kind en het tijdig signaleren van risico's voor de gezondheid van het kind. Zo kan de JGZ bijvoorbeeld passende hulp inzetten en de situatie blijven volgen. Bij bedreigingen van gezonde en veilige ontwikkeling van kinderen zet JGZ adequate hulp in en blijft het gezin monitoren.

Toezicht op de JGZ: methode

De JGZ valt onder verantwoordelijkheid van de gemeente en is voor een deel ondergebracht bij de GGD, deels bij thuiszorginstellingen, voor een deel bij aparte stichtingen en voor een deel direct onder een gemeente. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (verder: inspectie) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de JGZ. Het huidige toezicht onderzoek van de inspectie bestaat uit vijf rondes, waarin de inspectie alle JGZ-aanbieders bezoekt en de hele JGZ-sector toetst aan de door de sector afgesproken richtlijnen. Iedere ronde sluit de inspectie af met een tussenrapportage. De andere JGZ aanbieders kunnen de resultaten van elke ronde zo al in een vroeg stadium gebruiken om zichzelf te verbeteren.

Meer informatie over het toezicht van de inspectie op de JGZ en dit toezichtonderzoek vindt u op de pagina [Jeugd](#) op [www.igz.nl](#).

Resultaten eerste ronde

De inspectie constateert dat de bezochte JGZ-organisaties de afgelopen jaren druk bezig waren met het oppakken uitwerken en verder implementeren van de verbeterpunten na het vorige toezichtonderzoek in 2013-2014. De algemene indruk van de inspectie is dat de JGZ de kwaliteit van het inhoudelijke JGZ-werk gemiddeld gesproken goed op peil wist te houden, zoals bleek uit de gesprekken met het management, de medewerkers en inzage in enkele dossiers. Dat op zich is een prestatie gezien de periode van transitie van de jeugdhulp naar het gemeentelijke domein waarin de hele sociale omgeving in beweging is en gezien een periode van grote gemeentelijke bezuinigingen.



Periode 1 in cijfers

De inspectie bezocht in de eerste ronde 10 JGZ-organisaties, waarvan 9 ondergebracht bij een GGD en kreeg daarmee inzicht in de preventieve zorg voor kinderen van 139 gemeenten die in deze gemeenten door in totaal ruim 1.100 JGZ professionals wordt geleverd. In deze gemeenten wonen 1.046.338 kinderen tussen de 0-18 jaar. Doorgerekend betekent dit 0.001 fte JGZ per kind.

Naast de standaardonderwerpen die in elk bezoek terugkomen (kind in beeld, in zorg, is bereikt; kwaliteit van zorg; samenwerken in sociaal domein; omgaan met kindermishandeling in de praktijk en de verbetermaatregelen na het vorige toezicht), keek de inspectie in ronde 1 ook naar de thema's 'groei' en 'vroeg-signalering psychosociale problemen'.

Leeswijzer

In deze tussenrapportage staat de inspectie o.a. stil bij de veranderende omgeving en haar effect op de JGZ. Naast de algemene positieve indruk heeft de inspectie een aantal bevindingen waarin de JGZ een verbeterslag kan en moet maken. De zes belangrijkste bevindingen worden hieronder behandeld. Op deze bevindingen toetst de inspectie ook in de komende rondes en zal, waar nodig, handhaven.

Samenwerken na de transitie

De inspectie sprak tijdens de bezoeken uitvoerig over de samenwerking in het volop veranderende sociaal domein met sociale, wijk-, jeugd-, gebiedsteams. Enkele JGZ-teams zijn bewust geen deelnemer in de sociale, wijk-, jeugd-, gebiedsteams, anderen zijn juist volop deelnemer. Weer andere JGZ-teams zoeken momenteel naar een nieuwe vorm van samenwerking omdat de huidige vorm van samenwerking financieel of wat menskracht betreft niet houdbaar bleek. Veel JGZ-organisaties gaven aan dat wel groei in de samenwerking zichtbaar is, mede doordat men elkaar beter weet te vinden.

Dit lijkt niet helemaal aan te sluiten bij informatie die de inspectie via andere kanalen krijgt over de rol van de JGZ in het sociaal domein. Bij onderzoek van de gezamenlijke inspecties in het sociaal domein en bij calamiteitenonderzoek blijkt keer op keer dat de JGZ node gemist wordt in het sociale domein en een niet vanzelfsprekende gesprekspartner en informatiebron aan tafel is. De inspectie vindt deze discrepantie zorgelijk. De JGZ is vrijwel de enige partij die langdurig en regelmatig zicht heeft op kind en gezin en veel kan betekenen voor kinderen en gezinnen in de knel. Een naadloze en goede samenwerking met de partijen in het sociale domein voor elkaar krijgen, is dan ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de gemeenten en de managers van de JGZ, in het belang van de kwetsbare kinderen en gezinnen in onze gemeenten.

Tijdens het toezicht op de JGZ signaleerde de inspectie een aantal dilemma's op het terrein van samenwerking in het sociale domein:

- De samenwerking is divers en dit maakt het complex. Deze onderzoeksperiode bestreek het gebied van 139 gemeenten. Veel gemeenten hanteren een eigen individuele werkwijze. Professionals en teams binnen de JGZ overstijgen vaak deze gemeentegrenzen en moeten zich steeds aanpassen aan de verschillende en zich doorontwikkende werkwijzen.
- Medewerkers en managers gaven aan dat bij veel medewerkers in het sociale domein, maar ook bij veel gemeenten, onvoldoende kennis is over de JGZ, haar werkzaamheden en haar mogelijkheden. De managers en professionals vinden dat betere profilering van de JGZ binnen het gemeentelijke domein wenselijk is. De inspectie vindt ook dat de JGZ haar belangrijke rol in de preventieve zorg in het gemeentelijke domein beter toebedeeld moet krijgen, benutten en desnoods claimen.
- De inspectie constateerde een bereidheid tot samenwerking met andere professionals. Ondanks dat in het basispakket al jaren is opgenomen dat de JGZ daar waar nodig, moet over-

leggen met ketenpartners melden de JGZ-professionals regelmatig aan de inspectie dat zij vanuit management en gemeenten beperkt worden in het aantal besteedbare uren voor samenwerking.

