Gelderland-Zuid

Agenda

vergadering	Algemeen Bestuur
datum	13 december 2018
begin en eindtijd	**14.00 – 16.00 uur**
locatie	GGD, vestiging Tiel, Kersenboogerd 2 4003 BW Tiel (Parkeren svp bij Hotel Van der Valk)
Aan	Leden Algemeen GGD Gelderland-Zuid
Van	Moniek Pieters
afdeling	Directie
doorkiesnummer	(088) 144 71 02
e-mail	mpieters@ggdgelderlandzuid.nl
ons kenmerk	GGD/DIR/2018/1865/MP/JvW

1.	Opening en vaststelling agenda	Mondeling
2.	Verslag vergadering 4 oktober 2018	Bijgevoegd
3.	Mededelingen	Bijgevoegd
4.	Samenstelling DB vanaf 1 januari 2019	Bijgevoegd
5.	Veilig Thuis	
	5.1 Ontwikkeling van aantal meldingen, werkvoorraden en doorlooptijden	Bijgevoegd
	5.2 Begrotingswijziging 2018	Bijgevoegd
	5.3 Gezamenlijk optrekken van besturen Veilig Thuis richting VWS	Bijgevoegd
6.	Benchmark GGD	Bijgevoegd
7.	Meerjarenstrategie 2020 – 2023	Bijgevoegd
8.	Tarief kinderopvang	Bijgevoegd
9.	Voortgang ontwikkelingen JGZ	Bijgevoegd
10.	Rondvraag	Mondeling
11.	Sluiting	

Centraal postadres
Postbus 1120
6501 BC Nijmegen
www.ggdgelderlandzuid.nl
info@ggdgelderlandzuid.nl

Hoofdvestigingen
GGD Gelderland-Zuid

Regio Nijmegen (Nijmegen)
Rivierenland (Tiel)

Bezoekadres
Regio Nijmegen
Groenewoudseweg 275
6524 TV Nijmegen

T: (024) 329 72 97
F: (024) 322 69 80

Gelderland-Zuid

Verslag - concept

Bespreking	**Algemeen Bestuur GGD Gelderland-Zuid**
Datum / Tijd bespreking	Donderdag 4 oktober 2018 van 10.00 – 12.00 uur
Locatie	GGD Gelderland-Zuid, locatie Tiel
Aanwezig	Dhr. P. van Teffelen (Beuningen), dhr. D. Russchen (Buren), dhr. S. Buwalda (Culemborg), S. van Elk (Druten), dhr. N. Wiendels (Geldermalsen), mw. I. v.d. Scheur (Berg en Dal), dhr. F. Eetgerink (Heumen), , mw. A. Sörensen (Maasdriel), mw. H. van Dijkhuizen (Neder-Betuwe), mw. G. Visser (Nijmegen), dhr. B. van Swam (West Maas en Waal), dhr. T. Burgers (Wijchen), dhr. A. Bragt (Zaltbommel), mw. C. Kreuk (Tiel), , mw. M. Pieters, dhr. J. van Wijngaarden, dhr J. van de Lisdonk, mw W. Helmich.
Afwezig	Met kennisgeving: dhr. H. de Vries (Neerijnen), dhr. G. Bel (Lingewaal), mw. S. Doorenbos (Mook en Middelaar).
Kopie aan	OR
Van	Mw. J. Slagter-van der Voort
Afdeling	Directie
Doorkiesnummer	(088) 144 71 02
E-mail	JSlagter@ggdgelderlandzuid.nl
Ons kenmerk	GGD/DIR/18/2093/JS
Datum	25 oktober 2018

	Onderwerp / Besluit
1.	**Opening en vaststellen agenda** Mw. Visser opent de vergadering en heet allen welkom. Dhr. Burgers geeft aan dat hij iets eerder weg moet. Dhr. De Vries is met kennisgeving afwezig, evenals dhr. G. Bel en mw. Doorenbos. Speciaal welkom voor dhr. Buwalda en mw. Kreuk die voor het eerst bij het AB in deze samenstelling aanwezig zijn. Mw. Visser blikt kort terug op de vorige vergadering. Er waren veel agendapunten en een AB in een nieuwe samenstelling. Er bleek grote betrokkenheid vanuit de Raden, waardoor er een uitdagende klus te klaren was. Mw. Visser waardeert de betrokkenheid vanuit de Raden en hoopt dat de vergaderingen begripvol en soepel zullen verlopen, zodat iedereen zijn/haar gemeente goed kan bedienen. Mw. Visser geeft aan dat zij een punt wil bespreken m.b.t. de begrotingswijziging Veilig Thuis. Met inbegrip van dit punt wordt de agenda vastgesteld.
2.	**Verslag vergadering 28 juni 2018** *Naar aanleiding van:* Pag. 2, besluit tijdelijk DB tot 1 januari 2019. Mw. Pieters geeft aan dat dit betekent dat dit punt terug komt op de agenda van het AB op 13 december 2018. Het verslag wordt met dank aan de notuliste ongewijzigd vastgesteld.
3.	**Mededelingen** *Naar aanleiding van:* Punt 2. Samen leren voor Gezond Gewicht Rivierenland Mw. Van der Scheur vraagt of de plannen rondom gezond gewicht Rivierenland gedeeld kunnen worden met de regiogemeenten. Dit geldt ook voor de rookvrije generatie. Mw. Pieters stelt voor om het ambtelijk te delen en de resultaten in de vorm van een voortgangsrapportage terug te laten komen in het AB. Mw. Van der Scheur geeft aan dat ze de bijgevoegde factsheet over gezonde schoolkantines erg goed vindt en vraagt of er ook zoiets is van gezonde scholen? Dhr. Van Wijngaarden bevestigt dit en stuurt het door. Punt 3. Meldpunt niet-acute zorg voor personen met verward gedrag.

CONCEPT

	Dhr. Russchen vraagt of het meldpunt meer gebruikt wordt? Mw. Pieters geeft aan dat er meer meldingen zijn. Ook vanuit de crisisdienst worden er meer meldingen terug gezet omdat het geen acute zorg betreft. Dit is een goede zaak. Omdat het bekender wordt onder de professionals komen er ook meer meldingen. Het gaat nu om 4/5 per week. Dhr. Bragt merkt op dat er ook een advies ligt voor een landelijk meldpunt. Hoe verhoudt zich dit tot het regionale meldpunt? Mw. Pieters: er komt een landelijk nummer dat wordt doorgeschakeld. Dit wordt via landelijke communicatie onder de aandacht gebracht. Punt 6. Publicatie benchmark. Afgesproken wordt dat het benchmarkrapport wordt besproken in de AB-vergadering van 13 december. <u>Aanvullende mededelingen:</u> Mw. Pieters heeft een mail gestuurd over de meningokokken vaccinaties. Hiervoor is een callcenter geopend. Er is veel vraag voor extra vaccinaties. De voorlichting is ook uitgebreid m.b.t. de risico's. Er wordt flink gebruik gemaakt van de spreekuren. Op 20 december is er van 12.00 – 14.00 uur een gezamenlijk overleg gepland met de burgemeesters en wethouders. Er staan vier punten op de agenda: • Op welke wijze worden zorg en veiligheid in de regio bij elkaar gebracht. Hiervoor komt een notitie ter besluitvorming. • Hoe gaan we om met het voorkomen van structurele onveiligheid. • De stand van zaken van het project 'sluitende aanpak voor burgers met een psychische kwetsbaarheid' • De wet verplichte GGZ. Dit wordt ambtelijk voorbereid. Het AB is geïnformeerd over een interview dat dhr. Bert Frings zou geven over personen met verward gedrag. De Gelderlander heeft de afspraak ingetrokken, omdat ze het nu te laat vinden. Op het moment dat we hier breed over gaan communiceren komt dit terug. Dhr. van Elk vindt dit jammer, vooral vanuit gemeenten Druten en Wijchen. De bericht-geving m.b.t. deze gemeenten klopte namelijk niet.
4.	**Financieel** *4.1 Marap t/m juni* Dhr. Burgers merkt op dat hij ziet dat er tekorten ontstaan. Technisch kan de gemeente Wijchen zich vinden in de opvang van deze tekorten. Hij wil graag een herziene versie waarin duidelijk zichtbaar is waar de tekorten precies zitten. Nu is het onvoldoende transparant. Dhr. Van Teffelen heeft behoefte deze informatie te delen met de Raad en commissies. Hij zou graag op het voorblad een duidelijkere toelichting willen. De gemeenten Geldermalsen, Neerijnen en Lingewaal sluiten zich hierbij aan. De gemeente Beuningen kan instemmen met punt 1 en 3. Voor de punten 2 en 4 vraagt dhr. Van Teffelen een nadere uitleg. Dhr. van Elk deelt mee dat de gemeente Druten zich hierbij aan sluit. Hij wil wel zijn complimenten uitspreken over de gevonden oplossingen. Mw. Van der Scheur vraagt zich af of de financiële verordening nog aangepast moet worden als je de afschrijvingssystematiek gaat veranderen? Dhr. Van Swam is wel akkoord met alle punten, met aanvulling dat het een eenmalige dekking is en dat er structurele oplossingen gezocht moeten worden. Dhr. Russchen sluit zich hierbij aan. Mw. Sörensen sluit zich aan bij de gemeenten Geldermalsen, Neerijnen en Lingewaal. Zij vraagt zich af of deze werkwijze is afgestemd met de accountant? Mw. Pieters geeft aan dat dit aan de voorkant is afgestemd met en getoetst door de accountant. Mw. Visser verzoekt dit op te nemen in het voorblad. Dhr. Bragt vraagt of het een eenmalig effect is of structureel? De Marap verschaft een goed inzicht. Er zijn ook posten die opvallend overschreden worden. Hij zou graag zien dat juist deze punten uitgelicht worden en worden voorzien van een uitgebreidere toelichting. Ook graag de risico's benoemen. Dhr. Buwalda noemt de inspectie kinderopvang. Hier moeten we inhoudelijk ook iets van vinden en eventueel op kunnen sturen. Kunnen we dit binnen de begroting opvangen? Hij

CONCEPT

mist dit in de Marap.
Mw. Kreuk geeft aan dat ook zij transparantie erg fijn vindt. Zij kan instemmen met de voorliggende stukken.

Mw. Pieters: de voorliggende stukken zijn in zijn algemeenheid best ingewikkeld. Naar aanleiding van de ambtelijke opmerkingen is de Marap nog aangepast op leesbaarheid. Ze geeft aan dat we gaan proberen het geheel nog transparanter te maken.
De risico's zijn de begrotingswijziging VT en het traject JGZ.

In het AB van december wordt kinderopvang een agendapunt.

Dhr. Van Lisdonk geeft aan dat de financiële verordening aangepast moet worden, omdat de BBV op een aantal punten is aangepast. Hier komen we zo spoedig mogelijk op terug. Overeenstemming met de accountant heeft plaatsgevonden. Er komt nog een voorstel voor de benaming voor de stelselwijziging, maar dit maakt inhoudelijk niet uit. In deze omvang is stelselwijziging een eenmalige oplossing om zoveel mogelijk af te schrijven. Dit moet nog in de begroting worden verwerkt.
Er is een breder ambtelijk overleg opgestart m.b.t. de financiën, daar worden ook de risico's besproken.
Dhr. van Elk vraagt of er al doorgerekend is wat de stelselwijziging betekent voor de investering voor de nieuwbouw? Dit is nog niet gebeurd. Dit gebeurt pas in het jaar waarin de bouw plaats gaat vinden.
Dhr. Bragt vraagt hoe we omgaan met besluitvorming over de stelselwijziging? Dit zal formeel nog een keer bekrachtigd moeten worden.
Dhr. van Lisdonk: in de verordening staat de datum van het begin van de afschrijving. De financiële verordening wordt aangepast.
Mw. Pieters stelt voor dat de GGD op punt 4 nog een adequate toelichting maakt op genoemde punten die na goedkeuring DB wordt doorgestuurd naar het AB en de gemeenteraden.

Het AB besluit:
1. **Kennis te nemen van de managementrapportage tot en met juni 2018.**
2. **In te stemmen met de voorstellen 1 en 2 van het Dagelijks Bestuur ter dekking van het verwachte resultaat 2018, te weten: 1) de post onvoorzien vrij te laten vallen en 2) een stelselwijziging door te voeren t.a.v. het afschrijvingsbeleid, met de toezegging dat er een nog een aanvullende uitgebreide toelichting komt vanuit de GGD.**
3. **De managementrapportage tot en met juni 2018 vast te stellen.**
4. **In te stemmen dat de managementrapportage tot en met juni met aanvullende toelichting, ter kennisname naar de gemeenten wordt gestuurd na goedkeuring van het DB.**

4.2 Inventarisatie overheadkosten VT en GGD en voorzet voor plan van aanpak om deze terug te dringen

Mw. Sörensen merkt op dat er in het plan van aanpak wordt gesproken over het herinrichten van de organisatie. Zij is verrast dat daarvoor weer een bureau is ingeschakeld en vraagt toelichting hierop.
Dhr. Russchen is blij met de informatie die voorligt, maar vindt het wel lang duren voordat dingen duidelijk worden. Hij had gehoopt dat er inmiddels ook een plan van aanpak zou liggen en zou graag zien dat het proces wat sneller loopt.
Dhr. Burgers is positief over de voorliggende informatie en de voorzet voor het plan van aanpak.
Mw. Van Dijkhuizen wil nog als aandachtspunt meegeven dat de plannen niet ten koste van de kwaliteit van zorg moeten gaan.

Mw. Pieters licht toe dat de wijziging organisatie-inrichting niet specifiek over VT gaat, maar GGD breed wordt ingezet. In 2013 is er een fusie geweest. In de afgelopen jaren is de organisatie 'ontdubbeld' op veel functies, waaronder management. Nu is er op het pad van de zorg inhoudelijk een slag gemaakt. Ondersteuning naar de gemeenten wordt integraal opgepakt; d.w.z. vanuit meerdere afdelingen gezamenlijk. Op inhoud is er een kanteling gemaakt. Vraag is of de organisatie-inrichting zoals die er nu is, hier nog bij past? Eind dit jaar moet er een voorstel liggen voor de inrichting van de gehele GGD, waarvan VT een

CONCEPT

	onderdeel is. Hiervoor is een bureau ingeschakeld voor de begeleiding. Met een kerngroep van 35 personen wordt hier aan gewerkt (ontwerpatelier). Heeft iemand interesse, dan is men van harte uitgenodigd om te komen kijken in het ontwerpatelier. We kunnen dit ook meenemen in het inwerkprogramma. **Het AB besluit:** **1. Kennis te nemen van de analyse van de overhead.** **2. Kennis te nemen van de voorzet voor een plan van aanpak om de overhead te optimaliseren.** **3. Kennis te nemen van de opdracht die het DB 13 september jl. heeft gegeven om, n.a.v. bijgaande analyse en voorzet voor een plan van aanpak, acties in te zetten om bedrijfsprocessen en overhead te optimaliseren en om deze acties te monitoren en het DB op 14 maart 2019 hierover te rapporteren.** **4. In te stemmen dat het DB het AB informeert in de vergadering van 4 april 2019 over de stand van zaken m.b.t. de ingezette acties om de bedrijfsprocessen en overhead te optimaliseren.** *4.3 Voorstel gemeente Nijmegen m.b.t. dekking begrotingswijziging VT 2018* Mw. Visser stelt vanuit de gemeente Nijmegen voor het tekort van € 375.000,- op de begroting VT 2018 eenmalig te bekostigen uit de gelden die binnen de gemeente Nijmegen over zijn uit de bestemmingsreserve vrouwenopvang. Als dit voor het AB akkoord is wordt er voor 2018 geen extra bedrag voor VT meer gevraagd aan de overige gemeenten. Mw. Pieters merkt op dat als dit aanbod wordt aangenomen, er nog wel de vraag voor een structureel tekort van € 230.000,- voor 2019 ligt. Dit ligt nu bij de Raden voor zienswijze. De vergadering wordt kort geschorst om te overleggen hoe dit procedureel op te lossen. De gemeenteraad Nijmegen moet hier nog een besluit over nemen. Als bovenstaand voorstel daar geaccordeerd wordt komt er een voorstel naar de overige gemeenten voor 2018. Als dit niet lukt, dan moet dit onderwerp opnieuw op de agenda van het AB worden opgenomen. Dhr. Buwalda vindt het een mooi voorstel maar vraagt zich af hoe kan het dat er zoveel geld overblijft? Mw. Visser deelt mee dat er na deze mutatie nog voldoende geld beschikbaar is voor de vrouwenopvang. Zij zal dit vanuit de gemeente Nijmegen nog laten toelichten in het voorstel naar de gemeenten. Dhr. Van Swam: in principe ligt de begrotingswijziging voor 2018 en 2019 voor bij de raden voor zienswijze. Als de raden akkoord zijn, dan gaat het om structurele wijzigingen voor 2018 en 2019. Recentelijk is door het AB besloten de begrotingswijziging voor 2018 en 2019 niet te accorderen. Nu ligt er een apart voorstel zoals door het AB gevraagd. Het voorstel van Nijmegen voor 2018 is mooi, maar zegt niets over 2019 en staat hier los van. Dhr. Van Wijngaarden: procedureel heeft het DB een voorstel voor begrotingswijziging gestuurd aan de Raden. De Raden geven zienswijzen en in het AB van december vindt besluitvorming plaats. Het voorstel vanuit de gemeente Nijmegen om het tekort van 2018 op te lossen heeft op dit moment geen invloed op het 'zienswijze-proces', dat nu plaatsvindt. Mw. Sörensen merkt op dat dit nog geen voorstel is, maar dat de voorzitter wil proeven hoe de andere wethouders er in staan als de voorzitter een voorstel aan de gemeenteraad Nijmegen doet om het bedrag van 375.000,- in te zetten voor de tekorten op de begroting van 2018 VT met daaraan toegevoegd dat dit geen nadelige gevolgen mag geven voor de vrouwenopvang. Dit kan in deze vergadering geen voorstel met besluit zijn. Mw. Visser bevestigt dit en neemt het zo mee terug naar de gemeenteraad Nijmegen.
5.	**Voorstel n.a.v. bespreking aanbevelingen Rapport Gezamenlijke Rekenkamers 'Grip houden op Veilig Thuis'** Het voorstel is in alle gemeenten besproken. Afgesproken wordt om de voorstellen per punt te behandelen. *Het DB is voornemens om extra deskundigheid toe te voegen aan het DB. Het DB schrijft momenteel aan een profiel voor het werven van een extern DB-lid met expertise op bedrijfsvoering.* Het AB is akkoord met de toevoeging dat er onbezoldigd geworven wordt, dat de expertise

CONCEPT

uitgebreid wordt naar bedrijfsvoering/financieel en dat de positie van dit lid nog nader wordt toegelicht in het profiel. Als onbezoldigd werven niet lukt, dan komt het voorstel terug naar het AB.

Het DB onderschrijft de aanbeveling de raden eerder in het proces van het beleidsplan/meerjarenraming te betrekken en zal ook aan de voorkant van het ontwikkelproces van de meerjarenstrategie 2020-2023 gemeenteraden ruimte geven voor hun inhoudelijke inbreng.
Het AB gaat hiermee akkoord.

Het DB stelt voor om in het najaar van het jaar voorafgaande aan het jaar waarin de begroting wordt opgesteld een algemene kaderbrief/kadernota op te stellen en toe te sturen aan de gemeenten, om op deze manier de hoofdlijnen van beleid en de majeure beleidsvoornemens c.q. beleidswijzigingen van de GGD te presenteren aan gemeenten.
Dhr. Russchen gaat er van uit dat als er majeure financiële ontwikkelingen zijn, deze opgenomen worden in de kadernota. Aan de tekst dan 'inclusief financieel kader' toevoegen.
Mw. Van der Scheur merkt op dat de gemeente Berg en Dal een kadernota niet nodig vindt.
Dhr. Bragt: doel is betrokkenheid van de gemeenten bij de GGD. Dan goed nadenken over de status van een kadernota.
Het AB gaat akkoord met het opstellen en toesturen van een kadernota op hoofdlijnen, waarbij op hoofdlijnen de financiële consequenties worden toegevoegd.

Omdat de DB-vergadering een besloten vergadering is, waar in alle vrijheid over onderwerpen gesproken kan worden, o.a. ter voorbereiding van de vergaderingen van het AB, zal vooralsnog de besluitenlijst die gemaakt wordt n.a.v. de DB-vergadering niet openbaar zijn. Over een jaar zal door het DB bekeken en besloten worden of de besluitenlijst eventueel een openbaar stuk kan worden. Wel zal de agenda van het voorbereidende DB – ter kennisname – toegestuurd worden naar het AB op het moment dat de DB-stukken verstuurd worden naar de DB-leden.
Mw. Van Dijkhuizen heeft er moeite mee dat de besluiten niet worden vrijgegeven. Dit staat ook anders in de GR.
Mw. Visser: de agenda wordt wel gepubliceerd. In het DB is besloten over een jaar te evalueren en dan alsnog te beslissen.
Dhr. Buwalda adviseert om dan goed aan te geven waarop er geëvalueerd wordt.

Het concept-verslag van het AB zal z.s.m. verstuurd worden naar de leden van het DB en, na akkoord DB, vervolgens naar de leden van het AB.
De leden van het AB kunnen, indien gewenst, het verslag doorzenden naar de raden; dit is een verantwoordelijkheid van de bestuurders/wethouders, niet van de GGD.
Het AB gaat hiermee akkoord en verzoekt wel duidelijk aan te geven dat het een concept verslag is.

Het DB legt aan het AB voor om een klankbordgroep van gemeenteraadsleden samen te stellen voor inhoudelijke ontwikkelingen binnen de GGD, waarvoor alle gemeenten – waarvoor GGD Gelderland-Zuid werkt – gevraagd zullen worden 1 à 2 gemeenteraadsleden hierin af te vaardigen. Deze klankbordgroep zal een paar keer per jaar bij elkaar komen. Op deze manier kunnen inhoudelijk betrokken raadsleden deelnemen op persoonlijke titel (geen vertegenwoordiging of afvaardiging), geïnformeerd worden over ontwikkelingen en meedenken met koers, richting en beleid van de GGD. De leden van het AB zullen voorafgaand aan een bijeenkomst worden geïnformeerd over de agenda.
Het AB is van mening dat er geen behoefte is aan een klankbordgroep. Het voorstel van de GGD wordt aan de Raden voorgelegd en besproken. Op basis van de reacties kan er dan alsnog een besluit genomen worden.

Ook op het terrein van de publieke gezondheid is, door de vereniging GGD GHOR Nederland, een code voor good governance opgesteld. Hierin nemen de DPG'en de verantwoordelijkheid voor transparantie over wat door hen gezien wordt als de gangbare standaarden voor goed bestuur in de publieke gezondheid en veiligheid. Per regio wordt de governance code met het bestuur geduid.
Mw. Visser deelt mee dat er een aparte afspraak voor het DB is gemaakt om de governance te bespreken.
Dhr. Russchen adviseert om het functioneren van DB en AB en hoe uitvoering wordt gegeven aan periodieke reflectie op te nemen in de governance. Mw. Pieters voegt dit toe.

