

## AGENDA

### Bestuurscommissie Gezondheid

---

Datum	:	11 februari 2021
Tijdstip	:	14.30 – 16.30 uur
Locatie	:	Via MS Teams

---

	<b>Onderwerp</b>	<b>Bijlage</b>	<b>Doel</b>
1.	Opening en vaststellen van de agenda	-	Vaststellen
2.	Besluitenlijst 19 november 2020	Bijlage	Vaststellen
3.	Ingekomen stukken en mededelingen <ul style="list-style-type: none"><li>• Reactie van GGD Fryslân op de discussienota: Zorg voor de toekomst</li><li>• HKZ-certificering</li></ul>	Bijlage	Informeren
4.	Stand van zaken Coronacrisis	Mondeling	Informeren
5.	Presentatie JGZ 3.0	Bijlage	Informeren
6.	Koersdocument JGZ 3.0	Bijlage	Informeren
7.	Proces begroting en verlenging programma JGZ 3.0	Bijlage	Vaststellen
8.	Investeringsvoorstel: Content integratie	Bijlage	Vaststellen
9.	Investeringsvoorstel: Digitale transformatie	Bijlage	Vaststellen
10.	Kaderbrief 2022 – 2025, inclusief zienswijzen	Bijlage	Vaststellen en adviseren aan DB/AB
11.	Inhoudelijk deel jaarverslag 2020 – programma Gezondheid	Bijlage	Vaststellen en adviseren aan DB/AB
12.	Inhoudelijk deel begroting 2022 – programma Gezondheid	Bijlage	Vaststellen en adviseren aan DB/AB
13.	Rondvraag en sluiting		

## **KORTE CONCLUSIES**

### **Bestuurscommissie gezondheid**

**Datum** : 19-11-2020  
**Locatie** : Via MS Teams

#### **Aanwezig:**

Leden:

P.M. Jonker	L. Boelsma	H. Zonderland (voorzitter)
J. Zoetendal (voorzitter)	E. de Groot	J. B. Wassink (lid Agendacommissie)
G. Wiersma	J.D. de Vries	B. Tol (lid Agendacommissie)
L. de Vries	B. Westerink	G.R. Wielinga (lid Agendacommissie)
E. Verhagen	A. Bouwman	P. IJnsen
E.A. de Ruijter	J. Hoekstra-Sikkema	E.E Gerbrands
M. de Graaf (directeur GGD)	M. Visser (secretaris)	

#### **Afwezig:**

-

#### **1. Opening en vaststellen agenda**

De voorzitter opent de vergadering en heet iedereen welkom.

*De agenda wordt ongewijzigd vastgesteld.*

#### **2. Conclusies vergadering Bestuurscommissie Gezondheid van 1 oktober 2020**

*De conclusies worden ongewijzigd vastgesteld.*

Naar aanleiding van de besluitenlijst meldt mevrouw Wielenga dat de Contourennota van het Rijk is uitgesteld. Zij neemt deel aan een landelijke werkgroep en zou graag input ontvangen van de overige leden, over wat zij belangrijk vinden op het gebied van preventie. Ze zou hiervoor graag de landelijke lijn willen hanteren.

#### **3. Ingekomen stukken en mededelingen**

*De Bestuurscommissie Gezondheid neemt kennis van de mededelingen.*

Met betrekking tot de mededeling over *Nu niet zwanger*. De heer Wassink geeft aan dat hij signalen krijgt dat het project niet goed is aangehaakt bij lokale interventies en dat er momenteel geen structurele middelen beschikbaar zijn. Mevrouw de Graaf zegt toe dit signaal af te geven aan de projectleider.

Mevrouw de Ruiters geeft aan dat zij de vergadering om 11:00 moet verlaten en wil graag een korte mededeling doen over Bestuurderstevredenheidonderzoek. Alle bestuurders ontvangen zeer binnenkort een brief waarin zij worden opgeroepen om hiervoor input te leveren.

#### **4. Stand van zaken corona**

Mevrouw de Graaf schetst de laatste stand van zaken rond de bestrijding van het coronavirus.

De heer J.D. de Vries reageert op het nieuwsbericht van vanochtend, waarin werd gemeld dat het aantal besmettingen en zelfs het aantal doden in Friesland toch behoorlijk oplopen. Hij vraagt daarbij of de wethouders Gezondheid hierin nog iets kunnen betekenen?

Mevrouw de Graaf geeft aan dat we dit vooral zien in de sector Verpleeg- en Verzorgingshuizen en Thuiszorg (VVT). Dit daalt nog niet zoals we willen. Vorige week was er zelfs sprake 20 ipv 10 huizen met besmettingen. Ook de opkomst van snelteststraten was nog niet ingeregeld met meldingen, waardoor het zicht even weg was. In Groningen en Friesland is inderdaad sprake van een lichte stijging, maar we doen er alles aan. Op dit moment heeft mevrouw de Graaf geen tips voor gemeenten, anders dan wat er wordt besproken in het overleg van het regionaal beleidsteam (RBT). De heer J.D. de Vries constateert dat het vooral voorkomt in groepen. Dat lijkt geruststellend, maar is dus wel iets dat we extra goed in de gaten moeten houden.

Naar aanleiding van het bericht van de Leeuwarden Courant over snelteststraten (“cowboys”) vraagt de heer Bouwman hoe de relatie hier nu mee is.

Mevrouw de Graaf nuanceert dat het echt niet allemaal cowboys zijn. Veel zijn ook goed ingeregeld maar er zijn voorbeelden van bedrijven die verkeerde tests hebben ingekocht. Afspraken zijn nu goed gemaakt, maar we krijgen bijvoorbeeld de negatieve resultaten nog niet door. Voor het zicht op het virus zou dat ook mooi zijn. We hebben de grote bedrijven in beeld en ook aangeschreven, maar het is vrij te bestellen en dus moeilijk in beeld te krijgen en houden.

#### **5. Governance Friese Preventie Aanpak**

Mevrouw Zonderland geeft een toelichting op het advies om de governance van alle leefstijlprogramma's, inclusief Nuchtere Fries, onder te brengen in de Friese Preventieaanpak. Hiervoor wordt dan een bestuurlijk platform ingericht, waar we in ieder geval graag 4 wethouders aan willen verbinden.

De heer Bouwman geeft aan het een goed voorstel te vinden. Hij zou ook graag ook een goede urenindicatie zien van wat er van de gemeenten (ambtelijke inzet) wordt gevraagd.

De heer Zoetendal geeft aan dat in de vergadering van de Agendacommissie is besproken dat het verstandig lijkt om de leden van de drie RMC-regio's te vragen om, naast de portefeuillehouder Hanneke Zonderland, nog (in ieder geval) drie leden voor te dragen. Een lid voor elke RMC-regio. De namen kunnen per mail worden doorgegeven aan hem, als voorzitter, en in cc naar Mark, als secretaris.

*De Bestuurscommissie Gezondheid stemt in met het voorstel om de governance van alle leefstijlprogramma's, inclusief Nuchtere Fries, onder te brengen in de Friese Preventieaanpak.*

*Dit besluit zal worden bekrachtigd in de vergadering van de Stuurgroep Nuchtere Fries, die aansluitend aan de vergadering van de Bestuurscommissie Gezondheid is belegd.*

#### **6. Inrichting fase 2 Zorg & Veiligheid**

Het voorliggende besluit betreft een besluit op voorraad. Het bestuur besluit vandaag of de GGD het werk kan blijven doen. Vervolgens zullen de colleges van B&W worden gevraagd om de werkzaamheden aan de GGD op te dragen.

*De Bestuurscommissie Gezondheid stemt in met de inrichting van fase 2 van de portefeuille Zorg & Veiligheid.*

#### **7. Kaderbrief 2022 - 2025**

De heer Bouwman refereert aan de programma's Kansrijke start en Nu niet zwanger. Hij geeft aan dat we hierin een hele goede afstemming tussen gemeenten (gebiedsteams) en GGD nodig hebben.

Mevrouw de Graaf geeft aan blij te zijn met deze oproep, want hier gaat het precies over. Ze stelt voor om hier volgend jaar een themasessie in de Bestuurscommissie Gezondheid aan te wijden. De leden van de Bestuurscommissie stemmen hiermee in.

*De Bestuurscommissie Gezondheid stemt in met de teksten voor de Kaderbrief 2022 – 2025 en adviseert het DB en AB om deze teksten te verwerken in de definitieve Kaderbrief 2022 – 2025.*

**8. Koppeling overhead – primair proces**

*De Bestuurscommissie Gezondheid stemt in met het voorstel om het DB te adviseren om:*

- 1. Inhoudelijke besluiten voortaan inclusief effecten voor de overhead voor te leggen;*
- 2. De werking van het systeem te borgen middels de huidige methodiek van 4-jaarlijkse toetsing van de overhead;*
- 3. Deze werkwijze na één jaar te evalueren.*

**9. Rondvraag en sluiting**

Van de rondvraag wordt geen gebruik gemaakt.

*De voorzitter bedankt iedereen daarop voor de inbreng en sluit de vergadering.*

## OPLEGNOTITIE INFORMEREND

Onderwerp	Ingekomen stukken en mededelingen
Voorstel ter behandeling in	de vergadering van <b>de Bestuurscommissie Gezondheid</b>
Status	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
Portefeuillehouder	Jelle Zoetendal
Auteur	Margreet de Graaf
Bijlagen	1. Discussienota: Zorg voor de toekomst
Vergaderdatum	11-02-2021
Agendapunt	<b>3</b>

### A. Ingekomen stukken

1. De reactie van GGD Fryslân op de discussienota: Zorg voor de toekomst

### B. Mededelingen

#### 1. Mededeling over HKZ-certificering

Jaarlijks worden we door de instelling Loyds getoetst op onze kwaliteit. De audit gesprekken vonden dit jaar digitaal plaats via teams, op 6 en 7 januari. Hierbij zijn geen afwijkingen of aandachtspunten geconstateerd en het certificaat wordt gecontinueerd. Het algehele beeld over GGD Fryslân en de afdeling crisisbeheersing is positief en de auditor was onder de indruk van de manier waarop wij omgaan met de corona-crisis. Er is tijdig en adequaat het hoofd geboden aan de pandemie. Wat volgens het rapport positief opvalt voor de organisatie is het benutten van kansen, tonen van initiatief, de creativiteit, samenwerking opzoeken en het getoonde lef. Voorbeelden hiervan waren het scholingstraject COVID-19 en de samenwerking met het Fries Sociaal Planbureau.

26 januari 2021

## **Voorgenomen**

# **Reactie op de Discussienota “Zorg voor de toekomst” en visie GGD Fryslân op preventie en zorg in 10 punten**

*Leeswijzer:*

*Dit document bestaat uit 3 onderdelen:*

1. *Algemene reactie op de discussienota “Zorg voor de toekomst” van VWS*
2. *Beantwoording van de 5 vragen van VWS bij de nota; deze zullen wij invoeren bij de internetconsultatie*
3. *Visie op preventie en zorg in 10 punten; bedoeld voor algemeen gebruik*

## **1. Algemene reactie op de discussienota “Zorg voor de toekomst” van VWS**

*GGD Fryslân herkent veel zaken in de notitie Zorg voor de Toekomst:*

- We onderschrijven de geconstateerde noodzaak voor verandering, de extra aandacht voor preventie en de rol van en voor de regio in relatie tot te voeren (preventief) gezondheidsbeleid.
- We onderschrijven de noodzaak voor centrale regie en randvoorwaarden. Zo pleiten wij voor betere borging van preventie, door dit voor alle terreinen van gezondheidsbevordering op te nemen in de WPG, incl. geormerkte middelen in het gemeentefonds.
- We zijn blij met de weliswaar korte, maar toch zeker genoemde constatering dat zorg van toegevoegde waarde voor de burger moet zijn.
- We zijn blij met de aandacht voor professionaliteit en de beschreven handelingsvrijheid voor de professional.
- We onderschrijven het belang om het aspect gezondheid mee te nemen in bestuurlijke (economische) beslissingen door de overheid, zowel op lokaal als op nationaal niveau.
- GGD Fryslân herkent zich tenslotte in de visie van GGD GHOR NL, zoals beschreven in “Van focus op ziekte naar focus op gezondheid”.

*Maar we missen ook een aantal zaken*

- We missen een duidelijke visie op de toekomst van de samenleving en de rol die zorg daarin zal spelen. We missen het a priori aansluiten bij de burger die zich in een digitaliserende wereld moet handhaven, de visie op welke vragen dit aan de burger en diens directe omgeving stelt. We missen de complementaire rol van het zorgstelsel aan deze burger.
- Er ontbreekt een goede arbeidsmarktanalyse. Hierover wordt opgemerkt dat in een tijdbestek van 15 jaar het relatief aantal mensen dat in zorg en welzijn werkt, zou moeten verdubbelen. We zien dit als een pertinente onmogelijkheid en onwenselijkheid waaraan de notitie te makkelijk voorbijgaat.
- De nadruk in het stuk ligt op verbeterpunten in de curatieve zorg, terwijl wij meer verwachten van een benadering waarbij positieve gezondheid centraal staat. Wat kan er anders/beter op het gebied van gezondheid-preventie- vroegsignalering- zorg en hulp-nazorg? Welke opgave ligt er voor publieke gezondheidszorg?

26 januari 2021

- We zien dat de discussienota geschreven is vanuit het perspectief van het bestaande zorgstelsel en vanuit het kostenperspectief. Hierdoor raken nieuwe beleidsopties buiten beeld, wat wel zou ontstaan als het startperspectief gezondheid en welzijn voor iedereen zou zijn geweest.
- Het begrip preventie wordt in het stuk voor verschillende vormen van preventie gebruikt. Het is belangrijk om dit begrip goed te definiëren, en de diverse vormen /niveaus te onderscheiden. Wat ons betreft worden alle preventieniveaus in samenhang beschouwd.
- We missen maatschappelijke trends die van invloed zijn op de zorg, zoals individualisering, marktwerking, aandacht voor duurzaamheid en gezondheid, minder fysieke beroepen, etc.
- In de notitie ontbreekt een analyse van de bestaande wet- en regelgeving, die "verscotting" in de hand werkt, terwijl een integrale benadering en aanpak van gezondheid nodig is.
- De notitie besteedt te weinig aandacht aan de mogelijkheden van de digitale wereld. EHealth zal een veel prominentere rol spelen dan teleconsulten en toepassing van domotica. De samenleving zal binnen de beleidsperiode te maken krijgen met plaatsonafhankelijke zorgverlening en zorgtoepassingen zonder menselijke arbeid of zelfs interventie.
- Wij zien de samenwerking in de regio niet alleen als een "financieel arrangement" (blz. 29) maar ook (of vooral) als een bindend commitment om te werken aan gezamenlijke doelen, en gebaseerd op gezamenlijke analyse. Een dynamisch Regiobeeld dat meer omvat dan zorgdata, ligt aan de keuzes ten grondslag. De samenwerking moet recht doen aan alle determinanten voor gezondheid (bron: conceptueel model RIVM voor bredere determinanten voor gezondheid). Onderwijs en RO zijn bijvoorbeeld belangrijke sectoren. Op die manier wordt ook meer recht gedaan aan de boodschap (en ondertitel) van de Landelijke nota gezondheidsbeleid: gezondheid BREED op de agenda.
- Door het denken vanuit "zorg" en het voorkomen daarvan, ligt de focus in de nota overwegend bij ouderen. Wij bepleiten dat in het beleid de focus van ziekte naar gezondheid verschuift gedurende de hele levensloop. Dit betekent een grotere nadruk op de jongste groepen.
- Het begrip positieve gezondheid geldt niet alleen op individueel niveau maar ook voor de maatschappij als geheel. Met een dergelijke collectieve blik ontstaan er meer transformatie kansen met andere sectoren, zoals onderwijs. Ook voor het versterken van gezondheidspotentieel is een collectief preventieve aanpak nodig.
- We denken dat de notitie door de gemaakte keuzes en perspectieven vooral geschikt is voor beleid op de middellange termijn en daarmee kan dienen als beleidsoriëntatie voor de komende twee tot vier jaar. We missen een fundamentele oriëntatie op:
  - De burger,
  - Participatie,
  - Rol van en opvattingen over eigen regie en de beperkingen daaraan,
  - Autonomie en de beperkingen daarvan,
  - Sociaaleconomische gezondheidsverschillen
  - Rol van opleiden en onderwijs
  - Politiek-maatschappelijk leiderschap
  - etc.

## 2. Beantwoording van de 5 vragen van VWS bij de nota; deze zullen wij invoeren bij de internetconsultatie

### 1. *Herkent u zich in de drie thema's als de thema's waar de komende jaren meer verandering op nodig is?*

Ja, we herkennen ons in de drie hoofdthema's. We adviseren een vierde thema toe te voegen, namelijk "publieke gezondheid(szorg)".

2. *Herkent u de knelpunten die op (één van) de drie thema's worden genoemd, of missen er nog belangrijke knelpunten*

Knelpunten bij Preventie en gezondheid:

*Sterke productieprikkels*

Wij herkennen dat de marktwerking in de zorg de productieprikkels heeft vergroot. De GGD/JGZ kent deze prikkels veel minder, en is daarom een goede partij voor gemeenten en andere overheden om mee samen te werken. Bovendien zijn de kosten van JGZ-gerelateerde zorg relatief laag ten opzichte van commerciële aanbieders. Daarom pleiten wij voor het meer in stelling brengen van de GGD/JGZ als het gaat om preventie.

*Onheldere verantwoordelijkheden van verschillende partijen*

Wij herkennen dat verantwoordelijkheden niet helder altijd helder zijn als het gaat om preventie. Preventie is van iedereen en daarom van niemand. Dit komt onder andere omdat preventie onderdeel uitmaakt van verschillende wetten (Wpg, ZvW, WMO, JW, WLZ). In de JGZ merken we bijvoorbeeld dat de preventieve taken die in de Jeugdwet zijn opgenomen vaak weinig integraal met de JGZ worden opgepakt. Zo kan er beter worden samengewerkt door de JGZ en wijkteams van gemeenten als het gaat om op- en afschalen. Wij pleiten ervoor om in ieder geval de universele en selectieve preventie onder te brengen in de Wet Publieke gezondheid. Wetgeving (en daarmee de geldstromen) moeten geen belemmering voor samenwerking zijn.

*Onderinvestering in preventie*

Wij herkennen de onderinvestering in preventie. Door de hiervoor genoemde situatie dat preventie onderdeel is van verschillende wetten, en de opbrengsten van preventie pas op lange termijn zichtbaar worden, zie je in de praktijk dat andere, meer curatieve taken voorrang krijgen, doordat zij op korte termijn meer zichtbare resultaten laten zien. Het zou goed zijn om de opbrengsten van preventie meer inzichtelijk te maken.