- Bij alle JGZ-organisaties waren afspraken aanwezig over informatieoverdracht. Het voor de JGZ wettelijk vereiste: 'alleen informatie delen als ouders geïnformeerd zijn en toestemming geven, tenzij...' blijft daarbij intact. De uitzonderingen wanneer de JGZ-professional, ondanks het ontbreken van toestemming van de ouders, toch informatie mag of moet delen zijn bij de meeste JGZ-professionals bekend. De afspraken zijn in sommige JGZ-organisaties expliciet beschreven in convenanten of samenwerkingsafspraken. Toch hoort de inspectie regelmatig kritiek op het gebrek aan informatiedeling door de JGZ. Wederzijds onbegrip over wensen en mogelijkheden lijkt hierbij vaak een rol te spelen. De inspectie komt echter ook situaties van handelingsverlegenheid bij de JGZ tegen waarbij informatieoverdracht beter had gekund. De JGZ-organisaties moeten zorgen dat alle medewerkers altijd weten welke informatie in het belang van het kind gedeeld mag worden en moeten zorgen dat hun medewerkers hier actief in handelen, in het belang van het kind.



Naar overtuiging van de inspectie moet de JGZ actief betrokken zijn bij de samenwerking in het sociale domein daar waar het gaat om gezinnen met kinderen. Dit vergt van de JGZ-organisaties aan de ene kant een goed besef van haar eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid hierin en aan de andere kant een volhardend gesprek met de ketenpartners in het sociale domein. De stap van opschaling naar de gemeenten moet hierbij waar nodig niet worden geschuwd.

De inspecties roepen zowel de gemeenten als de JGZ-organisaties op met spoed met elkaar in gesprek te gaan over een betere positie en gebruik van de JGZ in het sociale domein^[1].

Onlangs publiceerde de samenwerkende inspecties toetsingskaders over stelseltoezicht bij de jeugd en in het sociale domein. Deze toezichtkaders zijn te vinden op de websites: www.stelseltoezichtjeugd.nl en www.stelseltoezichtsociaaldomein.nl. In het kader van de implementatie hiervan, worden in de komende perioden van het toezicht JGZ de gesprekken over het sociaal domein op basis van deze toezichtkaders gevoerd. De opgehaalde informatie uit het toezicht op de JGZ wordt beschikbaar gesteld aan de collega's van het toezicht op het sociaal domein (TSD).



Belangrijkste bevindingen

- Contactmomenten van het Landelijk Professioneel Kader (LPK) wordt door een derde van de bezochte JGZ-organisaties niet gevolgd.
- Nog steeds handelingsverlegenheid en slechte registratie bij vermoeden kindermishandeling.
- De helft van de bezochte JGZ-organisatie meet de bloeddruk bij kinderen (>5jr) met overgewicht niet.
- Groeicurve wordt incorrect beoordeeld door 60% van de JGZ-organisaties, vooral bij kinderen boven de 12 jaar.
- Registratie (bijna) incidenten en klachten van medewerkers nog in de kinderschoenen (m.u.v. de incidenten rond vaccinaties).
- De zorgoverdracht van de groep jongeren met een licht verstandelijke beperking in de leeftijd van 18- naar 18+ – de jonge ouders van de toekomst – krijgt onvoldoende aandacht.

Eén derde van de JGZ-organisaties volgt het Landelijk Professioneel Kader (LPK) niet

ActiZ, GGD-GHOR Nederland, VNG, VWS, NCJ en IGZ accordeerden allen het LPK. Afwijken van het nieuwe contactmomentenschema mag alleen met instemming van de inspectie^[1].

Met de inwerkingstelling van het LPK per 1 januari 2016 verviel de oude richtlijn contactmomenten. Een afspraak uit het verleden van de oude richtlijn af te mogen wijken is niet voldoende om zonder overleg met de inspectie af te wijken van het LPK. Dit in tegenstelling tot wat sommige JGZ-organisaties menen. Het LPK is leidend en vooralsnog hoorde de inspectie geen argumenten die afwijken van het LPK rechtvaardigen.

De afwijking van het LPK constateerde de inspectie o.a. bij het 2^e adolescenten contactmoment (meestal in de 4^{de} klas). Bij de invoering van dit contactmoment was het niet verplicht dit door de JGZ uit te laten voeren. Met de invoering van het LPK is die taak wel bij de JGZ komen te liggen en moeten JGZ-organisaties dit contactmoment uitvoeren.

Een andere afwijking betrof het aanbieden van digitale contactmomenten. De inspectie definieert een contactmoment als een twee-zijdig contact, waarbij het van belang is dat beide partijen vragen kunnen stellen en antwoorden krijgen en de informatie van dat contactmoment in het individuele dossier van het kind wordt opgenomen. Het aanbieden van een éénzijdig digitaal contact beoordeelt de inspectie als onvoldoende.

*De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden aan het LPK voldoen en toetst hierin de komende toezichtbezoeken op.*

Nog steeds handelingsverlegenheid en slechte registratie bij vermoeden van kindermishandeling

De JGZ meldt relatief weinig bij Veilig Thuis. Uit de gesprekken wordt niet altijd duidelijk welke (combinatie van) factoren hier een rol in spelen. Medewerkers geven als verklaring dat ze soms in het netwerk afspreken dat een andere partij meldt en dat de JGZ die partij ondersteunt met kennis en vaardigheden. Soms brengt het netwerk de JGZ niet op de hoogte van signalen en zijn de contactmomenten te weinig frequent (vooral na de leeftijd van 2-3 jaar) om goed te kunnen signaleren. Bij sommige JGZ medewerkers lijkt echter ondanks scholing toch ook nog steeds sprake van handelingsverlegenheid (in diverse uitingsvormen). Veel medewerkers vinden het minder moeilijk met ouders over een groei-stoornis te praten dan over kindermishandeling. Daarnaast vinden veel medewerkers het moeilijk vermoedens van kindermishandeling te noteren in het dossier vanwege het wettelijk inzage-recht van ouders in het dossier.