CONCEPT

	Dhr. Bragt stelt voor om in het kader van de governance de werving van een extern DB-lid zo spoedig mogelijk te starten. Mw. Visser geeft aan dat het profiel wordt opgesteld en dat de werving zo spoedig mogelijk wordt gestart. **Het AB besluit:** **In te stemmen met de reactie van het DB op de aanbevelingen van het Rekenkamerrapport 'Grip krijgen op Veilig Thuis' met bovengenoemde opmerkingen. De punten worden uitgewerkt in een memo aan het AB die zij vervolgens kunnen voorleggen aan de Raden.**
6.	**Procesvoorstel ontwikkeling Meerjarenstrategie 2020-2023** Dhr. Russchen wil graag dat de Raden meer aan de voorkant worden betrokken bij dit onderwerp. Mw. Sörensen ondersteunt dit. Mw. Pieters geeft aan dat de GGD dit traject interactief wil inzetten vanaf 2019. Hiervoor doet de GGD het voorwerk. Dit jaar wordt het voorstel nog geagendeerd in het DB en AB en dat is de basis om met elkaar in gesprek te gaan. Daarna gaat het naar de Raden en worden er gesprektafels georganiseerd om input te krijgen vanuit de Raden. Dhr. Bragt geeft aan dat we dan niet eerst de notitie in het AB moeten vaststellen. Punt 3 wordt aangepast in 'Deze door het AB besproken notitie' in plaats van vastgestelde notitie. Aan de notitie zullen eventueel ook scenario's en discussiepunten worden toegevoegd. Als er behoefte is aan een presentatie in de Raden, dan kan dit altijd geregeld worden. **Het AB besluit:** **In te stemmen met het procesvoorstel ten behoeve van de ontwikkeling van de 'Meerjarenstrategie 2020-2023' met aanvulling van bovengenoemde punten.**
7.	**Voortgang ontwikkelingen JGZ in 2018** De voortgang ontwikkelingen JGZ in 2018 wordt voor kennisgeving aangenomen. Opgemerkt wordt dat ziekteverzuim een zorgpunt is.
8.	**Voorstel aanpassing mandaat Toezicht Wmo** Mw. Sörensen merkt op dat eerder in het AB is afgesproken om signaal-gestuurd toezicht toe te passen. Het voorliggende rapport heeft niet overtuigd dat er iets moet veranderen. In het voorstel staat dat er geen extra kosten worden gemaakt, maar er is tegelijkertijd een winstwaarschuwing. Zij pleit ervoor om het bij signaal-gestuurd toezicht te houden. De meerderheid sluit zich hierbij aan. Meer financieel inzicht is gewenst. Mevr. Pieters: we zijn begonnen met risico-gestuurd en daarna op verzoek van het AB over gegaan naar signaal-gestuurd. In onze regio is een grote casuïstiek geweest, waarbij kwetsbare groepen in het gedrang komen. De inspectie beveelt aan de kwaliteit van het Wmo-toezicht te verbeteren en om het mandaat van het Wmo-toezicht uit te breiden met risicogestuurd (pro-actief) toezicht. **Het AB besluit:** **1. Niet in te stemmen met uitbreiding van het mandaat met PGB-onderzoeken binnen de basisfinanciering. Een aantal gemeenten is onvoldoende overtuigd. Het rapport inspectie geeft geen aanleiding tot verandering. Er is onvoldoende juridische en financiële onderbouwing.** **2. Niet in te stemmen met het voorstel om alle benodigde follow-up onderzoeken uit te voeren binnen de basisfinanciering.** **3. Om punt 1 en 2 beter onderbouwd terug te laten komen in de volgende vergadering.** **4. Niet akkoord te gaan met het ontwikkelen van een voorstel voor uitbreiding van het mandaat met risicogestuurd (pro-actief) toezicht.**
	Voorstel inwerkprogramma leden DB/AB Het AB besluit in te stemmen met het inwerkprogramma voor leden DB en AB met de toevoeging dit programma ook open te stellen voor de raadsleden. Vanuit de GGD wordt actie ondernomen om het programma op korte termijn in te vullen.
10.	**Rondvraag**

CONCEPT

	10.1 Mw. Van Dijkhuizen bedankt de GGD voor de prettige samenwerking in het kader van het uitbrengen van een persbericht over suïcidepreventie. 10.2 Dhr. Van Elk vraagt of het mogelijk is op een andere locatie te vergaderen in verband met parkeerproblemen. Mw. Pieters geeft aan dat men bij Van der Valk kan parkeren en dat er bij de receptie van de GGD parkeerkaarten verkrijgbaar zijn. 10.3 Dhr. Van Teffelen geeft aan dat de gemeente Beuningen gebruik gaat maken van het aanbod van de GGD om toelichting te komen geven op vragen vanuit de Raden tijdens een extra informatie-avond. Hij bedankt, ook namens de raadsleden, dhr. Van Wijngaarden voor de aanwezigheid van de GGD en de uitgebreide toelichting tijdens de voorbereidende bijeenkomst.
11.	**Sluiting** Mw. Visser sluit onder dankzegging om 12.00 uur de vergadering.

CONCEPT

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering	13 december 2018
Agendapunt	3
Onderwerp	Mededelingen

---

1. Werving extern DB-lid
In de reactie van het Algemeen Bestuur op de aanbevelingen van het Rekenkamerrapport 'Grip houden op Veilig Thuis' (dd. 8 nov. 2018) heeft het AB aangegeven dat zij voornemens is om externe deskundigheid op het terrein van bedrijfsvoering/financiën toe te voegen aan het Dagelijks Bestuur. In de DB-vergadering van 21 november jl. is het profiel vastgesteld. Zodra de wervingstekst gereed is, ontvangt het AB deze wervingstekst met de vraag om deze breed uit te zetten in het netwerk.

2. Kamerbrief Toekomst forensische geneeskunde
Bijgevoegd is de brief die de betrokken ministers eind september jl. aan de Tweede Kamer hebben gestuurd inzake de toekomst van de forensische geneeskunde in Nederland.
In de brief wordt het beleidsstandpunt gegeven over onder andere de onderzoeken van Commissie Hoes naar forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg en de Taskforce onder leiding van mevrouw Adema ('lijkschouw en sectie nader beschouwd').
De ministers geven aan dat het noodzakelijk is dat de organisatie van de forensische geneeskunde en de werking van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie worden verbeterd. Zij nemen onder andere de volgende maatregelen:

- De lijkschouw en het forensisch medisch onderzoek (FMO) worden met oog voor lokaal maatwerk zoveel mogelijk samengebracht onder regie van GGD GHOR Nederland.
- Voor de opleiding tot forensisch arts komt er een apart profiel binnen de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid. Vooruitlopend hierop gaat er een tijdelijke opleiding van start om met extra financiering 30 forensisch artsen op te leiden.
- De medische arrestantenzorg moet worden gecontracteerd via een lichte vorm van aanbesteden.

GGD Gelderland-Zuid verwacht op basis hiervan dat de huidige diensten ten aanzien van lijkschouw en FMO kunnen worden gecontinueerd. Voor zover mogelijk en nodig zal daarbij de samenwerking worden gezocht met de andere GGD'en in Oost-Nederland. Ten aanzien van de beschikbaarheid en tijdige inzet van forensisch medisch onderzoek bij kinderen worden reeds stappen gezet om de forensisch medische expertise voor kinderen (FMEK) onder coördinatie van GGD Twente binnen Oost-Nederland te borgen. Ook ten aanzien van de opleiding tot forensisch arts wordt met de 5 GGD'en in Oost-Nederland samengewerkt.

GGD Gelderland-Zuid voert geen medische arrestantenzorg uit; in onze regio wordt dat gedaan door andere organisaties. De andere GGD'en in regio Oost voeren wel medisch arrestantenzorg uit. De politie zal een lichte aanbesteding doen op het niveau van regio Oost. Dit kan betekenen dat GGD Gelderland-Zuid als onderdeel van regio Oost mee zal doen in de aanbesteding. Mocht dit het geval zijn, dan zal nader worden onderzocht of de GGD deze taak zelf of door anderen laat uitvoeren.

3. Toezicht Kinderopvang

3a. Ontwikkelingen Wet Innovatie Kwaliteit Kinderopvang (IKK)

- De nieuwe wet Kinderopvang (Wet IKK) is sinds 1 januari 2018 van kracht. In deze wet worden veel nieuwe eisen omschreven waaraan de houders in de kinderopvang dienen te voldoen. Daarnaast zijn er ook diverse wijzigingen doorgevoerd in het Besluit basisvoorwaarden kwaliteit voorschoolse educatie en is er een Personen Register Kinderopvang ingevoerd.
- Het zwaartepunt in het toezicht op de kwaliteitseisen is verschoven van het beoordelen van de randvoorwaarden (het wat en waarmee) naar het beoordelen van de praktijk, op basis van het beleid van de houder (het hoe en waarom). Het achterliggende principe voor het

toezicht is dat de kwaliteit die de houder zegt te bieden, in de praktijk zichtbaar moet zijn. De toezichthouder gaat hierover, meer dan voorheen, de dialoog aan met de houder.
- In het RAO-Kinderopvang (overleg van GGD en ambtenaren kinderopvang) is naar aanleiding van de nieuwe wet gezamenlijk een nieuw handhavingsbeleid opgesteld, wat per gemeente (al dan niet enigszins aangepast per gemeente), wordt vastgesteld. Ook is de aanwijzing van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG) door de gemeenten en de mandatering van de toezichthouders door de DPG, opnieuw geregeld.

Implicaties voor het toezicht
- Het is voor alle partijen in de kinderopvang regelmatig zoeken hoe de nieuwe wetteksten uitgelegd dienen te worden. Houders zijn niet altijd klaar voor het voldoen aan de nieuwe eisen en ook voor toezichthouders en gemeente ambtenaren betekent dit veel uitzoeken, navragen en overleggen met GGD GHOR Nederland en de VNG omtrent de toepassing van de wet. Dit leidt uiteraard ook tot meer overtredingen, handhavingen en Nadere Onderzoeken. Ook het meer aangaan van de dialoog met de houder kost extra tijd.
- Voorts komen er, meer dan in voorgaande jaren, diverse signalen en klachten binnen, waarover veel uitgezocht en onderzocht dient te worden.
- Door bovenstaande factoren halen landelijk waarschijnlijk diverse GGD'en het niet om in 2018 de wettelijk verplichte inspecties uit te voeren. Voor Gelderland-Zuid geldt dat de GGD verwacht dat deze wettelijk verplichte inspecties wel allemaal uit kunnen worden gevoerd (zie ook bijgevoegde brief hierover in antwoord op vragen van de inspectie).

Extra storting in het gemeentefonds
- De VNG en GGD GHOR Nederland hebben een berekening gemaakt van de tekorten van gemeenten wat betreft de kosten voor toezicht en handhaving. Deze berekening is onder andere gebaseerd op de landelijk geadviseerde tarieven: een uurtarief van €101,22 en de urenverdeling over de risicoprofielen.
- Op basis van deze berekening is nu vastgesteld dat er structureel 10 miljoen extra in het gemeentefonds wordt gestort om het tekort van gemeenten op de kosten voor toezicht en handhaving kinderopvang op te vangen.
  Dit besluit is in de septembercirculaire 2018 medegedeeld.

Verwachtingen 2019-2020
- Ook in 2019 komen er weer nieuwe aanvullende wettelijke eisen, zowel in de kinderopvang als in de Voorschoolse Educatie. De GGD bereidt zich hier samen met de gemeenten op voor. In het RAO-kinderopvang worden afspraken gemaakt over het toezicht in 2019. Hierbij zullen zoveel mogelijk de landelijke adviezen en trends worden meegenomen en opgevolgd.
- Zo zal onder andere in de loop van 2019 het Herstelaanbod worden ingevoerd. Dit is een methode waarbij de toezichthouder meer mogelijkheden krijgt om tijdens het inspectietraject zelf al overtredingen te laten herstellen door de houder, waardoor de overtredingen sneller opgelost worden en de kwaliteit sneller verbetert.
- In de GGD-programmabegroting 2020 zullen bovengenoemde ontwikkelingen worden verwerkt.
- De GGD voert al jaren voor 4 gemeenten de registratie en de lichte handhaving uit. In de tweede helft van 2018 hebben twee andere gemeenten hiervoor een offerte gevraagd en ligt het in de verwachting dat deze taak zich in 2019 zich verder zal uitbreiden.

3b. Rapporten Onderwijsinspectie over toezicht kinderopvang 2017
Op 9 november jl. zijn twee rapporten van de Inspectie van het Onderwijs verschenen over toezicht kinderopvang 2017. (Klik hier om de rapporten te downloaden.)

Landelijk Rapport gemeentelijk toezicht kinderopvang 2017
Gemeenten en GGD'en voeren het toezicht en de handhaving in de kinderopvang steeds beter uit, gelijktijdig is er nog ruimte voor een volgende stap in de uitvoering. Dit rapport is onlangs besproken in het Regionaal Ambtenarenoverleg Kinderopvang in Gelderland-Zuid. Hierbij is ook ingezoomd op de specifieke gegevens voor GGD Gelderland-Zuid ten opzichte van de landelijke cijfers. Voor GGD Gelderland-Zuid geldt dat 100% van de verplichte jaarlijkse inspecties zijn uitgevoerd. Landelijk ligt dit percentage op 96,8%.

Rapport herhaalde handhavingsadviezen
De inspectie heeft in samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten en GGD GHOR Nederland, het rapport 'Herhaalde Handhavingsadviezen' uitgebracht. Hiervoor is een groep

voorzieningen onderzocht waar herhaaldelijk tekortkomingen zijn geconstateerd. Het doel van het onderzoek was om beter zicht te krijgen op de kenmerken van deze voorzieningen. En op de vraag wat gemeenten en GGD'en kunnen doen zodat deze voorzieningen de kwaliteitseisen beter gaan naleven. Dit rapport zal in het voorjaar 2019 besproken worden in het Regionaal Ambtenaren Overleg Kinderopvang in Gelderland-Zuid.

4. Wmo-toezicht

4a. Voortgang ambtelijke werkgroep n.a.v. besluit AB dd. 4 oktober 2018

In de vergadering van het Algemeen Bestuur van 4 oktober jl. is besloten om niet in te stemmen met de uitbreiding van het mandaat met PGB-onderzoeken en alle benodigde follow-up-onderzoeken binnen de basisfinanciering. Dit besluit zal worden teruggekoppeld naar de ambtelijke werkgroep die naar aanleiding van de jaaroverzicht Wmo-toezicht 2017 om deze uitbreiding had gevraagd.
In deze ambtelijke werkgroep nemen momenteel ambtenaren deel uit gemeenten Berg en Dal, Buren, Nijmegen en Zaltbommel; zij verzorgen ook de afstemming met de andere 13 gemeenten. Na afloop van 2018 zal wederom een jaaroverzicht worden opgesteld dat met de ambtelijke werkgroep zal worden besproken en met het bestuur zal worden gedeeld.

4b. Reactie op NRC-artikel van 23 november jl.

In het NRC van vrijdag 23 november is het artikel verschenen "Verwaarlozing, intimidatie en honger in zorginstelling C&S". Het artikel is bijgevoegd.
Naar aanleiding van het NRC-artikel zijn schriftelijke vragen gesteld door de vaste Kamercommissie voor VWS. Bij de beantwoording hiervan is onze GGD betrokken. Na afronding van de evaluatie C&S, zullen de leerpunten uit de casuïstiek worden meegenomen in de evaluatie/jaarbericht Wmo toezicht 2018. Het jaarbericht Wmo-toezicht 2018 wordt geagendeerd in het AB van april 2019.

5. Maatregelen dalende vaccinatiegraad

De Tweede Kamer is dinsdag 20 november jl. per brief door staatssecretaris Blokhuis geïnformeerd over zijn actieplan om de vaccinatiegraad in Nederland te verhogen. GGD'en en GGD GHOR Nederland hebben de afgelopen periode meegedacht met het ministerie van VWS, bijvoorbeeld door deel te nemen aan de consultatieronde die het ministerie op 4 oktober organiseerde. Belangrijke elementen van de inbreng van GGD'en zien we terug in de brief van de staatssecretaris, zoals inzetten op het goede gesprek, zorgen voor de juiste informatie en (nu nog) niet verplichten van de vaccinaties. Ook vinden we het positief dat de JGZ in de plannen van de staatssecretaris de rol, en credits, krijgt die passen bij het feit dat dat de JGZ-professionals zo'n belangrijke rol hebben in het vaccineren.
Het actieplan omvat de vorming van aan vaccinatiealliantie met alle bij vaccinatie betrokken partijen en een zestal actielijnen om de vaccinatiebereid te verhogen. De zes lijnen zijn:
1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie
2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
3. Rol van professionals verder versterken
4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
5. Meer aandacht voor HPV
6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang.

De brief aan de Tweede Kamer is bijgevoegd.

6. Nationaal Preventieakkoord

Met het Nationaal Preventieakkoord gaan meer dan 50 partijen uit het onderwijs, de zorg, het bedrijfsleven, de sport, de overheid en maatschappelijke organisaties aan de slag om Nederland gezonder te maken en gezondheidsverschillen te verkleinen. Het akkoord richt zich op drie thema's: roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik.

Ambities
De doelstellingen voor 2040 zijn:
- Een rookvrije generatie. Dat betekent dat op dat moment geen kind meer rookt of ooit nog gaat roken.
- Dat een kwart minder mensen lijdt aan overgewicht. En dat 40% minder mensen lijden aan ziekten gerelateerd aan obesitas. Zoals diabetes, hart-, vaat-, en leverziekten.
- Bijna een halvering van het aantal mensen dat overmatig alcohol drinkt. En dat geen zwangere of 18-minner drinkt.

GGD'en
Ook GGD'en, verenigd in GGD GHOR Nederland, committeren zich aan het behalen van de doelstellingen. GGD GHOR Nederland, maakt zich er geruime tijd hard voor dat de drie thema's – roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik – in samenhang aangepakt worden. Rekening houdend met sociaaleconomische gezondheidsverschillen, schulden, stress en andere factoren. Stoppen met roken of werken aan overgewicht heeft een grotere slagingskans als iemand een baan heeft of niet meer in de schulden zit. In de 'Agenda voor de Toekomst', onderdeel van het akkoord, wordt hier aandacht aan besteed.

Gelderland-Zuid
Ook GGD Gelderland-Zuid steunt de doelen in het preventieakkoord, maar had graag gezien dat de Rijksoverheid meer sturende maatregelen had genomen op de thema's overgewicht en alcoholgebruik. In een omgeving vol met verleidingen is het moeilijk om een gezondere keuze te maken. In onze regio zetten we in om dicht bij mensen, in de wijken en met onze gemeenten en samenwerkingspartners problemen in samenhang aan te pakken. Zo zijn wij aangesloten bij 'Wij zijn groen, gezond en in beweging Nijmegen', 'Gezond gewicht Rivierenland' en de 'Rookvrije generatie'. En vertalen we deze ambitie ook in lokale projecten, zoals: 'Maasdriel gezond', 'Zaltbommel Gezond' en 'SameNoord'.

De staatssecretaris roept op om het landelijk preventie-akkoord te vertalen naar regionale/lokale akkoorden. Naar aanleiding hiervan stelt de GGD voor om de aanpakken in Rivierenland en Nijmegen aan te haken bij deze oproep en deze te beschouwen/herformuleren als regionale preventieakkoorden. Hiervoor zullen wij in gesprek gaan met onze samenwerkingspartners en gemeenten.

Het Nationaal Preventieakkoord is in te zien via onderstaande link:
https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/11/23/nationaal-preventieakkoord

Ministerie van Justitie en Veiligheid

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

> Retouradres Postbus 20301 2500 EH Den Haag

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

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

Datum 28 september 2018
Onderwerp Toekomst forensische geneeskunde

Forensisch medische expertise speelt een belangrijke rol bij het voorkomen en aanpakken van misdrijven. Daarbij gaat het om het signaleren, duiden en rapporteren van letsel, bijvoorbeeld op het terrein van de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld. Al langere tijd bestaan er zorgen over de forensische geneeskunde, de medische expertise die zich bevindt op het snijvlak van de geneeskunde en justitiële wereld. Deze zorgen worden versterkt als de indruk bestaat dat de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie niet optimaal functioneert. Een goed functioneren van deze keten[1] is van belang voor onderzoek naar strafbare feiten en voor het verkrijgen van inzichten op het terrein van de volksgezondheid. Nader onderzoek naar onvolkomenheden in de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie achtten wij daarom noodzakelijk.

Zo pleitte de Gezondheidsraad in 2013 in het rapport 'Forensische Geneeskunde Ontleed[2]' voor verbetering van de organisatie en kwaliteit van de forensische geneeskunde in Nederland. De kwaliteitsverschillen[3] binnen de kleine beroepsgroep en daaruit voortkomende kwaliteitsverschillen in de beroepsuitoefening zouden ten koste gaan van de belangrijke maatschappelijke rol van de beroepsgroep. Daarnaast constateerde het Capaciteitsorgaan, dat adviseert aan de minister van VWS, in 2016 dat de instroom van artsen in de tweejarige opleiding forensische geneeskunde tekort schiet om tegemoet te kunnen komen aan de toekomstige vraag naar forensisch artsen[4]. Uit onderzoek van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (hierna: Nivel) bleek dat van de huidige 242 forensisch artsen – bij ongewijzigd beleid – binnen vier jaar ongeveer een kwart uitstroomt en binnen tien jaar de helft.

Om de beschikbaarheid van de forensisch geneeskundige expertise te behouden is een aantal maatregelen nodig op het gebied van de opleidingen, de organisatie

---

[1] In de keten werken de volgende partners samen: de behandelend arts, politie en/of Koninklijke marechaussee, gemeentelijke lijkschouwer, de officier van justitie en de gerechtelijk arts bij het Nederlands Forensisch Instituut.

[2] Gezondheidsraad, 26 april 2013

[3] Er zijn 129 forensische artsen geregistreerd bij de KNMG. Alleen zij hebben het kwaliteitsniveau van de 2-jarige opleiding. De overige hebben alleen de korte basisopleiding gevolgd van het Forensisch Medisch Genootschap

[4] Capaciteitsplan 2016, Capaciteitsorgaan

van het vakgebied en de samenwerking binnen de betrokken sectoren en ertussen. In de afgelopen jaren heeft de medische sector wél geïnvesteerd in de versterking van de aanpak van kindermishandeling en huiselijk geweld door onder meer het vergroten van het forensisch bewustzijn van artsen (waaronder huis-, kinder- en vertrouwensartsen).

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

Naast de problematiek van beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerde forensisch artsen is er in de afgelopen tijd ook aandacht gevraagd voor de verbetering van de disciplines die tot de forensische geneeskunde worden gerekend, de lijkschouw, de medische arrestantenzorg en het forensisch medisch onderzoek. Zo rapporteerde het Nederlands Forensisch Instituut in 2016 in het rapport 'De lijkschouw en sectie ontleed' dat er in de keten van de lijkschouw mogelijk misdrijven worden gemist en rondde de politie een aanbestedingstraject af voor de uitvoering van medische arrestantenzorg en forensisch medisch onderzoek, welke uiteindelijk niet tot een gunning heeft geleid.

Het vorige kabinet heeft deze signalen zeer serieus genomen en derhalve twee commissies en een kwartiermaker ingesteld om de vraagstukken nader te onderzoeken. Daarbij vond het kabinet het van belang om de problematiek vanuit meerdere invalshoeken te beoordelen. Onderzocht zijn onder andere: de aard en inrichting van de forensische medische expertise en medische arrestantenzorg (waaronder de inbedding van de opleiding tot forensisch arts en forensisch medische expertise voor kinderen), de werking van de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie en de beschikbaarheid van diensten (juridische status, organisatie en inkoop).

1. Onder leiding van de heer O. Hoes heeft de 'Commissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medische Arrestantenzorg' (hierna: de Commissie Hoes) onderzocht hoe de politie kan beschikken over kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening waar het gaat om forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. Dit onderzoek was ingegeven vanuit de rechtmatige inkoop door de politie.
2. De 'Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie', (hierna: de Taskforce), onder leiding van mevrouw I.R. Adema, burgemeester van Lelystad, die als reactie op het rapport 'de lijkschouw en sectie nader beschouwd' van het NFI (Kamerstuk 34 550 VI, nr. 29) was ingesteld, heeft de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie onderzocht. Doel was te achterhalen of er onvolkomenheden zijn waardoor gevallen van onnatuurlijke dood als gevolg van een misdrijf niet worden herkend.
3. Het adviesrapport[5] van de heer C. Bos, die als kwartiermaker het structureel borgen van forensisch medische expertise voor kinderen heeft onderzocht.

Begin dit jaar heeft uw Kamer de onderzoeksrapporten ontvangen over de forensische geneeskunde en de werking en kwaliteit van de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie, te weten:

- "*Toekomst voor de forensische geneeskunde*"[6] van de Commissie Hoes over forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg.

[5] Kamerstukken II, 2017/18, 28 345, nr. 174

[6] Kamerstukken II, 2017/18, 33 628, nr. 22

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

- "*De dood als startpunt*"[7] van de Taskforce over de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie.

Met onderhavige brief komen de minister van Justitie en Veiligheid (JenV), de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), tegemoet aan de toezegging uw Kamer te informeren over het integrale beleidsstandpunt op de bovengenoemde onderzoeksrapporten[8]. De beleidsreactie op het rapport "*Verankering voor de toekomst*"[9] heeft u reeds ontvangen.