Knelpunten bij Organisatie en regie

- Wij herkennen de genoemde knelpunten, bijvoorbeeld als het gaat om investeringen in preventie. Ook ervaren wij dat regels het goede in de weg staan. Zo is de APV vaak een barrière voor samenwerking, maar ook het feit dat preventie in meerdere wetten een plek heeft (en daarmee juist geen eigenaarschap kent) niet behulpzaam.
- Vanuit onze positie voegen we hier nog aan toe: meer samenwerking is gewenst in de hele keten: gezondheid-preventie- vroegsignalering- zorg-nazorg. Daarvoor zijn gezamenlijke doelen nodig.
- De rol van gemeenten als het gaat om preventie zou nog explicieter kunnen. Zo zou gezondheidsbevordering een explicietere rol in de Wpg kunnen krijgen. Dit vraagt dan ook bijbehorende financiering, die dan geormerkt opgenomen zou moeten worden in het gemeentefonds.

Knelpunten bij vernieuwing en werkplezier

De werkdruk in publieke gezondheid is hoog en salariering van met name artsen relatief laag. Dit heeft tot gevolg dat we kampen met een chronisch personeelstekort.

Knelpunten bij Publieke Gezondheidszorg

De knelpunten zijn o.a.

- Een krappe personele bezetting i.v.m. onvoldoende financiële middelen: sommige functies op waakvlamniveau;
- Relatief lage salariering van artsen waardoor het moeilijk is om vacatures te vervullen en werkdruk ontstaat;
- Zwakke verankering van gezondheidsbevordering in de Wet publieke gezondheid.



3. *Welke beleidsopties die genoemd worden bij de drie thema's leveren volgens u een belangrijke bijdrage aan de houdbaarheid van ons zorgstelsel?*

#### Preventie en Gezondheid

- Om regie te kunnen voeren en gezondheidsvaardigheden te vergroten moet je mensen en hun sociale omgeving daar zo vroeg mogelijk in toerusten. Dit vraagt integrale inzet op nationaal en lokaal niveau. Zo is het voor kinderen belangrijk om een krachtige basis te creëren. Dit vraagt ook om het normaliseren van (jeugd)gezondheidsproblemen. De jeugdgezondheidszorg kan daar een heel goede rol in spelen. De JGZ zou voor 0-18 jaar een drempelloze toegang moeten zijn en ouders zoveel mogelijk in staat moeten stellen zelf regie te voeren en de fysieke en mentale gezondheid van hun kinderen te bevorderen. Een digitaal (=plaats- en/of tijdsafhankelijk) aanbod is daarbij van groot belang. Overigens moeten we ook waken voor te veel maakbaarheidsdenken als het gaat om gezondheid.
- Vroegsignalering moet niet verward worden met preventie. Wat ons betreft kan het onderwijs een goede rol spelen in preventie, maar zou je terughoudend moeten zijn met het geven van een signaleringsfunctie aan het onderwijs. Jeugdhulp op school kan zelfs voor het omgekeerde effect zorgen: als je meer zoekt vind je ook meer, want iedereen heeft wel iets. Bovendien geef je daarmee het signaal dat de school regie heeft ipv de ouder. Door bijvoorbeeld de JGZ/GGD een betere plek op school te geven normaliseer je juist, rust je ouders toe en kun je de kwaliteit van de GGD op het gebied van gezondheidsbevordering optimaal benutten.
- Overheidsmaatregelen: meer landelijke maatregelen (prijs/wetgeving) op het gebied van gezondheidsbescherming. Verduidelijken wettelijke taak gemeenten + passende financiering
- Regionale samenwerking gemeenten en zorgverzekeraar rondom financiering; onder publieke regie.
- Rol GGD sterker: regionale adviseur voor preventie en publieke gezondheid.
- Innovatieve contractvormen/inzetten op voorkomen van zorg; financiële prikkels voor preventie in de zorg.
- Geormerkte middelen voor preventie toevoegen aan het Gemeentefonds.
- Regionaal preventiefonds.

#### Organisatie en regie

- Preventie is niet een op zichzelf staande activiteit, maar nauw verbonden met de juiste zorg op de juiste plek. Preventie gaat dan ook niet uitsluitend over de leefstijlgerelateerde interventies die centraal staan in de lokale preventieakkoorden (overgewicht, roken en alcohol) maar over gezondheidsbevordering in brede zin. Denk hierbij aan de relatie van gezondheid met het hebben van huisvesting, werk, inkomen, schulden, (mentale) stress, ggz-problematiek en andere factoren die sterk van invloed zijn op de bestaanszekerheid. Uitgangspunt daarbij is een benadering vanuit de levensloop: van (voor de) geboorte tot het levenseinde geven mensen vorm aan hun leven en gezondheid. Voorzorg is een mooi voorbeeld van die integrale benadering.
- Regionale arrangementen (zie stuk van GGD GHOR NL: Van focus op ziekte naar focus op gezondheid).
- Aanvullend een infrastructuur voor preventie op wijk/dorpsniveau, zoals bepleit in de Friese Preventieaanpak. Als het gaat om samenwerking in de regio en het daarom faciliteren van regiobeelden gaat het alleen over zorgaanbieders en -inkopers. Ook het preventieve veld (waaronder de JGZ) zou uitdrukkelijk moeten worden meegenomen als belangrijke partner in de keten, zodat het regiobeeld ook bruikbaar is voor keuzes in preventie.
- Een spil in de wijk: Voor jeugdigen zouden wij willen pleiten voor de JGZ als drempelloze toegang/spil i.p.v. het voorgestelde wijkteam. Zo nodig kan natuurlijk worden opgeschaald naar wijkteam, huisarts, etc.  
De "spil in de wijk" zou ook een collectieve blik moeten hebben; daarom pleiten wij daarnaast voor een combi van welzijn met functionaris publieke gezondheid (bv gezondheidsmakelaar).

### Vernieuwing en werkplezier

We onderstrepen het pleidooi om digitaal ondersteunde zorg meer vanzelfsprekend te maken, maar zouden hieraan toe willen voegen om dit ook voor preventie vanzelfsprekend te laten zijn.

4. *Heeft u concrete suggesties om bepaalde opties nader te concretiseren en praktisch vorm te geven?*
  - Rol gemeenten explicieter maken; met name de taak van gezondheidsbevordering uitwerken
  - Lokale preventie infrastructuur met duidelijke afspraken over continuïteit en middelen voor gemeenten
  - Eén overheid uitstralen; gezondheidsbevordering is immers een majeure opgave.
  - Rol en betekenis publieke gezondheid met en zonder crisis, een duidelijker plek geven in de nota.
  
5. *Welke beleidsopties ontbreken er nog?*

### Preventie en gezondheid:

- Landelijk sturen vanuit – langs democratische weg bepaalde – kwantitatieve doelen. Bv verlagen Diabetes, (dit heeft eerder ook gewerkt voor verlagen kindersterfte)
- Normerend kader van de Landelijke nota gezondheid(sbeleid) mag weer in ere hersteld worden. Vergezeld van financiële prikkels
- Regierol vanuit publieke gezondheid
- Meer denken vanuit (veranderende) rollen van burger en samenleving in relatie tot keuzes in de zorg
- Wat betekenen de te verwachten technologische veranderingen en toepassingen voor de zorg en het stelsel? En hoe gaan we om met datasoevereiniteit?

## **3. Visie GGD Fryslân op preventie en zorg in 10 punten; bedoeld voor algemeen gebruik**

We staan een brede maatschappelijke herwaardering van gezondheid (en zorg) voor, gebaseerd op het uitgangspunt dat iedereen een *gezond, gelukkig en waardevol* leven kan leiden. We staan een samenleving voor die het gewone, gezonde leven en een gezonde omgeving faciliteert maar zorg en opvang biedt als het niet meer gaat.

### *10 Hoofdpunten voor de toekomst*

1. De burger in alle verscheidenheid is het startpunt van alle denken. Het gaat om gezond, gelukkig en waardevol leven. Dit vergt een gemeenschappelijke inspanning van de samenleving als geheel, waarbij iedereen gelijkwaardig deelnemer is en het vraagt om nieuwe rol-neming door burgers, gemeenschappen, professionals, onderwijs, centrale en decentrale overheden, verzekeraars, werkgevers etc. De overheid heeft samen met partners de verantwoordelijkheid, een haalbaar en op inclusie gericht stelsel voor zorg en welzijn te realiseren.
2. Een duurzaam stelsel voor zorg en welzijn is begrijpelijk voor iedereen, en spreekt de taal van iedereen. De burger begrijpt de eigen rol en kan een beroep doen op advies, steun en zorg op

een voor hemzelf inzichtelijke wijze. De zorg is zoveel mogelijk lokaal en dichtbij, met een drempelloze toegang.

3. Zorg dicht bij de burger en de leefomgeving houdt ook een goed en gedifferentieerd digitaal aanbod in. De samenleving, burgers, professionals, organisaties en overheden, moeten zich voorbereiden op de digitale toekomst, waarin ondenkbare oplossingen mogelijk worden, en waardoor het maatschappelijk speelveld zal veranderen. Er is nog meer overdenking nodig over het spanningsveld zorg dichtbij versus de beste/gespecialiseerde zorg.
4. Een duurzaam stelsel voor welzijn en zorg inspireert burgers in hun dagelijkse gezonde keuzes, en ondersteunt burgers en gemeenschappen als het hen niet lukt. Hierbij past een landelijke aanpak gericht op beperken van de verkoop van ongezonde producten die ondersteunend is aan de inzet op gezonde leefstijl.
5. Preventie is een vanzelfsprekend onderdeel van het hele aanbod in welzijn en zorg; het gaat hier om preventie in de volle breedte: van bevorderen van gezond leven tot het voorkomen van nog meer gezondheidsschade. Deze dient structureel versterkt te worden en een gelijkwaardige plaats in het zorgstelsel, inclusief wettelijke verankering te krijgen in de WPG, dus als verantwoordelijkheid van de gemeente. In elk dorp en elke wijk en elk dorp is een logische infrastructuur voor preventie. In Friesland gebruiken we hiervoor het Friese preventiemodel als "taal".
6. Preventie is relevant voor iedereen, in alle levensfasen. Extra aandacht gaat uit naar burgers in een kwetsbare positie. We willen preventie benaderen vanuit het levensloppersperspectief met aandacht voor life events.
7. De jeugd heeft de toekomst, investeren in gezondheidsvaardigheden van jongeren levert op termijn grote gezondheidswinst (en kostenbesparing) op. De infrastructuur die de jeugdgezondheidszorg kent, kan beter benut worden als het gaat om de zorg voor jeugd. De Jeugdgezondheidszorg richt zich primair op de eerste vormen van preventie. Dit maakt dat de Jeugdgezondheidszorg de drempelloze toegang is: ze is voor alle kinderen (en hun ouders/verzorgers), en bevordert hun fysieke en psychische gezondheid.
8. De huidige coronacrisis maakt zichtbaar dat een goed stelsel van publieke gezondheidszorg van levensbelang is. Knelpunten zijn o.a. een krappe personele bezetting (sommige functies op waakvlamniveau), relatief lage salariering van artsen waardoor moeilijk om vacatures te vervullen, zwakke verankering gezondheidsbevordering in de wet publieke gezondheid. De sector moet daarom worden versterkt. Hierbij is een bekostigingssystematiek noodzakelijk die past bij het langjarig perspectief van preventie en niet onder druk van het curatieve stelsel moet staan.

### Het Friese Preventiemodel

Versie 2.0



Bron: Preventiemodel, GezondNL.nl, aanpassingen door Werkgroep Preventie, Sociaal Domein en Friese Preventieaanpak.

9. De GGD kan en wil regionale adviseur en (landelijk) autoriteit zijn op het gebied van preventie (GGD GHOR, Van focus op ziekte naar focus op gezondheid). Onderdeel van deze rol is het maken van een maatschappelijke business case, waarin de duurzame effecten van preventie worden verhelderd en op basis waarvan belangrijke maatschappelijk keuzes kunnen worden gemaakt.
10. De samenleving en daarmee zorg en welzijn vragen om flexibel inzetbare en digitaal vaardige mensen, voor wie meerdere opleidingsroutes beschikbaar zijn. Dit impliceert dat de bestaande professionele structuur niet langer uitgaat van beroepen, maar van bekwaamheden in een levenlang onderwijscontinuüm, zie ook het advies van de RVS in deze (De B van bekwaam, RVS, 2019)

# JGZ 3.0

29 oktober 2020  
Stuurgroep JGZ 3.0



# Context

- Aanleiding: groei, digitalisering, arbeidsmarkt, klantbehoefte
- Kwartiermakersfase 2018
- Innovatieagenda 2019-2021



# Uitdaging

*We willen een toekomstbestendige JGZ, die met moderne middelen een hoge kwaliteit en bereikbaarheid realiseert.*

*Want: iedereen verdient een gezond en veilig leven!*

*Concept van 'positieve gezondheid'.*



# Programma JGZ 3.0

Meerjarig programma met vijf thema's:

1. Behoeftegericht werken (positieve gezondheid)
2. Digitalisering
3. Netwerken
4. Taakherziening
5. Werkomgeving





# Hoe?



# 2019

Beweging op gang brengen, door:

- Pilotprojecten
- Medewerkerdagen



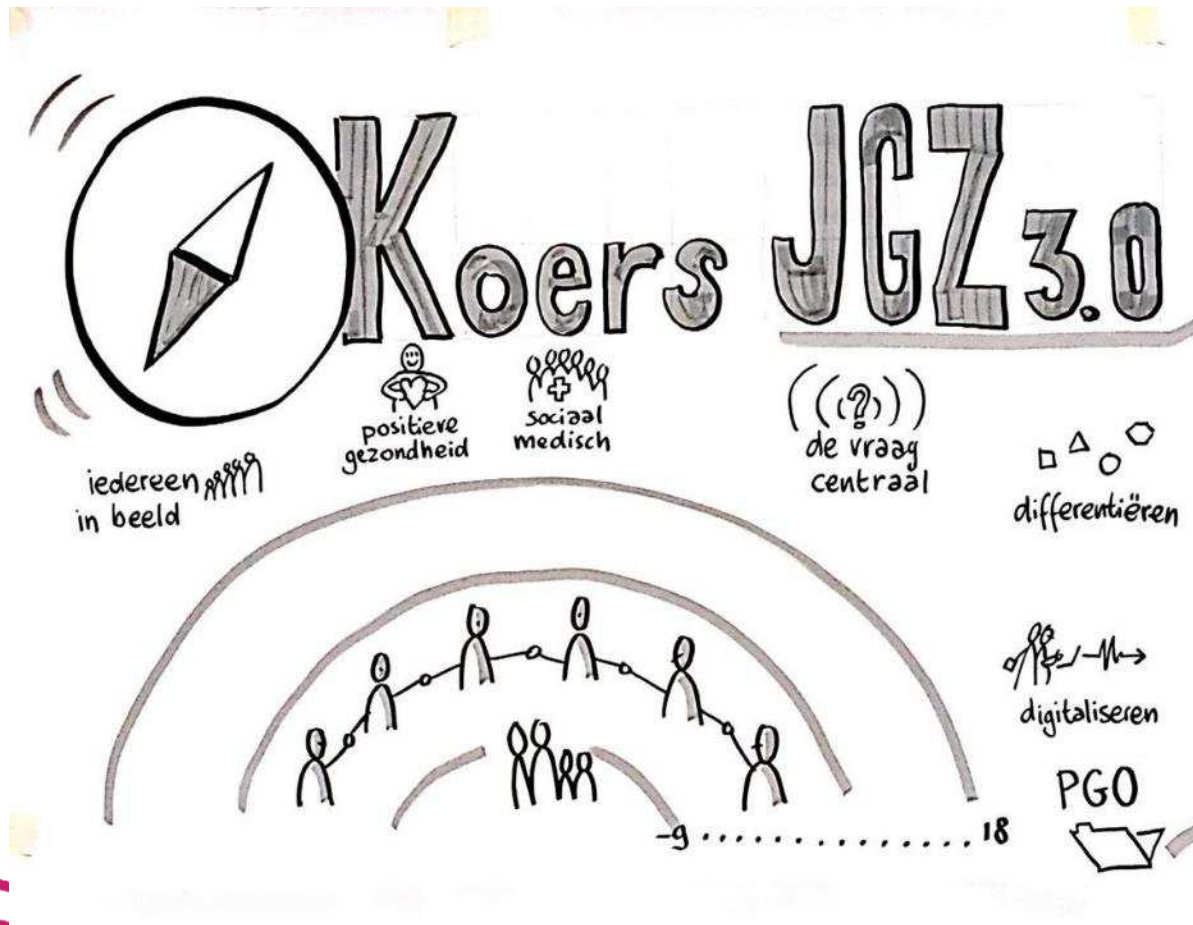
# 2020

Corona!