Nog steeds vindt de registratie van risicofactoren en/of (vermoedens van) kindermishandeling onvolledig, onjuist of soms niet plaats. Hierdoor is het voor nieuwe medewerkers of medewerkers van andere JGZ organisaties die verder moeten met het dossier na bijvoorbeeld een verhuizing, niet meteen duidelijk dat sprake is van een risico- of aandachtskind. Voor de betrokken kinderen en volwassenen kan dit ronduit schadelijk zijn. Ook is het voor het management onmogelijk op deze wijze betrouwbare stuurinformatie op dit belangrijke onderwerp te genereren. De inspectie vindt dit zorgelijk, gezien de grote aantallen kinderen die slachtoffer zijn van kindermishandeling (119.000 per jaar, met waarschijnlijk 30-50 dodelijke slachtoffers per jaar^[2]).

Bovenstaande problemen zijn immers met scholing, intervisie en supervisie te verbeteren. De inspectie beseft dat veel medewerkers het moeilijk vinden om met ouders en/of kinderen in gesprek te gaan over vermoedens van kindermishandeling en dit met gebruik van het woord kindermishandeling in de dossiers te registreren. Maar in gesprek gaan over veiligheid van kinderen (en volwassenen) in een gezin en daar een registratie over opnemen in het dossier moet naar de mening van de inspectie bij alle gezinnen mogelijk zijn.

*De inspectie geeft **alle** JGZ organisaties de opdracht om:*

- Binnen drie maanden een plan van aanpak te maken de handelingsverlegenheid te voorkomen en aan te pakken;
- Uiterlijk voor eind 2017 met voorrang een kwaliteitsslag te maken in de signalering, eenduidige registratie en analyse van gegevens op het onderwerp kindermishandeling.

[1] Zie brief aan Tweede Kamer d.d. 7-9-2015: Landelijk Professioneel Kader nieuwe veldnorm JGZ.

[2] De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM 2010). Alink et al. Leiden, 2010.

Bloeddruk meten bij kinderen (> 5jr) met overgewicht

In de richtlijn overgewicht uit mei 2012 is het meten van bloeddruk bij kinderen ouder dan 5 jaar met overgewicht opgenomen. Na twijfels over de evidence van dit onderdeel van de richtlijn stelde de Richtlijn Advies Commissie (RAC) van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) desgevraagd dat de evidence duidelijk is en het bloeddruk meten bij kinderen met overgewicht een zinvol en integraal onderdeel van de geldende richtlijn overgewicht voor de JGZ is.

De inspectie benoemde in haar onderzoek van 2013-2014 het afwijken van de richtlijn wel, maar legde geen maatregel op, omdat dit onderdeel van de richtlijn relatief nieuw was. De inspectie stelt echter vast dat nu, ruim 4 jaar later, nog steeds een aantal JGZ-organisaties geen bloeddruk meten of hier pas heel onlangs mee zijn begonnen.

Richtlijnen in de JGZ zijn doorgaans van goede kwaliteit en van groot belang voor de kwaliteitsborging van de JGZ en voor de gezonde en veilige ontwikkeling van de kinderen in Nederland. Richtlijnen zijn niet vrijblijvend. Kort gezegd: individueel afwijken mag, moet soms zelfs, mits goed beargumenteerd en geregistreerd. Collectief afwijken mag alleen met instemming van de inspectie. Voldoet een richtlijn niet in de praktijk, dan moet de richtlijn conform de daarvoor geldende procedures van de RAC ge-updated worden of ingetrokken.

*De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden aan de richtlijn overgewicht (inclusief het bloeddruk meten) voldoen en toetst in de komende bezoeken hierop.*



Kinderen van asielzoekers

De JGZ moest alle zeilen bijzetten voor het volledig en tijdig aanbieden van JGZ aan de vergrote instroom van kinderen van asielzoekers. Deze kinderen hebben daar immers recht op in het kader van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Maar ook voor de maatschappij als geheel is het verstandig deze kinderen vanaf het begin goede JGZ te bieden. Gelukkig merkte de inspectie tijdens de bezoeken dat vrijwel overal de JGZ zich laat leiden door wat de kinderen op dat moment nodig hebben. En niet door wat al wel of niet in regelgeving is uitgewerkt.

Beoordelen van groeicurve niet door jeugdarts of jeugdverpleegkundige

In de praktijk komt het vaak voor dat een assistente de groeicurve bij kinderen op het basisonderwijs en/of het voorgezet onderwijs beoordeelt. De assistente legt gesignaleerde afwijkingen voor aan de jeugdarts of jeugdverpleegkundige op basis van een intern protocol. In tegenspraak met de richtlijnen beoordeelt een jeugdarts of jeugdverpleegkundige echter niet altijd de groeicurven die de assistente beoordeelt als 'niet afwijkend'. Dit gebeurde bij 50% van de bezochte JGZ-organisaties.

De inspectie vindt dit een belangrijk onderwerp. Het beoordelen van een groeicurve is een sensitief, maar niet heel specifiek instrument om een scala aan mogelijke problemen op te sporen, variërend van nierfunctiestoornissen tot kindermishandeling. Het beoordelen van een groeicurve is geen simpele vaardigheid en vereist een gedegen basiskennis van ziekten en normale en afwijkende groeicurven. Assistenten bezitten deze vaardigheden onvoldoende, aangezien deze niet in hun basis- en eventuele vervolgoopleiding zijn opgenomen. Daarmee is deze beroepsgroep niet bekwaam genoeg om groeicurven goed te kunnen beoordelen.

*De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden zorgen dat alle groeicurven beoordeeld worden door een jeugdarts of verpleegkundige.*

Zicht op kwaliteit van zorg

Bij veel JGZ-organisaties is zicht op de eigen kwaliteit van zorg in vergelijking met het vorige onderzoek sterk verbeterd. Grote stappen zijn gemaakt in het aggregeren van gegevens. Hierdoor kunnen de eigen gegevens met historische-, regionale- en landelijke gegevens vergeleken worden. Ook zijn de geaggregeerde gegevens van groot belang voor het maken van beleidskeuzes. Toch moeten veel JGZ-organisaties ook op dit terrein nog de nodige stappen zetten. Diverse JGZ-organisaties zijn bezig met een transitie naar zelfsturende teams. De inspectie beoordeelt het als risicovol als de teams, of de leidinggevendenden, niet op elk gewenst moment over de eigen geaggregeerde gegevens kunnen beschikken. Als stuurinformatie ontbreekt is transitie naar zelfsturende teams een utopie.