Samenvatting
Op basis van het verrichte onderzoek kan worden geconcludeerd dat niet is aangetoond dat misdrijven op dit moment niet worden herkend. Wel wordt de forensische geneeskunde aangemerkt als een kwetsbare discipline. Gelet op de belangrijke maatschappelijke functie van de forensische geneeskunde is het noodzakelijk dat de organisatie van de forensisch geneeskunde en de werking van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie worden verbeterd. Samen met de verantwoordelijke organisaties uit de verschillende sectoren zet het kabinet in op de volgende maatregelen:

- Forensische medische expertise in Nederland (lijkschouw, niet bedoelende de eerstelijns schouw door de huisarts, en forensisch medisch onderzoek) worden met oog voor lokaal maatwerk zo veel mogelijk samengebracht onder regie van de GGD-GHOR;
- De opleiding tot forensisch arts wordt vormgegeven via een profiel binnen de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid en kan daarmee het predicaat medisch specialist Arts M&G verlenen aan de forensisch artsen;
- In afwachting van het vernieuwde profiel opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid gaat een tijdelijke opleiding van start waarmee binnen vier jaar 30 forensisch artsen opgeleid worden. Het Rijk stimuleert deze ontwikkeling met een bijdrage van € 6 miljoen;
- Medische arrestantenzorg, betreft medische dienstverlening en moet worden gecontracteerd. Deze dienst valt onder artikel 2:38 van de Aanbestedingswet voor sociale of maatschappelijke diensten. Inkoop kan via een lichte vorm van aanbesteden op grond van dat artikel.
- Opleiding en uitwisseling tussen de diverse beroepsbeoefenaren wordt in de vernieuwde opleiding tot forensisch arts voorzien;
- Er zal onderzocht worden in hoeverre de aanbeveling van een wetenschappelijk onderzoeksprogramma forensische geneeskunde verbonden kan worden met de Nationale Wetenschap Agenda en welke bijdrage ZonMw hier aan kan leveren;

Met het versterken van het vak forensisch arts binnen de medische wereld, de nieuwe opleiding tot forensisch arts en de verbeteringen van de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie wordt een kwaliteitsimpuls gegeven aan de forensische geneeskunde en aan de werking van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

---

[7] Kamerstukken II, 2017/18, 34775 VI, nr. 91

[8] Kamerstukken II, 2017/18, 33 628, nr. 22 en 25 en Kamerstukken II, 2017/18, 34 775 VI, nr. 91

[9] Op naam van de heer C. Bos, kwartiermaker.

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

Met deze gezamenlijke beleidsreactie is door de ministeries van JenV, VWS en BZK gekozen voor een integrale benadering van de forensisch medische problematiek. De maatregelen winnen aan kracht wanneer de verschillende departementen gezamenlijk optrekken. Het is om die reden onze wens om deze integrale benadering ook in de toekomst voort te zetten opdat de verschillende invalshoeken van het forensisch medisch vak blijvend met elkaar te verbinden.

I. Gemeenschappelijke thema's uit de rapporten

Om te komen tot de gewenste integrale benadering van de rapporten, is de volgende gemeenschappelijke thematiek geïdentificeerd:

1. **Duiding en positionering van de forensische geneeskunde**
2. **Landelijke organisatiestructuur van aanbieder(s)**
3. **Borging forensisch medische expertise**
4. **Aanbevelingen tot verbetering van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie en voorgestelde ontwikkelingen voor het beroep van forensisch arts.**

1. Duiding en positionering van de forensische geneeskunde

De forensische geneeskunde bevindt zich op het snijvlak van de geneeskunde en het strafrecht. In Nederland bestaat de forensische geneeskunde uit: *lijkschouw*[10]*, forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg*[11]. Vanuit internationaal perspectief bezien, is dit een bijzondere samenstel van disciplines. In vergelijkbare omringende landen is medische arrestantenzorg namelijk los van forensisch medisch onderzoek en lijkschouw georganiseerd. Niet goed uitgevoerd onderzoek naar de oorzaak van het overlijden of naar de aard en de oorzaak van letsel kan leiden tot onjuiste conclusies. In het kader van de waarheidsvinding heeft dit als mogelijk gevolg dat signalen worden gemist die kunnen duiden op niet-natuurlijk overlijden. Hierdoor kunnen mogelijke misdrijven niet worden herkend. Een niet goed uitgevoerde lijkschouw kan eveneens verkeerde informatie geven over de medische oorzaak van het overlijden. Dit is ook vanuit het perspectief van de volksgezondheid ongewenst.

Volgens de Commissie Hoes zijn forensisch medisch onderzoek en lijkschouw naar aard en doel ten principale andere functies dan de medische arrestantenzorg. De bevindingen uit forensisch medisch onderzoek en lijkschouw (uitgevoerd door de gemeentelijke lijkschouwer) zouden namelijk ten dienste staan van de - in ons rechtssysteem aan de overheid voorbehouden - opsporing en vervolging van strafbare feiten. Dit terwijl de medische arrestantenzorg primair het belang, de gezondheid, van de arrestant in de politiecel dient. Als het gaat om postmortaal onderzoek moet er een onderscheid worden gemaakt tussen een klinische sectie[1] en een gerechtelijke sectie. Een klinische sectie is een sectie die met toestemming van de nabestaanden in een ziekenhuis wordt verricht door een klinisch

---

[10] Dit staat los van de door de behandelend arts en/of gemeentelijke lijkschouwer uitgevoerde lijkschouw

[11] Lijkschouw: Is een uitwendig onderzoek van het lichaam om de aard van het overlijden vast te stellen (art.7 Wlb).
Forensisch medisch onderzoek: is het verrichten van medisch onderzoek ten behoeve van opsporing en waarheidsvinding in het strafproces (zoals: letselbeschrijving en interpretatie, bloed- en DNA afname)
Medische arrestantenzorg: is de zorg die aan ingeslotenen wordt verleend. In de Ambtsinstructie van de politie (artikel 26: 1d, 26:4 en art 32-35) staat dat de korpschef voorzieningen treft opdat de ingeslotene in ieder geval beschikt over de noodzakelijke medische zorg

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

patholoog. Een gerechtelijke sectie is een sectie die wordt verricht door een forensisch patholoog in opdracht van de officier van justitie in het kader van een strafrechtelijk onderzoek.

a. Forensisch medisch onderzoek en lijkschouw

Wij onderschrijven de conclusie dat forensisch medisch onderzoek een taak van de overheid is. Forensisch medisch onderzoek staat ten dienste van strafrechtelijke opsporing en vervolging van overtredingen en misdrijven. Deze functie – evenals de lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer - dient een zwaarwegend publiek belang. Dit geldt meer specifiek ook voor de voor het forensisch medisch onderzoek vereiste forensisch medische expertise voor kinderen (FMEK).
Dat forensisch medisch onderzoek wordt aangemerkt als zijnde een overheidstaak hoeft niet te betekenen dat forensisch medisch onderzoek uitsluitend door overheidsorganisaties wordt uitgevoerd. Ook niet-overheidsorganisaties mogen en kunnen overheidstaken, zoals forensisch medisch onderzoek, onder voorwaarden verrichten. Dit kan via wet- en regelgeving, een financiële verbintenis of overheidstoezicht worden vormgegeven. Voorbeelden zijn: Stichting Reclassering Nederland en Slachtofferhulp Nederland.

Voor de beschikbaarheid en tijdige inzet van forensisch medisch onderzoek bij kinderen is onder andere aandacht in het programma 'Geweld hoort nergens thuis' dat recent gelanceerd is door de Minister van VWS, de Minister voor Rechtsbescherming van JenV en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)[12]. Zoals ook staat vermeld in dit programma maakt de GGD-GHOR een voorstel om forensisch medische expertise voor kinderen regionaal te borgen, zodanig dat de benodigde expertise in lokale netwerken beschikbaar is. De GGD-GHOR stelt voor dit te organiseren in 10 regio's, mogelijk wordt daarbij aangesloten bij de politie eenheden. Binnen ieder van de 10 regio's neemt één GGD de rol op zich van coördinerend GGD. Zoals thans voorzien wordt einde 2018 besloten welke 10 GGD-en de coördinerende rol op zich nemen.

Een goed functionerende keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie begint bij een goede lijkschouw door de behandelend arts. Deze heeft de wettelijke taak om een verklaring af te leggen over het overlijden. Dit doet hij in het A-formulier met de titel 'Verklaring van overlijden'. Als de behandelend arts niet overtuigd is van het natuurlijk overlijden, kan de arts geen verklaring afgeven en zal hij de gemeentelijke lijkschouwer moeten inschakelen. Indien deze ook niet tot afgifte van een verklaring van natuurlijk overlijden kan overgaan wordt er verslag uitgebracht aan de officier van justitie. Deze kan op basis van de verleende informatie besluiten tot het laten verrichten van een gerechtelijke sectie. Wij zijn van mening dat uit de titel van de verklaring (A-formulier) onvoldoende blijkt dat in het geval van ontbreken van de overtuiging van natuurlijk overlijden, de verklaring niet moet worden ingevuld door de behandelend arts en dat een gemeentelijke lijkschouwer moet worden ingeschakeld. Vooruitlopend op de door de minister van BZK toegezegde brief over de beleidsvoorstellen ten aanzien van de Wlb, wordt een voorstel voorbereid voor verwijzing van het Besluit op de Lijkbezorging (aanbeveling 3 Taskforce Lijkschouw en gerechtelijke sectie).
De forensisch arts die de lijkschouw verricht is overeenkomstig de Wet op de lijkbezorging (Wlb) bij besluit van het college van burgemeester en wethouders aangewezen als gemeentelijke lijkschouwer. In de meeste gevallen wijst het

[12] Geweld hoort nergens thuis, aanpak huiselijk geweld en kindermishandeling, april 2018. p. 24

college een organisatie aan die de lijkschouw verricht (bijvoorbeeld de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst, afgekort: GGD).

b. Medische arrestantenzorg

Medische arrestantenzorg vraagt specifieke expertise en kan door een arts als bijzondere dienstverlening verleend worden. Wat medische arrestantenzorg bijzonder maakt ten opzichte van andere vormen van zorg, is dat de zorg wordt verleend aan een complexe doelgroep met veelal verslavingsproblematiek en psychische klachten in de gesloten setting van een cellencomplex. Momenteel wordt medische arrestantenzorg door forensisch artsen en huisartsen geboden (het gaat daarbij om huisartsen met specifieke ervaring en kennis van dit domein). Tot op heden is er geen aanleiding dit te wijzigen.
Medische arrestantenzorg heeft de zorg voor de gezondheid van de arrestant tot doel. Het is gericht op de urgente medische hulpvraag van de arrestant en is niet expliciet forensisch, omdat het niet ten dienste staat van strafrechtelijke opsporing en vervolging. Daarmee is het een wezenlijk andere discipline dan forensisch medisch onderzoek. In ons land hebben we een privaat zorgstelsel, wat maakt dat medische arrestantenzorg moet worden gecontracteerd na een verplichte lichte vorm van aanbesteden. Deze dienst valt onder artikel 2:38 van de Aanbestedingswet voor sociale of maatschappelijke diensten.

Om de arts- patiëntrelatie te beschermen is het advies dat niet eenzelfde arts medische zorg zou moeten bieden aan de arrestant en tegelijkertijd forensisch medisch onderzoek zou moeten verrichten in de casus van die arrestant. Die taken zijn in één persoon in beginsel onverenigbaar. Wij onderstrepen het uitgangspunt van een zuivere taakuitvoering en onderschrijven dit advies van de Commissie Hoes. De uitvoering van deze artsentaken dient strikt van elkaar te worden gescheiden. De taken kunnen eventueel wel vanuit eenzelfde organisatie worden uitgevoerd mits er voorzieningen zijn getroffen om belangenverstrengeling te voorkomen.

Hoewel de contractuele kant van de inkoop van taken op verschillende wijzen kan worden vormgegeven, mag dit de uitvoering van het werk van de forensisch arts niet in de weg staan. In de praktijk werken forensisch artsen ofwel voor één organisatie (doorgaans de GGD) op basis van deze inkoopsystematiek, ofwel werken forensisch artsen zelf met diverse arbeidscontracten (bijvoorbeeld omdat zij een medisch beroep uitoefenen naast de functie van forensisch arts).

2. Landelijke organisatiestructuur van aanbieder(s)

Uit onderzoek van Nivel blijkt dat 26 organisaties actief zijn op het terrein van lijkschouw, forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. Dat zijn 22 GGD-instellingen en vier private aanbieders in de Randstad (waarvan 1 private aanbieder naast medische arrestantenzorg ook forensisch medisch onderzoek en lijkschouw aanbiedt). De uitvoering van forensisch medisch onderzoek en de lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer is voor het grootste deel belegd bij GGD-en. Dit maakt dat op dit terrein veel kennis en ervaring geconcentreerd beschikbaar is.

Het ligt in de rede dat de aan de overheid voorbehouden taken van de forensische geneeskunde, namelijk het forensisch medisch onderzoek en de lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer zoveel mogelijk worden gebundeld en dat de GGD-GHOR daar de regie in neemt. Dat ligt anders bij de medische arrestantenzorg,

want daar is zoals hierboven aangegeven een lichte vorm van aanbesteding verplicht. Dit heeft tot gevolg dat ook andere partijen deze taak kunnen aanbieden. Wij zijn met de politie in overleg over de vormgeving van deze aanbesteding en benadrukken daarin niet alleen het belang van rechtmatigheid en kwaliteit (wat uiteraard voorop staat), maar ook het belang van verbinding met forensisch medisch onderzoek en de lokale praktijk, zoals de top-600 aanpak in Amsterdam.

In alle rapporten wordt geadviseerd de kwaliteit van de beroepsuitoefening te borgen en meer slagkracht te organiseren. Daarbij worden suggesties gegeven, zoals: het maken van voldoende ervaringsuren op basis van een dienstverband van minimaal 24 uur, meer collegiale intervisie, meer structurele uitwisseling met aanpalende beroepen en instanties (denk aan huisartsen voor lijkschouw en arrestantenzorg, de Centra voor Seksueel Geweld voor forensisch medisch onderzoek bij seksueel geweld, politie en Openbaar Ministerie). Met één primaire aanbieder van forensisch medische diensten nemen de mogelijkheden hiertoe aanzienlijk toe. Dit wordt nog meer versterkt doordat de GGD-GHOR heeft aangegeven haar leden te willen ondersteunen om de afdelingen forensische geneeskunde robuuster vorm te geven en meer aansluiting te zoeken bij de indeling van de politie-eenheden. De komende periode vinden gesprekken met GGD-GHOR en andere belanghebbenden plaats om de forensische geneeskunde toekomstbestendig vorm te geven.

3. Borging van forensisch medische expertise

Vanwege het grote maatschappelijke belang van de forensische geneeskunde beschouwen wij het dreigende capaciteitsgebrek aan forensisch artsen als een urgent probleem. Zoals ook in de adviesrapporten wordt gesteld: om de instroom van forensisch artsen voor de opleiding blijvend te vergroten, is het noodzakelijk het beroep aantrekkelijker te maken. De eerste stap daarbij is het bieden van een adequate opleiding, die goede en breed inzetbare forensisch artsen aflevert. Wij vinden het daarbij van belang dat:

- De opleiding mede gebaseerd is op een door de beroepsgroep gedragen kwaliteitskader, in het bijzonder voor de diensten medische arrestantenzorg en forensisch medische expertise voor kinderen;
- De opleiding aldus is ingericht dat huisartsen kunnen volstaan met het volgen van het onderdeel medische arrestantenzorg. Het doel is dat huisartsen na het volgen van dit onderdeel beschikken over voldoende theoretische kennis om de dienst medische arrestantenzorg te leveren;
- De opleiding dusdanig is ingericht dat andere zorgverleners (huisartsen, kinderartsen, vertrouwensartsen, verpleegkundigen, psychologen jeugdzorg etc.) kunnen deelnemen aan het onderdeel forensisch medische expertise voor kinderen;
- Praktijkopleiders die betrokken zijn bij de opleiding tevens worden bijgeschoold op het gebied van forensische medische expertise voor kinderen, zodat zij nieuwe studenten forensische geneeskunde ook op dit onderwerp goed kunnen begeleiden in de praktijk.

Het Forensisch Medisch Genootschap (FMG), de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) en de Koepel van Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) zijn in overleg over een vernieuwde opleiding forensische geneeskunde als onderdeel van de vierjarige profielopleiding tot medisch specialist Arts Maatschappij & Gezondheid (Arts M&G). Forensisch medische

expertise voor kinderen en medische arrestantenzorg zullen onderdeel uitmaken van deze gespecialiseerde beroepsopleiding. De KAMG verwacht dat deze ontwikkeling gunstig is voor toekomstig forensisch artsen, omdat zij na het afronden van deze wetenschappelijke opleiding op meerdere terreinen binnen het vakgebied inzetbaar zijn. Dat verhoogt de carrièrekansen voor forensisch artsen en biedt betere arbeid- en ontwikkelperspectieven.
Binnen de huidige situatie geldt dat de inhoud en vormgeving van de opleiding aan de beroepsgroep zelf is. De rijksoverheid stelt randvoorwaarden aan de kwaliteit van de opleiding en de beroepsuitoefening.
In afwachting van een herziene opleiding voor het medisch specialisme Arts M&G heeft het Forensisch Medisch Genootschap een plan aangeboden voor het opleiden van forensisch artsen conform de nu vigerende 2-jarige zogeheten KAMG profielopleiding tot forensisch arts. Vanwege de noodzaak tot meer forensisch artsen en het momenteel ontbreken van een adequate opleiding zullen wij hierbij tijdelijk financieel ondersteunen. Dit leidt tot een eenmalige investering voor de jaren 2018-2021 van € 6 miljoen. Daarmee kunnen in die periode in totaal 30 forensisch artsen worden opgeleid.

In de rapporten van de commissie Hoes en de Taskforce lijkschouw wordt daarnaast gesproken over de noodzaak tot wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld voor de ontwikkeling van instrumenten bij opsporing via lijkschouw en forensisch medisch onderzoek. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan instrumenten binnen de radiologie of onderzoek op toxicologische stoffen. In het rapport van de Taskforce staat de volgende conclusie en aanbeveling: "*Een systematische benadering in het samenspel tussen beroepsuitoefening en Wetenschappelijk/Evidenced-Based werken) biedt de beste waarborg voor kwaliteit van professionals*"[13]. Wij onderschrijven deze conclusie en aanbeveling. Aan de Universiteit van Amsterdam en de Universiteit Maastricht zijn hoogleraren met leerstoelen forensische geneeskunde benoemd, waardoor er meer forensisch wetenschappelijk onderwijs en onderzoek mogelijk is. Er is nog geen expliciete infrastructuur voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied van lijkschouw. Er zal onderzocht worden in hoeverre de aanbeveling van een wetenschappelijk onderzoeksprogramma forensische geneeskunde verbonden kan worden met de Nationale Wetenschap Agenda en welke bijdrage ZonMw hier aan kan leveren.

4. Aanbevelingen tot verbetering van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie en voorgestelde ontwikkelingen voor het beroep van forensisch arts

De rapporten van de Commissie Hoes en de Taskforce geven aanbevelingen en adviezen over verbetering van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie. Deze aanbevelingen zijn van algemene en specifieke aard.
De algemene aanbevelingen hebben onder andere betrekking op de standaardprocedures voor de lijkschouw en gerechtelijke sectie (bij overlijden van personen onder de 45 jaar en zelfdoding), het zicht en het toezicht op de keten en het belang van de volksgezondheid. De specifieke aanbevelingen richten zich met name op de samenwerking tussen ketenpartners. Daarbij komen vragen aan de orde over de verruiming van bevoegdheden en eventuele inzet van andere beroepsgroepen ten behoeve van de lijkschouw. Hieronder zullen wij reageren op de belangrijkste aanbevelingen van de Taskforce. Een aantal van deze

[13] Uit het interview met Prof. Van der Voorde. P. 34

aanbevelingen is al opgepakt. Wij zullen uw Kamer in een aparte brief informeren over ons standpunt op de overige aanbevelingen. Deze vergen nadere uitwerking.

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

Tenslotte nog, in de Wlb is onder meer geregeld hoe met een overledene omgegaan wordt, waaronder de lijkschouw, afgifte van de verklaring van overlijden en op welke manieren kan worden voorzien in de lijkbezorging. Op dit moment loopt een traject bij het ministerie van BZK om te bezien of wijziging van de Wlb nodig is. Tevens zal het komend jaar ook in overleg met de VNG worden bezien of en in hoeverre de voornemens leiden tot taakintensivering bij gemeenten. De minister van BZK heeft in februari van dit jaar aangekondigd u in de tweede helft van dit jaar nader te informeren over haar beleidsvoorstellen ten aanzien van de Wlb.

a. *Standaard lijkschouw bij onverklaard overlijden van personen jonger dan 45 jaar?*

Over de schouw bij een onverklaard overlijden van een persoon jonger dan 45 jaar is geadviseerd dat de behandelend arts eerst contact moet opnemen met de gemeentelijke lijkschouwer voordat de behandelend arts het A-formulier invult (aanbeveling 10). Onder de huidige Wlb is de regel dat de behandelend arts contact opneemt met de gemeentelijke lijkschouwer als hij niet overtuigd is van het natuurlijk overlijden en daarom geen verklaring kan afgeven. Wij zien de meerwaarde van meer afstemming tussen de behandelend arts en de gemeentelijke lijkschouwer en roepen beroepsorganisaties op noodzakelijke stappen te zetten om uitvoering te geven aan deze aanbeveling en dit onderwerp te maken van de bestaande richtlijnen. Hieraan verwant is de vraag van uw Kamer of bij overledenen beneden de 40 jaar altijd een gerechtelijke sectie moet worden uitgevoerd. Als sprake is van evident natuurlijk overlijden is in principe geen gerechtelijke sectie nodig. Dan kan eventueel een klinische sectie worden uitgevoerd. Onder de huidige Wlb is het al zo dat gerechtelijke sectie kan worden toegepast in verband met een strafrechtelijk onderzoek. Als de behandelend arts en de gemeentelijke lijkschouwer niet overtuigd zijn van een natuurlijke doodsoorzaak, kan de officier van justitie opdracht geven tot het verrichten van een sectie, als dit een strafvorderlijk doel dient.
Het uitvoeren van een sectie op het lichaam van een overledene schendt in grote mate de lichamelijke integriteit van de overledene en dient derhalve proportioneel te worden toegepast. Hier dient een belangenafweging te worden gemaakt tussen dit grondwettelijke belang en het belang van waarheidsvinding en volksgezondheid. Daarom zijn wij van mening dat voordat wij hierover een definitief standpunt innemen, eerst een nadere verkenning zal moeten worden gedaan naar de consequenties ervan. Een eerste stap in deze verkenning is overigens gezet. Er heeft een expertmeeting plaatsgevonden met een aantal deskundigen uit het veld, waaruit een aantal bruikbare punten zijn gekomen die nader worden onderzocht. Uw Kamer zal daar over worden geïnformeerd.

b. *Standaard gerechtelijke sectie bij zelfdoding?*

Ook de vraag van uw Kamer of bij suïcide altijd sectie moet worden uitgevoerd is door onderzoekers beantwoord. Per geval zal bij zelfdoding moeten worden beoordeeld of er een noodzaak tot een gerechtelijke sectie bestaat. Onderzocht is of het standaard uitvoeren van gerechtelijke sectie bij zelfdoding zinvol is. Als een overledene wordt aangetroffen die vermoedelijk suïcide heeft gepleegd, voert de politie in samenwerking met de gemeentelijke lijkschouwer een overlijdensonderzoek uit. Daaruit moet blijken of inderdaad sprake is van zelfdoding, of dat mogelijk sprake is van een strafbaar feit. In beginsel kan in al

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

die gevallen een gerechtelijke sectie worden verricht om een misdrijf uit te sluiten. Bij evidente zelfdoding heeft sectie strafrechtelijk gezien geen meerwaarde. De onderzoekers zijn voorstander van het proportioneel toepassen van sectie en beoordeling per geval of een sectie toegevoegde waarde heeft (aanbeveling 11). Bij het vermoeden van een strafbaar feit wordt in beginsel altijd sectie of ander postmortaal onderzoek uitgevoerd. Wij onderschrijven deze zienswijze. De gerechtelijke sectie moet een strafvorderlijk doel dienen.
Standaard een gerechtelijke sectie uitvoeren is niet proportioneel en efficiënt. Bovendien heeft een gerechtelijke sectie geen meerwaarde, indien duidelijk sprake is van suïcide. Het belang van de volksgezondheid of dat van de nabestaanden kan overigens wel ertoe nopen om tot het uitvoeren van een klinische sectie over te gaan.

c. Aanbevelingen voor de samenwerking tussen ketenpartners

Behandelend arts
De behandelend arts vervult zowel in de zorgketen als in de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie een sleutelrol. Voor het goed vervullen van deze rol moeten aan een aantal voorwaarden worden voldaan. Een correct uitgevoerde lijkschouw is een belangrijke informatiebron voor het vaststellen van de oorzaak van het overlijden en vormt hiermee een zorgvuldige afronding van een medische behandeling. Om de lijkschouw te kunnen uitvoeren moet de behandelend arts niet alleen over basiskennis beschikken in combinatie met ervaring, maar hij moet ook kennis hebben van de in de beroepsgroep geldende richtlijnen en handreikingen voor het uitvoeren van de lijkschouw. De basiskennis krijgt hij vanuit zijn medische opleiding. Uit overleg met de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra blijkt dat de opleidingen zelf bepalen hoeveel tijd kan worden besteed aan onderwijs voor de lijkschouw.