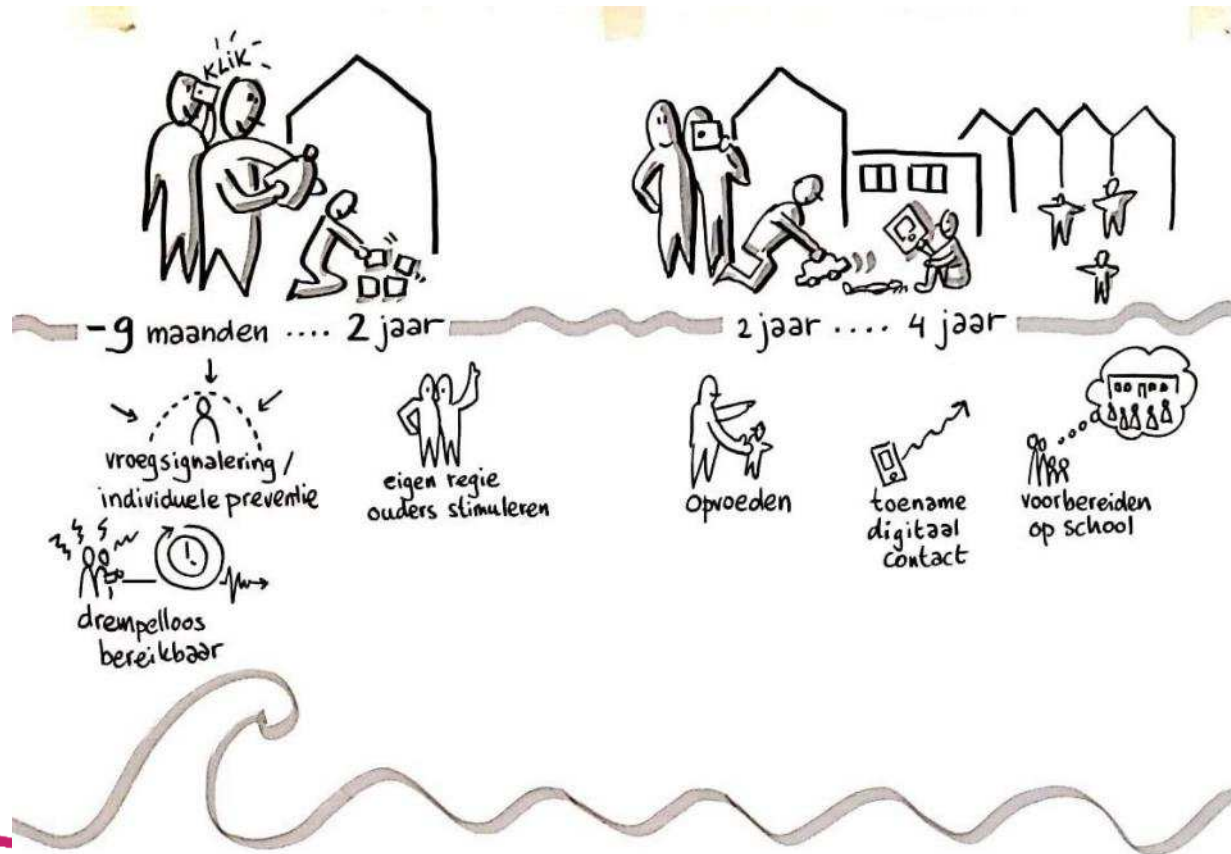
- Vertraging in programma
- Ook: kans & anders werken
- Koersdocument



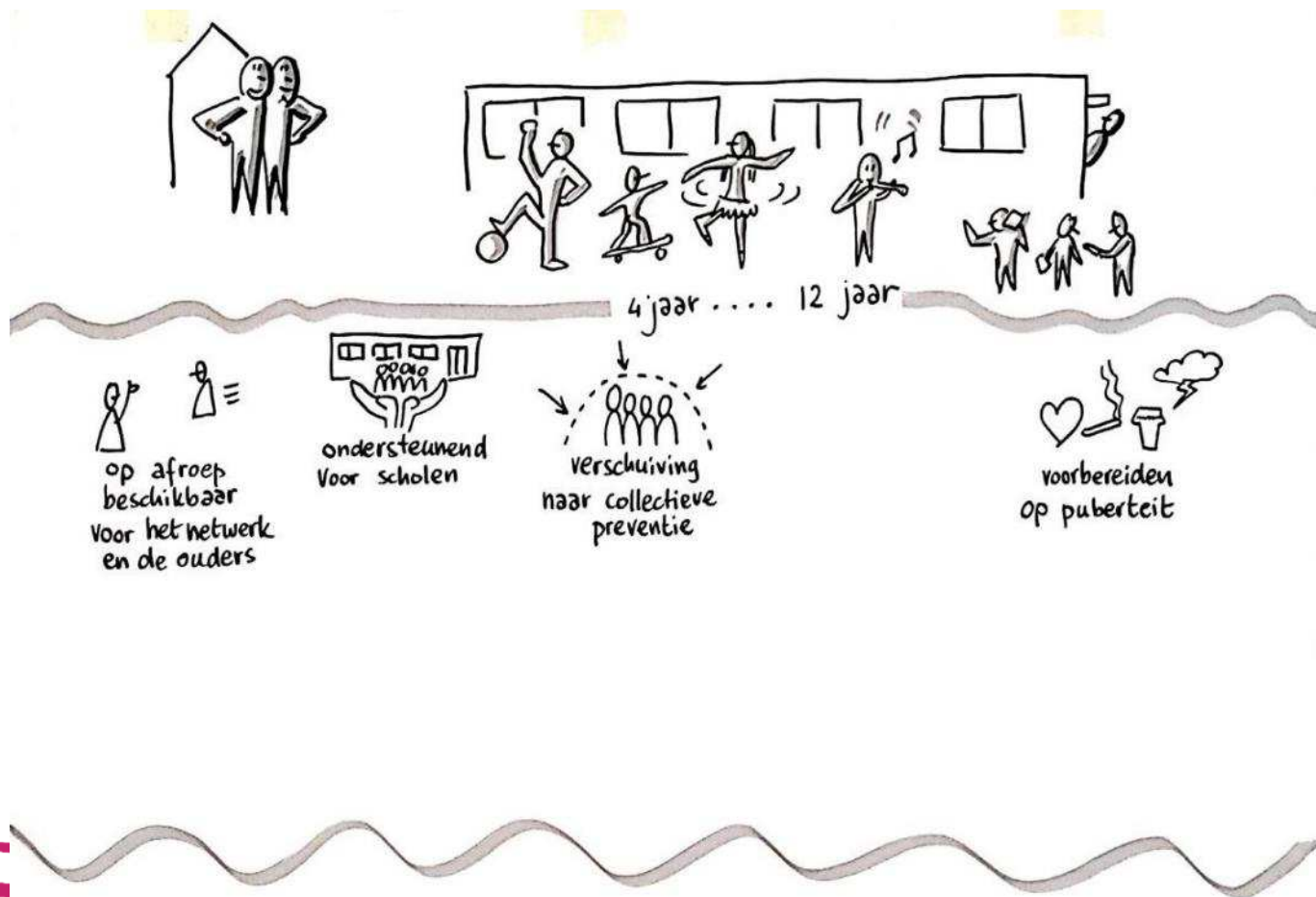
# 2020: koersdocument



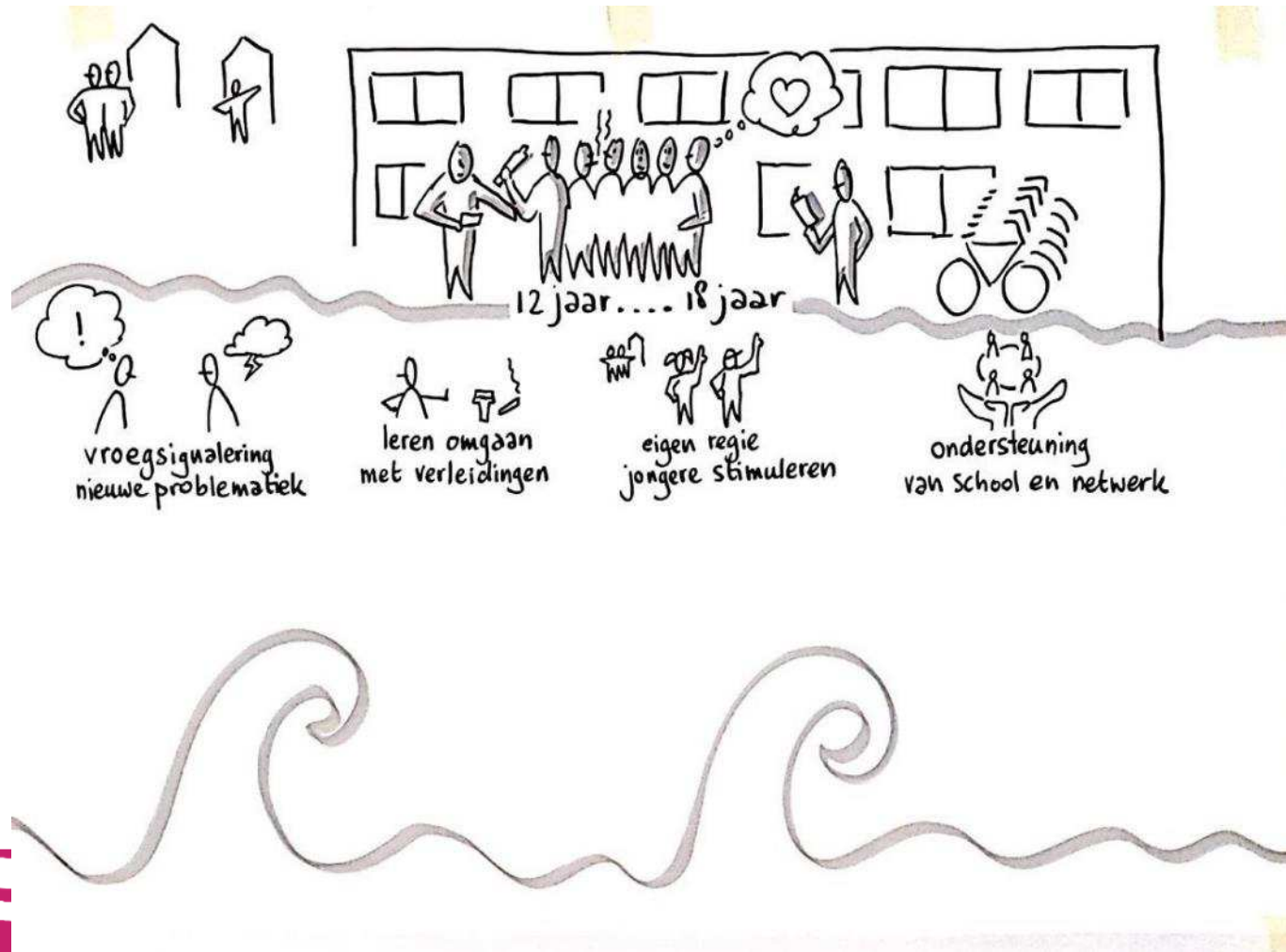
# 2020: koersdocument 0-4



# 2020: koersdocument 4-12



# 2020: koersdocument 12+



# 2020: hoe verder?

Concreter en doelgerichter

Met nieuw programmateam

Uitvoeringsplan, o.a.:

- Herijking en evaluatie pilots
- Inzet op digitalisering
- Monitoren/evalueren nieuwe werkwijze





# Vragen en opmerkingen?



Anneke Zijlstra

[a.zijlstra@vrfryslan.nl](mailto:a.zijlstra@vrfryslan.nl)

Tel. 088 2299955



# Koersdocument JGZ 3.0



## 1. Inleiding

Het programma JGZ 3.0 is in 2019 gestart, met als doel de jeugdgezondheidszorg van GGD Fryslân toekomstbestendig te maken. Een JGZ die met moderne middelen een hoge kwaliteit en bereikbaarheid realiseert. Na een jaar werken met kleinschalige pilots in JGZ-teams is het tijd voor het formuleren van een duidelijker koers voor de toekomst, die een duidelijke concretisering geeft voor de gewenste verandering en daarmee voor de uitvoering van het programma JGZ 3.0 in de komende jaren.

## 2. Koersdocument

Het document laat zich lezen als een zgn. 'klantreis' van kinderen, jongeren en hun ouders die gezond en veilig willen opgroeien en daarbij te maken krijgen met de jeugdgezondheidszorg. Per leeftijdsgroep wordt aangegeven wat belangrijke elementen zijn in deze leeftijdsfase en hoe wij vervolgens de rol van de JGZ zien in deze fase.

Uit het koersdocument komt een duidelijke prioritering naar voren:

- Investeren in de periodes van de eerste 1000 dagen en de puberteit
- Meer aandacht voor kwetsbare kinderen en/of kinderen in kwetsbare situaties

### 2.1. Algemene uitgangspunten

- We richten ons op de factoren die de gezondheid en vitaliteit van mensen beïnvloeden. Daarbij werken we vanuit het concept van positieve gezondheid. We zien gezondheid als 'het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren' (Huber, 2011).
- Inhoudelijk sluiten we aan bij landelijke thema's en provinciale en gemeentelijke programma's. Inhoudelijke thema's bepalen mede de te volgen werkwijze.
- Al vanaf de zwangerschap is er aandacht voor het ouderschap.
- In dialoog met kinderen, jongeren en hun ouders wordt bepaald wat nodig is. We werken met 'shared decision making'.
- JGZ is publieke gezondheid, en heeft aandacht voor zowel individuele als collectieve preventie. Op individueel niveau volgen we de ontwikkeling van de kinderen en jongeren en signaleren we eventuele problematiek. Op collectief niveau hebben we aandacht voor bredere gezondheidsthema's en sluiten we aan bij het gemeentelijk gezondheidsbeleid.
- JGZ heeft een sociaal medische invalshoek en expertise.
- We maken gebruik van 'blended care': we variëren in verschillende vormen van contact (fysiek en digitaal), afhankelijk van wat nodig en gewenst is.
- JGZ is er voor alle kinderen, maar varieert wel in haar werkwijze. De JGZ werkt flexibel, op maat en contacten vinden op verschillende manieren plaats. Waar nodig krijgen kinderen, jongeren en hun ouders meer aandacht.
- Het netwerk rond het kind/de jongere is belangrijk. De JGZ kent en werkt samen met andere organisaties en professionals die voor kinderen, jongeren en hun ouders werken.
- De JGZ speelt een rol bij crisis en/of calamiteiten waar kinderen bij betrokken zijn.
- De JGZ voldoet aan de wettelijke kaders, het Landelijk Professioneel Kader en de ontwikkelde richtlijnen.

## 2.2. Contouren van JGZ in 2030

### De eerste 1000 dagen

De eerste 1000 dagen, van -9 maanden tot 2 jaar, zijn cruciaal voor een goede gezondheid en ontwikkeling van kinderen. De gezondheid van een kind voor, tijdens en na de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd. Voor de JGZ is dit daarom een belangrijke fase, waarin we volop willen investeren.

Voor het blijvend goed kunnen volgen van de ontwikkeling van kinderen is het van belang om in deze fase te starten met een kwalitatief goed kinddossier.

Dit alles betekent:

- We leggen contact met de aankomende ouders tijdens de zwangerschap. Voor de ontwikkeling van het kind is een gezonde zwangerschap belangrijk. We bespreken de vragen van de aankomende ouders en maken afspraken over hun eerste contacten met de JGZ.
- Mogelijke aanwezige ziektes of andere problemen in de ontwikkeling willen we zo vroeg mogelijk signaleren. Zo kan vroegtijdig goede zorg of hulp worden ingezet.
- We hebben ook aandacht voor de ouders en zetten in op goed ouderschap, al vanaf de zwangerschap.
- We richten een digitale omgeving in en maken de ouders daarin wegwijs.
- We zorgen voor passende periodieke informatie over het kind en zijn/haar ontwikkeling via een afgesproken medium (bijvoorbeeld een bericht in de persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO) over groei en gebruikelijke ontwikkeling).
- Ouders kunnen bij ons terecht met hun vragen. Digitaal waar dat kan, maar we blijven ook fysiek bereikbaar.
- We differentiëren in het contact met kinderen en ouders. Meer waar dat nodig is, en minder waar dat kan. We differentiëren ook in de vormen van contact (face-to-face, telefonisch, digitaal, individueel of in groepsverband) en bespreken met ouders wat wenselijk is in hun situatie.
- We zijn proactief en hebben als streven om alle kinderen in beeld te hebben.
- We werken samen met partners in het netwerk, zoals verloskundigen, huisartsen, kindcentra. Zo nodig verwijzen we door naar zorg- of hulpverlening.

### 2-4 jaar

In deze fase komen ouders meer met opvoedingsvragen. De sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen is in deze fase van belang. Ook is de taalontwikkeling belangrijk, evenals het zindelijk worden. Kinderen gaan vaak naar een voorschoolse voorziening, zoals een peuterspeelzaal of kinderopvang. Met vier jaar gaan kinderen naar het basisonderwijs, de voorbereiding hierop vindt in deze fase plaats.

Dit betekent:

- We blijven differentiëren in het contact met kinderen en ouders. Na de eerste 1000 dagen weten we welke kinderen meer aandacht/zorg nodig hebben. Hiermee is intensiever contact.
- Met kinderen waar het goed gaat is het contact minder frequent en/of meer digitaal. Zo nodig kan het contact altijd worden geïntensiveerd.
- Het blijft van belang om aandacht te houden voor de ouders/het ouderschap.
- Algemene informatie over opvoeding, ontwikkeling en gezond leven en opgroeien wordt, naast in individueel contact, ook actief digitaal aangeboden.
- We werken samen met partners in het netwerk, zoals huisartsen, kindcentra, peuterspeelzalen, kinderopvang. Zo nodig verwijzen we door naar zorg- of hulpverlening en indiceren we voor de Vroeg- en Voorschoolse Educatie (VVE).

## 4 – 12 jaar

Dit is de leeftijdsfase waarop de kinderen naar het basisonderwijs gaan. Thema's die in deze leeftijdsfase spelen zijn o.a. weerbaarheid, relaties, omgaan met social media en de start van de puberteit. Ook de voorbereiding op het voortgezet onderwijs is belangrijk in deze leeftijdsgroep.

Dit betekent:

- We blijven differentiëren in het contact met kinderen en ouders.
- In deze fase is er veel aandacht voor collectieve preventie met programma's als JOGG en de Gezonde School. We ontwikkelen aanvullende programma's waar nodig.
- De basisschool wordt de primaire vind- en werkomgeving. Maar we realiseren ons terdege dat er naast school nog een leven thuis, in de buurt, op de sportvereniging etc. is.
- We maken passend gebruik van de school als vind- en ontmoetingsplaats voor ouders.
- We hebben goede contacten met de scholen. We zijn zichtbaar aanwezig op de scholen en weten wat er speelt, zodat we snel en adequaat kunnen reageren op signalen.
- Vroegsignalering van mogelijke problemen blijft ook in deze fase belangrijk. Hierbij is ziekteverzuim een belangrijk aandachtspunt.
- We halen onze informatie tevens uit onze registratiegegevens (kinddossier) en uit de onderzoeken van de epidemiologen van de GGD, om zo ook op collectief niveau de ontwikkeling van de kinderen te monitoren en hierop in te kunnen spelen.
- We blijven passende digitale informatie geven over relevante thema's die op deze leeftijd spelen.
- We spelen een rol bij crisis en/of calamiteiten op de school.
- We werken samen met partners in het netwerk. Naast de basisscholen zijn dit o.a. de huisartsen, wijk- en gebiedsteams, buitenschoolse opvang.

## 12 – 18 jaar

De fase van de puberteit en voorbereiding op volwassenheid. Een cruciale fase waarin er veel gebeurt in de fysieke en psychosociale ontwikkeling van de jongeren. Mogelijke psychiatrische problematiek kan zich manifesteren. Daarnaast liggen verleidingen als roken, alcohol en drugs op de loer. De eerste seksuele ervaringen worden vaak tijdens deze leeftijdsfase opgedaan. Kortom een fase waarin de JGZ een belangrijke rol kan spelen. De leeftijdsgrens van 18 jaar zien we graag uitgebreid naar 23 jaar. De puberteit duurt voor de ene jongere langer dan voor de andere. Bovendien kan de periode van de rijping van de hersenen nog langer duren, wel tot het 25<sup>ste</sup> jaar.

Dit betekent:

- In de leeftijdscategorie 12 tot 18 jaar intensiveren we onze bemoeienis. We blijven differentiëren in het contact met jongeren op individueel niveau.
- We hebben aandacht voor het ouderschap in deze, voor ouders soms lastige, levensfase van hun kinderen.
- We gebruiken bij de doelgroep passende manieren om in contact te komen. De inzet van digitale middelen en social media speelt daarbij een belangrijke rol.
- We richten ons met name op een omgeving waarbinnen jongeren gestimuleerd worden om gezonde keuzes te maken.
- We hebben oog en oor voor psychosociale problematiek. We zetten in op vroegsignalering van mogelijke (psychiatrische) problematiek.
- We spelen een rol bij leerlingen die regelmatig of veel verzuimen.
- We spelen een rol bij crisis en/of calamiteiten op de school.
- Jongeren weten wie en waar we zijn en hoe ze ons kunnen bereiken.
- We zijn zichtbaar aanwezig op de scholen voor de jongeren en zijn voor hen een betrouwbare en deskundige gesprekspartner.
- We willen graag contact houden met ouders over hun kind, uiteraard in overleg met de jongere zelf. We bereiken hen via middelen die we hebben afgesproken.

- We werken samen met partners in het netwerk. Naast de scholen zijn dit o.a. de huisarts, de wijk- en gebiedsteams, het jongerenwerk en sportverenigingen. Maar ook horeca en supermarkten als het gaat om de inrichting van een gezonde omgeving.