Een ander punt in goed bestuur is het gebruiken van de informatie uit (bijna) incidenten en klachten van medewerkers voor kwaliteitsverbetering zoals voorgeschreven in de Wet Kwaliteit, Klachten en Geschillen in de Zorg (WKKKGZ). Grotere calamiteiten of incidenten bespreken de teams veelal met elkaar. Medewerkers en de betrokken manager steunen elkaar in deze. Dit ervaren medewerkers en managers als prettig. Echter, nog vrijwel nergens moedigen JGZ-organisaties medewerkers daadwerkelijk aan (bijna) incidenten en klachten van medewerkers zelf op een open en veilige wijze met de leiding te delen. Daarmee is de interne meldingscultuur in de JGZ terughoudend te noemen. Ook organiseren en analyseren de organisaties deze gegevens zelden

op een systematische wijze. JGZ-organisaties moeten op dit punt nog veel ontwikkelen.

*De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen zes maanden een intern proces van melden van (bijna) incidenten en klachten van medewerkers inclusief een frequente analyse en bespreking van deze analyse met medewerkers hebben ontwikkeld.*

Vroegsignalering psychosociale problemen

Alle bezochte JGZ-organisaties werkten met een signalerings-instrument. De gebruikte interventies zijn veelal evidence based. Bij het verwijzen naar een interventie bij een andere zorg-aanbieder, stuurt de JGZ aan op evidence based interventies. In de uiteindelijke keuze hebben de ouders, of vaak de gemeenten met hun inkoopbeleid, echter een grotere invloed. De JGZ-organisaties geven aan dat evidence in deze keuze helaas niet altijd de bepalende factor is.

Een bijzondere doelgroep bij het vroegsignaleren van psychosociale problematiek is de groep jongeren met een licht verstandelijke beperking. De overgang van 18- naar 18+ is voor deze doelgroep een belangrijke periode met grote risico factoren. De JGZ erkent het belang extra aandacht te besteden bij deze zorgoverdracht; het is vaak een doelgroep die de JGZ relatief snel terugziet als jonge ouders met problemen. De inspectie constateert dat nog vrijwel nergens sprake is van een specifiek beleid of plan van aanpak voor deze doelgroep.

*De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden een plan van aanpak hebben voor een betere zorgoverdracht van 18- naar 18 + voor de specifieke doelgroep van jongeren met een licht verstandelijke beperking.*



Vervolg

Samengevat verwacht de inspectie de volgende acties van de JGZ-organisaties:

- De inspecties roepen zowel de gemeenten als de JGZ-organisaties op met spoed met elkaar in gesprek te gaan over een betere positie en gebruik van de JGZ in het sociale domein.
- De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden aan het LPK voldoen en toetst hier in de komende toezichtbezoeken op.
- De inspectie geeft **alle** JGZ-organisaties de opdracht om:
 - Binnen drie maanden een plan van aanpak te maken de handelingsverlegenheid te voorkomen en aan te pakken;
 - Uiterlijk voor eind 2017 met voorrang een kwaliteits-slag te maken in de signalering, eenduidige registratie en analyse van gegevens op het onderwerp kindermishandeling.
- De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden zorgen dat alle groeicurven beoordeeld worden door een jeugdarts of verpleegkundige.
- De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen zes maanden een intern proces van melden van (bijna) incidenten en klachten van medewerkers inclusief een frequente analyse en bespreking van deze analyse met medewerkers hebben ontwikkeld.
- De inspectie verwacht dat **alle** JGZ-organisaties binnen drie maanden een plan van aanpak hebben voor een betere zorgoverdracht van 18- naar 18 + voor de specifieke doelgroep van jongeren met een licht verstandelijke beperking.

Zij zal bij de volgende bezoeken toetsen of deze ter hand zijn genomen. Daar waar aan de orde volgt bij bezochte JGZ-organisaties nader toezicht.



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Toezichtonderzoek Jeugdgezondheidszorg

GGD Fryslân

Oktober 2016

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Ontwikkelingen, aanleiding en belang	4
1.2	Onderzoeksmethode, normen- en toetsingkader	5
1.3	Opbouw van het rapport	6
2	Resultaten	7
2.1	Beschrijving van de organisatie	7
2.2	Samenvatting van de scores per thema	7
2.3	Normen waarop onvoldoende werd gescoord	8
2.4	Normen waarop matig werd gescoord	9
2.5	Normen waarop voldoende werd gescoord maar de inspectie desondanks een opmerking heeft.	9
3	Conclusies	11
4	Handhaving	12
4.1	Maatregelen	12
4.2	Vervolgacties	
5	Openbaarmaking rapporten	13
	Bijlage: Toetsingskader	

1 Inleiding

1.1 Ontwikkelingen, aanleiding en belang

Ontwikkelingen

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) bevordert, beschermt en bewaakt de gezonde en veilige ontwikkeling van kinderen. Hiertoe ziet zij de kinderen op regelmatige basis, volgt zij de groei en ontwikkeling van het kind, stelt waar mogelijk ouders en kinderen gerust en signaleert (tijdig) problemen die zich voor kunnen doen. De JGZ moet haar werkwijze dusdanig inrichten dat zij bedreigingen van gezonde en veilige ontwikkeling van kinderen tijdig signaleert en adequate hulp kan inzetten en blijven monitoren. De JGZ, deels ondergebracht bij GGD-en, deels bij thuiszorginstellingen en deels bij aparte stichtingen, valt al sinds 1993 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

De omgeving van de JGZ is volop in ontwikkeling met de decentralisatie van de jeugdhulp. Het beoogde doel van de transitie en transformatie van de jeugdhulp naar de gemeenten is de zorg voor jeugdigen naar de voorkant te brengen, zowel wat inhoud als wat uitvoering betreft. De JGZ is in dit proces, gezien haar preventieve rol in het lokale domein, logischerwijs een belangrijke partnervoor de gemeenten. Vanuit het veld ontvangt de inspectie echter signalen dat deze rol als ketenpartner die bij uitstek over preventie gaat nog onvoldoende wordt gezien en ingezet.