Wij onderschrijven de aanbeveling om regelmatig ervaringen uit te wisselen en collegiaal advies te organiseren over de lijkschouw. Dat geldt ook voor de suggestie om een geautomatiseerd systeem te ontwikkelen waarin de belangrijkste elementen van de verrichting van de lijkschouw zijn vastgelegd. Dat biedt de behandelend arts een handvat om de lijkschouw voldoende uit te kunnen voeren. Ook hierbij geldt dat de aanbevelingen gericht zijn tot de zorgsector en verantwoordelijke organisaties die zelf initiatieven kunnen nemen om verbeteringen aan te brengen. Wij roepen de betrokken organisaties op de noodzakelijke stappen te zetten ter uitvoering van deze aanbevelingen.

De aanbeveling (aanbeveling 2) dat de behandelend arts voldoende tijd aan de lijkschouw moet besteden is begrijpelijk. VWS zal eerst nader onderzoek doen naar de geconstateerde problematiek, de juridische en financiële consequenties in kaart brengen alvorens hierover een standpunt in te nemen. Over de uitkomsten zal uw Kamer door de minister voor Medische Zorg worden geïnformeerd.

Politieorganisaties
Ten aanzien van de bij lijkschouw betrokken politieorganisaties is geadviseerd om een landelijk uniforme werkwijze voor overlijdensonderzoeken op te stellen en toe te passen (aanbeveling 7). Voorts wordt geadviseerd te zorgen voor voldoende middelen voor een gedegen uitvoering van overlijdensonderzoeken, met inzet van zowel tactische als forensische opsporing, met inschakeling van digitale en financiële expertise, met als doel de kwaliteit van de onderzoeken te verbeteren.

De politie is momenteel bezig met een pilotproject dat toeziet op het uniformeren en de kwaliteitsverbetering van overlijdensonderzoeken. De minister van JenV is hierover in gesprek met de politie.

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

Gemeentelijke lijkschouwer en officier van justitie
Voor de vaststelling van de exacte doodsoorzaak in het kader van de lijkschouw, is geadviseerd om in de Wlb de gemeentelijke lijkschouwer en de officier van justitie de bevoegdheid te geven bij overledene bloed, oogbolvocht, urine of ander lichaamsmateriaal af te kunnen laten nemen, teneinde toxicologisch onderzoek te laten verrichten (aanbeveling 6). Ook is geadviseerd te regelen dat de officier van justitie nader postmortaal onderzoek kan laten verrichten, om een strafbaar feit uit te kunnen sluiten (aanbeveling 8). Hieraan verwant is de vraag van uw Kamer of bij overledenen standaard bloed en/of urine moet worden afgenomen en toxicologisch onderzocht.

Het afnemen van lichaamsmateriaal ten behoeve van postmortaal onderzoek of toxicologisch onderzoek heeft gevolgen voor de lichamelijke integriteit en persoonlijke levenssfeer van de overledene. Vanwege deze grondrechtenimplicaties moet goed nagedacht worden over de proportionaliteit, de noodzaak, beschikbare alternatieven, inhoudelijke voorwaarden en procedurele waarborgen. Daarom zijn wij van mening dat voordat een besluit kan worden genomen over uitbreiding van bevoegdheden met een dergelijk ingrijpend karakter, de gevolgen ervan moeten worden verkend. Wij zullen deze aanbevelingen dan ook betrekken bij de eerder genoemde verkenning met de deskundigen uit het veld. Wij zijn hierover in gesprek met deskundigen op het gebied van de geneeskunde, de juridische wereld en de (medische) ethiek.

Naast deze verkenning van de juridische en medisch-ethische aspecten zal het Nederlands Forensisch Instituut in samenwerking met diverse ziekenhuislabs de methodologische mogelijkheden in kaart brengen met het doel om een gestandaardiseerde betrouwbare screeningsanalyse op te zetten waarbij blootstelling aan toxische stoffen wordt onderzocht en daarbij het juiste advies en de juiste interpretatie van de resultaten wordt gegeven.

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

II. Conclusie

Goed forensisch medisch onderzoek en een goede keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie zijn van groot maatschappelijk belang. De organisatie en de kwaliteit van forensisch medische expertise zullen met de voorgestelde maatregelen verbeteren. Een regionale borging en een robuustere vormgeving van het vakgebied met meer mogelijkheden voor het opdoen van werkervaring, intervisie en uitwisseling met samenwerkingspartners zijn daarin belangrijke stappen. Het mogelijk maken van een tussentijdse opleiding en de plannen voor een nieuwe opleiding voorzien in de benodigde aanwas en expertise van nieuwe forensische artsen, ook waar het gaat om de forensisch medische expertise voor kinderen. De vernieuwde opleiding tot forensisch arts zal als profielopleiding ondergebracht worden bij de opleiding tot Arts Maatschappij en Gezondheid. Dit past binnen de geijkte medische structuren en daarmee kan het predicaat medisch specialist Arts M&G worden verleend aan de forensisch artsen. Waar het gaat om de politie, biedt deze brief –in lijn met de adviesrapporten– duidelijkheid over de wijze waarop politie rechtmatig over de diensten forensisch medisch onderzoek en ook medische arrestantenzorg kan beschikken. Hiermee wordt het stelsel voor de komende jaren duurzaam en rationeel vormgegeven. Over de voortgang op dit dossier (beleidsinhoudelijk en financiële impact) wordt u de komende tijd periodiek geïnformeerd. In de bijlage treft u een overzicht van aanbevelingen die nog onderzocht worden en relevante Kamervragen en motie.

De Minister van Justitie en Veiligheid,

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties

Directoraat-Generaal Politie
Portefeuille Politieel Beleid en Taakuitvoering
Directoraat-generaal Politie

Datum
28 september 2018

Ons kenmerk
2365136

Bijlage I. Overige aanbevelingen, ingediende Kamervragen en motie

Overige aanbevelingen

Ten aanzien van:
De inzet van andere beroepsgroepen bij de lijkschouw
Tijdens het onderzoek speelde de vraag of forensisch verpleegkundigen en physician assistants de bevoegdheid zouden moeten krijgen om (simpele) lijkschouwhandelingen te verrichten. Door de Taskforce is aanbevolen te streven om dit mogelijk te maken (aanbeveling 4). Dit past in het beleid om taakherschikking in de zorg te stimuleren. Dat betekent dat waar mogelijk BIG-geregistreerde handelingen worden toegestaan vanuit nieuwe beroepsgroepen. Wij zullen onderzoeken of meer taakherschikking rondom de lijkschouw te organiseren is. De minister voor Medische Zorg zal daarover met onder andere de Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN) en de Nederlandse Associatie van Physician Assistants (NAPA) in gesprek gaan. De minister voor Medisch Zorg zal u over de uitkomsten daarvan informeren.

Het toezicht op de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie
De Taskforce beveelt aan dat er toezicht nodig is op de lijkschouw door de behandelend arts en of de gemeentelijke lijkschouwer(aanbeveling 9).
De behandelend arts en de gemeentelijke lijkschouwers zijn belangrijke schakels in de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie. De lijkschouw is vanuit gezondheidsperspectief een belangrijke informatiebron over de oorzaak van het overlijden en vanuit het perspectief van waarheidsvinding een belangrijke informatiebron voor een mogelijk misdrijf. Het is belangrijk dat de procedures, schouw en postmortaal onderzoek zorgvuldig gebeuren. Daarbij is het van belang dat het toezicht geregeld is. Volgens de Wlb moet de schouw door een arts worden uitgevoerd. Artsen zijn BIG-geregistreerd. Op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) toezicht op beroepsuitoefening door BIG-geregistreerden. Deze wet biedt echter geen wettelijke grondslag voor het uitoefenen van toezicht door de IGJ op de lijkschouw. In de Wet BIG is in artikel 1, tweede lid, alleen bepaald dat de gerechtelijke sectie onder de reikwijdte van de wet valt. De lijkschouw wordt hier niet genoemd. Wij zullen onderzoeken of de Wet BIG voor dit doel kan worden verruimd en deze voorzien van de toezicht en handhavingstoets voor het toezicht door de IGJ.

Het verkrijgen van beter zicht op de keten
De Taskforce heeft geadviseerd te zorgen voor een centrale (digitale) informatievoorziening tussen de beroepsgroepen over de verrichting van de lijkschouw (aanbeveling 12). Dat bevordert de samenwerking en geeft beter inzicht in de werking van de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie. Dit is van belang om maatregelen te kunnen nemen als blijkt dat capaciteit en (financiële) middelen tekort schieten. Wij staan positief tegenover deze aanbeveling en zullen samen met de beroepsgroepen de mogelijkheden daartoe verkennen.
Ook is geadviseerd om een driejaarlijkse beschouwing van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie uit te laten voeren door een expertgroep. Een dergelijke expertgroep is reeds in het leven geroepen voor de driejaarlijkse signalering van de forensische opsporing. Doel is om te volgen of de keten

doelmatig en effectief werkt, eventuele tekortkomingen kunnen worden gesignaleerd en opgepakt. Wij zullen onderzoeken of voor de driejaarlijkse beschouwing van de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie hierbij kan worden aangesloten.

Overige Kamervragen

Verstrekken dossier aan nabestaanden voor second opinion over doodsoorzaak

Ten aanzien van de vraag van uw Kamer of een afschrift van het dossier door het OM kan worden verstrekt aan nabestaanden die een second-opinion willen vragen, merken wij het volgende op.

Voor het opvragen of inzien van (delen van) een onderzoeksdossier zijn de Aanwijzingen slachtofferzorg en Wet justitiële en strafvorderlijke gegevens van belang. Zoals in de brief van 13 maart jl. is toegezegd[14] , heeft het OM deze Aanwijzingen per 1 juli jl. gewijzigd. Het OM ziet het voor zichzelf als taak om zo open mogelijk te zijn naar nabestaanden die vragen en twijfels hebben. Ook in gevallen waarin niet of onvoldoende kan worden vastgesteld of sprake is van een misdrijf. Dit betekent dat op grond van de aangepaste Aanwijzingen nabestaanden in beginsel altijd inzage krijgen in het dossier. Hierbij houdt de officier van justitie wel rekening met de privacybelangen van derden en met de eventuele aanwezigheid van mogelijk schokkende afbeeldingen in het dossier. Daarnaast gaat de officier van justitie met de nabestaanden in gesprek over de vragen die zij hebben en over het verrichtte onderzoek.

Nabestaanden kunnen ook een verzoek doen tot verstrekking van (onderdelen uit) het dossier. De officier van justitie beoordeelt dit verzoek aan de hand van onder meer het oogmerk van de nabestaanden (is het voor eigen gebruik of bijvoorbeeld voor het doen bestuderen van het dossier door een externe deskundige) en de bescherming van de persoonsgegevens van anderen in het dossier, zoals eventuele getuigen of een verdachte.

Motie-Leijten

Op 22 februari 2017 heeft uw Kamer de motie van het lid Leijten[15] aangenomen, waarin het kabinet wordt gevraagd aan te geven hoe vaak het OM wordt ingeschakeld bij niet-natuurlijk overlijden als gevolg van mishandeling en hoe vaak dit leidt tot opsporing van de oorzaak. De mogelijkheden om deze motie uit te voeren zijn onderzocht.

De officier van justitie wordt bij ieder vermoeden van niet-natuurlijk overlijden benaderd voor het verkrijgen van een verklaring van geen bezwaar, waarmee de ambtenaar verlof kan verlenen tot begraving of crematie. Ieder niet-natuurlijk overlijden wordt door de gemeentelijke lijkschouwer al dan niet met bijstand van de politie onderzocht. Vervolgens is de vraag in hoeverre sprake is van een niet-natuurlijk overlijden door een misdrijf (moord, doodslag, openlijk geweld dan wel mishandeling de dood ten gevolge, etc.) en in hoeverre dit leidt tot opsporing van de oorzaak. Als sprake is van een vermoeden van een misdrijf wordt altijd een opsporingsonderzoek gestart met als doel waarheidsvinding. In beginsel wordt een gerechtelijke sectie verricht, tenzij dit geen strafvorderlijk doel dient. Als sprake is van een strafbaar feit wordt de vermoedelijke dader opgespoord en berecht. Hierover zijn geen landelijke cijfers beschikbaar.

---

[14] Kamerstukken II, 2017/18, 29 279, nr. 416.

[15] Kamerstukken II 2016-2017, 28 345, nr. 177

GGD Gelderland Zuid

Ministerie van OCW
Inspectie van het Onderwijs
t.a.v. de heer H. Faber
Postbus 2730
3500 GS UTRECHT

ons kenmerk: GGD GZ/1565.18/CV/ak
uw kenmerk:
datum: 31 oktober 2018
onderwerp: voortgang verplichte inspecties Kinderopvang en uitvoering toezicht op besluit voorschoolse educatie

afdeling: AGZ / TKO

e-mail: cvullings@ggdgelderlandzuid.nl

Geachte heer Faber,

Hierbij reageer ik op uw vragen d.d. 8 oktober 2018 omtrent de voortgang van de inspecties Kinderopvang en uitvoering toezicht Besluit Voorschoolse educatie in het werkgebied van GGD Gelderland-Zuid.

1. Wij verwachten dat wij in 2018 in onze regio alle voorzieningen kunnen inspecteren.

2. Omdat we iets achterliepen op de prognose die we hadden voor het halen van de inspecties, hebben wij eind september jl. wel enkele maatregelen getroffen om deze achterstand in te halen. Deze maatregelen variëren van extra inzet toezichthouders en prioritering in algemene werkzaamheden tot enige keuzes in de manier van uitvoeren van inspecties.
   Wat dit laatste betreft: GGD Gelderland-Zuid volgt de landelijke toetsingskaders, risicomodel en werkinstructies. Alle nieuwe/gewijzigde items voor 2018 hebben wij opgenomen in ons risico gestuurd toetsingskader.
   Vanaf begin oktober jl. hebben we afgesproken dat toezichthouders de volgende items niet meer standaard inspecteren bij groene en gele inspecties: Vaste Gezichten Criterium, Mentor Praktijk en Meldcode.
   Indien op een van deze onderwerpen in de inspectiegeschiedenis van de betreffende locatie of tijdens het inspectiebezoek, iets opvalt, wordt het item alsnog weer opgenomen.

3. Met ingang van 1 juli jl. voeren wij het toezicht uit op het per 1 juli 2018 aangepaste Besluit Voorwaarden kwaliteit voorschoolse educatie.

Ik vertrouw er op dat ik uw vragen hiermee voldoende heb beantwoord.

Met vriendelijke groet,

Dr. ir. M.N. Pieters
Directeur Publieke Gezondheid

GGD Gelderland-Zuid
Postbus 1120
6501 BC Nijmegen
www.ggdgelderlandzuid.nl
info@ggdgelderlandzuid.nl

Bezoekadres regio Nijmegen
Groenewoudseweg 275
6524 TV Nijmegen
T 088 - 144 71 44
F 024 - 322 69 80

Bezoekadres regio Rivierenland
Kersenboogerd 2
4003 BW Tiel
T 088 - 144 73 00
F 088 - 144 73 99

BIC /SWIFT: RABONL2U
IBAN: NL56.RABO.030.73.24.826
BTW: NL8003.34.930.B01
KvK: 09212724

Verwaarlozing, intimidatie en honger in zorginstelling C&S

Misstanden in de zorg Kwetsbare volwassenen én kinderen in een kleine Gelderse zorginstelling kregen weinig hulp, werden geïntimideerd en in sommige gevallen mishandeld. Waarom greep niemand tijdig in?

- Daan van Lent
- Ingmar Vriesema

23 november 2018

in het kort:
Bij een zorg-instelling in het Gelderse Rijswijk, Herstelcentrum C&S, is **jarenlang sprake geweest van verwaarlozing van bewoners**. Zij ontvingen niet de beloofde zorg, al kampten ze met psychoses, autisme, een angststoornis of post-traumatisch stresssyndroom.

Er verbleven ook kinderen bij C&S. Sommigen werden **hardhandig behandeld**. Een jongen van zes, epileptisch en zwakbegaafd, werd 's nachts opgesloten.

Toezichthouders beschreven in 2016 en 2017 misstanden in **vertrouwelijke rapporten**. Jeugdbeschermers, onbekend met de rapporten, **plaatsten vervolgens zes kinderen** bij C&S in Rijswijk.

Gemeenten hebben **beslag laten leggen op rekeningen** van C&S. De sociale recherche onderzoekt de financiële huishouding. De eigenaar van de instelling ontkent de beschuldigingen.

Vanaf de rand van het podium kijken de kinderen op naar Samantha Steenwijk, de kersverse finalist van *The voice of Holland*. Ze staat een paar meter van hen vandaan te zingen. Ook volkszanger Tino Martin treedt op. En de zusjes van O'G3NE: een jaar eerder nog op het Eurovisiesongfestival in Kiev, nu in de partytent van Herstelcentrum C&S in Rijswijk, gemeente Buren.

De instelling viert deze 18de mei 2018 – verlaat – de opening van een nieuw pand. Buiten de partytent staat een foodtruck. Mannen in bruinleren schorten serveren zalm, drumsticks, gespieste garnalen, sla met parmezaanse kaas. Volwassen bewoners van de instelling drinken gratis tapbier en wijn, en dansen en zingen mee met de artiesten. Als zich laat op de avond een polonaise vormt, hossen ze mee.
Eén week later, op 25 mei, rijden medewerkers van de jeugdbescherming hetzelfde instellingterrein op. Medewerkers en volwassen bewoners lopen op hen toe. De kinderen moeten hier weg? Nu? Ja, nu. Ze mogen wat van hun spulletjes mee, maar snel een beetje. Een paar minuten later lopen ze de parkeerplaats op met witte Action-tassen volgepropt met kinderkleding. Een magere bewoner haalt een jongetje met Barça-shirt van zijn schouder en draagt hem over aan een van de jeugdbeschermers. Het jongetje is in tranen. Twee kinderen, beiden zo'n acht jaar oud, omhelzen elkaar voordat ze elk in een auto verdwijnen. Negen maanden hebben ze hier gewoond, maakten ze vriendjes, gingen ze naar school. Nu worden ze afgevoerd.

Het einde van Herstelcentrum C&S is abrupt, maar komt niet onverwacht. Enkele weken eerder hadden de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd en het WMO-toezicht GGD Gelderland-Zuid na gezamenlijk onderzoek vernietigende rapporten uitgebracht over de instelling, die ook nog twee vestigingen in Tiel heeft. „De mix van patiënten is niet veilig voor vrouwen en kinderen." „Cliënten ontvangen geen of te weinig zorg waardoor hun problemen escaleren." „Cliënten worden onder druk gezet om te tekenen voor begeleiding die ze niet krijgen."
Een paar weken later vertrekken ook de volwassen bewoners. Het optreden van de Inspectie en jeugdbeschermers sterkt ze in een gevoel dat al jaren sluimerde: het is écht niet normaal wat hun is overkomen. Ze willen hun verhaal kwijt, zeker als ze

vermoeden dat de eigenaar een doorstart wil maken. Een aantal van hen zoekt contact met *NRC*.

OVER DIT VERHAAL

Half juni werd NRC benaderd door bewoners van Herstelcentrum C & S in Rijswijk en Tiel, die het verhaal wilden vertellen over hun zorg-instelling, die omstreeks die tijd werd gesloten op last van de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd. Het rapport op basis waarvan dat besluit werd genomen was al openbaar.

De afgelopen maanden is met zeven cliënten, vijf betrokken familieleden en vijf voormalige medewerkers van C&S in Rijswijk gesproken. Om hen te beschermen bij hun terugkeer in de samenleving of bij het krijgen van een nieuwe baan, blijven zij in het verhaal anoniem. Met oprichter en eigenaar van C&S, Carla van der Gun, is bijna anderhalf uur gesproken. Carla van der Gun ontkent de beschuldigingen: van hardhandigheid jegens bewoners tot het niet leveren van beloofde zorg en het onder druk laten tekenen van zorgdeclaraties. Zij vecht het opzeggen van de contracten door gemeenten aan in een gerechtelijke procedure, die nog loopt.

Ook met gemeente Buren is uitgebreid gesproken. Die gemeente trad ook op als woordvoerder voor andere Betuwse gemeenten, voor gemeente Nijmegen, voor GGD Gelderland-Zuid en voor de sociale recherche.

De onderzoeksrapporten van Inspectie en GGD Gelderland-Zuid hebben ook betrekking op de twee panden van C&S in Tiel. Het onderzoek van de krant heeft zich echter gericht op de locatie in Rijswijk, aanpalend aan het huis van Van der Gun.

Alle partijen hebben de mogelijkheid gekregen om te reageren.
We spraken met zeven oud-bewoners, vijf van hun familieleden en vijf oud-medewerkers over wat zich tussen 2007 en 2018 binnen de muren van C&S in Rijswijk heeft afgespeeld. De ernstige misstanden die zij noemen gaan veel verder terug dan uit de inspectierapporten blijkt. Uitbuiting en verwaarlozing. Manipulatie, hardhandigheid en opsluiting. En hoge, onterechte declaraties van zorggelden.

NRC onderzocht ook de rol van betrokken gemeenten en instanties. Informatie over misstanden blijkt bij relevante partijen lange tijd niet bekend te zijn geweest. Tegen

misstanden die wél bekend waren, hebben verantwoordelijken jarenlang niet opgetreden.
Oprichter en eigenaar van C&S is Carla van der Gun. Zij runt de organisatie en is hoofd van de hulpverlening. Ze heeft psychologie gestudeerd in Nijmegen en trainingen doorlopen in onder meer coaching en counseling. Tot 2005 had ze vijf jaar lang een eigen praktijk in Utrecht. Maar het werk daar vond ze onbevredigend. Na zestien sessies was de behandeling afgelopen – meer kreeg ze niet vergoed door de zorgverzekeraars – en een jaar later zag ze dezelfde cliënten opnieuw binnenlopen, weer verslaafd of weer lijdend aan dezelfde angststoornissen of borderline.

In 2005 betrekt Carla van der Gun met man en kinderen een boerderij in het Gelderse dorp Rijswijk, gelegen in de Neder-Betuwe. Daar wil ze kwetsbare mensen 'beschermd wonen' aanbieden en fulltime begeleiden op hun weg terug de samenleving in. Volwassenen met autisme kunnen er terecht, licht verstandelijk beperkten, mensen met een angststoornis of een verslaving. En in een veel later stadium ook kinderen, met een scala aan gedragsstoornissen. In 2016 opent C&S ook twee locaties in Tiel, een moeder- en kindhuis en een huis waar vooral verslaafde jongeren wonen.

1. De volwassenen

Begin 2016. Een twintiger uit Brabant weet niet meer waar hij het zoeken moet. Overwoog tot voor kort zelfmoord. Heeft een schuld van ruim 20.000 euro. Blowt. Loopt vast in zijn studie. Moet zijn huis uit omdat de huur te hoog is. Weegt maar 55 kilo, terwijl hij 1 meter 80 is.

Via via hoort hij over Herstelcentrum C & S. Carla van der Gun ontvangt hem met open armen. Ze kan hem helpen bij het oppakken van studie en werk, en bij het ordenen van zijn geldzaken. Hij kan bij haar in therapie en een voedingsprogramma volgen. Om af te kicken kan hij mogelijk naar Spanje, voor een 'herstelweek'.

De jongeman wil graag zelfstandig wonen. Ook dat kan. C&S bouwt aan een nieuw pand waar hij over ongeveer een half jaar een appartement kan betrekken, hoort hij. Tot die tijd kan hij terecht in een van de stacaravans in de achtertuin van Van der Gun. De jongeman, bijgestaan door zijn tante, gaat akkoord. Hij betrekt de caravan in april 2016.