Vastgesteld in het MT Gezondheid op 6 juli 2020

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

<b>Onderwerp</b>	Proces begroting en verlenging programma JGZ 3.0
<b>Voorstel ter behandeling in</b>	de vergadering van <b>de Bestuurscommissie Gezondheid</b>
<b>Status</b>	X Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
<b>Portefeuillehouder</b>	B. Wassink
<b>Auteur</b>	A. Zijlstra
<b>Bijlagen</b>	1. GEEN
<b>Vergaderdatum</b>	11 februari 2021
<b>Agendapunt</b>	<b>7</b>
<b>Betrokken afdeling/ medewerkers (functioneel)</b>	Financiën en bestuursondersteuning
<b>OR/GO</b>	<input type="checkbox"/> OR instemming <input type="checkbox"/> OR advies <input type="checkbox"/> OR informatie <input type="checkbox"/> GO

### Kennisnemen van

Proces begroting en verlenging van het programma JZG 3.0

### Inleiding

Het Programma JGZ 3.0 heeft, door de uitbraak van COVID-19 en de doorstart van het programma medio 2020, vertraging opgelopen. Dit betekent dat het behalen van de afgesproken resultaten binnen de huidige looptijd van het programma in gevaar zijn gekomen. We werken daarom aan een voorstel voor verlenging van het programma met daarbij een dekkingsvoorstel.

Het Programma JGZ 3.0 is gestart in 2019, met een looptijd van drie jaar. Hiervoor zijn extra financiële middelen door het bestuur beschikbaar gesteld.

We werken nu aan een voorstel om het programma met twee jaar te verlengen, dus een totale looptijd t/m 2023. De financiële dekking gaan we zoeken in de onbenutte middelen van het programma in de afgelopen jaren. Deze middelen willen we bestemmen voor de jaren 2022 en 2023. De financiering wordt aangevuld met middelen vanuit de GGD, zoals dat nu ook het geval is.

De uitwerking van dit voorstel vindt de komende maanden plaats.

Het bestuurlijke besluitvormingsproces verloopt als volgt:

11-02-21	Bestuurscommissie Gezondheid	Informerend
17-06-21	Bestuurscommissie Gezondheid	Consulterend
06-10-21	Bestuurscommissie Gezondheid	Besluitvormend en adviserend aan het Dagelijks Bestuur van de VRF

<b>Kernboodschap</b>
----------------------

Uitvoering van het Programma JGZ 3.0 mogelijk maken zodat oorspronkelijke resultaten en doelen behaald kunnen worden. Het proces geeft zicht op de planning van de besluitvorming hierover.
--

<b>Consequenties</b>
----------------------

Er zijn geen financiële consequenties voor de deelnemende gemeenten, omdat in het voorstel wordt uitgegaan van het gebruikmaken van onbenutte middelen van het programma in de afgelopen jaren.
---

<b>Communicatie</b>
---------------------

nvt
-----

# OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

<b>Onderwerp</b>	Investeringsvoorstel 'Contentintegratie'
<b>Voorstel ter behandeling in</b>	de vergadering van <b>de Bestuurscommissie Gezondheid</b>
<b>Status</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
<b>Portefeuillehouder</b>	J. Zoetendal
<b>Auteur</b>	M. de Graaf
<b>Bijlagen</b>	1. Investeringsvoorstel 'Contentintegratie'
<b>Vergaderdatum</b>	<b>11 februari 2021</b>
<b>Agendapunt</b>	<b>8</b>

## Conceptbesluit

1. In te stemmen met het bijgevoegde investeringsvoorstel 'Contentintegratie'.
2. De structurele kosten van € 217.000 op te nemen in de kaderbrief en beschikbaar te stellen in de begroting voor 2022 en verder.
3. De incidentele kosten van € 227.000 beschikbaar te stellen in de begroting van 2022.

## Inleiding

Zoals afgesproken in het proces rond de inrichting van een toekomstbestendige bedrijfsvoering (TBB), worden gewenste ontwikkelingen op het gebied van informatiemanagement middels investeringsvoorstellen voorgelegd aan het bestuur. In dit proces zijn bestuurlijke afspraken gemaakt rondom investeringen in bedrijfsvoering. De 'basis op orde' (structureel, in kader opgenomen), IM-plan ontwikkelen (incidenteel, opgenomen in begroting 2020) en 1,2 mln structureel, in te vullen via beleidsvoorstellen aan het bestuur. In onze Kaderbrief 2022 – 2025 zijn voor de Begroting van 2022 in dit kader voor het programma gezondheid de volgende onderwerpen aangekondigd:

- Zoeken en vinden (contentintegratie)
- Slimmer werken door digitale transformatie

Het bijgevoegde investeringsvoorstel is de uitwerking van het voorstel Zoeken en vinden (contentintegratie).

Het werken in publieke gezondheid gaat voor een groot deel over adviezen en informatie. In de afgelopen tijd is dit uitvergroot duidelijk geworden in de corona-pandemie. De ggd als vindplaats van betrouwbare informatie en als vraagbaak in onzekere tijden. Onze gedachte naar de toekomst toe is dat de professionals steeds schaarser en de vraag naar betrouwbare informatie steeds groter gaat worden. Ook eenduidigheid en kwaliteit in adviezen en antwoorden wordt steeds belangrijker nu verschillen worden uitvergroot op social media. Snelheid is de norm geworden. Om deze toekomst aan te kunnen is nu investeren nodig. We focussen nu op het KCC/advieslijn, maar halen hiermee kennis en technieken in huis om langzaam aan meer teams aan te schakelen in de toekomst.



In het KCC (resp. de Advieslijn Corona) is sprake van veel tijdrovend zoekwerk naar passende antwoorden in uiteenlopende bronnen. Oorzaken hiervoor zijn te vinden in:

- Een plotselinge toename van het telefoonverkeer
- Opschalingsproblemen (extra nieuw personeel)
- Beschikbaarheid van een beperkt aantal telefoonlijnen
- Een snel veranderend vraagkarakter gedurende een crisis of naar aanleiding van iets in de pers

Wanneer het passende antwoord niet (snel) gevonden kan worden, dan moet voor de beantwoording worden doorgeschakeld naar experts. Experts die door de veranderende arbeidsmarkt of tijdens een crisis juist extra schaars en daardoor ook moeilijk te bereiken zijn. Dat leidt tot moeten terugbellen van vragers en niet direct kunnen verstrekken van antwoorden. De werklast voor het KCC neemt hierdoor toe en het risico op ontevredenheid of onrust onder de bellers ook.

We zoeken daarom naar mogelijkheden om sneller:

- Vraag en antwoord bij elkaar te brengen
- Te leren van het veranderende karakter van de vragen (inspelen op actualiteit)
- Bijpassende antwoorden te vinden
- Vragen volledig digitaal af te kunnen handelen zonder inzet van (schaarse) professionals

Dit, om vragen direct te kunnen beantwoorden, kwaliteit van het antwoord te verhogen en het aantal terugbelacties te verlagen.

**Contentintegratie** is een adequaat middel wat deze verbeteringen in efficiency, effectiviteit en wendbaarheid kan realiseren. Vraagstellers (burgers, overheden, zorg- & onderwijsprofessionals) krijgen daarmee sneller antwoord. Er ontstaan minder wachtrijen in het KCC. De doorlooptijd tussen de vraag stellen en het antwoord krijgen wordt verkort. Er zullen minder terugbelacties hoeven te worden uitgevoerd. Maatregelen kunnen effectiever worden, omdat zij eerder bekend zijn.

**Digitale dienstverlening** kan worden ingezet om aan de voorzijde al vragen te beantwoorden waardoor de druk op het KCC afneemt. Ook wordt daarmee de bereikbaarheid van dienstverlening qua tijdsvenster naar 24x7 gebracht.

**Kunstmatige intelligentie** kan worden ingezet om vraag en antwoord sneller bij elkaar te brengen, maar ook om bij de voorselectie van vragers deze direct een antwoord te geven op veel gestelde vragen.

Gerichte inzet van ICT kan namelijk herhalende werkzaamheden, zoals beantwoorden van veel gestelde vragen, verminderen en daarmee de kosten voor inzet van (extra) GGD-personeel verlagen dan wel voorkomen. Ook kan de kwaliteit van het antwoord worden verhoogd wanneer alle kennis doelgericht en samenhangend kan worden gevonden. Het gaat enerzijds om het snel ontsluiten van kennis in kennisbronnen (intern en extern). Anderzijds gaat het om het ontsluiten van de gezochte kennis bij kennisprofessionals (intern en extern). In alle gevallen gaat het tevens om het bewaken van de tijdigheid en volledigheid van het beantwoorden van vragen.

#### **Beoogd effect**

GGD is beter in staat om vragen van inwoners te beantwoorden en beter voorbereid op een volgende crisis/pandemie.

## Argumenten

1.1 Door te investeren in content integratie, kunstmatige intelligentie en digitale dienstverlening vergroten we de kwaliteit van de dienstverlening door ons KCC en zijn we beter voorbereid op een volgende crisis.

Het aantal telefoontjes is in het afgelopen (corona)jaar met zo'n 60% gestegen ten opzichte van het jaar daarvoor. Hierdoor konden in 2020 niet alle telefoontjes worden afgehandeld, waardoor niet alle vragen van inwoners konden worden beantwoord. Dit leidt mogelijk tot maatschappelijke onrust.

Deze voorgestelde investering moet ons beter voorbereiden op een eventuele volgende crisis/pandemie. Investeren in technologie levert daarbij meer efficiency en kwaliteit op dan uitbreiden van de formatie van het KCC.

2.1 De structurele kosten bestaan uit licentie- en beheerkosten.

3.1 De incidentele kosten bestaan uit aanschaf- en implementatiekosten.

## Kanttekeningen/risico's

1.1 Onvoldoende draagvlak binnen de organisatie

Het is zaak te investeren in draagvlak voor de digitalisering en duidelijk te maken dat deze investeringen niet leiden tot ontslagen, maar tot verbeterde dienstverlening, een hogere reactiesnelheid, betere bereikbaarheid, wendbaarheid en adequate hulpmiddelen voor het werk van de GGD-professional.

## Financiële consequenties

De incidentele lasten van dit voorstel bedragen € 227.000.

De structurele lasten van dit voorstel bedragen € 217.000.

## Vervolgaanpak/uitvoering

Indien de Bestuurscommissie Gezondheid instemt met dit investeringsvoorstel, dan worden de lasten verwerkt in de begroting voor 2022 en verder en worden de voorgestelde ontwikkelingen in 2022 geïmplementeerd.

## Communicatie

N.v.t.

## Besluit:

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

**Paraaf  
secretaris:**

Kopie naar auteur	

# Investeringsvoorstel GGD 2022

*Veiligheidsregio Fryslân*

*Rapport*

December 2020

Eric van Capelleveen  
Jelle Voets

## Samenvatting

Dit document geeft inzicht in het investeringsvoorstel voor de gerichte inzet van ICT-technologie binnen de GGD-organisatie. Technologie om het zoek-/vindproces structureel te verbeteren. Zowel binnen het klantcontactcentrum (KCC) GGD (en de Advieslijn Corona) alsmede bij alle GGD-professionals die dagelijks tot wel 20% van hun tijd besteden aan het zoeken en vinden van informatie.

We willen dit bereiken door in 2022 gefaseerd en beheerst ICT-technologie in te zetten op:

- (1) [contentintegratie](#),
- (2) [kunstmatige intelligentie](#) en
- (3) [digitale dienstverlening](#)

Met deze investering kunnen belanghebbenden, zoals burgers, overheden, onderwijsprofessionals en zorgprofessionals (binnen en buiten de GGD-organisatie) enz. sneller antwoord krijgen op hun vragen. Dat vergroot voor hen het handelingsperspectief het maakt het voor hen mogelijk snel te reageren op het verstrekte advies. En dat is in het belang van de publieke gezondheid, waar het hen natuurlijk om gaat. ICT-technologie is slechts een middel.

Met de beoogde investeringen wordt de efficiency, effectiviteit, wendbaarheid van de GGD-organisatie en de kwaliteit en reikwijdte van de dienstverlening vergroot.

De investeringen hebben een omvang van € 277.000 incl. btw excl. inflatie en zijn opgedeeld naar de drie beoogde vormen van in te zetten technologie.

De detaillering van onderkende kosten is te vinden in [hoofdstuk 4](#).

De inzet van dergelijke ICT-technologie vraagt om vertrouwen van zowel management als medewerkers in het gebruik van digitale technologie. Bij GGD-dienstverlening gaat het immers ook om de menselijke maat. Om die reden is het nodig dat de nodige aandacht aan draagvlak en digitale vaardigheden besteed wordt.

Bij de voorbereiding en daadwerkelijke implementatie zal dit een prominente plek krijgen. Daarnaast is er expliciet aandacht nodig voor de kwaliteit van gegevens. Consistentie en actualiteit van gegevens zijn bij integrale ontsluiting van groot belang. Deze twee aspecten moeten gezien worden als [risicofactoren](#) die succesvol(le) implementatie en gebruik kunnen belemmeren.

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>1</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>1</b>
1.1 Aanleiding	1
1.2 Investeringsvoorstel	1
1.3 Structureel & direct	2
<b>2. Sneller en beter (baten)</b>	<b>3</b>
2.1 Klant Contact Centrum	3
2.2 Focus van dit investeringsvoorstel	5
2.3 Verkorten van de behandeltijd in het KCC	5
2.4 Voorkomen van tussentijdse afhakers	5
2.5 Verbeteren begrip van de verstrekte antwoorden	5
2.6 Sneller leren (actualiteit & match vraag & antwoord)	6
2.7 Meer samenhang antwoorden op vragen (hogere kwaliteit)	6
2.8 Vergroten bereikbaarheid < digitale dienstverlening >	7
2.9 Tijd- en plaatsonafhankelijk organiseren	7
2.10 Effect contentintegratie voor GGD-kennisprofessionals	7
<b>3. Kosten</b>	<b>9</b>
3.1 Overzicht investeringen & kostencomponenten	9
3.2 Contentintegratie	9
3.3 Kunstmatige intelligentie	10
3.4 Digitale dienstverlening	11
3.5 Kostencomponenten	12
3.6 Overzicht kosten	12
<b>4. Risico's, faal- en succesfactoren</b>	<b>13</b>
4.1 Onderkende risico's	13

# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding

In het kader van Toekomstbestendige Bedrijfsvoering is met de Bestuurscommissie Gezondheid afgesproken dat afzonderlijke investeringsvoorstellen zullen worden voorgelegd aan het bestuur voor het maken van een (integrale) afweging. In de kaderbrief 2022 – 2025 worden de onderwerpen van de investeringsvoorstellen aangekondigd ter behandeling in de bestuurscommissie van februari 2021.

Voor Gezondheid zijn in de kaderbrief 2022- 2025 twee voorstellen aangekondigd, te weten:

- (1) Zoeken en vinden (Contentintegratie)
- (2) Slimmer werken door digitale transformatie

### Contentintegratie

*Beschrijft het proces van het samenbrengen en toegankelijk maken van alle relevante (vak)informatie via één zoekstelsel. Informatie kan worden ontsloten via één zoekingang, via bijvoorbeeld intranet (intern) en waar mogelijk ook in een (toekomstige) KCS-module (extern).*

### Digitale transformatie

*Digitale technologie biedt ons veel mogelijkheden. Het verandert hoe we samenwerken, communiceren en kennis delen. Een flexibele en schaalbare en doelgerichte informatievoorziening is van essentieel belang voor het functioneren van de GGD als organisatie. Sinds de COVID-19 crisis is het belang enorm gegroeid. Veel organisaties ondergaan de digitale transformatie noodgedwongen in een zeer korte termijn om te kunnen overleven. Voor de GGD geldt dat zij in de digitale transformatie een snelle volger moet worden om in de digitale samenleving (de nieuwe norm) te kunnen acteren.*

De GGD heeft behoefte aan verbetering van de informatievoorziening voor haar dienstverlening en onderliggende interne werkprocessen. De inzet van ICT-technologie wil hiermee een tweetal zaken bereiken, te weten:

1. Een betere & professionelere dienstverlening
2. Een hogere efficiency bij het uitvoeren van het benodigde werk

Deze doelen kunnen met een slimme en doelgerichte inzet van informatietechnologie bereikt worden. De opgenomen investeringen gaan deze structurele verbetering realiseren.

## 1.2 Investeringsvoorstel

In dit investeringsvoorstel worden de kwalitatieve en kwantitatieve kosten, voor- en nadelen van de investering vanuit zakelijk en publiek oogpunt gerechtvaardigd. Het voorstel geeft daarnaast zicht op de risico's die samenhangen met de investering in termen van doel, resultaat en beoogd effect.

Dit document bevat de zakelijke rechtvaardiging van investeringen voor contentintegratie, kunstmatige intelligentie en deels op de digitale transformatie-casus. Dit investeringsvoorstel richt zich vooral op de GGD-professional bij het raadplegen van gegevensbronnen. Zoeken en vinden neemt circa 20% van de bestede tijd in beslag. Daarnaast is het voorstel verbijzonderd voor het Klant Contact Centrum (KCC) van de GGD. Dit omdat daar de investeringen naar verwachting direct zichtbaar zullen renderen.

Rendement zal zowel binnen het KCC als elders binnen de GGD-organisatie worden bereikt. Rendement in termen van efficiency, effectiviteit, vergroten van de kwaliteit van dienstverlening en het aanhaken op de digitale samenleving. Daarbij wordt extra aandacht besteed aan de menselijke maat. Burgers, overheden, onderwijs- & zorgprofessionals (binnen en buiten de GGD-organisatie) zullen gaan profiteren van de verbeterde digitale raadpleeg mogelijkheden.

### **1.3 Structureel & direct**

De GGD-organisatie heeft in deze turbulente tijden te maken met zaken die een enorme aanslag doen op haar executievermogen. Door de Corona-crisis zijn enerzijds voor Corona-gerelateerde taken de werkvolumes enorm gestegen. Anderzijds is de GGD genoodzaakt direct een groot deel van haar reguliere diensten veel meer direct digitaal, op afstand te moeten verlenen.

Digitale transformatie & dienstverlening is daarmee versneld ook voor de GGD-organisatie een opgave geworden. Digitale dienstverlening heeft ook binnen het programma JGZ 3.0 een plek gekregen.

Gerichte investeringen zijn nodig om het executievermogen op peil te houden en te voorkomen dat vergroting van de werklast direct leidt tot sterk vergrote uitvoeringskosten; kortom investeren om hogere exploitatiekosten te voorkomen. De baten van deze investeringen zijn daardoor met name een kwaliteitsverbetering. Burgers krijgen via hun overheden daardoor meer waar voor hun geld dat zij aan de GGD-organisatie besteden.