Aanleiding

Uit calamiteitenonderzoek naar gezinsdrama's, eerdere toezichtrondes in de JGZ en eerdere contacten met het veld is bekend dat de JGZ ondanks de eigen normen, niet altijd alle kinderen in beeld en in zorg heeft en niet altijd in voldoende mate bereikt. Daarnaast is signalering en aanpak van onveiligheid en ongezond opgroeien (of positiever geformuleerd de focus op gezond en veilig opgroeien) lang niet overal even goed geborgd. De JGZ staat op diverse plekken in het land onder druk. De toenemende en terechte aandacht voor psychosociale problematiek bij de jeugd gaat door gelijkblijvende en soms teruglopende financiering vanuit lokale en landelijke overheid ten onrechte gepaard met minder aandacht voor de traditionele verworvenheden van de JGZ die voor de maatschappij als geheel op de lange termijn echter essentieel zijn.

1.2 Onderzoeksmethode, normen- en toetsingkader

Onderzoeksmethode

Voor het accepteren van de aanbevelingen/handhaving van de inspectie is het belangrijk dat de JGZ-organisaties zich herkennen in het door de inspectie geschetste beeld. In de huidige lopende toezichtronde is om deze reden gekozen voor een aangekondigd bezoek aan alle JGZ-organisaties. Tijdens het bezoek konden de managers, door middel van een door de inspectie aangeleverd format, een presentatie houden over de eigen organisatie. Hierna stelden de inspectie nadere vragen uit het toetsingskader voor zo ver die in de presentatie nog niet aan bod waren gekomen. Vervolgens voerde de inspectie een gesprek met (minimaal) twee uitvoerende medewerkers uit de functiegroepen jeugdarts en jeugdverpleegkundige.

Het toezicht is onderverdeeld in 5 perioden waarbij in elke periode naast de onderwerpen die bij elke JGZ-organisatie onderzocht worden één extra 'medisch' onderwerp en één extra 'psychosociaal' onderwerp wordt belicht. Dit geeft de inspectie in een relatief korte periode een overzicht over 10 extra onderwerpen. De rapportage over het onderzoek vindt minimaal plaats door per JGZ-organisatie een rapport te publiceren en per periode een tussentijdse rapportage met de resultaten uit de voorgaande periode. Hiermee beoogt de inspectie sneller, daardoor actueler en publieksvriendelijker te rapporteren.

Met het huidige onderzoek toetst de inspectie de volgende vijf centrale thema's: bereik; zicht op kwaliteit van zorg; samenwerking in het sociaal domein; kindermishandeling en het verbeterplan van het vorige toezicht. In de periode dat uw organisatie is onderzocht is wat betreft het medische thema gekeken naar 'groei' en wat betreft het psychosociale thema naar 'vroeg-signalering psychosociale problemen'.

Normenkader

Het normenkader is o.a. gebaseerd op de volgende wetten en normen/richtlijnen:

- Wet Publieke Gezondheid (WPG, inclusief memorie van toelichting);
- WKKGZ;
- Standpunt Bereik van de Jeugdgezondheidszorg;
- Landelijk Professioneel Kader (LPK);
- JGZ richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling;
- JGZ richtlijn Kindermishandeling;
- JGZ richtlijn Overgewicht;
- NCJ informatie over informatiedeling sociaal domein;
- Handleiding groeidiagrammen;
- Signalering en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte;
- Voeding en eetgedrag;
- JGZ richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen.

Toetsingskader

De inspectie stelde per thema een norm op gebaseerd op bovenstaand normenkader. Per norm is de verkregen informatie in een score (voldoende, matig of onvoldoende) omgezet. Het toetsingskader is als bijlage toegevoegd.

1.3 Opbouw van het rapport

In dit rapport zijn de normen waarop uw organisatie scoorde weergegeven in hoofdstuk 2. Indien een thema matig of onvoldoende scoorde is dit oordeel kort toegelicht. In hoofdstuk 3 treft u de te nemen maatregelen door uw organisatie aan. De informatie over de openbaarmaking van dit rapport vindt u terug in hoofdstuk 4.

2 Resultaten

Dit hoofdstuk start met een korte beschrijving van de organisatie. Daarna volgt een samenvattend overzicht van de scores per thema. De inspectie geeft een toelichting op de scores per norm, daar waar uw organisatie matig of onvoldoende scoorde.

2.1 Beschrijving van de organisatie

De JGZ is onderdeel van de GGD Fryslân. Met 280 medewerkers (177.5 fte) verzorgt de GGD de JGZ voor de 24 gemeenten in de provincie Friesland. Het werkgebied kent bijna 650.000 inwoners, waarvan ongeveer 134.000 kinderen. Bijna al deze kinderen zijn in zorg bij de JGZ. In alle gemeenten wordt de JGZ aangeboden voor kinderen tussen de 0-18 jaar.

De JGZ organisatie is in ontwikkeling. De JGZ werkt met zelforganiserende teams en ontwikkelt haar medewerkers in de richting van wat de JGZ noemt 'T-shaped professionals' die kijken met een integrale blik. Sinds oktober 2015 is de structuur aangepast met minder leidinggevende lagen. Werkcoaches ondersteunen de teams. De GGD investeerde de afgelopen periode fors in het ontwikkelen van stuurinformatie. Voor het management is dit al zichtbaar, voor de zelfstandige teams is dit in ontwikkeling.

De komende periode is de uitdaging om de zelf organiserende teams verder te ontwikkelen. Daarnaast wil de JGZ in Friesland de samenwerking in het sociaal domein verder verstevigen. Binnen de grenzen van het LPK wil JGZ in Friesland kijken naar regionale en lokale differentiatie.

2.2 Samenvatting van de scores per thema

Score

De inspectie kent per norm een score toe van voldoende, matig of onvoldoende. De betekenis hiervan is als volgt:

- **Voldoende:** voldoet aan de norm.
- **Matig:** de norm is onder de aandacht. De organisatie voldoet deels aan de norm en een plan van aanpak om volledig aan de norm te voldoen is aanwezig.
- **Onvoldoende:** de norm is niet onder de aandacht en/of de organisatie voldoet niet aan de norm en/of een plan van aanpak bij niet voldoen aan de norm om alsnog te voldoen aan de norm is niet aanwezig en/of de norm is onvoldoende geborgd in de organisatie.

Samengevat

De inspectie geeft de resultaten weer aan de hand van 13 normen. De inspectie beoordeelt 10 normen als voldoende, één als matig en twee als onvoldoende.