De therapie laat op zich wachten. Het persoonsgebonden budget (pgb) is nog niet geregeld, hoort hij. „Kom eerst even rustig bij”, zegt Van der Gun. Als hij in juni eindelijk bij haar terecht kan, blijkt de therapie plaats te vinden in een kantoortje waar steeds andere cliënten binnenvallen. Van der Gun breekt de gesprekken vaak voortijdig af – „even dit telefoontje afhandelen”. Vaker nog verzet ze de afspraken.

Het voedingsprogramma komt er niet, schuldhulp blijft uit, verslavingshulp ook. Dat kan de jongeman moeilijk rijmen met de dingen die Van der Gun op 17 mei 2016 zei, toen ze hem chauffeerde naar een afspraak met de gemeente Nijmegen. Die gaat over het ‘beschermd wonen’ in de regio. Onderweg had ze hem toegesproken. Dat het nodig was „dingen aan te dikken” om de juiste zorg te krijgen.

Van de Gun voerde in Nijmegen het woord, en stelde zijn situatie veel erger voor dan die was, aldus de jongeman tegen NRC. Door ruzie zou hij geen contact meer hebben met zijn familie. Hij zou zwaar autistisch zijn, nog altijd zelfmoordneigingen hebben. Nijmegen verleende de jongeman de indicatie voor beschermd wonen. De gemeente ging ook persoonlijke verzorging en schoonmaakhulp vergoeden: zaken die hij niet nodig had en waar hij C&S nooit om had gevraagd, vertelt hij. De vergoeding voor C&S: zo’n 3.000 euro per maand.

Dat kwetsbare kinderen hun huis delen met volwassen bewoners met hun eigen sores – wietverslaving, psychoses – ziet de gemeente Buren op dat moment niet als onoverkomelijk

In ruil daarvoor krijgt de jongeman eigenlijk alleen een dak boven zijn hoofd. Een gebrekkig dak bovendien. De nieuwbouw verloopt trager dan beloofd, dus als de winter aanbreekt is hij nog steeds aangewezen op de stacaravan. Vocht komt door de wanden. Zwarte schimmelplekken tekenen zich af. Regen sijpelt door de naden: de jongeman wapent zich met een kitpistool. Hij koopt ook gasflessen van dik dertig euro per stuk om zich te warmen aan de gaskachel. Onder de deken draagt hij een wollen trui en „een à twee” trainingsbroeken.

Op zijn vragen antwoordt Van der Gun dat de nieuwbouw niet lang meer op zich laat wachten. Hard klagen doet de jongeman niet. Want, zo had Van der Gun hem duidelijk gemaakt: eigenlijk moet hij voor de caravan huur betalen. Maar omdat hij zoveel schulden heeft, hoeft dat niet. Voor zijn gevoel staat hij bij haar in het krijt. Dus wanneer die winter ook het dak van de caravan begint te lekken, klimt hij er zelf op, met materiaal dat hij zelf heeft betaald.

Er staan nog twee stacaravans in de achtertuin. Daar wonen een man en een vrouw, al bijna tien jaar. Ook bij hen is het plafond in de winter zwartbevlekt door vocht, ze hebben geen stromend water bij vorst. Ook zij hebben de manco's aangekaart. Maar Van der Gun reageerde niet echt. Of ze zei: ik heb ook twee jaar in een caravan gewoond. Tegen NRC zegt Van der Gun dat de caravans bij plaatsing „spiksplinternieuw" waren. Echter, op foto's van bewoners zijn verouderde caravans te zien.

Toch zijn ze niet geneigd te vertrekken. Vóór de caravan was hun leven al een aaneenschakeling van narigheid. Blijf-van-mijn-lijf-huis in, crisisopvang uit, in het geval van de vrouw. Ze lijdt aan adhd, autisme en borderline. Wonen in een aftandse caravan is dan zo gek nog niet. Bovendien kunnen ze er hun gang gaan. In welke crisisopvang kun je nou om half vier 's nachts de scheurende metal van Rammstein opzetten? En in welke zorginstelling kun je je ongestoord wijden aan je hobby taxidermie: het prepareren van dode aalscholvers, ratten, muizen en wat er verder zoal in de berm voor het oprapen ligt?

Voor in elk geval een van de caravanbewoners ontvangt C&S maandelijks 4.000 euro aan pgb-geld, zeker acht jaar lang.

Of het Van der Guns bedoeling was om bewoners bijna een decennium in een caravan te stallen, is de vraag. Zij heeft acht jaar gestreden voor toestemming om een nieuw pand op haar terrein te bouwen. Maar een bouwvergunning kreeg ze niet omdat de grond in het bestemmingsplan als 'agrarisch' was aangemerkt. Het „vergunningentraject" heeft inderdaad „lang geduurd", zegt de gemeente tegen *NRC*. Maar omdat Van der Gun een plan had ingediend dat er op papier goed uitzag en ze daarmee voorzag in een behoefte van een type opvang dat in de regio niet aanwezig was, werd het bestemmingsplan uiteindelijk terzijde geschoven.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is van 2007 tot in 2016 überhaupt niet op de hoogte van problemen bij C & S. Gemeente Buren wel: die weet vanaf 2010 dat C&S caravans heeft staan zonder vergunning. Pas in 2016 zien toezichthoudende ambtenaren er een van binnen. De caravan maakt een „verwaarloosde indruk, met risico's voor brandveiligheid". Brandmelders worden geïnstalleerd, en de brandweer geeft een vergunning af.

Het wonen in de caravan mag daarna nog even doorgaan: het nieuwe pand lijkt immers nu écht bijna af te zijn. In werkelijkheid duurt dat nog ruim een jaar.

In maart 2017 neemt C&S het nieuwe pand in gebruik. Het bestaat uit zes appartementen, zeven kleinere kamers, een woonvertrek en een keukentje. Van der Gun zegt dat ze er acht ton in heeft geïnvesteerd.

De caravanbewoners verhuizen erheen. Net als een groepje cliënten dat hun eerste jaar bij C&S heeft doorgebracht in een nabijgelegen woonboerderij. Deze mensen lijden aan een depressie, aan een paniekstoornis, aan een post-traumatische stress-stoornis.

Ook deze bewoners hebben gekozen voor C&S wegens de ruime mogelijkheden, naast de belofte van passende hulp. Kinderen zijn welkom; twee moeders nemen elk hun dochtertje mee. Huisdieren zijn toegestaan. Zelfs voor paarden is er plek, in de stal van Van der Gun. Voor één paardenbezitter reden om vanuit Groningen te verhuizen naar de Betuwe. Een Culemborgse paardenbezitter met een angst- en paniekstoornis kan haar geluk niet op: én hulp, én haar dochter mee, én haar paard. „Het lijkt wel een sprookje", zegt ze tegen een vriendin.

Maar eenmaal verhuisd blijkt de haar toegezegde intensieve exposure-therapie maar niet van start te gaan. Van der Gun zegt: „Ach meisje, maak je toch niet zo druk! Gun jezelf even de tijd om te wennen aan de situatie!"

Zo gaat het bij alle bewoners. Ze zitten in de woonkamer, kijken tv, praten en roken. Dagbesteding is er niet, op wat houtbewerking na, en pompoensnijden voor Halloween. Op de groep, van acht inmiddels, staat één begeleider, al dan niet bijgestaan door één stagiair.

Voor de bewoners is zonder uitzondering een breed scala aan zorg aangevraagd. Een vrouw met complexe PTSS heeft via C&S een indicatie lopen voor persoonlijke verzorging, voor dagbesteding, groepsbegeleiding en individuele begeleiding. Maar er is niemand die haar verzorgt of begeleidt. Dat hoeft ook niet. Ze kan het prima zelf. En dat weet C&S. Sterker, de zorginstelling rekent erop dat deze cliënt het pand mee schoonhoudt: in het 'schoonmaakrooster zomervakantie' staat ze ingeroosterd voor 'toilet beneden dames/heren', 'maandag t/m zondag'. Ook voor het koken staat ze zeven dagen per week ingeroosterd. Ze doet maandenlang de weekboodschappen voor de hele groep. C&S stelt een karig budget beschikbaar. 10 euro eetgeld per persoon per week, vertellen oud-bewoners en oud-medewerkers tegen NRC. Carla van der Gun zegt dat het budget hoger was.

Voor de bewoners komen elke maand duizenden euro's aan pgb-gelden terecht op de rekening van C&S. Van der Gun vraagt hun de urenbriefjes te ondertekenen. Ook voor niet-geleverde zorg. Bijvoorbeeld gedateerd in de maand vóór aankomst bij C&S. De paar bewoners die er wat van zeggen, krijgen een panklaar antwoord. „Dat is administratiegeld", zegt Van der Gun dan. Of: „De indicatie is al een maand eerder ingegaan."

Bij de begeleiders van C&S kunnen bewoners niet echt terecht met hun klachten. Van sommige medewerkers weten ze dat ze vertrouwelingen zijn van Carla van der Gun. Andere medewerkers zijn ook niet geneigd tot het aankaarten van misstanden bij de leiding. Ze voelen zich niet gehoord, en veel ervaring – en dus vergelijkingsmateriaal – hebben ze niet.

Zorgplannen en beleidsstukken in C&S Rijswijk worden gemaakt door een van de weinige medewerkers met een hbo-diploma. Dit is haar eerste baan in de zorg. Zij heeft net als andere begeleiders – mbo-opgeleid, maar lang niet altijd in de zorg – een tijdelijk contract. Ze zijn al lang blij dat ze een baan hebben, in een periode van overheveling van zorg naar de gemeenten, waarbij in 2015 door bezuinigingen tienduizenden banen verloren gingen. De arbeidscontracten lopen veelal via uitzendbureaus.

De psychiater die eens in de zes weken langskomt en medicijnen aan bewoners voorschrijft, is ook geen toeverlaat: bewoners staan vaak al na vijf of tien minuten

weer buiten, zeggen zowel zijzelf als oud-medewerkers. Vaak met een recept voor medicatie. De psychiater bevestigt noch ontkracht dit, desgevraagd.

Een cliëntenraad en klachtencommissie ontbreken in eerste instantie. Als die er wél komen, in 2017, voelen bewoners zich nog steeds niet gehoord. Voorzitter van raad en commissie is een oude vriend van Van der Gun. De man, zonder zorg-ervaring, is tevens vertrouwenspersoon van het personeel.

Als de bewoners al verhaal halen, wenden ze zich dus tot Van der Gun zelf. Maar dat heeft een prijs, zoals de Brabantse twintiger merkt. Als hij het woonhuis van Van der Gun binnenloopt om te protesteren tegen het tekenen van zorg-uren op dagen die hij „zeker weten" heeft doorgebracht bij familie in Brabant, krijgt hij te maken met de man van Van der Gun. Hij heeft lang gewerkt als uitsmijter in het uitgaansleven. „Niet zo zaniken over de uren" zegt hij. En als de jongeman doorzet: „Nu sodemieter je maar op!" Hij pakt hem bij de bovenarmen en smijt hem hardhandig het pand uit. De „vliegles", noemt de jongen het daarna. Hij vertelt het zijn tante, die mailt dat een „gemeend excuus" op zijn plaats is. Van der Gun biedt de excuses direct aan. Ze spreken af dat het regelen van zijn declaraties niet meer via haar man zal lopen. Een afspraak die ze niet zal nakomen.

De jongeman tekent voortaan de door C&S ingevulde declaraties. „Ze dreigden me op straat te zetten als ik het niet deed", zegt hij. „Ik kon geen kant op. En dat wisten ze." Ook andere bewoners ondervinden de gevolgen van klagen: een vrouw die uit protest weigert haar urenbriefjes te ondertekenen, moet – vijf maanden na aankomst bij C&S – vertrekken. „Via mijn advocaat is dat toen uitgesteld."

2. De gemeenten

Bij de gemeente Buren ontstaat in de eerste maanden van 2016 argwaan. De gemeente heeft net een zorgcontract met C&S afgesloten, net als andere Betuwse gemeenten. Vanaf 2015 zijn zij door de decentralisatie van zorgtaken door het Rijk verantwoordelijk voor de inkoop van Wmo-zorg zoals begeleiding en dagbesteding.

Het valt Buren op dat C&S voor zo'n kleine instelling een wel heel rijk geschakeerde verzameling complexe zorg zegt te kunnen leveren. De gemeente seint GGD

Gelderland-Zuid in, Wmo-toezichthouder van de regio. De GGD heeft in april 2016 al van „verschillende kanten” signalen ontvangen over C&S.

De GGD-toezichthouders bezoeken C&S in Rijswijk en Tiel in mei 2016 en schrijven een maand later een vertrouwelijk rapport. Er zijn 22 „verbeterpunten”. Dat er geen klachtencommissie is. Dat er onvoldoende geschoolde medewerkers zijn, en hun opleidingseisen niet staan geformuleerd. Dat in Tiel vrouwen en hun kinderen niet op aparte groepen verblijven, maar bij mannelijke bewoners.

Een herhaalbezoek begin 2017 leidt in mei dat jaar tot een tweede GGD-rapport, waaruit blijkt dat de zorg ver ondermaats is.

Hoe zorgwekkend ook, uit beide GGD-rapporten spreekt niet het grote alarm dat je zou verwachten bij een instelling die bewoners structureel zorg onthoudt, klachten bagatelliseert en mensen intimideert en zelfs mishandelt.

Wat mogelijk meespeelt: de GGD heeft haar inspectieronde zowel in 2016 als in 2017 aangekondigd. „Als de GGD op inspectie kwam, dan stonden er altijd twee begeleiders op de groep in plaats van één”, zegt een bewoner.

Waar inspecteurs en gemeenten ook mee te maken hebben in het contact met C&S is het talent van Carla van der Gun om zaken mooi voor te stellen. Een gave die iedereen die haar kent, onderschrijft. „Ze heeft een mooi verhaal”, zegt een gemeenteambtenaar van Buren. „Een verhaal vol visie en idealen.” Een ex-bewoner: „Ze kan nog ijs verkopen aan een eskimo.” Een voormalig medewerker: „Ze was goed in de acquisitie van cliënten, en bedacht dan pas: wat moet ik met ze doen?”

Los daarvan is het „niet zo eenvoudig”, aldus gemeente Buren, om in te grijpen bij een instelling voor wonen én zorg voor volwassenen. Onderdak elders is voor de „kwetsbare doelgroep” niet zomaar gevonden, en mensen hebben „zelfbeschikking”, ze kunnen zelf bepalen of ze gaan of blijven. „Dus er is veel aan gelegen, als mensen dat zelf willen, om te kijken of je daar de zorg kan verbeteren”, zegt wethouder zorg Daan Russchen (PvdA) terugkijkend – hij trad eind mei 2018 aan.

Opvallend genoeg verspreiden de GGD, Buren en andere betrokken Gelderse gemeenten de rapporten uit 2016 en 2017 niet onder derden, gewoon omdat dat „beleid” is bij rapporten van het Wmo-toezicht in Gelderland-Zuid.

Dus als een medewerker van Jeugdbescherming Gelderland in de zomer van 2017 een verkennend werkbezoek brengt aan C&S in Rijswijk, vermoedt hij niets. Sterker: de visie van C&S, met verve gebracht door Carla van der Gun, stemt hem positief: hier zouden kwetsbare kinderen die het thuis niet redden goed tot hun recht kunnen komen.

Heeft u kennis over soortgelijke misstanden bij zorginstellingen?

Spelen dit soort misstanden ook bij andere zorginstellingen? NRC hoort het graag als u, als (oud-)client of -medewerker daar weet van heeft, of van niet-tijdig optreden van toezichthoudende instanties zoals gemeenten of inspectie.

Ja, dat heb ik

3. De kinderen

„Jullie hebben een goede stap gezet”, zegt Carla van der Gun tegen de vader en stiefmoeder van twee Arnhemse jongetjes. Het is september 2017, het kantoortje van C&S in Rijswijk. Van der Gun – chique gekleed, het haar vastgezet in een clip – blijkt in oplossingen te denken.

De vader en stiefmoeder zijn uitgeput geraakt in de negen maanden dat de twee jongens bij hen wonen na een verblijf in een pleeggezin. Vooral hun jongste zoon, zes jaar oud, misdraagt zich aan één stuk door. Vazen stukgooien, papegaai Rico pesten. Piemel uit de broek halen en plassen op het bed van zijn broer. Zijn juf staat dertig jaar voor de klas, maar nooit heeft een kind haar zo afgemat. Hij loopt weg, spookt door de gangen, slaat dagelijks klasgenootjes.

Een schoolwissel helpt niet. Hij pakt een schep op het schoolplein, loopt een andere klas binnen en haalt uit naar de vijand van die dag.

De jongen heeft niet alleen adhd, een hechtingsstoornis en de verstandelijke vermogens van een driejarige, hij is bovendien epileptisch. Medicijnen voorkomen niet

dat hij regelmatig aanvallen krijgt. Hij trilt, schuimbekt en verkrampt. Zijn broer, acht jaar oud, heeft ook adhd, en een gedragsstoornis.

Jeugdbescherming Gelderland vindt niet één-twee-drie een geschikte plek. Meerdere jeugdzorginstellingen houden opname af: ze weten raad met twee of drie van hun aandoeningen, niet met de hele reeks. Dan noemt iemand C&S. De vader en stiefmoeder bezoeken de website. „Begeleiding bij psychische of sociale problemen", lezen ze. „Een plan op maat." „Voor alle leeftijden." En nog in Gelderland ook.

Zeker, horen ze Carla van der Gun in haar kantoortje zeggen, het jongetje kan zijn elders gestarte speltherapie hier voortzetten. Zij kan die geven. En tuurlijk, één-op-één-begeleiding is essentieel, komt voor elkaar. De grote broer kan terecht in het huis met de andere bewoners, de kleine kan intrekken bij haar, haar man en hun kinderen. Opgelucht rijden vader en stiefmoeder weg uit Rijswijk. Eindelijk! zeggen ze geëmotioneerd tegen elkaar. Eindelijk hebben we een goede plek voor onze jongens gevonden!

C&S vangt vanaf de zomer van 2017 meer kinderen op. Volgens Van der Gun begon dat als „crisisopvang", dat door plaatsgebrek elders uitliep op een langdurig verblijf. Drie broertjes van ongeveer twee, vier en zes jaar oud komen in het pand in Rijswijk terecht. Twee Syrische kinderen en hun moeder, die kampt met een psychiatrische aandoening. Een jonge tiener die zichzelf mutileert, houdt van het zwaaien met messen, en steeds scheldt met „kanker" en „homo". Er komen zo'n vijf kinderen met ouders naar Rijswijk, en zo'n vijf kinderen zonder.

Het in huis nemen van kinderen alarmeert gemeente Buren niet. „In die periode waren er voldoende redenen om aan te nemen dat C&S haar kwaliteit zo aan het verbeteren was dat het zich zou oplossen", zegt wethouder Russchen.

Uit het tweede GGD-rapport, uit 2017, kwam geen eenduidig negatief beeld naar voren, zegt hij. Zeker, de instelling had tal van 'verbeterpunten' niet doorgevoerd en er waren zes nieuwe bijgekomen, maar dertien andere waren wél doorgevoerd. „Dat maakte het verwarrend", aldus Russchen. De wethouder denkt bovendien dat „onwennigheid" heeft meegespeeld: de zorgtaken lagen nog maar nét bij gemeenten.

Dat kwetsbare kinderen hun huis delen met volwassen bewoners met hun eigen sores – wietverslaving, psychoses – ziet Buren op dat moment niet als onoverkomelijk. De wethouder benadrukt dat de kinderen „niet langer thuis konden blijven”. En „voor de goede orde”, zegt hij: „Een gemeente kan een jeugdbeschermingsinstantie niet verbieden kinderen te plaatsen.”

Maar Jeugdbescherming Gelderland heeft bij plaatsing van de kinderen nog steeds geen weet van de zorgelijke GGD-rapporten. Een reeks aan Gelderse gemeenten heeft zorgcontracten met C&S – dat impliceert dat de instelling voldoet aan hun kwaliteitseisen. Jeugdbescherming Gelderland weet dat de kinderen in één pand zitten met volwassenen, maar denkt dat de kinderen in „aparte groepen” belanden, zegt de organisatie tegen *NRC*. Jeugdbescherming Gelderland wordt hofleverancier van C&S: vanaf de zomer van 2017 plaatst de organisatie te Rijswijk zes kinderen.
En zo komen in het pand tien veelal gedragsgestoorde kinderen bij acht volwassenen te wonen. De begeleiding wordt niet uitgebreid: een groep van achttien met één begeleider. Soms bijgestaan door een stagiair; soms is die stagiair de enige begeleider. Die aan niets anders toekomt dan het runnen van het huishouden. Broodjes smeren voor ontbijt en school. Helpen met douchen. Halen en brengen van de schoolgaande kinderen. De was doen. Kinderen naar bed brengen. Professionele hulp blijft uit. Vier medewerkers van C&S hebben geen zorgopleiding gehad. Voor vrijwel geen van de kinderen is er een volwaardig zorg- of begeleidingsplan. En basale veiligheidsmaatregelen ontbreken: onderaan de trap is geen traphekje, stopcontacten binnen het bereik van kinderhandjes zijn niet afgedekt en om de sloot net buiten het terrein zit geen hek.

De volwassenen zien de woonkamer, keuken en gangen veranderen in wat één van hen beschrijft als „grote chaos” en een ander als een „oorlogsgebied”. „Kinderen die elkaar de hoofden inslaan.” „Constant geschreeuw.” „Alleen maar knokken.”

Eén volwassen bewoner lijdt in het bijzonder. „Zwaar psychiatrisch”, noemen medewerkers en medebewoners haar. Zelf noemt ze zich ‘misofoon’ – hoogst intolerant voor een reeks geluiden. Zoals het geschreeuw van kinderen, dat ze probeert buiten te sluiten door het dragen van een ‘*noise cancelling*’-hoofdtelefoon. Maar op slechte momenten werpt de vrouw zich op de vloer en begint heen en weer te rollen. Iedereen ziet het gebeuren. De kinderen ook. En iedereen hoort haar schreeuwen.

„LAAT ME MET RUST!” of: „IK HEB EEN HERSENBLOEDING!” en: „IK WORD GEK!”
Ook de andere bewoners lijden onder de chaos. Een vrouw met autisme draagt oorkappen die gangbaar zijn in de bouw. Ze slaapt er zelfs mee. „Anders word je om half zeven uit bed geschreeuwd.” Wietverslaafden gaan meer blowen. De bewoner met PTSS denkt door het geschreeuw tegen kinderen terug aan haar „eigen jeugd, aan dingen die niet prettig waren”. Een bewoner met autisme grijpt meermaals in. „Als twee elkaar de hersens inslaan, dan ga ik ertussen. Ja, sorry hoor. En als die kleine van twee naar de sloot loopt, dan ga ik erachteraan.”

Dezelfde bewoner grijpt een van de kinderen op een dag vast en duwt het „op onvriendelijke wijze” tegen een kastje aan. „Je wordt het irritante gedrag op een gegeven moment gewoon zat.” Ook door een medewerker worden kinderen soms met harde hand aangepakt, vertellen meerdere bewoners tegen NRC. Luistert een kind slecht, dan pakt hij het bij de arm, de keel of de nek en sleurt hij het kind naar boven. Slaan komt ook voor. Soms worden kinderen door de kamer gesmeten. Een tiener, vertelt een bewoner, loopt „best wel rood aan” als hij bij de strot wordt gegrepen en een paar seconden later met zijn hoofd tegen een paal wordt geslagen.

Het eetgeld blijft 10 euro per persoon. Keer achttien is 180 euro voor alle bewoners, per week. Alleen moeten er nu ook luiers, billendoekjes, kindertandpasta en wasmiddel van worden gekocht. Als de kinderen naar school zijn en de volwassenen ’s ochtends de keuken binnenlopen, is het brood vaak op. Fruit is er ook te weinig. De pubers hebben ’s avonds honger.

Carla van der Gun is zelden in het pand. Haar man wel. Hij brengt niet alleen de kinderen naar school, hij verstrekt hun ook hun medicijnen. Hij heeft geen enkel zorgdiploma en doet veel van de slaapdiensten, als hij althans niet de slaapdienst doet in de panden in Tiel. Als de GGD op inspectie komt, bezweert Van der Gun een van de bewoners dat ze moet zeggen dat hij alleen maar de kinderen van en naar school rijdt.

Het epileptische, zesjarige jongetje uit Arnhem dat één-op-één begeleiding zou krijgen, neemt Van der Gun zoals afgesproken bij haar en haar man in huis. Althans,

de eerste weken. Zo lang houden ze het uit. Dan plaatsen ze hem, zonder overleg met zijn vader en stiefmoeder, in het huis met de anderen.