<p>De pandemie, veroorzaakt door Covid-19 is begin 2021 nog niet geluwd en helaas moet ook rekening gehouden worden met het opduiken van varianten van het virus met alle effecten van dien. De in dit voorstel beoogde investeringen moeten de GGD hierop beter voorbereiden..</p>
---



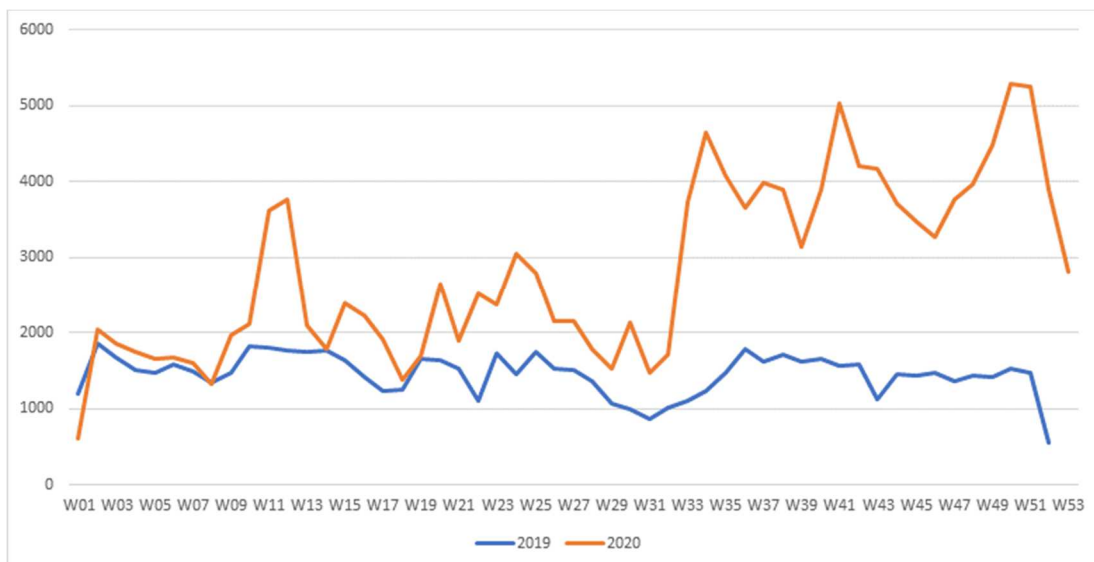
## 2. Sneller en beter (baten)

### 2.1 Klant Contact Centrum

In het Klant Contact Centrum (KCC) worden telefoontjes aangenomen van burgers die vragen hebben over de dienstverlening van de GGD en aan de Corona-pandemie gerelateerde vraagstukken en dienstverlening. Dit zijn vaak herhalende vragen die tevens op de actualiteit meedansen qua volume.

In 2020 werden circa 150.000 telefoontjes aangenomen en direct, dan wel na raadplegen van bronnen en experts, beantwoord. Dit aantal bestaat uit circa <120.000 regulier > en <30.000 aantal Advieslijn Corona>. Bij overbelasting van de Advieslijn Corona gaan bellers vaak ook het reguliere GGD-KCC proberen te bereiken. In deze businesscase gebruiken we de belverkeercijfers van de som van het reguliere KCC én de Advieslijn Corona.

Het aantal telefoontjes en de wachttijd zijn in 2020 sterk gestegen. De toename qua aantal telefoontjes bedraagt 59% ten opzichte van 2019. Dit werd mede veroorzaakt door overlopend telefoonverkeer en de Coronacrisis. De toename in telefoonverkeer op de Advieslijn Corona lijkt synchroon te lopen met de grillige groei in besmettingen. Ook is het aantal 'afhakkers' door de sterke toename in het telefoonverkeer toegenomen. Daarnaast zien we een toename van 32% in telefoontjes bij JGZ in 2020.



Figuur 1. Telefoonverkeer op KCC GGD in 2019 en 2020

Er is in het KCC resp. de Advieslijn Corona sprake van veel tijdrovend zoekwerk naar passende antwoorden in uiteenlopende bronnen. Dit werd veroorzaakt door:

- Plotselinge toename telefoonverkeer
- Opschalingsproblemen (extra nieuw personeel)
- Beperkt aantal lijnen beschikbaar
- Snel veranderend vraagkarakter gedurende de pandemie.

Wordt het passende antwoord niet (snel) gevonden, dan moet voor de beantwoording worden doorgeschakeld naar experts. Experts die door de pandemie juist extra schaars en daardoor ook moeilijk te bereiken zijn. Dat leidt tot moeten terugbellen van vragers en niet direct kunnen verstrekken van antwoorden. De werklast voor het KCC & de Advieslijn Corona neemt hierdoor toe.

De GGD zoekt daarom naar mogelijkheden om sneller:

- Vraag en antwoord bij elkaar te brengen
- Te leren van het veranderende karakter van de vragen (inspelen op actualiteit)
- Bijpassende antwoorden te vinden

Om vragen zo direct te kunnen beantwoorden en het aantal terugbelacties te verlagen.

Contentintegratie is een adequaat middel wat deze verbeteringen in efficiency, effectiviteit en wendbaarheid kan realiseren. Vraagstellers (burgers, overheden, zorg- & onderwijsprofessionals) krijgen daarmee sneller antwoord. Er ontstaan minder wachtrijen in het KCC. De doorlooptijd tussen de vraag stellen en het antwoord krijgen wordt verkort. Er zullen minder terugbelacties hoeven te worden uitgevoerd. Maatregelen kunnen effectiever worden, omdat zij eerder bekend zijn.

Digitale dienstverlening kan worden ingezet om aan de voorzijde al vragen te beantwoorden waardoor de druk op het KCC afneemt. Ook wordt daarmee de bereikbaarheid van dienstverlening qua tijdsvenster naar 24x7 gebracht.

Kunstmatige intelligentie kan worden ingezet om vraag en antwoord sneller bij elkaar te brengen, maar ook om bij de voorselectie van vragers deze direct een antwoord te geven op veel gestelde vragen.

Gerichte inzet van ICT kan namelijk herhalende werkzaamheden, zoals beantwoorden van veel gestelde vragen, bekorten en daarmee de kosten voor inzet van (extra) GGD-personeel verlagen dan wel voorkomen. Ook kan de kwaliteit van het antwoord worden verhoogd wanneer alle kennis doelgericht en samenhangend kan worden gevonden. Het gaat enerzijds om het snel ontsluiten van kennis in kennisbronnen (intern en extern). Anderzijds gaat het om het ontsluiten van de gezochte kennis bij kennisprofessionals (intern en extern). In alle gevallen gaat het tevens om het bewaken van de tijdigheid en volledigheid van het beantwoorden van vragen.

## 2.2 Focus van dit investeringsvoorstel

Het investeringsvoorstel voor het KCC resp. de Advieslijn Corona richt zich op:

1. Verkorten van de behandeltijd
2. Voorkomen van tussentijdse afhakers
3. Verbeteren begrip van de verstrekte antwoorden
4. Versnellen van het leren van de actualiteit qua vraag en antwoord
5. Vergroten van samenhang antwoorden op vragen (hogere kwaliteit)
6. Vergroten van de bereikbaarheid < digitale dienstverlening >
7. Tijd- en plaats-onafhankelijk organiseren van KCC-werkzaamheden

We beschrijven nu per focuspunt de kwalitatieve en kwantitatieve baten die bereikt worden door de gerichte inzet van ICT.

## 2.3 Verkorten van de behandeltijd in het KCC

Door de zoek- en vind-functionaliteit te verbeteren, kunnen straks alle aangesloten digitale bronnen in één zoekslag in het KCC doorzocht worden. Dat scheelt aanzienlijk in de behandeltijd. Implementatie bij soortgelijke organisaties laten een verlaging van wel 20% op de behandeltijd zien. Onze berekeningen laten zien dat hierdoor met dezelfde formatie een structurele hoger volume bellers kan worden behandeld.

Daarnaast is er in de regel sprake van een grotere klantwaardering, omdat de gestelde vraag sneller beantwoord wordt. Deze kan ook via responsmeting gemeten worden, maar is niet makkelijk in geld uit te drukken. Studies laten in soortgelijke situaties een significante verbetering zien.

## 2.4 Voorkomen van tussentijdse afhakers

Wanneer de behandelcapaciteit van een KCC tekortschiet ontstaan enerzijds lange wachtrijen en anderzijds neemt het aantal afhakers toe. Bij dergelijke capaciteitstekorten wordt de publieke taak die de GGD vervult, niet langer toereikend ingevuld. In 2020 was er sprake van 23 % gemiste oproepen binnen de openingstijden van het KCC en 18 % in de Advieslijn Corona. Ook ontstond er dubbelverkeer, omdat afhakers via een andere alternatieve weg de GGD probeerden te bereiken. De efficiency en effectiviteit komen zo zwaar onder druk. Allemaal redenen om te investeren in een betere ondersteuning van het KCC.

## 2.5 Verbeteren begrip van de verstrekte antwoorden

Een antwoord geven is één, maar het begrijpen van verstrekte antwoorden door de vrager is waar het om gaat. Handelingsperspectief is van groot belang, vooral in crisissituaties. Daarom beogen we, waar mogelijk, direct na de mondelinge beantwoording van de vraag, de vraagsteller een digitale link naar het geschreven antwoord te sturen, waar de nadere uitleg te vinden is. Dit omdat het rustig kunnen nalezen tot een beter begrip van het antwoord, handelingsperspectief en beoogd gedrag leidt. Daarmee wordt een hogere effectiviteit van de GGD-dienstverlening bereikt.

Deze link kan naar keuze via telefoon (SMS/ Whatsapp) of via email verzonden worden. Wanneer later door actuele ontwikkelingen het antwoord enigszins is aangepast, kunnen de vraagstellers geautomatiseerd worden geattendeerd op de veranderde antwoorden. Met de link wordt verwezen naar de GGD-website met veel gestelde vragen en bijbehorende antwoorden (FAQ).

Ook zal het aantal herhaalde telefoontjes hierdoor enigszins verlaagd worden. We ramen dat dit in 5% van de gevallen zal optreden.

## 2.6 Sneller leren (actualiteit & match vraag & antwoord)

In crisissituaties is vaak sprake van een snel veranderende actualiteit. De vragen, maar ook de antwoorden veranderen snel. Dat leidt enerzijds tot snel moeten brieven van de KCC-medewerkers. Anderzijds leidt het tot het snel moeten aanpassen van de informatie (veel gestelde vragen) op de website van de GGD. Hoe sneller wijzigingen bekend zijn, hoe sneller deze kunnen worden verwerkt en des te sneller kan het onderliggende doel van de maatregel bereikt worden.

Door het informatiesysteem de vragen (anoniem) te laten opslaan en via kunstmatige intelligentie te categoriseren, kan het herhalende of juist veranderende karakter van de gestelde vragen snel bepaald worden. Ook kunnen de verschillende vormen van vergelijkbare vraagstellingen bij alle behandelaars bekend worden en relaties vastgelegd worden. Kunstmatige intelligentie heeft de mogelijkheid te leren. Daarmee zal de snelheid van het beantwoorden en de effectiviteit van vraag-antwoordcombinatie worden vergroot. De kwaliteit van de dienstverlening neemt daardoor toe.

Ook zal het aantal herhaalde telefoontjes hierdoor enigszins verlaagd worden. We ramen dat dit in 4% van de gevallen zal optreden.

Ervaringen in andere organisaties wijzen ook op de mogelijkheid tot wel 30% van de telefoontjes direct **via een digitale assistent** te laten beantwoorden. Dat vermindert het totale volume aan telefoontjes dat door de KCC-behandelaars moet worden afgehandeld aanzienlijk.

Om tevens te leren van de waardering die de vraagsteller heeft voor de dienstverlening van het KCC GGD, sturen we de vraagsteller *< enige tijd na het beantwoorden van de vraag >* een link naar een tweetal vragen waarop ze met een score tussen 1-5 hun waardering kunnen laten weten. De vragen richten zich op kwaliteit van dienstverlening (match antwoord bij de vraag) en de snelheid van dienstverlening (snel geholpen). De ontvangen antwoorden geven een indruk van de verbeteringen die bereikt zijn door de inzet van ICT binnen de dienstverlening. Leveranciers zien in dit soort situaties een verhoging van de klanttevredenheid optreden die kan oplopen tot 1,5 op een schaal van 5.

## 2.7 Meer samenhang antwoorden op vragen (hogere kwaliteit)

Vragen worden in allerlei vormen gesteld. Naarmate de samenhang in de verschillende vormen van vraagstelling sneller doorgrond wordt, kan het antwoord ook meer samenhang en eenduidigheid bevatten. In de regel dient dit de effectiviteit van het antwoord. Deze

samenhang kan via de inzet van kunstmatige intelligentie boven op de inzet van deskundige KCC-behandelaars sneller bereikt en onderling gedeeld worden. Daarmee neemt de gespreksduur mogelijk af en wordt de kwaliteit van het antwoord kwalitatief hoogwaardiger.

## **2.8 Vergroten bereikbaarheid < digitale dienstverlening >**

Door gerichte inzet van ICT kan ook zelfservice langs de digitale weg mogelijk worden gemaakt. Deze vermindert het aantal situaties waar nu inzet van GGD-personeel voor nodig is. We kennen dit als digitale dienstverlening. Daarmee kan de extra inzet van schaars GGD-personeel voorkomen worden.

Nog belangrijker is het dat daarmee vraagstellers niet langer afhankelijk zijn van de openingstijden van het GGD-KCC. Daarmee kunnen hier enerzijds extra kosten tot het vergroten van openingstijden (meer personeel) worden voorkomen. Anderzijds biedt het mogelijkheden tot zelfmanagement, zoals dat door het landelijke programma 'Regie op Gegevens' is geformuleerd. Dat kan bijvoorbeeld door het digitaal plannen van afspraken mogelijk te maken. Ook kunnen de dossiers die de GGD-organisatie bijhoudt (zoals het PGO) veilig geautoriseerd door burgers worden geraadpleegd of aangevuld.

We ramen dat <40%> van het volume van vragen dat nu via het KCC via behandelaars verloopt, na het aanbieden van digitale dienstverlening op termijn via de slimme website kan verlopen. Dat voorkomt een verdere structurele uitbreiding van het KCC.

## **2.9 Tijd- en plaatsonafhankelijk organiseren**

De afgelopen tijd is duidelijk geworden dat de wendbaarheid van de KCC-organisatie mede afhankelijk is van de mogelijkheden om de KCC-werkzaamheden tijd- en plaats-onafhankelijk te kunnen uitvoeren. KCC-werkzaamheden worden dan vanaf de thuiswerkplek uitgevoerd. Door er principieel van uit te gaan dat deze werkzaamheden zowel thuis als op kantoor moeten kunnen worden verricht, organiseert de GGD meer werkbaarheid. Zo kan tijdig worden ingespeeld op nieuwe crisissituaties en veranderende tijdsvensters voor bereikbaarheid. We nemen dit aspect bij de uitvoering van de ICT-ondersteuning voor de KCC-organisatie net als voor de GGD-organisatie structureel mee.

## **2.10 Effect contentintegratie voor GGD-kennisprofessionals**

Kennisprofessionals besteden circa 20% van hun tijd aan het zoeken naar en vinden van informatie om hun werk te doen <[bron onderzoek](#)>. Contentintegratie versnelt hun werkzaamheden aanzienlijk. Net als bij het KCC gaat het om het vinden van antwoorden op vragen en zoeken naar wie wat weet (expertise) of wat er al is gedocumenteerd.

De inzet van ICT-technologie voor contentintegratie leidt naar verwachting bij 50% van de hier relevante GGD-kennisprofessionals werkelijk tot 20% van de werktijd (zoektijd aandeel).

Binnenhalen van geschikte GGD-professionals wordt door de groeiende schaarse aan arbeidskrachten (krimp van de beroepsbevolking) steeds lastiger. Door herhalende werkzaamheden, waar persoonlijke interactie minder van belang is, te digitaliseren kan naar verwachting met een kleiner wordende formatie hetzelfde werk gedaan worden. Dat vraagt

om tijdig investeren omdat er ook tijd nodig is om deze veranderende manier van werken in te leren en om te zetten naar besparingen. Daarnaast zorgt de investering in het vermijden van meerkosten in de komende jaren omdat meer werk zonder investeren in digitale ondersteuning tot een grotere formatie met meer kosten zou leiden.

## 3. Kosten

### 3.1 Overzicht investeringen & kostencomponenten

Om de in hoofdstuk 2 genoemde kwalitatieve baten te kunnen behalen, zijn investeringen nodig in de ondersteuning van de KCC-werkprocessen in het zoek-vindproces van GGD-professionals. We gaven eerder aan dat de oplossing onder andere gezocht wordt in *contentintegratie*, de inzet van *kunstmatige intelligentie* en *digitale dienstverlening*. We lichten deze begrippen kort toe en sommen daarna de verschillende kostencomponenten op.

### 3.2 Contentintegratie

Contentintegratie is het samenbrengen en toegankelijk maken van alle relevante informatie in een organisatie (al dan niet verbijzonderd per vakgebied) via één zoek/vindsysteem. Zowel de eigen interne bronnen als (openbare) externe bronnen worden zo ontsloten. Professionele gebruikers krijgen zo toegang tot alle benodigde (vak)informatie via één zoek/vindsysteem. Qua interne bronnen valt te denken aan het website beherende Content Management Systeem (CMS), Documenten managementsysteem (DMS), zaaksystemen, websites en geo-informatie en mogelijk delen van de gedeelde mappenstructuur van de organisatie (intranet, extranet, archief). Uiteraard dient bij implementatie nagegaan te worden welke bronnen daartoe gefaseerd ontsloten kunnen en mogen worden.

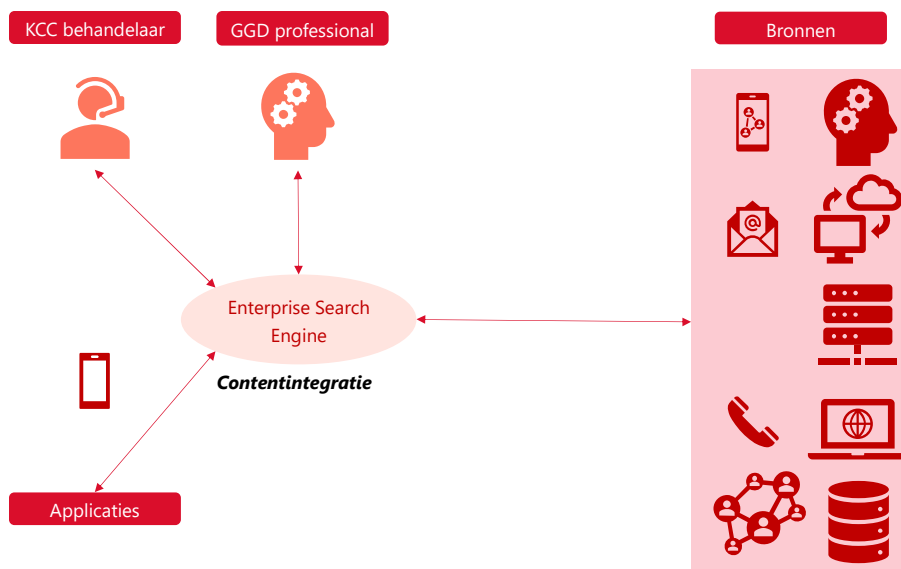
Qua externe bronnen kunnen relevante websites van derden (zoals brancheorganisaties op speciale domein/vakgebonden portalen) aan toegevoegd worden.