Tijdens het bezoek keek de inspectie ook naar de aandachtspunten in het rapport over uw organisatie uit het vorige onderzoek naar de JGZ. De opvolging en borging van deze aandachtsgebieden is onvoldoende. De hiernavolgende tabel biedt per thema een samenvatting van de scores op de normen waaraan de inspectie de geboden zorg toetste.

Norm	Voldoende	Matig	Onvoldoende
Zijn alle kinderen in beeld, in zorg, bereikt?			
100% van de jeugdigen is in beeld en in zorg.			
95% van de jeugdigen in het werkgebied is bereikt			
De JGZ organisatie voldoet aan de contactmomenten van het LPK			
Heeft de organisatie zicht op de kwaliteit van zorg?			
De JGZ organisatie heeft zicht op de kwaliteit van zorg			
De JGZ organisatie maakt gebruik van geaggregeerde gegevens			
De JGZ organisatie heeft beleid rond disfunctionerende medewerkers			
Hoe verloopt de samenwerking binnen het sociaal domein?			
Attitude tot samenwerking en een aantoonbare inspanning hiertoe ¹			
Hoe werkt de richtlijn kindermishandeling in de praktijk?			
Jeugdigen met signalen van kindermishandeling zijn zo vroeg mogelijk gesignaleerd en naar de juiste hulpverlening verwezen			
Alle JGZ medewerkers zijn geschoold in de meldcode			
De JGZ signaleert afwijkingen en trends op het gebied van kindermishandeling			
De organisatie heeft schriftelijke afspraken hoe gehandeld wordt bij risico's ook wanneer de zorg (deels) door andere organisaties geleverd wordt.			
Hoe gaat de JGZ organisatie om met de groei?			
De JGZ organisatie werkt conform de geldende richtlijnen ²			
Hoe gaat de JGZ organisatie om met de vroeg-signalering psychosociale problemen			
De JGZ organisatie werkt conform de richtlijn vroegsignalering psychosociale problemen			

De normen waarop u matig of onvoldoende scoorde zijn hieronder toegelicht.

2.3 Normen waarop onvoldoende werd gescoord

2.3.1 De JGZ organisatie voldoet aan de contactmomenten van het LPK

Onderdeel van het in beeld, in zorg, bereikt is het contactmomentenschema van het Landelijk Professioneel Kader (LPK). De JGZ organisatie van de GGD Fryslân geeft aan dit LPK te gebruiken. Bij nadere beschouwing volgt de JGZ organisatie van de GGD Fryslân echter niet volledig het LPK contactmomentenschema. Het bezoek met 7,5 maand voert de JGZ niet uit waarmee de periode 7 t/m 12 maanden uit 2 in plaats van 3 contactmomenten bestaat. Daarnaast geeft de GGD aan op het basisonderwijs 3 contactmomenten aan te bieden. Op het voortgezet onderwijs is uit het door de GGD aangeleverd schema onduidelijk of daadwerkelijk alle jongeren de contactmomenten aangeboden krijgen (al dan niet via digitale vragenlijsten) en of jongeren of hun ouders zelf om een (extra) contactmoment kunnen vragen ook als

1 Tot medio oktober bestond nog geen toetsingskader. Inmiddels is een toetsingskader voor het sociaal domein en jeugd verschenen. Deze zijn te vinden op www.stelseltoezichtjeugd.nl en www.stelseltoezichtsociaaldomein.nl.

2 De Handleiding groeidiagrammen, Richtlijnen overgewicht; Signalering en verwijscriteria bij kleine lichaams lengte; Voeding en eetgedrag

ze uit de triage als laag-risico komen. De inspectie gaat hier op voorhand wel van uit.

De GGD Fryslân nam ten onrechte aan dat de afwijking in de leeftijdsgroep 7-12 maanden akkoord was bevonden door de inspectie. Dit is niet het geval. De introductie van het LPK was duidelijk een nieuwe situatie waarbij de oude richtlijn contactmomenten (en dus ook een afspraak die gebaseerd was op die oude richtlijn) kwam te vervallen. Het nieuwe contactmomentenschema van het LPK is voor vaststelling geaccordeerd door GGD-GHOR Nederland, ActiZ, VNG, VWS, NCJ en IGZ. In de begeleidende brief van de staatssecretaris van VWS is duidelijk aangegeven dat afwijken van het nieuwe contactmomentenschema alleen kan met instemming van de inspectie. De inspectie ontving geen nieuw verzoek van de GGD Fryslân om af te mogen wijken van het contactmomentenschema van het LPK. Door het niet hanteren van het LPK contactmomentenschema voldoet de JGZ organisatie niet aan haar wettelijke verplichting.

2.3.2 *Groei*

Tijdens het bezoek bleek dat bij overgewicht bij kinderen van 5 jaar of ouder geen bloeddruk werd gemeten. Dit is niet conform de richtlijn overgewicht uit mei 2012. Hierdoor kan niet verwezen worden conform de richtlijn. Deze afwijking van de richtlijn constateerde de inspectie al in het vorige onderzoek. De inspectie vindt het zorgwekkend dat het meten van bloeddruk bij kinderen van 5 jaar en ouder met overgewicht nog steeds niet is geïmplementeerd.

2.4 **Normen waarop matig werd gescoord**

2.4.1 *Zicht op kwaliteit van zorg*

Vanuit het oogpunt van governance is een belangrijke informatiebron de (bijna) incidenten en klachten van medewerkers. Goede governance kan niet anders dan door deze (bijna) incidenten en klachten van medewerkers op een systematische wijze te organiseren en vervolgens te analyseren.

Bij de GGD Fryslân is hiervoor een melding systeem aanwezig. De inspectie constateerde dat medewerkers hier onvoldoende bekend mee zijn en gebruik van maken. De interne meldingscultuur beoordeelt de inspectie daarom als terughoudend. Doordat de meldingscultuur terughoudend is en doordat onvoldoende gebruik gemaakt wordt van het interne melding systeem mist de organisatie een belangrijke informatiebron waar het gaat om de kwaliteit van zorg en het leren van (bijna) incidenten en klachten ³.

2.5 **Normen waarop voldoende werd gescoord maar de inspectie desondanks een opmerking heeft.**

2.5.1 *Vroegsignalering psychosociale problemen*

Hoewel de score op de norm vroegsignalering psychosociale problemen voldoende is, verzoekt de inspectie u aandacht te besteden aan de specifieke doelgroep LVB jongeren rond de leeftijd van 18 jaar.