’s Avonds spookt het jongetje door de gangen en klopt hij op deuren. Dus past C&S het beleid aan: de dienstdoende medewerker doet hem ’s avonds een luier om en draait zijn slaapkamerdeur op slot. Het jongetje beukt dan eerst een tijdje tegen de deur aan en schreeuwt het uit, dat hij zeker niet gaat slapen, en dat hij bang is in het donker. Maar na een tijdje wordt het vanzelf rustig – epileptische aanvallen daargelaten. De volgende dag stinkt de hele kamer naar poep en pis. Het jongetje zelf ook. Andere kinderen bij C & S beginnen hem uit te schelden voor „bacterie”. Ook ’s middags sluiten medewerkers hem op den duur op om hem een ‘tukje’ te laten doen.

Als hij niet opgesloten zit, ontglipt hij geregeld aan de aandacht. Hij wordt gebeten door een hond die losloopt op het terrein. Een etterende wond is het gevolg. En hij is vaak zoek. Dan blijkt hij in de hooiberg te liggen. Of in de mestvaalt. Of hij fietst de sloot in.

Tussen mei en december 2017 komen „veel nieuwe signalen” over misstanden binnen bij gemeenten. Maar volgens wethouder Russchen konden ze met de informatie die ze toen hadden „niet tot het oordeel komen dat de acute veiligheid van kinderen in het geding was”. Ze stellen C&S half december niettemin een eis: op 10 maart 2018 moet de zorg écht op orde zijn.

Jeugdbescherming Gelderland weet daar niets van. Maar jeugdbeschermers gaan ook zelf langs bij de door hen geplaatste kinderen. Gevraagd wat de organisatie in het najaar van 2017 zelf heeft gemerkt van misstanden, zegt deze dat voor „de meeste kinderen” de plaatsing „naar tevredenheid” verliep. Slechts bij „een paar kinderen” ontstonden er „gaandeweg vraagtekens of de zorg goed was.”

De stiefmoeder van de twee Arnhemse jongetjes denkt te weten waarom veel kinderen tevreden waren. „Het was permanent apekooien bij C&S. Er waren geen regels, geen normen en waarden. Onze oudste vond het prachtig.”

Over de jongste maken ze zich veel zorgen. Als ze hem een weekend mee naar huis nemen, zien ze dat hij eten uit een winkel steelt. „We zijn veel van hem gewend, maar dit hadden we nog nooit meegemaakt. Hij had gewoon honger!”

Over hun jeugdbeschermer, verantwoordelijk voor de veiligheid van de jongens, zijn ze kritisch. Ze zou hun zorgen bagatelliseren. In de eerste zeven maanden zou ze slechts twee keer bij C&S zijn langsgeweest. Ze zou de ouders zelfs hebben aangeraden trauma-therapie te volgen, omdat ze zo moeilijk los konden komen van hun kinderen. Jeugdbescherming Gelderland bevestigt noch ontkracht dit: „Wij gaan niet in op de concrete werkuitvoering van onze individuele medewerkers."

Begin maart ontsnapt het jongetje, dat geen zwemdiploma heeft, opnieuw aan de aandacht van de staf. Een begeleidster zoekt buiten het terrein. Ze loopt een pad af, een hek langs en de dijk over naar het Amsterdam-Rijnkanaal. Daar ligt hij. Op de natte basaltkeien van de schuin aflopende oever. Beentjes boven, en zijn hoofdje, half in het water, beneden. Bewusteloos. De begeleidster en een toegesnelde tiener van de instelling brengen hem terug, het jongetje komt weer bij. De begeleidster is in shock, merkt een bewoner: ze gilt het uit, zet het jongetje op zijn kamer in zijn natte kleding, draait zijn deur op slot en brengt verslag uit aan Carla van der Gun. Binnen het uur gaat de deur open: hij lijkt weer de oude. Een ambulance wordt niet gebeld, over het voorval mag niets bekend worden. Alleen dat hek: dat moet voortaan maar dicht.

Een paar weken later komen de toezichthouders van de GGD opnieuw bij C&S langs. Dit keer onaangekondigd en met de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd, omdat nu ook kinderen bij C&S verblijven. De conclusies zijn nu wél alarmerend, al komt het voorval met het jongetje niet ter sprake. Cliënten worden „onder druk gezet om te tekenen" voor niet ontvangen begeleiding. Cliënten worden „geïnstrueerd" misstanden te verzwijgen. Medewerkers hebben „onvoldoende zicht" op de veiligheid van kinderen. En dat is „risicovol" want kinderen verblijven er „zonder ouders" en samen met „volwassenen met uiteenlopende problematiek". Aldus de conclusie van de Inspectie, acht maanden na plaatsing van de eerste kinderen en kort na een bijna-verdrinkingsdood.

Met deze rapporten is de weg naar het einde van C&S ingezet. Rond 20 maart schrijven acht Betuwse gemeenten aan betrokken zorgaanbieders dat „er geen nieuwe cliënten mogen worden doorverwezen". Dat is het moment waarop Jeugdbescherming Gelderland te weten komt dat toezichthouders C&S al sinds 2016 kritisch volgen. In april besluiten de gemeenten Tiel en Buren hun zorgovereenkomsten met C&S op te zeggen.

Op 17 mei praat Van der Gun met de gemeenten Tiel en Buren. Ze zegt dat ze het toezichtsrapport nog niet heeft gezien. Toen de postbezorger ermee langskwam, zou er niemand thuis zijn geweest: het zou op het postkantoor liggen. Ze denkt met de wethouders die dag afspraken te maken om cliënten elders onder tebrengen. Maar als ze thuiskomt, blijken de gemeenten al bij alle cliënten in Tiel en Buren een brief bezorgd te hebben, dat zij vóór 1 september „een nieuwe oplossing" moeten vinden.

Gemeenten en jeugdbeschermers zijn achter de schermen dan al hard bezig om nieuwe plekken te regelen voor de kinderen en volwassenen. Er zal hun minder tijd gegund zijn dan gedacht: bij een bezoek van de Inspectie en jeugdbeschermers op 24 mei wordt een personeelstekort geconstateerd in Rijswijk. De veiligheid van bewoners kan niet meer worden gegarandeerd, vindt men. De kinderen moeten weg.

Daan Russchen treedt net die dag aan als wethouder. „Mijn eerste werkdagen had ik me anders voorgesteld", zegt hij. „Ik was alleen maar bezig uit te vinden wat er bij C&S was gebeurd. De Inspectie gaf aan dat nu de veiligheid van bewoners in het geding was. We konden niet anders doen dan ingrijpen." Op 25 mei, een week na het 'openingsfeest', worden de kinderen weggehaald. Buren en Tiel mogen van de rechter beslag leggen op rekeningen van C&S. De sociale recherche is een onderzoek gestart naar de financiële administratie. Hun bevindingen, indien gedeeld met het OM, zouden kunnen leiden tot strafrechtelijk onderzoek.
De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd schrijft eind mei in een laatste rapport eventuele nieuwe zorginitiatieven van de eigenaar van C&S scherp in de gaten te houden. Geen overbodige luxe, want er lijkt sprake van een doorstart. De registratie van C&S bij de Kamer van Koophandel is onder hetzelfde nummer gewijzigd in 'Solutions in Care'. Het geregistreerde adres is in Woerden: het adres van uitzendbureau Romi, dat eerder personeel van de C&S-locatie in Tiel onder contract had.

Van der Guns naam komt bij de Kamer van Koophandel niet meer voor, de bestuurder is 'Kanaalweg Vastgoed' dat weer schuilgaat achter Administratiekantoor Kanaalweg Vastgoed. Een website is in de lucht. Er wordt 'beschermd wonen' aangeboden. En moeder- en kindopvang. En jeugdzorg. Er zijn al advertenties voor personeel verschenen, voor de regio-Tiel.

Van der Gun heeft nog kosten: de huurpanden in Tiel, het grote pand in Rijswijk dat ze zelf heeft laten bouwen. „Dat is een financiële strop. Dus ik dacht: wat moeten we nu?” Gevraagd of ze betrokken is bij Solutions in Care ontkent ze, waarna ze toevoegt: „Nou ja, van een grote afstand.” Er is een bestuurder, vertelt ze, en een zorgmanager. „Die zijn ermee bezig.” De personeelsadvertenties leidden tot een telefoontje van de Inspectie. „Heel apart. Er is nog niets. Ik snap niet dat men er zo bovenop zit.”

Na een publicatie in *De Gelderlander*, vooral over de huizen in Tiel, voelt ze zich door het slijk gehaald. Ze verwijt de bewoners ondankbaarheid. „Je moest eens weten hoeveel ik voor hen heb gedaan. De tijd en energie die ik erin heb gestoken. De sprongen die ze hebben gemaakt om weer op eigen benen te staan. En dan in één keer is alles negatief.”
Volgens Van der Gun is de negativiteit pas gaan opspelen toen de gemeente en Inspectie ingrepen en haar op afstand zetten van de bewoners. Ze ontkent alle beschuldigingen: van de genoemde hardhandigheid tot het onder druk laten tekenen van zorgdeclaraties. Bewoners hebben wél zorg ontvangen, stelt zij. Volgens haar hebben sommige bewoners „bij herhaling zorg afgewezen”.

Op het feest van 18 mei kijken betrokkenen met afgrijzen terug. Gemeente Buren moest Van der Guns vergunningaanvraag voor de feestelijkheden wel goedkeuren: ambtenaren konden tot hun frustratie geen afwijzingsgrond vinden. En Carla van der Gun kon het feest niet meer afgelasten: de artiesten waren al geboekt, de catering besteld, de partytent stond klaar. „Kun je je voorstellen hoe het is om daar te staan?”, zegt Van der Gun. „Ik ging dood. Maar ik moest wel.”

En dus is het feest, die 18de mei. Van de bewoners uit Tiel en Rijswijk komt maar de helft opdagen. Zij die er wel zijn, besluiten er het beste van te maken.„Eindelijk genoeg te eten!”, grappen ze. De vrouw die elf jaar bij C&S woonde, drinkt een biertje of zeven en maakt een pgb-rekensom. „Proost!”, roept ze. „Mijn biertjes vanavond kosten 67.000 euro per stuk.”

Tips? onderzoek@nrc.nl

-

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

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

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

Kenmerk
1449263-180690-PG

Bijlage(n)
1

Uw brief

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

Datum 19 november 2018
Betreft Verder met vaccineren

Geachte voorzitter,

Met vaccinaties wil de overheid de samenleving zo goed mogelijk beschermen tegen ernstige infectieziekten. Epidemieën van infectieziekten zoals polio, mazelen en rodehond, die nog niet zo lang geleden regelmatig en op grote schaal voorkwamen, kunnen we voorkomen dankzij het Rijksvaccinatieprogramma. Dat vind ik een groot goed. In Nederland kiest het overgrote deel van de ouders er gelukkig voor om hun kind te laten vaccineren. Uit het RIVM rapport 'Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma Nederland 2017'[1] blijkt echter dat de vaccinatiegraad[2] voor vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma voor het derde achtereenvolgende jaar licht is gedaald, met 1% ten opzichte van het voorgaande jaar. Bij de HPV-vaccinatie is sprake van een daling van 8%: slechts 46% van de meisjes laat zich vaccineren. Hoewel de gemiddelde percentages voor de meeste vaccinaties nog boven de 90 procent liggen, vind ik de waargenomen daling een zorgelijke ontwikkeling. Daarom schrijf ik deze brief.

In de afgelopen eeuw is het aantal ziekte- en sterfgevallen als gevolg van diverse infectieziekten drastisch afgenomen. Hierdoor worden we in Nederland nauwelijks meer geconfronteerd met grote uitbraken of de ernstige gevolgen die deze infectieziekten kunnen hebben voor een individu of de samenleving. Vaccinaties hebben daar een belangrijke bijdrage aan geleverd. Recent onderzoek laat zien dat het Rijksvaccinatieprogramma vanaf de invoering in 1957 duizenden sterfgevallen heeft kunnen voorkomen[3]. Hierbij treedt evenwel een paradoxaal effect op: juist doordat de meeste infectieziekten nauwelijks meer zichtbaar zijn, neemt ook het geloof in nut en noodzaak van vaccinatie in de samenleving af.

---

[1] Tweede Kamer 2017-2018, Kamerstuk 32793, nr. 315.

[2] Met de vaccinatiegraad wordt hier het percentage zuigelingen verstaan dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma. Dat wil zeggen dat deze groep alle vaccinaties (DKTP-Hib-Hep B-Pneu-BMR-Men C) volgens het RVP-schema toegediend heeft gekregen voor het bereiken van de tweejarige leeftijd.

[3] Van Wijhe, M. (2018). The public health impact of vaccination programmes in the Netherlands: A historical analysis of mortality, morbidity, and costs. Thesis. University of Groningen.

Dit stelt ook de Externe Adviescommissie Vaccinatiebereidheid (Commissie Seydel) in het rapport 'In gesprek over vaccineren'[4]. De commissie geeft aan dat er geen eenduidige oorzaak voor de dalende vaccinatiegraad is aan te wijzen en dat deze niet is toe te schrijven aan een bepaalde regio of religieuze overtuiging. Ook in de landen om ons heen zien we dat steeds minder ouders hun kind laten vaccineren. De recente mazelenuitbraak in enkele Europese landen[5] is daar een gevolg van. Uit Europees onderzoek blijkt dat mensen verschillende motieven hebben voor het niet laten vaccineren. Voorbeelden daarvan zijn zorgen over de veiligheid van vaccins, de overtuiging dat vaccins niet werken, of het beeld dat het risico om een infectieziekte op te lopen waartegen gevaccineerd wordt klein is[6].

Het belang van vaccineren

Het is goed om met elkaar het gesprek aan te gaan over vaccinaties en de vragen en zorgen die er leven. Ik benadruk in deze brief dat ik ervan overtuigd ben dat het Rijksvaccinatieprogramma deel uitmaakt van de gezonde start die we alle kinderen in Nederland mee willen geven. Naast de individuele bescherming die vaccins bieden tegen bepaalde infectieziekten, zijn ze ook belangrijk om de verspreiding van infectieziekten in de samenleving tegen te gaan. Wanneer veel mensen zijn gevaccineerd en er dus sprake is van een hoge vaccinatiegraad, kan een infectieziekte zich minder goed verspreiden in de samenleving. Kinderen die nog te jong zijn voor een vaccinatie en volwassenen die nog niet zijn gevaccineerd, of om medische redenen niet gevaccineerd kunnen worden, hebben dan minder kans om een infectieziekte op te lopen. Door vaccinatie beschermt men niet alleen zichzelf, dankzij groepsbescherming dient het ook een collectief belang.

Daarbij hebben vaccinaties ook een positieve invloed op het terugdringen van antibioticagebruik. Vaccinaties dragen bij aan een afname van het aantal bacteriële infectieziekten, waardoor minder antibiotica nodig is voor de bestrijding. Zo helpen vaccinaties voorkomen dat bacteriën resistent worden voor antibiotica.

Vaccinatiealliantie

Zoals gezegd maak ik mij zorgen om de dalende vaccinatiegraad en wil ik maatregelen nemen om deze trend te keren. In dit kader heb ik de afgelopen weken gesprekken gevoerd met verschillende betrokkenen. De ervaringen en inzichten van velen – ouders, artsen, dienstverleners, experts en belangenorganisaties – sterken me in de overtuiging dat we over een solide basis beschikken om met elkaar het goede gesprek te voeren over vaccinaties en dat we nog meer rendement kunnen behalen door de samenleving gezamenlijk aan te spreken op haar verantwoordelijkheden. Ik wil daarom alle partijen die het belang van vaccinaties willen onderstrepen uitnodigen om deel te nemen aan een vaccinatiealliantie.

---

[4] Externe Adviescommissie Vaccinatiebereidheid (2018). 'In gesprek over vaccineren.' Bijlage bij TK 2017-2018, Kamerstuk 32793, nr. 315.

[5] In Frankrijk, Griekenland en Italië werden in de eerste zes maanden van dit jaar al meer dan 1000 mazeleninfecties per land gerapporteerd. In enkele landen buiten de EU (Servië, Oekraïne en Rusland) waren deze aantallen nog hoger.

[6] Karafillakis E., Larson H.J., consortium A (2017). The benefit of the doubt or doubts over benefits? A systematic literature review of perceived risks of vaccins in European populations. *Vaccine* 35 (37): 3830-50.

Zo kunnen ze een bijdrage leveren aan de maatregelen die ik in deze brief uiteenzet. Ik verwacht dat deze krachtenbundeling leidt tot meer zichtbaarheid voor het belang van vaccinaties. Mijn voornemen is om begin 2019 van start gaan met de alliantie en ik zal deze de komende periode faciliteren.

Het is belangrijk om ons te realiseren dat de vaccinatiegraad in Nederland nog steeds hoog is in internationaal perspectief. Er is nu nog geen sprake van een acuut risico op een uitbraak. Ik acht verstrekkende maatregelen met een meer verplichtend karakter, waaronder als uiterste maatregel een vaccinatieplicht, disproportioneel bij de huidige vaccinatiegraad. We beschikken bovendien over onvoldoende gegevens over de effectiviteit van dergelijke verplichtende maatregelen. Daarnaast hecht ik veel waarde aan grondrechten als het recht op lichamelijke integriteit en onaantastbaarheid van het lichaam. Mocht de daling van de vaccinatiegraad echter aanhouden, en daarmee de volksgezondheid in gevaar brengen, dan zal ik meer verplichtende maatregelen in overweging moeten nemen. Op dit moment zie ik nog voldoende ruimte om met andere maatregelen de vaccinatiebereidheid en het draagvlak voor het Rijksvaccinatieprogramma te vergroten.

Zes actielijnen voor vaccinatiebereidheid
Het Rijksvaccinatieprogramma is toegankelijk voor alle kinderen tot achttien jaar. Om laagdrempelige toegang tot het Rijksvaccinatieprogramma nog beter te waarborgen, zijn door mijn ambtsvoorganger al enkele maatregelen genomen[7]. In de contactmomenten van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) is bijvoorbeeld meer ruimte voor professionals om voorlichting te geven over het Rijksvaccinatieprogramma en in te gaan op mogelijke vragen over vaccineren. Daarnaast heeft het RIVM in 2017 een *e-learning* beschikbaar gesteld met verdiepende scholing voor professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. Meer dan duizend professionals hebben de *e-learning* inmiddels gevolgd en waarderen deze met een 8,3 gemiddeld. In aanvulling op bovengenoemde maatregelen wil ik in ieder geval verder inzetten op de volgende actielijnen:

1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie
2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
3. Rol van professionals verder versterken
4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
5. Meer aandacht voor HPV
6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang

1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie
Ik vind het heel belangrijk dat ouders hun afwegingen altijd kunnen baseren op betrouwbare informatie over vaccinaties. De vindbaarheid van die basiskennis is bepalend voor de gesprekken die ouders onderling en met professionals voeren. Samen met het RIVM werk ik doorlopend aan verbetering van begrijpelijke en toegankelijke informatie over vaccinaties, bijvoorbeeld via de website, de uitnodigingsbrieven en brochures.

[7] Tweede Kamer 2017-2018, Kamerstuk 32793, nr. 272.

Ik ga samen met het RIVM en andere betrokkenen verkennen hoe we de communicatie en uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma nog beter kunnen laten aansluiten op de vragen en zorgen van ouders, en hoe we het vertrouwen in het Rijksvaccinatieprogramma hoog kunnen houden. Het is van belang dat we daarbij gericht – met de juiste boodschap en de daarbij passende communicatiemiddelen – specifieke doelgroepen aanspreken. Dat een dergelijke aanpak effectief is zien we bij de voorlichtingscampagne over meningokokken: "Deel dit niet met je vrienden", die zich specifiek richt op jongeren en op veel aandacht kan rekenen. Het is bemoedigend om te zien dat veel jongeren zich laten vaccineren tegen meningokokken.

Zoals ik eerder in deze brief aangaf, is er geen eenduidige oorzaak aan te wijzen voor de dalende vaccinatiegraad. Ik wil daarom meer inzicht krijgen in de factoren die hierbij een rol kunnen spelen. Ik heb het RIVM gevraagd een onderzoeksagenda op te stellen, waarbij in ieder geval aandacht is voor structureel sociaal wetenschappelijk onderzoek naar de betekenis van en vertrouwen in vaccinaties. De sociale context speelt immers een belangrijke rol bij de keuzes die mensen maken. Het rapport van de adviescommissie Seydel biedt hier aanknopingspunten voor. Zo adviseert de commissie onderzoek te doen naar verklaringen voor het verschil in vaccinatiegraad tussen vergelijkbare dorpen of steden en de gedragingen van mensen en organisaties die aan die verschillen ten grondslag kunnen liggen. De onderzoeksresultaten kunnen onder andere helpen richting te geven aan publiekscommunicatie.

Vertrouwen in het Rijksvaccinatieprogramma speelt een sleutelrol bij de bereidheid om te vaccineren. Openheid over de afwegingen en belangen van zowel de overheid als de professionals zijn een eerste vereiste voor dat vertrouwen. Op heel veel plekken bestaat behoefte aan het stellen van vragen en toetsen van kennis over oorzaken en gevolgen. Dat concludeert ook de commissie Seydel. In dit kader ben ik dan ook blij met alle initiatieven van professionals om zich uit te spreken over het belang van vaccinaties. Een voorbeeld is de actie *#ikvaccineer* van artsen op sociale media. Zij vertellen aan de hand van voorbeelden, en soms ook heel persoonlijke verhalen, waarom zij zichzelf en hun kinderen vaccineren. Ik noem ook graag het initiatief van het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik dat posters gaat ontwerpen waarmee (huis)artsen in hun praktijk kunnen aangeven dat zij achter vaccinaties staan. Ook bevat de poster de oproep om vragen over vaccinaties aan de arts te stellen en daarmee hopelijk ook een kans om de dialoog aan te gaan.

2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
Ik zie dat er mensen zijn die actief misvattingen over vaccinaties verspreiden, al dan niet via internet of in gesprekken met ouders. Dit kan leiden tot onzekerheid of onduidelijkheid bij ouders en tot onnodige gezondheidsschade bij kinderen. Ik vind dit een onwenselijke situatie en daarom ga ik hier werk van maken. Ik ga een team van onafhankelijke experts instellen dat actief weerwoord biedt aan misvattingen over vaccinaties, onder andere op sociale media. Het monitoren van vragen die ouders hebben, snelle respons daarop, en correctie op onjuiste en onvolledige kennis zijn daarbij heel belangrijk. Gesprekken met professionals en ouders maken mij duidelijk dat helderheid over het belang van vaccineren en de mogelijke gevolgen van de keuze om wel of niet te vaccineren, helpen om verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen en de publieke gezondheid.

Aanvullend daarop wil ik ook bezien wat de rol van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) is bij het adresseren van onjuiste informatie. Op dit moment heeft de IGJ vanuit het wettelijk kader weinig ruimte om op te treden tegen misleidende of onjuiste uitlatingen wanneer er geen productnamen worden genoemd of medische claims worden gedaan. Ik wil daarom nagaan of het wenselijk en noodzakelijk is de rol van de IGJ hierop aan te passen, bijvoorbeeld door het verbreden van de taakopvatting van de IGJ of het aanpassen van het wettelijk kader. Ik ga hierover met de IGJ in gesprek.

3. Rol van professionals verder versterken
Veel ouders hebben vragen of zorgen over vaccinaties, of zetten vraagtekens bij nut en noodzaak. Voor mij staat voorop dat we deze geluiden serieus nemen. Ik vind het daarom belangrijk dat professionals de juiste handvatten hebben om met ouders en kinderen in gesprek te gaan over vaccineren. Zij zijn immers vaak het eerste aanspreekpunt. De professionals bij de JGZ hebben hierbij een sleutelrol. Om laagdrempelig meer ruimte te bieden voor het gesprek over deze vragen, wil ik dat JGZ-professionals de ouders die niet willen deelnemen aan het Rijksvaccinatieprogramma actief gaan benaderen. De voorkeur gaat er naar uit dat dit wordt gedaan door professionals die speciaal zijn getraind in het voeren van dergelijke gesprekken. De inzet van dit gesprek is enerzijds begrijpen waarom ouders niet willen deelnemen aan het Rijksvaccinatieprogramma. Anderzijds dient dit gesprek om ouders op een objectieve manier te voorzien van gevalideerde, wetenschappelijke informatie over vaccineren, en over wat hun keuze kan betekenen voor de gezondheid van hun kind en de kinderen en volwassenen om hen heen. Uiteraard gebeurt dit met volledig respect voor de keuzevrijheid van ouders. Zij besluiten naar aanleiding van het gesprek in alle gevallen zelf of ze bij hun keuze blijven of toch besluiten om hun kind mee te laten doen met het Rijksvaccinatieprogramma. Ik ga over de uitwerking hiervan in gesprek met het veld.