Via één manier van raadplegen (interface) wordt het geheel toegankelijk gemaakt. Daartoe wordt vaak gebruikgemaakt van zogeheten widgets<sup>1</sup> waarmee KCC- behandelaars en professionals deze bronnen selectief kunnen zien respectievelijk benaderen. Ook behoort het (persoonlijk) attenderen op nieuwe informatie hiermee tot de mogelijkheden.

---

<sup>1</sup> Een widget is een toepassing waarmee je in één oogopslag actuele informatie kunt zien over bijvoorbeeld het weer of het nieuws. Deze informatie wordt geladen vanuit een andere bron. Vanwege de actuele informatie heb je er internet voor nodig.

Je kunt widgets bijvoorbeeld op het scherm van je computer of smartphone zetten. Ze nemen in verhouding tot je hele scherm heel weinig ruimte in. Je hoeft ze niet te openen, je ziet direct op je scherm de informatie. Widgets kunnen ook op een website of in een app staan.



Figuur 2. Weergave van een ICT-voorziening voor contentintegratie

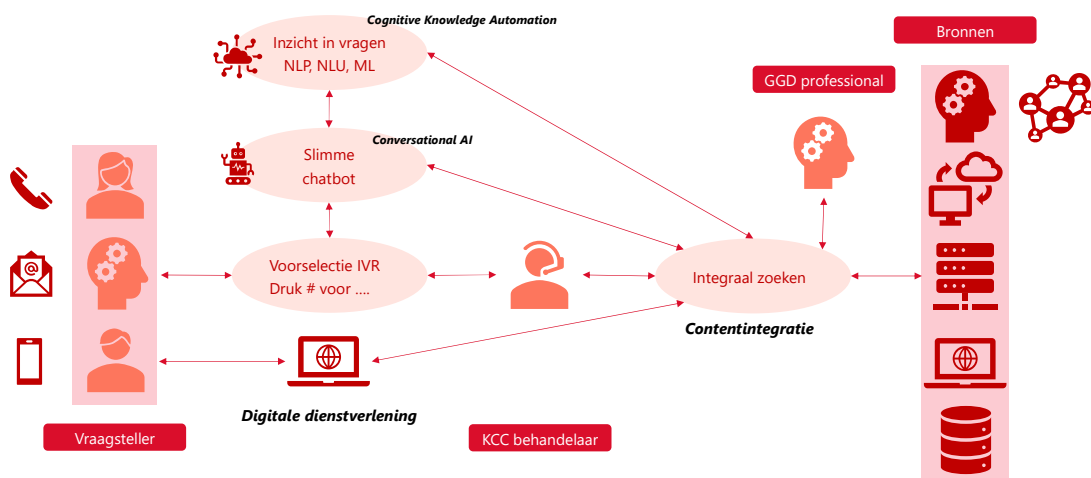
### 3.3 Kunstmatige intelligentie

Aanvullend aan de investering in gereedschap voor zoek/vindfunctionaliteit (contentintegratie) voorzien we een investering in kunstmatige intelligentie in het zoekproces naar kennis, kennisprofessionals en antwoorden op vragen. We beogen daartoe kunstmatige intelligentie (zelflerende algoritmes) in te zetten die de gestelde vragen (intypen of inspreken) tegen reeds eerder gestelde en beantwoorde vragen afzet. Door enerzijds deze databank slim te doorzoeken en anderzijds de gevonden en benutte antwoorden vast te leggen bij de (soort) vraag ontstaat een zelflerend systeem. De door het algoritme vastgelegde samenhang tussen vragen en antwoorden maakt ook gegevens beschikbaar over het veranderen van de gestelde vragen en de omvang van herhaling. Daarmee kunnen de meest gestelde vragen ook eerder doorzocht en getoond worden. Eigenlijk een soort mini-zoekmachine, zoals Google.

Uiteraard zal dergelijke technologie beter gaan werken naarmate het volume groter is en er meer door het algoritme geleerd is. We gaan er dan ook van uit dat we deze stap eerst na het succesvol implementeren van contentintegratiegereedschappen zullen gaan inzetten.

De thans in de markt gehanteerde aanduiding van deze technologie luidt: [Conversational AI](#) en [Cognitive Knowledge Automation](#).





Figuur 3. Het principe van de toegevoegde functionaliteit

### **Conversational AI**

*Conversational AI (oftewel Conversational Artificial Intelligence) zorgt ervoor dat je gesimuleerde gesprekken kunt voeren met een computer. Doordat de AI zo slim is, lijkt het net alsof je met een mens aan het chatten bent. Conversational AI is een stap verder dan Chatbots. De gesprekken kunnen non-lineair zijn. Door onderwerpen te groeperen en connecties tussen de onderwerpen te leggen, bootsen ze echte gesprekken na. Met simpele Chatbots wordt een vaste vragenstructuur aangehouden en je kunt geen moeilijke vragen stellen.*

### **Cognitive Knowledge Automation**

*Bij Cognitieve Kennis Automatisering wordt een combinatie van Natural Language Processing (NLP), Natural Language Understanding (NLU) en Machine Learning ingezet om exact in kaart te brengen welke vragen er gesteld worden. De zo verkregen inzichten worden met kunstmatige intelligentie aangevuld met de antwoorden/kennis (content) die te vinden zijn in kennisbanken, CRM-, WFM-, DMS- en CMS-systemen. Zo creëert de Cognitive Knowledge Automation AI op elke klantvraag een passend antwoord!*

*Dezelfde kunstmatige intelligentie kun je vervolgens eenvoudig inzetten om alle vragen geautomatiseerd te beantwoorden met een dialoog-engine. Deze engine kun je ontsluiten via chat, search, webforms, WhatsApp, Messenger, SMS en zelfs in voicebots. Dat is dan gelijk het bruggetje naar digitale dienstverlening.*

## **3.4 Digitale dienstverlening**

Aanvullend aan de investering in gereedschap voor zoek/vindfunctionaliteit (contentintegratie) voorzien we een investering in digitale dienstverlening, waarbij we vragers binnen en buiten de GGD-organisatie de gelegenheid geven hun vraag ook buiten de reguliere openingstijden te kunnen stellen en gebruik te maken van de (op de doelgroep afgestemde) zoekfunctionaliteit die contentintegratie biedt. Daarmee wordt dan tevens de webpagina 'veel gestelde vragen' dynamisch gevoed en geactualiseerd. Aanvullend hierop wordt via een ander verbeterprogramma de mogelijkheid geboden om zelf afspraken in te plannen op een locatie en moment (tijdsvenster) waar GGD-diensten worden aangeboden.

Dit is belangrijk wanneer je bedenkt dat [Millennials in 63%](#) van de gevallen direct op een digitaal kanaal gaan zoeken en het percentage ook in andere bevolkingsgroepen snel stijgt. Ervaringen in andere organisaties wijzen op een 50% aandeel van digitale dienstverlening. Wij hebben met 40% als doelaandeel gerekend.

### 3.5 Kostencomponenten

We voorzien de volgende kostencomponenten voor elk van de investeringen:

- Licentiekosten (jaarlijks)
- Onderhoudskosten (jaarlijks)
- Ondersteuningskosten vanuit IM (jaarlijks)
- Opleidingskosten (éénmalig en jaarlijks)
- Projectmanagement implementatie
- Implementatiekosten ICT-technologie
- Implementatiekosten organisatorisch
- Kosten voor aanbesteden
- Kosten voor beproeven (POC)
- Communicatiekosten
- Overige kosten
- Onvoorzien 10%
- BTW 21%

We geven een totaaltabel. In de projectpannen zal t.z.t. per investering een verbijzondering van de kosten naar de bovengenoemde kostensoorten opgenomen worden.

### 3.6 Overzicht kosten

De bedragen zijn inclusief btw en exclusief inflatie.

Kosten	Eenmalig	Structureel
Contentintegratie	€ 151.000	€ 54.000
Kunstmatige intelligentie	€ 56.000	€ 145.000
Digitale dienstverlening	€ 20.000	€ 18.000
<b>Totaal</b>	<b>€ 227.000</b>	<b>€ 217.000</b>

Deze bedragen zijn gebaseerd op indicatieve opgaven van leveranciers en eigen inschattingen voor componenten die niet in de offertes waren opgenomen.

## 4. Risico's, faal- en succesfactoren

### 4.1 Onderkende risico's

De succesvolle inzet van moderne ICT-technologie vergt het nodige van een organisatie en haar medewerk(st)ers. We hebben ons dus op voorhand rekenschap gegeven van de risico's die gemoeid zijn met het daadwerkelijk realiseren van de kwalitatieve baten en het beheersen van de kosten.

De voorbereiding van en de daadwerkelijke implementatie zal dan ook projectmatig, beheerst en gefaseerd dienen te verlopen. Daarbij moeten het gebruiksdoel en de beoogde baten steeds voorop blijven staan.

Risico's die we onderkennen bij het niet of pas later kunnen realiseren van de beoogde baten in 2022 zijn:

- Een lage adoptiegraad en verandervermogen bij het personeel
- Ontoereikende opleiding en communicatie over de veranderingen
- Kinderziektes in de technologie

Risico's die we onderkennen bij het niet kunnen beheersen van de kosten zijn:

- Meer willen doen en bereiken dan binnen het budget past
- Ontoereikend projectmanagement

Het is dus zaak te investeren in draagvlak voor de digitalisering en duidelijk te maken dat deze investeringen niet leiden tot ontslagen, maar tot verbeterde dienstverlening, een hogere reactiesnelheid, betere bereikbaarheid, wendbaarheid en adequate hulpmiddelen voor het werk van de GGD-professional

# OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

<b>Onderwerp</b>	Investeringsvoorstel 'Digitale transformatie'
<b>Voorstel ter behandeling in</b>	de vergadering van <b>de Bestuurscommissie Gezondheid</b>
<b>Status</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
<b>Portefeuillehouder</b>	J. Zoetendal
<b>Auteur</b>	M. de Graaf
<b>Bijlagen</b>	Geen
<b>Vergaderdatum</b>	<b>11 februari 2021</b>
<b>Agendapunt</b>	<b>9</b>

## Conceptbesluit

1. In te stemmen met het voorstel om in 2022 middelen ter beschikking te stellen voor het digitaliseren van een of twee (grote) processen.
2. De structurele kosten van € 37.500 op te nemen in de kaderbrief en beschikbaar te stellen in de begroting voor 2022 en verder.
3. De incidentele kosten van € 250.000 beschikbaar te stellen in de begroting van 2022.

## Inleiding

Zoals afgesproken in het proces rond de inrichting van een toekomstbestendige bedrijfsvoering (TBB), worden gewenste ontwikkelingen op het gebied van informatiemanagement middels investeringsvoorstellen voorgelegd aan het bestuur. In dit proces zijn bestuurlijke afspraken gemaakt rondom investeringen in bedrijfsvoering. De 'basis op orde' (structureel, in kader opgenomen), IM-plan ontwikkelen (incidenteel, opgenomen in begroting 2020) en 1,2 mln structureel, in te vullen via beleidsvoorstellen aan het bestuur. In onze Kaderbrief 2022 – 2025 zijn voor de Begroting van 2022 in dit kader voor het programma gezondheid de volgende onderwerpen aangekondigd:

- Zoeken en vinden (contentintegratie)
- Slimmer werken door digitale transformatie

Deze oplegnotitie beschrijft het voorstel voor Slimmer werken door digitale transformatie

## Achtergrond

Onze samenleving digitaliseert in rap tempo. Inwoners zijn gewend om zaken digitaal te regelen, vragen worden steeds vaker via een digitale weg gesteld en ook onze producten worden steeds meer digitaal. Deze ontwikkeling maakt dat we ook naar onze werkprocessen moeten kijken. In de middelen die zijn toegekend voor de inrichting van een toekomstbestendige bedrijfsvoering (TBB) is al rekening gehouden met het aanstellen van een procesanalist. Deze functionaris is (mede door de corona uitbraak) nog niet aangesteld, maar de werving staat voor dit jaar op de planning. We verwachten dan ook dat we dit jaar

zicht krijgen op waar procesverbeteringen zijn door te voeren en welke processen geschikt zijn voor een digitale transformatie.

#### **Digitale transformatie van processen**

In de middelen voor TBB is echter nog geen rekening gehouden met het daadwerkelijk digitaliseren van de processen. Hiervoor wordt een afzonderlijk investeringsvoorstel aangeboden aan het bestuur. Het voorliggende voorstel is daar de uitwerking van. Voor het uitwerken van de investeringsvoorstellen hebben we ondersteuning gekregen van het bureau Twynstra & Gudde. Hiermee hebben we een uitgewerkte onderbouwing kunnen maken voor het investeringsvoorstel m.b.t. contentintegratie. De investering voor digitale transformatie is op dit moment iets ingewikkelder. We hebben vanwege het uitstellen van de procesanalist door Corona immers nog geen zicht op welke processen zich aandienen voor deze transformatie. Omdat we graag voor financiële rust in de gemeentelijke begrotingen willen zorgen en in 2022 wel aan de slag willen, vragen we nu middelen voor het digitaliseren van maximaal twee processen. De verwachting is dat de verandercapaciteit van onze organisatie ook niet meer dan twee processen toestaat.

#### **Financiële middelen**

Omdat we de te digitaliseren processen op dit moment nog niet in beeld hebben, moeten we een schatting maken van de benodigde financiële middelen. Uit ervaringscijfers van Twynstra en Gudde blijkt dat voor twee (grote) digitaliseringsprojecten een eenmalige investering van € 250.000, met structurele beheerskosten van € 37.500 (15%) reëel is.

#### **Bijsturing en verrekening**

Uiteraard zullen wij het bestuur op de hoogte houden van de resultaten van de procesanalyse. Zodra we zicht hebben op de verbetermogelijkheden en dus daadwerkelijk een keuze kunnen maken voor de te digitaliseren processen, zullen wij het bestuur over deze inhoud informeren. Ook de werkelijke kosten zullen wij via de gebruikelijke route van bestuursrapportages voorleggen aan het bestuur.

#### **Beoogd effect**

Processen van de GGD sluiten beter aan bij de digitale ontwikkelingen in de samenleving, waardoor we de kwaliteit van onze dienstverlening kunnen vergroten. We zijn daarmee ook beter voorbereid op de toekomst.

#### **Argumenten**

*1.1 We verwachten maximaal twee (grote) processen te kunnen digitaliseren in 2022.*

Met alle ontwikkelingen in onze organisatie is de inschatting dat we voor een of twee grote processen een digitaliseringsproject kunnen doen. Door de relevante processen te digitaliseren sluiten we beter aan bij de ontwikkelingen in onze samenleving en verhogen we de kwaliteit van onze dienstverlening.

*2.1 De structurele kosten bestaan uit licentie- en beheerkosten.*

*3.1 De incidentele kosten bestaan uit aanschaf- en implementatiekosten.*

#### **Kanttekeningen/risico's**

*1.1 Onvoldoende verandercapaciteit van onze organisatie*

Met alle ontwikkelingen in onze organisatie is er een beperking aan de verandercapaciteit. Wanneer we teveel vragen worden doelstellingen en projectresultaten mogelijk niet gehaald, of gaan deze ten koste van andere gewenste resultaten. Door de digitalisering in 2022 te beperken tot een of twee projecten, verwachten we binnen deze verandercapaciteit te blijven.

**Financiële consequenties**

De incidentele lasten van dit voorstel bedragen € 250.000.

De structurele lasten van dit voorstel bedragen € 37.500.

**Vervolgaanpak/uitvoering**

Indien de Bestuurscommissie Gezondheid instemt met dit investeringsvoorstel, dan worden de lasten verwerkt in de begroting voor 2022 en verder en worden de voorgestelde ontwikkelingen in 2022 geïmplementeerd.

**Communicatie**

N.v.t.

**Besluit:**

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

Kopie naar auteur

**Paraaf  
secretaris:**

## -OPLEGNOTITIE INFORMEREND

<b>Onderwerp</b>	Zienswijzen gemeenten Kaderbrief 2021-2024
<b>Voorstel ter behandeling in</b>	de vergadering van <b>de Bestuurscommissie Veiligheid/Gezondheid</b>
<b>Status</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
<b>Portefeuillehouder</b>	J. Gebben
<b>Auteur</b>	W. Kleinhuis
<b>Bijlagen</b>	1. Overzicht zienswijzen Kaderbrief 2022-2025
<b>Vergaderdatum</b>	11.02.2021
<b>Agendapunt</b>	<b>10</b>
<b>Betrokken afdeling/ medewerkers (functioneel)</b>	-
<b>OR/GO</b>	<input type="checkbox"/> OR instemming <input type="checkbox"/> OR advies <input type="checkbox"/> OR informatie <input type="checkbox"/> GO

### Kennisnemen van

Het overzicht van de ingekomen zienswijzen tot nu toe op de Kaderbrief 2022-2025.

### Inleiding

Na vaststelling van de conceptkaderbrief 2022-2025 in het Dagelijks Bestuur van 3 december 2020 is deze op 4 december naar alle Friese gemeenten verstuurd voor zienswijze. De gemeenten hebben tot 4 februari 2021 de tijd hun zienswijze kenbaar te maken. Het Dagelijks Bestuur verzorgt de inhoudelijke reactie op de gemeentelijke zienswijzen met betrekking tot de kaderbrief.

De kaderbrief wordt op 11 maart 2021 ter vaststellen aan het Algemeen Bestuur aangeboden en wordt verwerkt in de begroting 2022. Definitieve vaststelling van de begroting vindt plaats in het Algemeen Bestuur van 8 juli 2021.

We beschikken bij de verzending van de stukken nog niet over alle zienswijzen. Een overzicht waarop is aangegeven van welke gemeenten wij inmiddels reactie hebben ontvangen en van welke gemeenten wij nog in afwachting zijn is ter informatie bijgevoegd.