³ Hiermee worden de meldingen bedoeld die niet via een (verplicht) meldingsstelsel worden geregistreerd (bv. vaccinatie of prikincidenten)

Deze jongeren behoren tot een kwetsbare doelgroep en hebben veel extra aandacht van de maatschappij nodig om hun leven zo normaal mogelijk te kunnen leven met zo min mogelijk risico voor henzelf en voor de maatschappij als geheel. Uw organisatie heeft hiervoor geen beleid ontwikkeld en geen afspraken met ketenpartners om de zorg te borgen voor deze kwetsbare doelgroep.

3 Conclusies

Conclusie: geboden zorg voldoet aan bijna alle normen

De zorg die de JGZ organisatie van GGD Fryslân biedt, voldoet op bijna alle punten aan de normen en beoordelingsaspecten die de inspectie hanteerde. Bij de 3 normen waar de geboden zorg niet of nog niet volledig aan voldoet, bestaan mogelijke risico's voor cliënten en zijn verbetermaatregelen nodig. In hoofdstuk 4 staat aangegeven wat de inspectie van de zorgaanbieder verwacht.

4 Handhaving

4.1 Maatregelen

Normen als onvoldoende beoordeeld

GGD Fryslân scoorde onvoldoende op de hieronder genoemde normen.

Norm	Termijn
<i>De JGZ-organisatie voldoet aan de contactmomenten van het LPK</i>	3 maanden
<i>De JGZ-organisatie werkt conform de geldende richtlijnen bij het onderwerp groei.</i>	3 maanden

De inspectie verwacht dat GGD Fryslân binnen de gestelde termijn alsnog voldoet aan de betreffende normen.

Normen als matig beoordeeld

GGD Fryslân scoorde matig op de hieronder genoemde normen.

Norm	Termijn
<i>De JGZ organisatie heeft zicht op de kwaliteit van zorg</i>	6 maanden

De inspectie verwacht dat GGD Fryslân binnen de gestelde termijn alsnog voldoet aan de betreffende norm.

4.2 Vervolgacties

De inspectie verwacht dat GGD Fryslân binnen de gestelde termijnen aan de normen voldoet.

De inspectie verwacht binnen twee weken na het versturen van het definitieve rapport een bericht van GGD Fryslân waarin aangeven wordt dat zij binnen de gestelde termijnen aan de normen zal voldoen.

Indien GGD Fryslân onverhoopt door oorzaken buiten haar invloedssfeer niet kan voldoen aan de normen binnen de gestelde termijnen, kan GGD Fryslân een gemotiveerd verzoek voor uitstel in dienen. Dit verzoek moet binnen 4 weken na het versturen van het definitieve rapport door de inspectie ontvangen zijn.

5 Openbaarmaking rapporten

De inspectie maakt per periode een tussentijdse rapportage actief openbaar, waarin zij de opmerkelijke geaggregeerde zaken van het toezicht op de Jeugdgezondheidszorg van de afgelopen periode bespreekt. De inspectie maakt per periode op hetzelfde moment alle definitieve rapporten van het toezicht op de JGZ van die periode openbaar. De inspectie is voornemens ook bijgevoegd rapport na het definitief worden openbaar te maken via onze website www.igz.nl. De inspectie doet dit niet eerder dan de publicatie van de eerder genoemde tussentijdse rapportage over de afgelopen periode. Daarmee wordt de tussentijdse rapportage en de rapporten waar deze op gebaseerd is, tegelijk openbaar gemaakt.

Bij openbaarmaking neemt de inspectie de wettelijke normen in acht, zoals gesteld in de Wet openbaarheid van bestuur en de Wet bescherming persoonsgegevens. Dit betekent dat de inspectie in haar rapporten - waar mogelijk - geen persoonsgegevens opneemt van uw patiënten of cliënten, noch van uw functionarissen. De functionarissen van de instelling worden zo nodig met hun functieaanduiding in het rapport genoemd.

Aan het einde van deze toezichtronde op de JGZ publiceert de inspectie de resultaten over de gehele toezichtsronde.

Meer informatie over actieve openbaarmaking van documenten door de inspectie kunt u vinden op onze website (www.igz.nl/onderwerpen).

Bijlage: Toetsingskader

Thema	Norm
Zijn alle kinderen in beeld, in zorg, bereikt	
	100% van de jeugdigen is in beeld en in zorg. Dat wil zeggen JGZ-organisaties weten op een peilmoment waar de jeugdigen in hun werkgebied (preventieve) zorg krijgen.
	95% van de jeugdigen in het werkgebied is bereikt en daarmee daadwerkelijk in zorg bij de JGZ instelling
	De JGZ organisatie voldoet aan het Landelijk Professioneel Kader met betrekking tot de contactmomenten
Heeft de organisatie zicht op de kwaliteit van zorg	
	Zicht op kwaliteit van zorg
	Geaggregeerde gegevens
	Disfunctionerende medewerkers
Hoe verloopt de samenwerking binnen het sociaal domein?	
	Attitude tot samenwerking en een aantoonbare inspanning hiertoe ⁴ ;
Richtlijn kindermishandeling in de praktijk	
	Alle jeugdigen met signalen van kindermishandeling zijn zo vroeg mogelijk gesignaleerd en de in aanmerking komende jeugdigen zijn naar de juiste hulpverlening verwezen
	Alle JGZ medewerkers (met direct client/patient contact) zijn geschoold in de meldcode en het omgaan met signalen van kindermishandeling
	De JGZ signaleert opvallende afwijkingen en trends op het gebied van kindermishandeling binnen de eigen populatie en ten opzichte van de rest van Nederland.
	Alle JGZ-organisaties hebben specifieke schriftelijke afspraken en werkprocedures bij risico's voor een gezonde en veilige ontwikkeling van de jeugdigen, ook wanneer de zorg (deels) door andere organisaties geleverd wordt.
Groei	
	De JGZ organisatie werkt conform de Handleiding groeidiagrammen, Richtlijnen overgewicht; Signalering en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte; Voeding en eetgedrag
Vroeg-signalering psychosociale problemen	
	De JGZ organisatie werkt conform de richtlijn vroegsignalering psychosociale problemen
Verbeterplan n.a.v. vorig inspectie uitgevoerd / geïmplementeerd?	