Niet alleen JGZ-professionals krijgen vragen over vaccinaties, dit geldt bijvoorbeeld ook voor de huisarts, kinderarts, de verloskundige of de kraamhulp. Ik wil dat ook zij goed geëquipeerd zijn om voorlichting te geven en vragen van ouders te beantwoorden. Daarom ga ik samen met zorgverleners uit verschillende beroepsgroepen inventariseren op welke manier professionals het beste ondersteund kunnen worden. Te denken valt aan gesprekstrainingen of *e-learnings* gericht op specifieke groepen. Zo ga ik bijvoorbeeld met de Nederlandse Vereniging van Huisartsen (NHG) werken aan verdere kennisverbetering van huisartsen.

Ik wil ook docenten handvatten bieden om met jongeren in gesprek te kunnen gaan over vaccinaties. Het RIVM laat in dit kader lesmateriaal voor middelbare scholieren ontwikkelen over vaccinaties, het immuunsysteem, en ziekteverwekkers. Biologiedocenten in het voortgezet onderwijs kunnen deze lespakketten gebruiken om scholieren voor te lichten over de werking en het belang van vaccinaties. Eind 2019 dient het lespakket voor de onderbouw gereed te zijn. Het lespakket voor de bovenbouw wordt eind 2020 verwacht. Ik wil ook verkennen of aangesloten kan worden bij de Gezonde School. Uiteraard blijft de keuze om lespakketten over vaccinatie aan te bieden aan de scholen zelf. Overigens is er naar aanleiding van de meningokokken W campagne al lesmateriaal ontwikkeld dat beschikbaar is via www.lerenovervaccineren.nl.

Ik wil aanvullend op bovenstaande initiatieven met de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en andere relevante partijen overleggen of we onderwijsinstellingen kunnen vragen om vaccineren als onderwerp een nadrukkelijkere plek te geven in het curriculum voor artsen en verpleegkundig personeel.

4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
Ik wil jongeren die niet gevaccineerd zijn volgens het Rijksvaccinatieprogramma de gelegenheid bieden om dat alsnog te doen. Jongeren die niet (volledig) gevaccineerd zijn, zullen met ingang van volgend jaar op zestien of zeventienjarige leeftijd een extra oproep ontvangen, zodat zij de kans krijgen zich gratis te laten vaccineren. Ook in andere leeftijdsgroepen (achttien jaar en ouder) bestaat mogelijk de behoefte aan het inhalen van (enkele) vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma. Ik ga in overleg met het RIVM en de GGD's kijken hoe we deze groep het beste kunnen bedienen.

5. HPV-vaccinatie
Ongeveer acht op de tien vrouwen krijgt ooit een HPV-infectie (humaan papillomavirus) in hun leven. Hierdoor kan een voorstadium van baarmoederhalskanker en later kanker ontstaan. HPV wordt overgedragen door seksueel contact. Een misvatting hierbij is dat je met weinig wisselende seksuele contacten, een vaste partner, of door condooms te gebruiken, geen kans loopt om besmet te raken. Er is geen garantie op het voorkomen van baarmoederhalskanker met vaccinatie, maar vaccinatie leidt wel tot aanzienlijk betere bescherming. Onlangs heeft het RIVM uitgerekend dat door vaccinatie tientallen sterfgevallen als gevolg van baarmoederhalskanker per geboortejaar kunnen worden voorkomen. Dat de HPV-vaccinatie veel gezondheidswinst kan opleveren zien we in Australië, wat mogelijk het eerste land wordt dat op het punt staat om baarmoederhalskanker zo goed als volledig uit te roeien. Naast de hoge opkomst voor de HPV-vaccinatie heeft het screeningsprogramma in Australië daar een belangrijke bijdrage aan geleverd.

Er is niet één aanwijsbare reden voor de lage en dalende vaccinatiegraad van HPV, maar twijfels over de werkzaamheid en veiligheid van het vaccin lijken daar wel een bijdrage aan te leveren[8]. De verspreiding van berichten in de media over vermeende bijwerkingen in de afgelopen twee jaar zouden bijgedragen kunnen hebben aan de daling. Een veelgehoorde misvatting is dat het vaccin chronische vermoeidheid kan veroorzaken bij meisjes. Verschillende internationale onderzoeken laten juist zien dat de HPV-vaccinatie veilig is en veel gezondheidswinst oplevert. Uit deze onderzoeken blijkt bovendien dat er geen verband is tussen de HPV-vaccinatie en de langdurige en ernstige vermoeidheid die af en toe bij meisjes in de puberleeftijd voorkomt[9].

---

[8] Vaccinatiegraad en jaarverslag Rijksvaccinatieprogramma 2017 (blz. 9). Tweede Kamer 2017-2018, Kamerstuk 32793, nr. 272.
[9] Cameron R.L., Kavanagh K., et.al. (2017). The impact of bivalent HPV vaccine on cervical intraepithelial neoplasia by deprivation in Scotland: reducing the gap. *J. Epidemiol Community Health* 71 (10): 954-960

Mijn ambtsvoorganger heeft de Gezondheidsraad gevraagd opnieuw advies uit te brengen over de HPV-vaccinatie en daarbij ook de wenselijkheid van vaccinatie van jongens mee te nemen. De verwachting is dat de Gezondheidsraad het advies medio 2019 zal afronden. Ik zie mogelijkheden om de bescherming tegen HPV-infecties, vooruitlopend op het advies en mijn reactie daarop, al verder te verbeteren.

We kunnen in ieder geval veel leren van de landen om ons heen. In Denemarken heeft zich ook een sterke daling van het aantal HPV-vaccinaties voorgedaan na negatieve aandacht in de media. In reactie op deze sterke daling is men in Denemarken gestart met een brede samenwerking tussen verschillende organisaties die gezamenlijk dezelfde positieve boodschap uitdragen: het belang van vaccineren ter bescherming tegen kanker. Verder lijken communicatiestrategieën op maat om de kennis van het publiek te verbeteren een grote bijdrage te hebben geleverd aan het vergroten van de vaccinatiebereidheid in Denemarken. Daarbij werd ook actief gebruik gemaakt van sociale media om met publiek in gesprek te gaan en misvattingen te weerleggen. Na bovengenoemde interventies hebben twee keer zoveel meisjes zich laten vaccineren in 2017: 31 000 meisjes, ten opzichte van iets meer dan 15 000 in het voorgaande jaar. Ik wil een voorbeeld nemen aan de Deense aanpak en kijken hoe soortgelijke maatregelen ook inpasbaar zijn in Nederland. Ik ga in ieder geval speciale aandacht besteden aan HPV-vaccinatie in de acties ten aanzien van de publiekscommunicatie, die ik eerder in deze brief heb genoemd. Voor de HPV-vaccinatie geldt dat onjuiste informatie over mogelijke bijwerkingen en de veiligheid van het vaccin, onder andere verspreid via sociale media, bij veel meisjes en ouders ongerustheid veroorzaakt. Daarom wil ik allereerst werk maken van duidelijke en objectieve voorlichting, én bewustwording ten aanzien van de mogelijk ernstige gevolgen van een HPV-infectie.

Ik vind het ook belangrijk dat er meer aandacht komt voor de HPV-vaccinatie bij seksuele voorlichting op scholen. In het lesmateriaal dat het RIVM laat ontwikkelen voor eerstejaars middelbare scholieren is aandacht voor HPV en de HPV-vaccinatie. In het kader van collectieve preventie van onbedoelde (tiener)zwangerschappen ben ik in gesprek met het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en de onderwijsraden over de wijze waarop seksuele voorlichting op scholen gestimuleerd kan worden. Ik wil bezien hoe voorlichting over HPV daarbij een plek kan krijgen, en of het mogelijk is om dat via de Gezonde School te doen. Ook hier geldt dat scholen de vrijheid hebben om zelf een keuze te maken in het lesmateriaal dat zij aanbieden.

Daarnaast wil ik meisjes en ouders met vragen over nut en noodzaak van de HPV-vaccinatie de mogelijkheid geven om bij de jeugdgezondheidszorg in gesprek te gaan over hun zorgen. De mogelijkheid hiertoe zal expliciet aangegeven worden in de uitnodiging die ouders en meisjes ontvangen. Ik wil er ook voor zorgen dat de HPV-vaccinatie niet alleen wordt aangeboden in het jaar dat meisjes de leeftijd van dertien jaar bereiken en ga met de jeugdgezondheidszorg overleggen over aanvullende contactmomenten voor voorlichting en vaccinatie.

6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang
Ik merk dat veel ouders zich zorgen maken over de vraag of hun nog niet gevaccineerde kind het risico loopt om bijvoorbeeld mazelen op te lopen op het kinderdagverblijf. Meer dan 35.000 mensen hebben een online petitie getekend om vaccinatie op kinderdagverblijven verplicht te stellen. Omdat de kinderopvang een belangrijke plek is waar kinderen langdurig met elkaar in contact komen, vind ik het belangrijk dat ouders weten dat hun kind daar veilig is. Daarom hebben de staatssecretaris van SZW en ik het initiatief genomen voor een onderzoek naar mogelijke oplossingsrichtingen om de zorgen over de veiligheid van de kinderopvang in relatie tot de dalende vaccinatiegraad te doen afnemen. Het betreft een brede verkenning door een externe commissie, die de haalbaarheid en wenselijkheid van verschillende oplossingsrichtingen zal onderzoeken. Over de uitkomsten van dit onderzoek en de gesprekken met de sector zult u medio 2019 worden geïnformeerd. Vooruitlopend op de resultaten van dit onderzoek gaan de staatssecretaris van SZW en ik in gesprek met kinderdagverblijven en GGD'en om de vrijwillige registratie op kinderdagverblijven te verbeteren.

Nationaal Programma Griep
Ook bij griep is het wenselijk de vaccinatiegraad van risicogroepen omhoog te krijgen. Dit is nog eens extra onderstreept na de langdurige en zware griepepidemie van 2017-2018, waarbij ongeveer 900.000 mensen ziek werden en 9.500 mensen meer zijn overleden dan normaal. Mede naar aanleiding hiervan heb ik samen met de minister van VWS en minister voor Medische Zorg en Sport een aantal maatregelen genomen, waaronder de inzet van een nieuw vaccin vanaf 2019 en extra inspanningen om de vaccinatiegraad onder zorgpersoneel te verhogen. Ook laat ik een onderzoek uitvoeren naar de wenselijkheid en mogelijkheid om griepvaccinatie onder zorgverleners verplicht te stellen[10]. Tenslotte heeft het RIVM de voorlichting richting de doelgroepen van het Nationaal Programma Grieppreventie aangepast op basis van onderzoek naar de beweegredenen om wel of niet de griepprik te halen. Ik houd de opkomst voor de griepprik in risicogroepen in de gaten en zal indien nodig volgend jaar aanvullende maatregelen heroverwegen.

Werkagenda Gezondheidsraad
Sinds januari 2017 werkt de commissie vaccinaties van de Gezondheidsraad met een werkagenda. Dit maakt inzichtelijk wanneer over welke vaccinatievraagstukken geadviseerd wordt. Uw Kamer is over de laatste versie geïnformeerd op 22 maart 2018[11]. In de bijlage bij deze brief vindt u een geactualiseerde versie.

Vanwege recente ontwikkelingen, zoals de invoering van de maternale kinkhoestvaccinatie[12], is het noodzakelijk dat de Gezondheidsraad voorrang geeft aan advisering over aanpassing van het vaccinatieschema voor zuigelingen. De bijgestelde werkagenda betreft de periode van 2018 tot en met 2021.

[10] Tweede Kamer 2018-2019, Kamerstuk 32793, nr. 332.
[11] Tweede Kamer 2017-2018, Kamerstuk 32793, nr. 290.
[12] Tweede Kamer 2017-2018, Kamerstuk 32793, nr. 320.

In de werkagenda is opgenomen dat nog dit jaar advies wordt uitgebracht over de aanpassing van het primaire vaccinatieschema en meningokokken (gecombineerd voor verschillende types meningokokken). Volgend jaar staan adviezen over vaccinatie tegen HPV, gordelroos en griep gepland.

Internationale ontwikkelingen
Verschillende Europese landen kampen met een dalende vaccinatiegraad. De recente mazelenuitbraak in een aantal Europese lidstaten onderstreept het belang van het versterken van nationale vaccinatieprogramma's in de Europese regio. De Europese Commissie heeft daarom een voorstel gedaan voor een Raadsaanbeveling met acties voor een betere samenwerking bij de bestrijding van ziekten die door vaccinatie kunnen worden voorkomen. De Commissie heeft geen bevoegdheden om dwingende maatregelen op te leggen op dit beleidsterrein. Lidstaten maken eigen keuzes ten aanzien van de inrichting en financiering van het vaccinatiebeleid. Mijn reactie op het voorstel van de Europese Commissie, in de vorm van het BNC-fiche, heeft uw Kamer op 29 juni jl. ontvangen[13]. Ik verwelkom het voorstel van de Commissie: infectieziekte-uitbraken houden tenslotte geen rekening met grenzen. Daarom zie ik een duidelijke toegevoegde waarde van gemeenschappelijke en gecoördineerde Europese actie. Over de precieze invulling van het voorstel spreek ik in december nader met mijn collega's.

Nederland neemt verder deel aan de *Joint Action on vaccination* waarin Europese lidstaten samenwerken en zich gezamenlijk inzetten om de vaccinatiegraad in Europa te verbeteren. De *Joint Action* biedt de mogelijkheid aan lidstaten om kennis en informatie uit te wisselen en de vaccinatiebereidheid in eigen land te verbeteren. In Europees perspectief is de vaccinatiegraad in Nederland nog steeds heel hoog, met uitzondering van HPV. Ondanks dat we te maken hebben met een lichte daling van onze vaccinatiegraad, hebben we met het Rijksvaccinatieprogramma een sterk en robuust ingericht nationaal vaccinatieprogramma. Ik vind het daarom van belang dat we onze kennis delen met andere lidstaten.

Tot slot
Zoals uit deze brief blijkt, is er geen sprake van één duidelijke oorzaak voor de daling van de vaccinatiebereidheid. Dat maakt ook dat er niet één sleutel is tot een oplossing. Daarom is het nodig langs meerdere actielijnen te werken en vooral ook samen met andere partijen. De komende tijd ga ik in overleg met deze partijen en werk ik de acties verder uit. Ik zal u in het voorjaar van 2019 informeren over de voortgang van de acties uit deze brief.

[13] Tweede Kamer 2017-2018, Kamerstuk 22122, nr. 2618.

Ik ga me aan de hand van bovengenoemde maatregelen inzetten om de dalende trend in de vaccinatiegraad te keren en de vaccinatiebereidheid te vergroten. Het is bemoedigend en inspirerend te zien hoe op veel plaatsen bijdragen worden geleverd aan de publieke gezondheid. Dat neemt niet weg dat ik de vaccinatiegraad en signalen uit de maatschappij nauwlettend blijf volgen en in gesprek blijf met professionals over het vervolg. De bescherming van de samenleving tegen ernstige infectieziekten is een verantwoordelijkheid van ons allemaal.

Hoogachtend,

de staatssecretaris van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Paul Blokhuis

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering	13 december 2018
Agendapunt	4
Onderwerp	Samenstelling DB vanaf 1 januari 2019

Korte samenvatting onderwerp:

Mede vanwege de reden dat drie gemeenten (Lingewaal, Geldermalsen en Neerijnen) in een overgangsfase zaten naar een fusie tot West-Betuwe, heeft het Algemeen Bestuur op 28 juni jl. besloten om het gekozen Dagelijks Bestuur te benoemen tot 1 januari 2019 en om per 1 januari 2019 een nieuw DB te installeren.

Op woensdag 21 november jl. hebben er gemeenteraadsverkiezingen plaatsgevonden in de nieuwe gemeente West-Betuwe. De uitslag is bekend, doch er is nog geen coalitie(akkoord) en gemeentebestuur gevormd. Vandaar dat het Dagelijks Bestuur voorstelt om:

- de zittingsperiode van het (op 28 juni 2018) gekozen DB te verlengen tot en met het AB van 4 april 2019.
- het agendapunt 'Samenstelling DB/installatie DB' te agenderen op de vergadering van het AB op 4 april 2019.

Dit betekent dat het nieuwe DB geïnstalleerd wordt tijdens het AB van 4 april 2019 en aantreedt op 4 april 2019 na de AB-vergadering.

Conform de Gemeenschappelijke Regeling GGD Gelderland-Zuid (artikel 13, lid 1) bestaat het Dagelijks Bestuur uit de voorzitter en minimaal vier andere leden, aan te wijzen door en uit het Algemeen Bestuur.

Voorstel te beslissen:

1. Instemmen met het voorstel om de zittingsperiode van het (op 28 juni 2018) gekozen DB te verlengen tot en met het AB van 4 april 2019.
2. Instemmen met het voorstel om het agendapunt 'Samenstelling DB/installatie DB' te agenderen op de vergadering van het AB op 4 april 2019.

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering: 13 december 2018
Agendapunt 5.1
Onderwerp Veilig Thuis; ontwikkeling van aantal meldingen, werkvoorraden en doorlooptijden

---

Korte samenvatting onderwerp:

Naar aanleiding van de gepleegde interventie van het Dagelijks Bestuur extra personeel in te huren om de werkvoorraad van 24 zaken op te pakken (zie brief aan het AB van 23 okt. jl.) volgt hierna een korte update.

Stand van zaken t/m 13 november 2018
Op 1 november jl. is een groep van 3 tijdelijke medewerkers gestart om extra zaken op te pakken. Het betreft een groep jonge professionals die begeleid worden door een senior medewerker Veilig Thuis. Deze groep heeft momenteel 12 zaken opgepakt. De senior medewerker heeft naast de begeleiding een halve eigen caseload. Komende weken meten we de vorderingen van deze samenstelling en werkwijze.
Een ervaren medewerker Veilig Thuis is ingehuurd om onderzoeken op stukprijs op te pakken en af te ronden. Zij heeft 3 onderzoeken in de afrondingsfase.

De maandcijfers oktober worden momenteel verwerkt tot maandrapportage. Het volgende is op dit moment al zichtbaar en kan nog wat (naar boven) afwijken:

- De instroom van meldingen Veilig Thuis en onderzoeken is in oktober en de eerste helft van november wederom hoog. Onderstaande tabel laat voor oktober zien: 103 getrieerde meldingen waarvan 56 onderzoeken. Dat is het hoogste aantal dit jaar en ligt samen met juli en augustus flink boven het maandgemiddelde van 2018. Het maandgemiddelde ligt tot en met oktober op 43 onderzoeken. De instroom onderzoeken van 1 tot en met 13 november is wederom hoog en bedraagt 25 onderzoeken.
- We zien een toename van ernstige en acuut onveilige zaken. Zo is de inzet van onze piketdienst de afgelopen periode gestegen van gemiddeld 1-3 zaken naar 4-7 zaken per week. Dergelijke zaken stagneren in- en doorstroom en vragen veel capaciteit.
- Het aantal zaken dat binnen 48 uur opgepakt moet worden is verhoudingsgewijs hoog. Ook dat zorgt voor stagnatie in doorstroom van oudere zaken op de werkvoorraad en minder acute zaken in de caseloads.
- De werkvoorraad onderzoeken staat dd. 27 november 2018 op 34 onderzoeken.
- De triagetermijnen staan nog steeds onder druk. Over oktober wordt in ieder geval een verslechtering verwacht van de termijnen. Deze worden in de week van 26 november gerapporteerd in de maandrapportage over oktober.

	jan	feb	mrt	apr	mei	juni	juli	aug	sept	okt	**Nov***
Aantal adviezen	246	267	337	286	364	379	404	368	372	363	
Aantal getrieerde meldingen	121	101	89	93	98	81	111	129	87	103	91
Aantal onderzoeken	45	36	35	50	36	25	54	55	41	56	54

***** svz t/m 25/11/2018. Aantal adviezen moet nog verwerkt worden.

Het Dagelijks Bestuur heeft in haar vergadering van 21 november jl., op grond van bovengenoemde cijfers en afhankelijk van de werkelijke instroomcijfers, besloten dat de directeur Veilig Thuis de tijdelijke inhuur van personeel kan verlengen tot uiterlijk 1 maart 2019 en dat dit voorlopig bekostigd wordt uit het weerstandsvermogen van de GGD.

Voorstel te beslissen:

1. Kennisnemen van de stand van zaken/ontwikkeling van aantal meldingen, werkvoorraden en doorlooptijden.

2. Kennisnemen dat het DB op grond van bovengenoemde cijfers en afhankelijk van de werkelijke instroomcijfers heeft besloten dat de directeur Veilig Thuis de tijdelijke inhuur van personeel kan verlengen tot uiterlijk 1 maart 2019 en dat dit voorlopig bekostigd wordt uit het weerstandsvermogen van de GGD.

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

vergadering	13 december 2018
agendapunt	5.2
onderwerp	Begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis

Korte samenvatting onderwerp:

Op 19 september jl. is de begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis voor zienswijze toegezonden aan de raden van de deelnemende gemeenten. De zienswijzen worden door het Algemeen Bestuur betrokken bij de behandeling en vaststelling van de Begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis in de vergadering van 13 december a.s.

Zienswijzen gemeenten
Op het moment van schrijven zijn de zienswijzen binnen van de gemeenten Buren, Culemborg, Druten, Lingewaal, Maasdriel, Neder-Betuwe, Nijmegen, Wijchen, Zaltbommel en de voorlopige zienswijze van de gemeente West Maas en Waal (zie bijgaand overzicht). Van de overige gemeenten hebben we nog geen officiële zienswijze binnen gekregen. Ter vergadering wordt u een actueel overzicht van de zienswijzen aangereikt.

Begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis
Het Algemeen Bestuur heeft op 28 juni jl. besloten dat indien de toename van reële instroom bij Veilig Thuis de kosten hoger doet uitvallen, hiervoor (opnieuw) een verzoek tot wijziging van de begroting 2018 voor Veilig Thuis kan worden ingediend. In opdracht van het Algemeen Bestuur heeft Veilig Thuis scherp gestuurd op het verminderen van het aantal onderzoeken en op een stevige onderbouwing van gevraagde budgetten. De begrotingswijziging, die 19 september 2018 verstuurd is aan de gemeenten, voldoet aan deze opdracht en is flink lager dan het budget dat eerder aan de raden voor zienswijze werd voorgelegd.
Vanwege de uitdrukkelijke opdracht van het Algemeen Bestuur om de begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis te baseren op reële (instroom)cijfers en vanwege de complexiteit om te komen tot een goede prognose in 2019, wordt in bijgaande notitie alleen de begrotingswijziging Veilig Thuis voor het jaar 2018 beschreven (€ 375.885), die deels structureel doorwerkt (€ 230.566). Dit betekent dat bij een positief besluit over de begrotingswijziging 2018 de begroting 2019 met € 230.566 wordt verhoogd.

De voorbereiding en aanloop naar deze begrotingswijziging heeft plaatsgevonden in samenspraak met verschillende financieel en inhoudelijk betrokken ambtenaren vanuit Gelderland-Zuid. De begrotingswijziging is gebaseerd op de extrapolatie van de trend die de instroom laat zien over de periode 2017 tot en met juli 2018 met een correctie (naar beneden) van het aantal vervolgtrajecten met onderzoek. In bijgaande notitie wordt de (concept) begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis van € 375.885 toegelicht en beargumenteerd. In de notitie is ook de bijdrage per gemeente bijgevoegd.

Voorstel dekking begrotingswijziging
Als het Algemeen Bestuur instemt met de structurele begrotingswijziging, dan wordt ingestemd met de in de, in de bijlage, genoemde bedragen per gemeente ter dekking van de begrotingswijziging.
Echter, gemeente Nijmegen stelt in haar zienswijze voor de totale regionale begrotingswijziging van € 375.885 voor 2018 en € 209.062 (exclusief Maasdriel en Zaltbommel) voor 2019 eenmalig te dekken uit de bestemmingsreserve Beschermd Wonen/Vrouwenopvang van centrumgemeente Nijmegen. Dit voorstel heeft het DB in haar vergadering van 21 november jl. omarmd. Concreet betekent dit dat bij een positief besluit over de begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis de deelnemende gemeenten niet bij hoeven te betalen voor 2018 en 2019, met uitzondering van de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel; deze gemeenten betalen resp. € 9.991 en € 11.513 voor 2019. Vanaf 2020 wordt het bedrag per gemeente opgenomen in de gemeentelijke bijdrage.