### Kernboodschap

Overzicht van de ingekomen zienswijzen op de kaderbrief 2022-2025

### Consequenties

-

<b>Communicatie</b>
---------------------

Communicatie zal plaatsvinden via de reguliere besluitvorming.
--



## Overzicht zienswijzen Kaderbrief 2022-2025

Naam Gemeente	Datum besluitvorming raad	Voorstel college aan raad	Besluit van de raad
Achtkarspelen	21 januari 2021	geamendeerde zienswijze; geen uitzettingen zonder wettelijke grond in de begroting opnemen, anders zelf opvangen	geamendeerde zienswijze; geen uitzettingen zonder wettelijke grond in de begroting opnemen, anders zelf opvangen
Ameland	25 januari 2021	geen zienswijze indienen	geen zienswijze indienen
Dantumadiel	?		
Harlingen	20 januari 2021	geen zienswijze indienen	geen zienswijze indienen
Heerenveen	28 januari 2021	geen zienswijze indienen	geen zienswijze indienen
Leeuwarden	27 januari 2021	geen zienswijze indienen want nog teveel p.m. posten, wachten tot begroting	geen zienswijze indienen want nog teveel p.m. posten, wachten tot begroting
Ooststellingwerf	26 januari 2021	geen zienswijze indienen	geen zienswijze indienen
Opsterland	1 februari 2021	raad kan zelf zienswijze kenbaar maken	
Noardeast Fryslân	4 februari 2021	separaat voorstel over op peil brengen van de egalisatiereserve	
Schiermonnikoog	19 januari 2021	geen zienswijze indienen	geen zienswijze indienen
De Fryske Marren	3 februari 2021	geen zienswijze indienen	
Smallingerland	16 februari 2021	evt overschot door autonome kostenontwikkeling niet toevoegen aan egalisatiereserve maar in mindering brengen op gemeentelijke bijdragen	
Súdwest Fryslân	28 januari 2021		geen zienswijze indienen
Terschelling	10 februari 2021		
Tytsjerksteradiel	26 januari 2021	idem Achtkarspelen; uitzettingen zelf binnen begroting opvangen alleen uitzettingen begrip bij wettelijke basis	idem Achtkarspelen; uitzettingen zelf binnen begroting opvangen alleen uitzettingen begrip bij wettelijke basis
Vlieland	25 januari 2021	geen zienswijze indienen	
Waadhoeke	28 januari 2021	geen zienswijze indienen	
Weststellingwerf	25 januari 2021	geen zienswijze indienen	geen zienswijze indienen

Samenvatting	Voorstel aantal gemeenten	Besluit aantal gemeenten
Zienswijze	4	2
Geen zienswijze/instemmen	12	9
Nog niet binnen	2	7
<b>Totaal</b>	<b>18</b>	<b>18</b>

## OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

<b>Onderwerp</b>	<b>Inhoudelijke programmatekst Gezondheid jaarrekening 2020</b>
<b>Voorstel ter behandeling in</b>	de vergadering van <b>Bestuurscommissie Gezondheid</b>
<b>Status</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
<b>Portefeuillehouder</b>	J. Zoetendal
<b>Auteur</b>	M. de Graaf
<b>Bijlagen</b>	1. Concept verantwoording 2020 programma Gezondheid
<b>Vergaderdatum</b>	<b>11-02-2021</b>
<b>Agendapunt</b>	<b>11</b>

### Conceptbesluit

1. De concepttekst voor het programma Gezondheid voor de jaarstukken 2020 te onderschrijven en deze vast te stellen.

### Inleiding

Het concept jaarverslag 2020 staat geagendeerd voor het dagelijks bestuur van 17 februari en 25 maart a.s. Daarna gaat het jaarverslag, samen met de jaarrekening, voor zienswijzen naar de deelnemende gemeenten. Het betreft hier de inhoudelijke verantwoording het programma Gezondheid.

### Beoogd effect

Resultaten bepalen en verantwoording afleggen voor het programma Gezondheid.

### Argumenten

1. *Zo kunnen eventuele wijzigingen nog meegenomen worden, voordat het document voor zienswijze naar de gemeenten gaat.*  
Door de stukken nu aan de bestuurscommissie voor te leggen, kunnen op- of aanmerkingen meegenomen worden voordat stukken na het DB van 25 maart voor zienswijze worden verzonden naar de gemeenten.

### Kanttekeningen/risico's

--

<b>Financiële consequenties</b>
---------------------------------

Het financiële resultaat van het programma Gezondheid zal ter vergadering mondeling worden toegelicht, evenals het totale voorlopige resultaat van Veiligheidsregio Fryslân.
--

<b>Vervolgaanpak/uitvoering</b>
---------------------------------

Na behandeling in de bestuurscommissie worden op- of aanmerkingen meegenomen in het definitieve exemplaar dat op 25 maart weer in het dagelijks bestuur komt. Daarna worden deze op 26 maart ter zienswijze aangeboden aan de gemeenten als onderdeel van de totale jaarstukken 2020.
---

<b>Communicatie</b>
---------------------

Geen.
-------

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

## 2. PROGRAMMAVERANTWOORDING GEZONDHEID

### 2.1. Algemeen

In 2020 werd onze voorzitter, de heer Hans Broekhuizen, benoemd tot burgemeester van de gemeente Twenterand. Daarmee verliet hij de Agenda- en Bestuurscommissie Gezondheid. Jelle Zoetendal nam vervolgens de voorzittersrol over. Mevrouw Luciënne Boelsma is namens de Bestuurscommissie Gezondheid afgevaardigd als lid van de Auditcommissie. De heer Herwil van Gelder heeft de Agendacommissie Gezondheid en de Bestuurscommissie Gezondheid in de loop van het jaar verlaten. Beide rollen zijn ingevuld door zijn opvolger: De heer Bert Wassink.

Zowel de Agendacommissie als Bestuurscommissie Gezondheid zijn in 2020 viermaal bijeen geweest. Naast de reguliere onderwerpen hebben de commissies met name aandacht besteed aan de Friese Preventie Aanpak, het innovatieprogramma JGZ 3.0 en de bestrijding van het coronavirus.

Het jaar 2020 stond nagenoeg volledig in het teken van de bestrijding van het coronavirus. De GGD stond voor een dubbele operatie: de opschaling voor de bestrijding van het virus en het herschikken en aanpassen van de overige vitale processen. Door meer digitale oplossingen in te zetten hebben we de vitale dienstverlening zoveel mogelijk kunnen laten doorgaan.

In overeenstemming met de vastgestelde begroting 2020 is de verantwoording ingedeeld volgens de bekende vier pijlers:



### De taken van GGD Fryslân

Iedereen verdient een gezond en veilig leven; wij dragen daaraan bij!



Een overzicht van deze taken en hun wettelijke grondslag is opgenomen als bijlage.

## 2.2. Pijler 1: Monitoring, signalering en advies

### Indicatoren

In 2018 heeft de bestuurscommissie Gezondheid, met het meerjarenbeleidsplan, nieuwe indicatoren vastgesteld.

#### De indicatoren voor deze pijler:

##### Percentage jongeren dat ooit heeft gerookt/dagelijks rookt:

Het percentage laat de verhouding zien tussen het aantal jongeren dat ooit heeft gerookt en het totale aantal jongeren. Dit percentage daalt nog steeds en is mede te verklaren door de veranderde wetgeving en de bijbehorende sociale norm.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat ooit heeft gerookt	14%	17%

##### Percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken

Evenals de voorgaande, is deze indicator opgenomen op basis van het beleidsplan van GGD Fryslân. Deze indicator laat de verhouding zien tussen het aantal kinderen dat ooit alcohol heeft gedronken en het totale aantal jongeren.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken	41%	42%

##### Percentage jongeren dat recent binge heeft gedronken

Evenals de voorgaande, is deze indicator opgenomen op basis van het beleidsplan GGD Fryslân. Deze indicator laat de verhouding zien tussen het aantal kinderen dat recent binge heeft gedronken en het totale aantal jongeren.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat recent binge heeft gedronken	26%	27%

##### Percentage jongeren dat ooit/recent cannabis heeft gebruikt

Het percentage laat de verhouding zien tussen het aantal jongeren dat ooit/recent cannabis heeft gebruikt en het totale aantal jongeren.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat ooit cannabis heeft gebruikt	13%	13%
Percentage jongeren dat recent cannabis heeft gebruikt	5%	5%

### Percentage jongeren dat ooit/recent harddrugs heeft gebruikt

Het percentage laat de verhouding zien tussen het aantal jongeren dat ooit/recent harddrugs (inclusief lachgas) heeft gebruikt en het totale aantal jongeren.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat ooit harddrugs heeft gebruikt	7%	4%
Percentage jongeren dat recent harddrugs heeft gebruikt	3%	1%

Bovenstaande cijfers worden verkregen via epidemiologisch onderzoek, in dit geval de gezondheidsmonitor jeugd 12-18 jaar. In 2021 zullen weer nieuwe gegevens beschikbaar zijn. Deze komen uit het uitgevoerde monitoronderzoek onder volwassenen en ouderen. Voor de bestrijding van het coronavirus en aanpassingen in de Jeugdgezondheidszorg was ook extra inzet van epidemiologie noodzakelijk. Een gedetailleerde uitwerking van gegevens op lokaal niveau was daardoor niet altijd mogelijk.

#### Academische Werkplaats Publieke Gezondheid

Kennis breder delen, is één van de uitdagingen van de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid (AWPG). In 2020 zijn negen onderzoeken met hulp van hogescholen en universiteit afgerond, acht onderzoeken zijn nog in uitvoering. Daarnaast zijn er (online) kennisbijeenkomsten. Met als doel: verbinding leggen tussen de kennis uit de praktijk en de wetenschap.

#### Medische Milieukunde

Voor medische milieukundige vraagstukken wordt nauw samengewerkt met andere Noordelijke GGD 'en. We worden goed gevonden door gemeenten voor zowel kleine als grotere vragen. Het team MMK werkt aan het uitbreiden van de bezetting.

## **2.3. Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming**

#### Infectieziekte bestrijding

Hoewel het jaar voor de afdeling IZB gedomineerd werd door Covid-19 zijn ook nog 127 meldingsplichtige ziekten en 44 meldingen in het kader van artikel 26 afgehandeld. Daarnaast zijn 129 niet-meldingsplichtige ziekten, zoals het afhandelen van prikaccidenten en risicobeoordelingen bij mogelijke rabiësblootstelling, verwerkt. Aan het eind van het jaar zijn we bij drie uitbraken van de vogelgriep betrokken geweest.

#### Tuberculosebestrijding

Door de lockdown maatregelen zijn er achterstanden ontstaan met betrekking tot de BCG-vaccinatie tegen tuberculose. Deze zijn deels ingelopen, maar voor 2021 ligt er nog de taak om een deel in te halen. In 2020 zijn er 30 patiënten begeleid.

#### Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is 2020 een pittig jaar geweest. Vanaf het begin is een groot deel van het personeel bijgesprongen bij de corona-afdeling en zijn er voor de reguliere werkzaamheden handelingsperspectieven geschreven om zoveel mogelijk te voldoen aan onze opdracht voor onze doelgroep.

De kernopdracht van JGZ is om alle kinderen te volgen en kwetsbaarheid op te sporen. Deze taak ligt verankerd in de Wet Publieke Gezondheid (WPG) en het LPG (Landelijk Professioneel Kader).

Het is een uitdaging om ervoor te zorgen dat alle kinderen krijgen wat zij nodig hebben. Zeker, als de crisis langer duurt of de druk op de JGZ hoger wordt door bijvoorbeeld de uitvoering van de Covid-vaccinaties. Dit is met name van belang voor kwetsbare kinderen. JGZ heeft veel in beeld, maar in coronatijd hebben het inzicht krijgen en de signaleerfunctie onder druk gestaan. Doordat screenings moesten worden uitgesteld of op afstand moesten worden uitgevoerd zijn bepaalde aspecten minder goed in beeld gebracht. Hierbij valt te denken aan het opsporen van hartafwijkingen, visusafwijkingen, groei problemen, Voor en Vroegschoolse Educatie (VVE)-indicaties en ontwikkelingsachterstanden.

Behalve kindfactoren signaleert de JGZ ook kwetsbaarheden binnen het hele systeem rond het kind. Zoals psychische kwetsbaarheden bij ouders, financiële problemen, risico's op huiselijk geweld en kindermishandeling. De druk op ouderschap is in tijden van corona toegenomen, cijfers laten zien dat de draaglast van ouders (meer dan 60%) in coronatijd is verhoogd en de draagkracht juist verminderd. De (jonge) ouders hebben het zwaar gehad. De JGZ heeft andere middelen ingezet, zoals beeldbellen en chat en meer tijd besteed aan een goede samenwerking met het netwerk, onderwijs, kinderopvang en welzijn.

Maar ook zijn er indicaties dat door verminderde signalen van ketenpartners en het zelf minder fysiek ontmoeten van kinderen en ouders er een minder goed beeld is van welke gezinnen extra aandacht nodig hebben zoals de extra ondersteuning vanuit het programma Stevig Ouderschap. We verwachten daardoor voor 2021 nog een zeker inhaaleffect. Daar moet voldoende tijd voor zijn. Juist de coronacrisis heeft laten zien dat niet alleen de contactmomenten of de consultatiebureaus leidend zijn, maar dat JGZ-dienstverlening ook behoeftegericht en tijd- en plaats onafhankelijk aangeboden moet worden.

De JGZ heeft ook laten zien dat men in tijden snel kan handelen en aanpassen. Het Rijksvaccinatieprogramma is een van de vitale uitvoeringsonderdelen. Hoewel er regelmatig aanpassingen nodig waren in de uitvoering, massavaccinaties niet mogelijk waren of vaccinaties tijdelijk uitgesteld moesten worden, is het beeld dat de vaccinatiegraad in vergelijking met voorgaande jaren met ca 1-2% licht gedaald is. Dit alles kost investeringen in tijd en geld, voor nu en de komende jaren. In het voorjaar van 2021 willen we onderzoeken wat de voordelen van de gewijzigde processen zijn en we dus willen behouden.

#### Reizigersvaccinaties

Door de gestelde maatregelen tegen de verspreiding van het virus is er in 2020 nagenoeg niet gereisd. Dit heeft uiteraard ook effect gehad op de opbrengsten van ons product reizigersvaccinaties. Er is sprake van een negatief resultaat. Dit negatieve resultaat heeft geen gevolgen voor de gemeenten, omdat dit door het Ministerie van VWS wordt gecompenseerd als saldo van meer en minder kosten, als gevolg van de coronacrisis.

#### Gezondheidsbevordering en beleid

In de eerste helft van 2020 zijn activiteiten op het terrein van beleid en gezondheidsbevordering licht vertraagd. Op het moment dat netwerksamenwerking was ingesteld op digitale werkwijzen, hebben activiteiten over het algemeen goed doorgang kunnen vinden.

Een visie voor de Friese Preventie aanpak is vastgesteld en extra financiën zijn gezocht.

Dankzij het programma Rookvrije Generatie is het merendeel van de schoolpleinen rookvrij, de campagnes Stoptober en Smoke Free Challenge konden op veel deelnemers rekenen. Ook de ondersteuning voor gezond gewicht met JOGG en de werkwijze kind naar gezond gewicht werden voortgezet.

Hoewel groepsactiviteiten geen doorgang konden vinden waren scholen wel degelijke actief bezig met gezondheid 54 scholen het vignet gezonde school aan en zijn er inmiddels 111 scholen in Friesland hiermee actief.

#### Soa sense

De activiteiten voor Soa sense zijn verminderd. Ook zette GGD Fryslân meer in op internet veldwerk. In vergelijking met 2020 zijn er 28% minder soa's gevonden. Het is nog te vroeg om dit verder te duiden.

#### De indicatoren voor deze pijler:

##### Percentage jongeren dat recentelijk heeft verzuimd:

Het percentage geeft de verhouding tussen het aantal jongeren dat recentelijk heeft verzuimd en het totale aantal jongeren.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat recent ziek is geweest	31%	31%
Percentage jongeren dat recent heeft gespijbeld	17%	16%

Percentage jongeren dat ooit te maken heeft gehad met mishandeling:

Het percentage geeft de verhouding tussen het aantal jongeren dat ooit te maken heeft gehad met mishandeling en het totale aantal jongeren.

Indicator	2019	2016
Percentage jongeren dat ooit te maken heeft gehad met lichamelijke mishandeling	4%	5%
Percentage jongeren dat ooit te maken heeft gehad met geestelijke mishandeling	14%	19%

## **2.4. Pijler 3: Bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises**

De kosten voor de bestrijding van de coronacrisis worden verantwoord binnen deze pijler.

### Covid-19

Het afgelopen jaar stond in het teken van de Covid-19 pandemie. COVID-19 is een besmettelijke ziekte die wordt veroorzaakt door het SARS-CoV-2-virus. De voorheen onbekende ziekte is eind 2019 voor het eerst opgemerkt in Wuhan, de hoofdstad van de Chinese provincie Hubei, en verspreidde zich vervolgens in drie maanden tijd naar andere delen van de wereld. Vanaf 11 maart 2020 was er volgens de normen van de Wereldgezondheidsorganisatie officieel sprake van een pandemie.

### GROP-structuur

Eind januari vond binnen onze GGD al het eerste crisisonderzoek plaats over de snelle verspreiding van het virus. Om ons goed voor te bereiden op de verwachte introductie van dit virus is eind februari de GROP-structuur opgestart. Deze biedt structuur aan de opschaling van de interne GGD-organisatie bij een (dreigende) crisis. Al snel bleek dat de afdeling Infectieziektebestrijding (IZB) onvoldoende capaciteit had om alle noodzakelijke werkzaamheden uit te voeren. Begin maart werden uit alle afdelingen van GGD Fryslân mensen benaderd om de IZB te ondersteunen. Deze groep werd onder ander ingezet voor het uitvoeren van bron- en contactonderzoek, de advieslijn en het bemonsteren van mensen met klachten.

### Testen en bron- en contactonderzoek

Op 9 maart is voor het eerst een positief geteste persoon vastgesteld in Friesland.

Om de afdeling IZB te ontlasten zijn eind april de uitvoering van het testen en het bron- en contactonderzoek (BCO) ondergebracht in twee aparte sub-afdelingen. Door deze ondersteuning ontstond er meer tijd voor de expert-rol van de IZB. Vervolgens is in een voor de GGD ongeken tempo een nieuw landelijk registratiesysteem geïmplementeerd (CoronIT). Verder breidde de testcapaciteit uit en werd er nieuw personeel aangetrokken voor het testen en de uitvoering van BCO.

### Groei en ontwikkeling van het coronabedrijf

Vanaf juni is begonnen met meer mensen van buiten de GGD aan te nemen omdat door de inzet van de grote groep GGD-medewerkers het reguliere werk in het gedrang kwam. Dit snelle proces was mogelijk door de fantastische samenwerking met de afdeling bedrijfsvoering (o.a. P&O, huisvesting, inkoop, facilitair en ICT).

Uiteindelijk is in oktober besloten om organisatorisch een volgende stap te maken met een nieuwe "corona-structuur". De afdeling IZB is daarvoor uitgebreid met epidemiologen, data-analisten, beleidsmedewerkers en communicatie, het zogenaamde IZB-expertteam. Daarnaast is een uitvoeringsorganisatie opgezet waarin het testen, de advieslijn en het BCO werden ondergebracht. Binnen het BCO zijn geleidelijk een aantal specifieke teams gestart die zich richten op de zorg en het onderwijs.

### Samen met Crisisbeheersing

Gedurende het jaar intensiverde de samenwerking met de afdeling Crisisbeheersing. Er is structureel overleg met de AC's (algemeen commandant gezondheid) en wij werken samen in het scenarioteam van Crisisbeheersing die op haar beurt het ROT en het RBT adviseert. Daarnaast leveren wij wekelijks informatie voor de Coronamonitor.



Om onze gemeenten en het publiek goed te informeren over het virus, de algemene maatregelen en de verspreiding in Friesland is veel geïnvesteerd in communicatie. Vanaf maart was er voor het publiek en voor de organisaties een advieslijn in de lucht. Ook is er gezorgd voor actuele informatie op onze website en de sociale media. Er wordt wekelijks een update voor de media gemaakt. Er worden dagelijks gemiddeld vier persvragen beantwoord. Er zijn geregeld interviews met de schrijvende pers en ongeveer drie keer per week zijn er optredens op radio en tv. Sinds de zomer worden de gemeenten in het RBT wekelijks geïnformeerd over de verspreiding van het virus in Friesland.