⁴ Tot medio oktober bestond nog geen toetsingskader. Inmiddels is een toetsingskader voor het sociaal domein en jeugd verschenen. Deze zijn te vinden op www.stelseltoezichtjeugd.nl en www.stelseltoezichtsociaaldomein.nl.

OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

Onderwerp	Spelregels project Vitale regio Fryslân
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	[Margreet de Graaf
Auteur	Karin de Ruijscher
Bijlagen	1. Spelregels inrichting programma Vitale Regio Fryslan
Vergaderdatum	8-12-2016
Agendapunt	8

Conceptbesluit

1. goedkeuring te geven aan bijgevoegde spelregels die worden gehanteerd bij de inrichting van het programma Vitale Regio Fryslân.
2. de DPG mandaat te verlenen om in nauwe samenspraak met de directie van De Friesland Zorgverzekeraar een keuze te maken voor pilots binnen het programma Vitale Regio Fryslân

Inleiding

Naar aanleiding van een gehonoreerde subsidieaanvraag bij Stichting Achmea Gezondheidszorg zijn De Friesland Zorgverzekeraar en GGD Fryslân momenteel in gesprek met mogelijke pilotgemeenten. Deze gesprekken zijn gepland tot en met 1 december. Het aantal gegadigden overtreft de mogelijkheden voor de eerste fase, zodat een keuze gemaakt moet worden. In de oriënterende gesprekken is door enkele gemeenten geadviseerd dat de spelregels voor deze selectie door de Friese gemeenten gezamenlijk vastgesteld moeten worden, zodat handelingsruimte voor de directie van DFZ en GGD ontstaat om met het programma te starten.

Beoogd effect

Het beoogd effect is dat op korte termijn kan worden gestart met het programma Vitale Regio Fryslân op basis van co-creatie door gemeenten, DFZ en GGD.

Argumenten

1. want deze criteria doen recht aan de wens om het programma op termijn voor heel Friesland en alle Friezen van waarde te laten zijn; een start maken in en met gemeenten die willen en kunnen investeren, vergroot de kans op succes en is een eis van de grootste subsidieverstrekker;
2. want de DPG behartigt de belangen van alle Friese gemeenten en de preventie ten behoeve van alle Friezen.

Vervolgaanpak/uitvoering

DFZ en GGD maken zo mogelijk voor het kerstreces een keuze voor de pilots. Het is denkbaar dat bij enkele gemeenten nog aanvullende informatie nodig is. In januari start het overleg van kernteam en stuurgroep en wordt een voorstel voor de governance van het programma gesproken.

Communicatie

In overleg met de gemeenten wordt een passende communicatiestrategie bepaald.

Besluit:

- niet vastgesteld
- ongewijzigd vastgesteld
- gewijzigd vastgesteld als volgt:

Kopie naar auteur

**Paraaf
secretaris:**

Spelregels inrichting programma Vitale Regio Fryslân

Voorstel voor Bestuurscommissie Gezondheid d.d. 8 december 2016

De Friesland Zorgverzekeraar en GGD Fryslân hebben subsidie verworven om samen met gemeenten een preventieprogramma uit te voeren dat moet leiden tot vitaliteit van de Friese burgers. In de projectaanvraag is uitgegaan van het werken met lokale pilots, maar ook van het delen van informatie met andere gemeenten, en van een provinciaal ontwikkel- en leertraject. Een uitgangspunt van het programma is om preventie op een integrale wijze te benaderen en in co-creatie te realiseren. Het programma zal in de tijd gaan groeien, maar voor de start zijn keuzes nodig. De bedoeling van deze spelregels is, dat gemeenten kunnen 'aanhaken' aan het programma en dat in co-creatie een voorstel voor de governance kan worden ontworpen. De spelregels voor deze eerste fase gaan over de selectie van pilotgemeenten en over het ontwerp van de governance.

1. Selectie van pilotgemeenten

De directeur Publieke Gezondheid van Veiligheidsregio Fryslân en de directie van De Friesland Zorgverzekeraar maken samen een keuze, met welke gemeenten het programma gestart zal worden.

Een belangrijk criterium bij de keuze van gemeenten is de inschatting of er voldoende ambtelijk en bestuurlijk draagvlak is om te investeren en samen te werken in dit programma; hierbij valt te denken aan tijdsinvestering, beschikbaar stellen van data, en het actief bijdragen aan de provinciale programmaorganisatie. Daarnaast gaat het om een goede combinatie van pilots die het kansrijk maakt om veel te ontwikkelen, te leren en te verbeteren ten dienst van alle Friese gemeenten en alle Friezen. Verscheidenheid aan pilots is daarvoor interessant.

Tenslotte moeten de pilots en ook het totale programma passen binnen de criteria zoals gesteld door Stichting Achmea Gezondheidszorg zoals omschreven op pagina 3 t/m 5 van de Procedure Projectaanvraag:

http://www.innovatiefondszorgverzekeraars.nl/images/aanvraagformulieren/SAG_procedure_2015.pdf .

2. Ontwerp governance

Bovengenoemden bereiden met vertegenwoordigers van de pilotgemeenten een voorstel voor de governance van het programma voor. Hierbij gaat het om het inrichten van een programmaorganisatie, die in eerste instantie gericht is op het sturen en faciliteren van de lokale projecten en op verantwoording. Daarnaast moet er uitdrukkelijk aandacht zijn voor de reikwijdte van de aanpak voor heel Friesland en de borging na de projectperiode. De Friesland Zorgverzekeraar heeft de suggestie gedaan, het Platform sociaal-medische eerste lijn (en de daarbij horende regionale groepen) hiervoor te benutten. Gemeenten hebben tot nu toe aangegeven dat zij voorkeur hebben voor aansluiting bij bestaande structuren, zoals de regionale ambtelijke en bestuurlijke overleggen volksgezondheid, het samenwerkingsverband ANNO en de (Platformfunctie van) Bestuurscommissie Gezondheid.

De stuurgroep van de nieuwe programmaorganisatie beslist, welk gremium voor provinciale uitwisseling gebruikt wordt. Het staat gemeenten natuurlijk vrij, in elk ander gremium ook uit te wisselen.