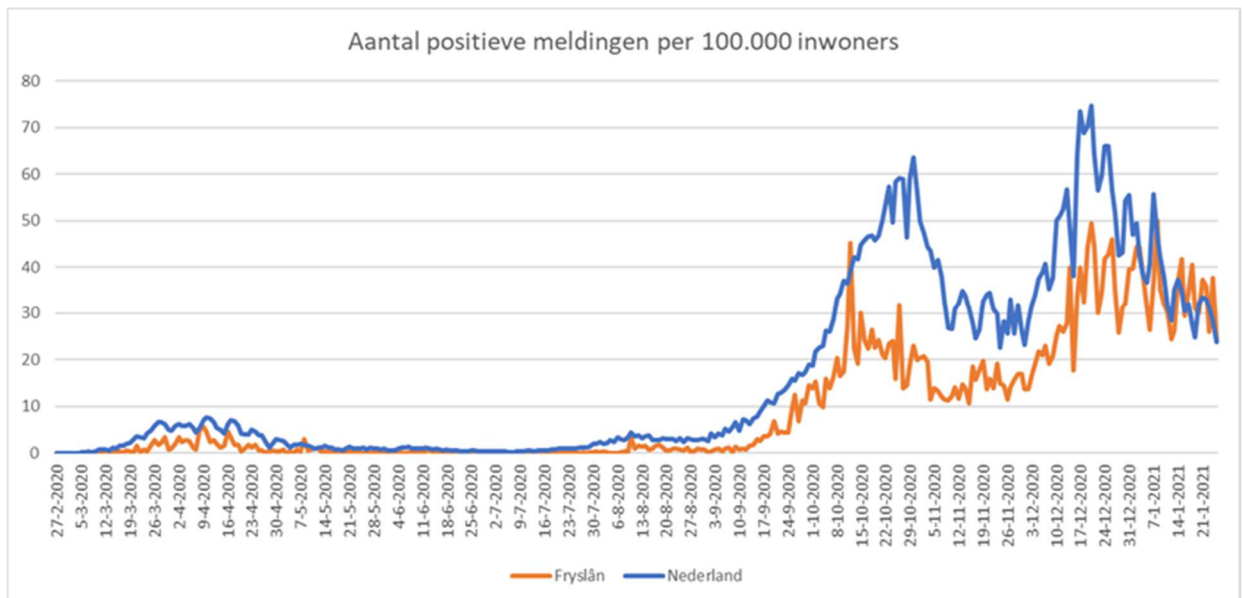
#### Advisering en scholing in Verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorg

In de loop van het jaar is de samenwerking met de sector Verpleeghuizen verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT) intensiever geworden. Om de verspreiding in de VVT-sector te voorkomen heeft de afdeling meegewerkt aan de scholing tot Covid-coach voor zorgmedewerkers. Wij adviseren instellingen bij uitbraken van het virus en participeren in het expertiseteam VVT, deze groep adviseert het RONAZ (Regionale Overleg Niet Acute Zorg).

#### Vaccineren

In december startte GGD Fryslân onder leiding van een kwartiermaker met de voorbereidingen voor het vaccineren in januari 2021.

- GGD Fryslân heeft in 2020 in totaal 177.188 testen uitgevoerd. Hiervan waren er 12.433 testen positief en 164.755 negatief. Gemiddelde vindpercentage 6,9%.
- Eind 2020 waren er testlocaties in Leeuwarden, Drachten, IJlst, Kollum en Heerenveen. In Leeuwarden is aan het eind van het jaar in het WTC gestart met een L-locatie waar antigeentesten worden afgenomen.
- GGD had voor de Covid-19 uitbraak ongeveer 500 medewerkers (300 fte). Aan het eind van het jaar zijn dat er 960. In de uitvoeringsorganisatie werken ongeveer 460 medewerkers (o.a. artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten, mensen uit de zorg en het onderwijs en beleidsmedewerkers) en de formatie van het IZB-expertteam is verdubbeld.



- De eerste en tweede golf zijn niet goed vergelijkbaar doordat het testbeleid in beide periodes van elkaar verschilde.
- In de eerste golf werd er een andere groep getest dan in de tweede golf.
- Toen: risicogroepen (o.a. mensen met verhoogde kans op ernstig verloop, 70-plussers, mensen woonachtig in een instelling)
- Nu: iedereen met klachten passend bij COVID die getest wil worden

#### Zorg en Veiligheid

De pilot van het Meld- en adviespunt verward gedrag is afgerond en heeft goede resultaten geleverd. Het “horen” en “verkennend onderzoek” in het kader van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) zijn hierin ondergebracht en vinden in overeenstemming met de bestuurlijke afspraken plaats. Met de komst van de Wet aanpak meervoudige problematiek sociaal domein (Wams) die vermoedelijk in 2022 van kracht wordt, voorziet het meldpunt ook in een wettelijke verplichting van gemeenten. De Bestuurscommissie Gezondheid heeft daarom in november besloten om het meldpunt structureel te borgen. De uitwerking hiervan volgt begin 2021.

#### Forensische geneeskunde

Op alle diensten van Forensische geneeskunde is er ten opzichte van 2019 vaker een beroep gedaan: arrestantenzorg, lijkschouw, euthanasie en medische verrichtingen. Gezien de krapte aan artsen wordt daartoe geëxperimenteerd met de inzet van verpleegkundigen voor de afname van bloedproeven. De DPG 'en van de Friese, Groningse en Drentse GGD-organisaties hebben GGD Drenthe aangewezen als penvoerder in de doorontwikkeling van de samenwerking 3Noord voor forensische zorg.

## **2.5. Pijler 4: Toezicht houden**

#### Inspecties kinderopvang:

Door de coronacrisis konden de inspecties in de maanden april, mei en juni niet doorgaan. Dit levert een verlies van 3 maanden uitvoering, wat leidt tot een negatief resultaat. Dit negatieve resultaat heeft geen gevolgen voor de gemeenten, omdat dit door het Ministerie van VWS wordt gecompenseerd als saldo van meer en minder kosten, als gevolg van de coronacrisis. Zoals ook vermeld in de bestuursrapportages is het niet gelukt om de 100% inspectienorm te halen. Dit is een landelijk probleem. Ons uitgangspunt is dat we de landelijke lijn volgen.

# OPLEGNOTITIE BESLUITVORMEND

<b>Onderwerp</b>	<b>Inhoudelijke programmatekst Gezondheid begroting 2022</b>
<b>Voorstel ter behandeling in</b>	de vergadering van <b>Bestuurscommissie Gezondheid</b>
<b>Status</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Openbaar <input type="checkbox"/> Niet openbaar
<b>Portefeuillehouder</b>	J. Zoetendal
<b>Auteur</b>	M. de Graaf
<b>Bijlagen</b>	1. Concept programmaplan Gezondheid
<b>Vergaderdatum</b>	<b>11 februari 2021</b>
<b>Agendapunt</b>	<b>12</b>

## Conceptbesluit

1. De concepttekst voor het programma Gezondheid voor de begroting 2022 te onderschrijven en deze vast te stellen.

## Inleiding

In november 2018 is het Beleidsplan Gezondheid voor de periode 2019-2022 door het bestuur vastgesteld. De hoofdambitie daaruit: we gaan de komende vier jaren gezondheidswinst boeken. GGD Fryslân wil het aantal ongezonde levensjaren voor iedereen terugbrengen. Extra aandacht gaat daarbij uit naar de doelgroep met een lage sociaal economische status, omdat het aantal ongezonde levensjaren voor deze groep veel groter is.

Deze ambitie voor de komende beleidsperiode is uitgewerkt naar de vier pijlers in de programmabegroting 2022.

## Beoogd effect

Een gedragen invulling geven aan het programma Gezondheid voor de begroting 2022.

## Argumenten

- 1.1 *Het programma is opgesteld conform het bestuurlijk vastgestelde format.*

## Kanttekeningen/risico's

<b>Financiële consequenties</b>
---------------------------------

De financiën zullen conform de Kaderbrief 2022 - 2025 in de begroting worden uitgewerkt. De zienswijzeperiode voor de Kaderbrief sluit op 4 februari. Definitieve besluitvorming hieromtrent vindt plaats in het AB van 11 maart a.s.
---

<b>Vervolgaanpak/uitvoering</b>
---------------------------------

Na de bestuurscommissie wordt ambtelijk de begroting verder uitgewerkt. De totale begroting komt op 25 maart terug in het dagelijks bestuur, waarbij het programma Veiligheid haar inhoudelijke toetsing doet via bestuurscommissie Veiligheid. Op 26 maart wordt de begroting verzonden naar de gemeenten voor zienswijzen. Eind mei komen de zienswijzen retour, waarna het reguliere besluitvormingstraject plaats vindt dat eindigt in besluitvorming in het algemeen bestuur op 8 juli.
--

<b>Communicatie</b>
---------------------

Geen.
-------

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

PLATTE TEKST  
PROGRAMMABEGROTING 2022

---

# **Programmabegroting 2022**

## Veiligheidsregio Fryslân

# VOORWOORD

Hartelijke groet,

Het Dagelijks Bestuur

## **INHOUD → nog paginanummers en aansluiting bij de paragraaftitels**

### **1. Algemeen**

- 1.1. Meerjarenbeleidsplannen
- 1.2. Omgevingswet
- 1.3. Meerjarig financieel kader

### **2. Programmaplan Gezondheid**

- 2.1. Algemeen
- 2.2. Doel van het programma
- 2.3. De pijlers en speerpunten van GGD Fryslân
- 2.4. Resultaten in 2021
- 2.5. Investerings in 2021
- 2.6. Interview

### **3. Programmaplan Crisisbeheersing**

- 3.1. Doel van het programma
- 3.2. De speerpunten van Crisisbeheersing
- 3.3. Resultaten in 2021
- 3.4. Investerings in 2021
- 3.5. Interview

### **4. Programmaplan Brandweer**

- 4.1. Doel van het programma
- 4.2. De speerpunten van Brandweer
- 4.3. Resultaten in 2021
- 4.4. Investerings in 2021
- 4.5. Interview

### **5. Programmaplan Organisatie**

- 5.1. Doel van het programma
- 5.2. De speerpunten van Bedrijfsvoering
- 5.3. Resultaten in 2021
- 5.4. Investerings in 2021
- 5.5. Financiën en kengetallen Veiligheidsregio Fryslân
- 5.6. Interview

### **6. Algemene dekkingsmiddelen**

#### **7. Paragrafen**

- 7.1. Financiering
- 7.2. Weerstandsvermogen en risicobeheersing
- 7.3. Bedrijfsvoering
- 7.4. Onderhoud kapitaalgoederen

### **8. Financiële begroting**

- 8.1. Overzicht van baten en lasten
- 8.2. Financiële positie

Bijlage 1: Bijdrage per gemeente 2021-2024

Bijlage 2: Investeringskredieten 2021

# 1. ALGEMEEN

## 1.1.

## 1.2.

### 1.3. Meerjarig financieel kader

Het Algemeen Bestuur stelde op 11 maart 2020 het meerjarig financieel kader vast. In deze kaderbrief worden zowel de reguliere indexatie, de beleidsmatige ontwikkelingen als de overige autonome ontwikkelingen meegenomen.

#### **Beleidsmatige ontwikkelingen**

De beleidsmatige ontwikkelingen uit de kaderbrief zijn meegenomen bij het betreffende programma. Zo is toekomstbestendige bedrijfsvoering uitgewerkt bij programma organisatie. Zorg en veiligheid en kansrijke start zijn terug te vinden bij programma Gezondheid. Onder de risico's is een toelichting opgenomen betreffende forensische geneeskunde en vrijwilligheid. De opkomsttijden bij de brandweer zijn meegenomen bij de informatievoorziening in toekomstbestendige bedrijfsvoering.

#### **Autonome ontwikkelingen**

Conform artikel 5a van de financiële verordening zijn de budgetten voor materiele en loonkosten geïndexeerd:

- **Indexering materiële kosten**
- **Indexering loonkosten / ABP**
- **Cao-bijdrage zorgverzekering en vakbond**

Overige autonome ontwikkelingen

- 
- 

#### **Effecten op 2021**

Van de bovengenoemde punten hebben enkele (deels) ook effect op het jaar 2020. Deze effecten worden verwerkt in een eerste begrotingswijziging 2021 die separaat zal worden voorgelegd.



## 2. PROGRAMMAPLAN GEZONDHEID

### 2.1. Algemeen

In overeenstemming met het besluit van het Algemeen Bestuur over de 'Kaderbrief 2022-2025' is in het programma Gezondheid rekening gehouden met:

- Rijksvaccinatieprogramma
- Prenataal huisbezoek
- Ontwikkelingen Zorg & Veiligheid: Crisis beoordelingslocatie (CBL) en Rapid responder (RR) naar GGD
- Noord Nederlandse samenwerking van Forensisch deskundigen

Investeringsvoorstellen vanuit Gezondheid:

- Zoeken en vinden (contentintegratie)
- Slimmer werken door digitale transformatie

### 2.2. Doel van het programma

De hoofdambitie van het meerjarenbeleidsplan 2019-2022: we gaan de komende vier jaren gezondheidswinst boeken. GGD Fryslân wil het aantal ongezonde levensjaren voor iedereen terugbrengen. Extra aandacht gaat daarbij uit naar de doelgroep met een lage sociaaleconomische status, omdat het aantal ongezonde levensjaren voor deze groep veel groter is.

Onze missie is: Iedereen verdient een veilig en gezond leven. Wij dragen daaraan bij!

Om onze missie waar te maken, richten we ons in het programma Gezondheid op factoren die de gezondheid en vitaliteit van mensen beïnvloeden. Denk aan de sociaaleconomische situatie van mensen of culturele, fysieke en sociale factoren in de omgeving van mensen. Maar ook het gedrag en de vaardigheden van mensen zelf, hebben invloed op hun eigen gezondheid (positieve gezondheid, Huber 2011).

We dragen als netwerkorganisatie samen met onze partners bij aan bovenstaande hoofdambitie zoals vastgesteld in het meerjarenbeleidsplan. Om onze hoofdambitie te ondersteunen, zijn daarin ook de volgende ondersteunende ambities geformuleerd voor 2019-2022:

- Gezondheid krijgt in alle omgevingsvisies een prominente plek.
- De kinderopvang in Friesland voldoet aan de gestelde normen voor kwaliteit en veiligheid. Het aantal zogenaamde 'groene' profielen (dat wil zeggen door de inspectie als voldoende beoordeeld) is toegenomen met 10%.
- De huidige vaccinatiegraad (95% voor RVP en 52% voor HVP) blijft op peil.
- We dragen bij aan de vermindering van de druk op de specialistische hulp en zorg.
- We voorkomen antibioticaresistentie en bestrijden het als het zich aandient.
- Er valt niemand tussen wal en schip!

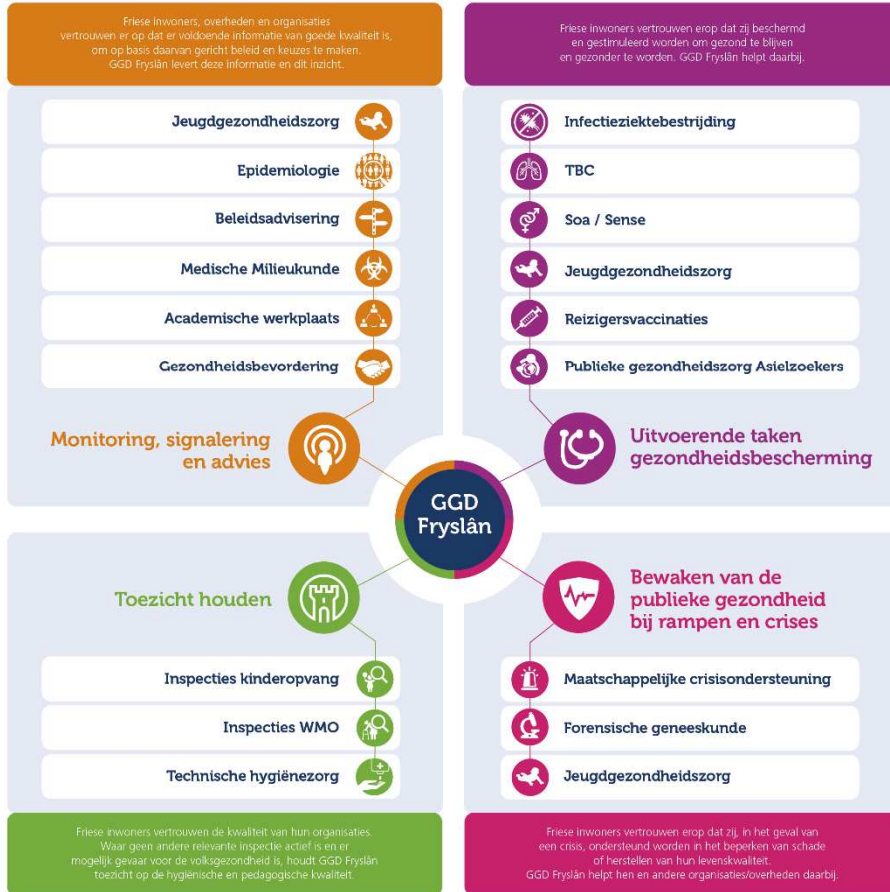
### 2.3. De pijlers en speerpunten van GGD Fryslân

In de begroting zijn de vier pijlers van GGD Fryslân terug te vinden.



# De taken van GGD Fryslân

Iedereen verdient een gezond en veilig leven; wij dragen daaraan bij!



## 2.4. Resultaten in 2022

Het Algemeen Bestuur nam een besluit over een nieuw format voor de programmabegroting (begroting 2.0). Naar aanleiding hiervan heeft de Bestuurscommissie Gezondheid op 15 november 2018 indicatoren per jaar vastgesteld die horen bij het meerjarenbeleidsplan 2019-2022. Om de relatie tussen de pijlers en de thema's van het meerjarenbeleidsplan te verduidelijken, staat per indicator ook het thema benoemd.

De indicatoren voor 2022 vindt u hieronder.

Indicator	Bron	Onderwerp	Thema
Pijler 1 - Monitoren, signaleren, advies			
Percentage kinderen met overgewicht in groep 7	Registratie JGZ		Leefstijl en vitaliteit

Pijler 2 - Uitvoerende taken gezondheidsbescherming			
Aantal gemeenten waarbij de GGD (een deel van) de uitvoering van de GIDS aanpak op zich neemt	Interne informatie teams b&a	Gids aanpak	Lokale leefwereld
Aantal gemeenten waarbij de GGD (een deel van) de uitvoering van ouderengezondheidszorg op zich neemt	Interne informatie teams b&a	Ouderengezondheidszorg	Lokale leefwereld
Vaccinatiegraad	RIVM	Infectieziekten	Gezonde leefomgeving
Pijler 3 - Bewaken van de publieke gezondheid bij rampen en crises			
Aantal opschalingen naar GRO.P.	Interne registratie GRO.P functionaris	GRO.P	Zorg en veiligheid
Aantal PSH-processen.	Interne registratie coördinator PSH	GRO.P	Zorg en veiligheid
Aantal suicides.	CBS	Suicides	Zorg en veiligheid
Pijler 4 - Toezicht houden			
Percentage groene profielen kinderopvang	Interne registratie THZ		Gezonde leefomgeving