Voorstel te beslissen:

1. Instemmen met de begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis (€ 375.885), die deels structureel doorwerkt (€ 230.566).
2. Instemmen met het voorstel van gemeente Nijmegen om de totale regionale begrotingswijziging 2018 eenmalig te dekken uit de bestemmingsreserve Beschermd Wonen/Vrouwenopvang van centrumgemeente Nijmegen.
3. Instemmen met het voorstel de structurele doorwerking 2019 eenmalig te dekken uit de bestemmingsreserve Beschermd Wonen/Vrouwenopvang van centrumgemeente Nijmegen met uitzondering van de gemeenten Maasdriel en Zaltbommel; deze gemeenten betalen resp. € 9.991 en € 11.513 voor 2019.

Notitie 'Begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis'
19 september 2018

Veilig Thuis

Bij de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) op 1 januari 2015 is bepaald dat ieder college van Burgemeester en Wethouders zorg draagt voor de organisatie van een advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (artikel 4.1.1 WMO). Op 1 januari 2015 zijn in Nederland 26 advies- en meldpunten huiselijk geweld en kindermishandeling geopend, deze meldpunten dragen de naam Veilig Thuis.

Veilig Thuis is er voor iedereen, jong en oud, die te maken heeft met huiselijk geweld of kindermishandeling. Veilig Thuis geeft advies en biedt ondersteuning, ook aan professionals. Veilig Thuis biedt de helpende hand, doorbreekt onveilige situaties en zet mensen in beweging. Veilig Thuis biedt perspectief op een betere situatie waardoor mensen weer toekomst hebben. Mét of zonder elkaar.

Aanleiding

De afgelopen twee jaar wordt een toename van de instroom bij Veilig Thuis waargenomen. Dit betekent dat Veilig Thuis beter wordt gevonden door de professionals in het veld en burgers in de gemeenten. De toename van zowel het aantal adviezen gevraagd aan Veilig Thuis als het aantal meldingen bij Veilig Thuis, leidt tot meer werk en inzet van Veilig Thuis-professionals.

Vanwege deze toename is tijdens het opstellen van de begroting Veilig Thuis voor 2019 ook een begrotingswijziging voor 2018 voorgesteld. De begrotingswijziging van € 1.088.166 is op 22 maart 2018 voor zienswijze naar de gemeenteraden gestuurd. Het Algemeen Bestuur van de GGD heeft, op basis van de afgegeven zienswijzen, op 28 juni 2018 besloten niet akkoord te gaan met de begrotingswijziging van € 1.088.166. Het Algemeen Bestuur heeft wel ingestemd met de structurele verhoging van € 480.000,- voor VT met ingang van de begroting 2018. Deze €480.000,- staat gelijk aan de meerkosten van Veilig Thuis gemaakt in 2017.

Ook is het Algemeen Bestuur akkoord gegaan met de toekenning van de incidentele middelen vanuit de Decentrale Uitkering Vrouwenopvang (DUVO) van het Rijk, € 311.000,-, ter voorbereiding op de nieuwe meldcode en de radarfunctie in 2019.

Tot slot is besloten dat indien de toename van reële instroom de kosten hoger doet uitvallen, hiervoor opnieuw een verzoek tot wijziging van de begroting voor 2018/2019, kan worden ingediend. In opdracht van het Algemeen Bestuur heeft Veilig Thuis scherp gestuurd op het verminderen van het aantal onderzoeken en op een stevige onderbouwing van gevraagde budgetten.

Op 5 juli 2018 heeft het Dagelijks Bestuur op basis van de instroomcijfers van het eerste halfjaar 2018, de GGD/Veilig Thuis verzocht een nieuwe begrotingswijziging voor 2018 op te stellen gebaseerd op reële instroomaantallen. De bijgaande begrotingswijziging voldoet aan deze opdracht. Door het gebruik van reële instroomaantallen en de sturing op onderzoeken is de opgestelde begrotingswijziging flink lager dan het budget dat eerder voor zienswijze werd voorgelegd.

Proces en verzoek tot begrotingswijziging Veilig Thuis 2018

De voorbereiding en aanloop naar deze begrotingswijziging heeft plaatsgevonden in samenspraak met verschillende financieel en inhoudelijk betrokken ambtenaren vanuit Gelderland-Zuid. Hiertoe

is een drietal bijeenkomsten georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten is gewerkt aan de opdracht om een regionale financiële en inhoudelijke werkgroep te formeren. Ook zijn verschillende scenario's uitgewerkt om te komen tot een verzoek tot wijziging van de begroting Veilig Thuis.

In eerste instantie is een tweetal scenario's uitgewerkt:

1. extrapolatie van de cijfers naar 31 december 2018 op basis van de instroomcijfers 2017 tot en met juli 2018
2. extrapolatie van de trend die de instroom laat zien over de periode 2017 tot en met juli 2018.

Duidelijk werd dat door de stijgende instroom het volgen van de trendlijn het meest reëel is. Echter, tijdens de uitwerking bleek het laatste scenario, gezien de flinke omvang van het aantal onderzoeken, niet passend en haalbaar. Niet passend vanwege de bewuste sturing door Veilig Thuis om scherper te beoordelen of vervolgonderzoek wel echt nodig is. Hierdoor is in 2018 een daling van het aantal vervolgtrajecten met onderzoek ten opzichte van het aantal vervolgtrajecten zonder onderzoek te zien.

Daarom is een derde scenario doorgerekend:

3. extrapolatie van de trend die de instroom laat zien over de periode 2017 tot en met juli 2018 met een correctie (naar beneden) van het aantal vervolgtrajecten met onderzoek.

Dit laatste scenario lijkt het meest reëel, enerzijds omdat het de trendlijn volgt en anderzijds 'eerlijk' kijkt naar de huidige instroom en de afname van het aantal vervolgtrajecten met onderzoek. Het verzoek tot wijziging van de begroting 2018 is daarom gebaseerd op scenario 3.

De instroom en het derde scenario volgend, wordt een wijziging van de begroting Veilig Thuis voor 2018 gevraagd ter hoogte van **€ 375.885**.

Deze begrotingswijziging werkt voor een bedrag van € 230.566 structureel door. Het verschil is gelegen in de verhoudingsgewijze daling van het aantal onderzoeken ten opzichte van 2017.

Op de volgende pagina treft u de doorrekening in het dienstenoverzicht Veilig Thuis. Hierin treft u achtereenvolgens de begrote aantallen op basis van de toegekende begroting 2018, de realisatie van de aantallen instroom tot en met juli 2018 en de prognose voor 2018. De prognose staat gelijk aan het hierboven benoemde derde scenario.

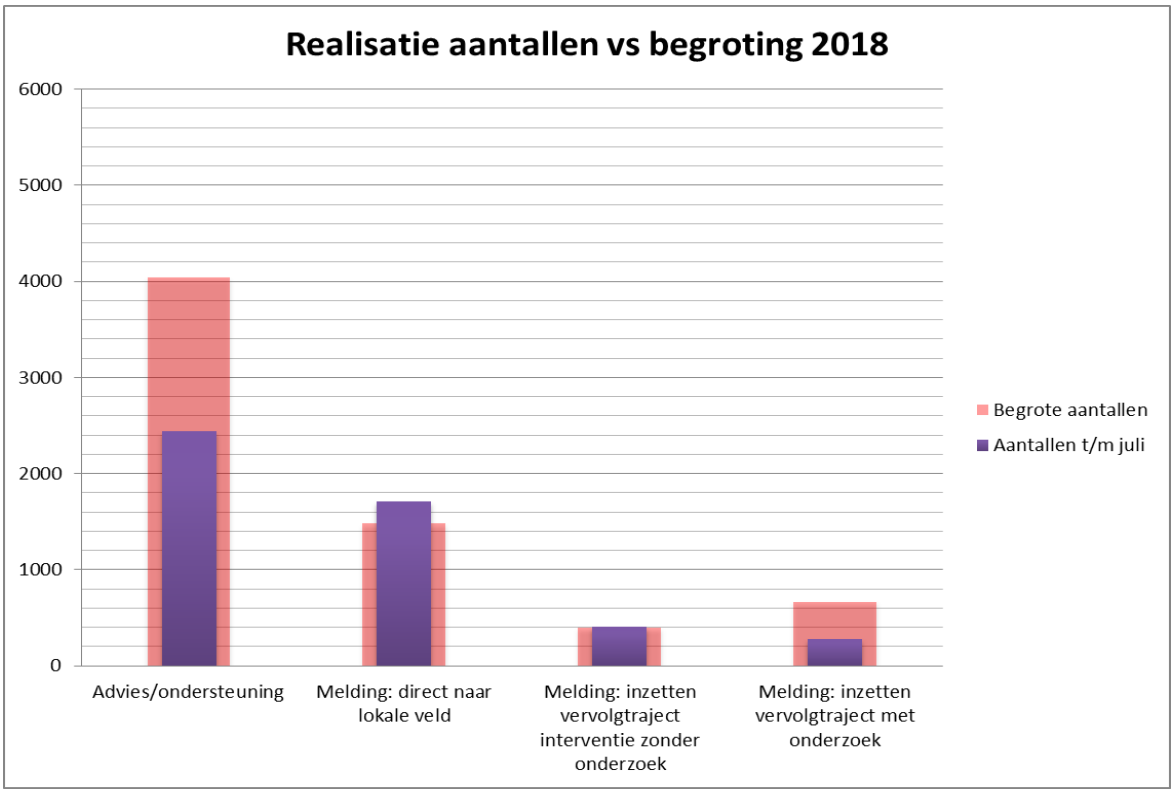
Onder het dienstenoverzicht is de realisatie tot en met juli 2018 weergegeven in staafdiagrammen.

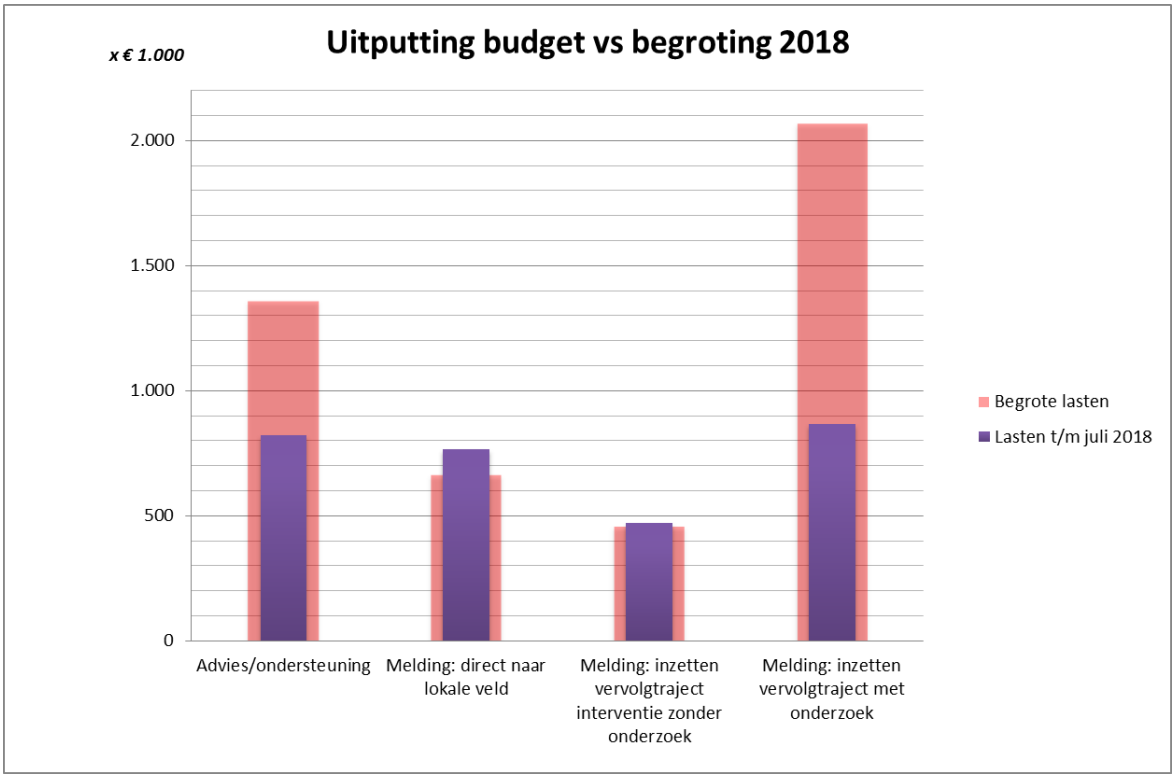
	Begroot				Realisatie			Prognose		
Omschrijving per dienst	**Normtijd**	**Aantallen**	**Integrale kostprijs**	**Lasten**	**Aantallen t/m juli 2018**	**In %**	**Lasten t/m juli 2018**	**Aantallen**	**In % ***	**Prognose 2018**
Wettelijke diensten										
Advies/ondersteuning	3,02	4.044	336	€ 1.358.784	2.283	56%	€ 767.088	4.260	105%	€ 1.431.360
Melding: direct naar lokale veld										
Vanuit routeeroverleg	4,53	1.119	446	€ 499.074	1.336	119%	€ 595.856	2.470	221%	€ 1.101.620
Melding direct binnengekomen bij Veilig Thuis	4,53	367	446	€ 163.682	379	103%	€ 169.034	650	177%	€ 289.900
Melding: inzetten vervolgtraject interventie zonder onderzoek	12,48	398	1.148	€ 456.904	409	103%	€ 469.532	540	136%	€ 619.920
Melding: inzetten vervolgtraject met onderzoek	32,14	671	3.081	€ 2.067.543	281	42%	€ 865.761	480	72%	€ 1.479.072
Huisverboden	50	50	4.440	€ 222.000	19	38%	€ 84.360	50	100%	€ 222.000
Voorlichting	6	75	551	€ 41.326	25	33%	€ 13.775	75	100%	€ 41.326
Wijkoverleg	0,19	420	96	€ 40.207	175	42%	€ 16.753	420	100%	€ 40.207
Overige diensten										
Bereikbaarheidsdienst	2,41	52	182	€ 9.450	22	42%	€ 3.999	52	100%	€ 9.450
VTO naar RVDK	13,4	38	1.231	€ 46.762	11	29%	€ 13.536	38	100%	€ 46.762
**Totaal ** **				**€ 4.905.732**			**€ 2.999.694**			**€ 5.281.617**

*De ervaring leert dat voor een aantal diensten de verwachte aantallen geen lineair verloop kennen. Wij verwachten dat 100% gerealiseerd wordt. Mocht dit niet het geval zijn dan wordt dit uiteraard verrekend.

** Ter voorbereiding op de nieuwe meldcode en radarfunctie in 2019 is in 2018 incidenteel € 311.000 ter beschikking gesteld door het Algemeen Bestuur. Dit is niet opgenomen in bovenstaand dienstenoverzicht.

De totale vastgestelde begroting Veilig Thuis 2018 bedraagt € 5.216.732 (€ 4.905.732 + € 311.000), excl. de begrotingswijziging 2018 van € 375.885.


Realisatie aantallen vs begroting 2018
6000
5000
4000
3000
2000
1000
0
Advies/ondersteuning
Melding: direct naar lokale veld
Melding: inzetten vervolgtraject interventie zonder onderzoek
Melding: inzetten vervolgtraject met onderzoek
Begrote aantallen
Aantallen t/m juli


Uitputting budget vs begroting 2018
x € 1.000
2.000
1.500
1.000
500
0
Advies/ondersteuning
Melding: direct naar lokale veld
Melding: inzetten vervolgtraject interventie zonder onderzoek
Melding: inzetten vervolgtraject met onderzoek
Begrote lasten
Lasten t/m juli 2018

Reële prognose en risico's

Het opstellen van een reële prognose blijkt zeker gezien de veranderende wet- en regelgeving per 1 januari 2019 een ingewikkelde aangelegenheid. Er is voor gekozen de trendlijn 2017 en 2018 te volgen bij het opstellen van de begrotingswijziging 2018. Zoals hiervoor toegelicht is ook ervoor gekozen deze trend niet te volgen voor het aantal onderzoeken, aangezien we het laatste half jaar zien dat scherpere sturing op dit product leidt tot verhoudingsgewijs minder onderzoeken. Hierop wordt geen verdere daling verwacht in 2018.

Een drietal risico's moet in ogenschouw genomen worden:

1. Gezien de aanscherping van de wet meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling per 1 januari 2019 en de hiermee verwachte toename van meldingen en de (daarmee) uitgebreidere taak van Veilig Thuis, is het eerste risico dat de op handen zijnde wijzigingen al aan het einde van dit jaar zal leiden tot extra instroom. Hiertoe zetten wij allereerst een deel van de toegekende voorbereidingsmiddelen vanuit het Rijk in. Het is echter denkbaar dat de instroom dermate is dat het hiertoe gereserveerde deel de extra instroom onvoldoende dekt.
2. Met het toenemen van instroom kan ook het aantal onderzoeken verder stijgen. Gezien de hogere kostprijs van deze dienst leidt dit direct tot een grotere overschrijding van het budget.
3. De inzet van de beroepsgroepen vertrouwensarts en gedragswetenschapper.
   De snelle groei van het aantal maatschappelijk werkers bij Veilig Thuis in 2018 en de continuering hiervan in 2019, leidt tot een verhoudingsgewijs groter beroep op deze beroepsgroepen. Dit betekent dat kritisch bezien zal moeten worden of de omvang van de medische- en gedragswetenschappelijke expertise voldoende bevorderd en geborgd is. Daarbovenop komt (het risico) dat het specialistische expertise is, die relatief schaars is.

Mede door bovenstaande risico's en de uitdrukkelijke opdracht van het AB om de begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis te baseren op reële (instroom)cijfers en scherper te sturen op het aantal onderzoeken, betreft deze notitie de begrotingswijziging Veilig Thuis voor het jaar 2018 (€ 375.885), die deels structureel van aard is (€ 230.566). Dit betekent dat bij een positief besluit over de begrotingswijziging 2018 de begroting 2019 met € 230.566 wordt verhoogd.

In 2019 zal het DB opnieuw bezien of een aanvullende begrotingswijziging VT noodzakelijk is, gezien bovenstaande risico's en de uitdrukkelijke opdracht van het AB om de begrotingswijziging 2018 Veilig Thuis te baseren op reële (instroom)cijfers.

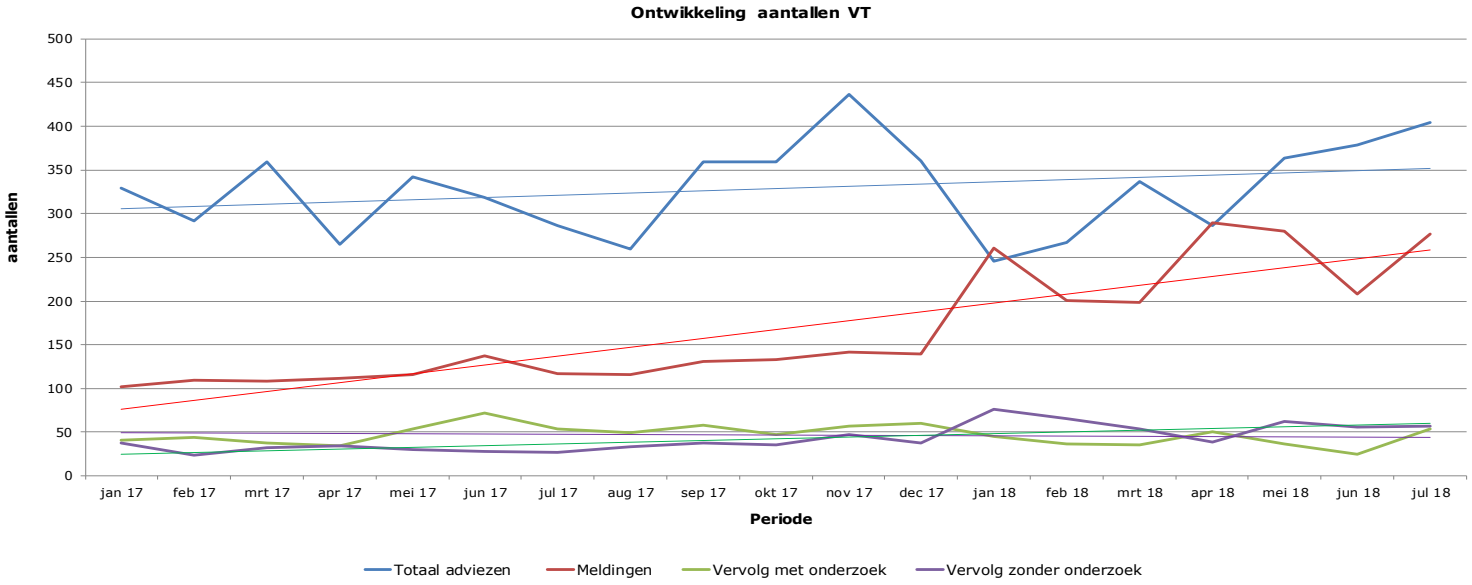
<u>Bijlagen:</u>

In bijlage 1 treft u de trendlijn 2017 tot en met juli 2018 aan die de instroom van de verschillende diensten bij Veilig Thuis weergeeft. Deze trendlijn is gehanteerd bij de doorrekening voor dit verzoek tot begrotingswijziging 2018.

Bijlage 2 geeft een overzicht van de kosten van de hoofddiensten voor 2018 en 2019 die deze begrotingswijziging 2018 met zich meebrengt. Dit komt overeen met de figuur van het dienstenoverzicht. Daarna is de financiële doorvertaling naar iedere gemeente gemaakt. M.a.w.: wat kost deze begrotingswijziging voor iedere deelnemende gemeente in 2018 en 2019.

Bijlage 1: Aantallen instroom en trendlijn instroom 2017 – juli 2018

Maand	jan 17	feb 17	mrt 17	apr 17	mei 17	jun 17	jul 17	aug 17	sep 17	okt 17	nov 17	dec 17	jan 18	feb 18	mrt 18	apr 18	mei 18	jun 18	jul 18	Totaal 2018 tm juli	Vastgestelde begroting 2018 per maand	Gemiddeld 2018 per maand tm juli
Adviezen	329	292	359	265	342	319	287	260	359	359	437	361	244	224	278	262	266	379	404			
Inhaalslag adviezen invoeren in Regas in 2018													*2*	*43*	*59*	*24*	*98*					
Totaal adviezen	329	292	359	265	342	319	287	260	359	359	437	361	246	267	337	286	364	379	404	2.283	337	326
Meldingen	101	109	108	111	115	137	117	115	130	133	141	139	261	201	199	290	280	208	277	1.715	124	245
Vervolg met onderzoek	41	44	37	34	54	72	54	49	58	47	57	60	45	36	35	50	36	25	54	281	56	40
Vervolg zonder onderzoek	37	24	32	34	30	28	27	33	37	35	47	38	76	65	54	39	62	56	57	409	33	58
	78	68	69	68	84	100	81	82	95	82	104	98	121	101	89	89	98	81	111	690	89	99
Totalen	**508**	**469**	**536**	**444**	**541**	**556**	**485**	**457**	**584**	**574**	**682**	**598**	**628**	**569**	**625**	**665**	**742**	**668**	**792**	**4.688**	**213**	**670**



Trendlijn	jan-18	jul-18	Dec obv extrapolatie	Gemiddeld per maand	Jaar productie
Adviezen	335	355	375	355	4.260
Meldingen	200	260	320	260	3.120
Vervolg met onderzoek	48	60	72	60	720
Vervolg zonder onderzoek	45	45	45	45	540

Bijlage 2:

Uiteenzetting kosten totaal 2018 en 2019 per gemeente.

Uitzetting kosten diensten Veilig Thuis obv trendlijn 2017-2018

Extrapolatie van trendlijn obv productie jan 2017 en juli 2018 correctie vervolg met onderzoek

Trendlijn	1-1-2018 (A)	jul-18	Dec obv extrapolatie (B)	Gem per maand (A +B /2= C)	Jaar productie (D= C x 12)	Kostprijs (E)	Totaal kosten 2018 (F= D x E)	Begroting (G)	Begrotings-wijziging (F - G)
Adviezen	350	355	375	355	4.260	€ 336	€ 1.431.360	€ 1.358.784	€ 72.576
Meldingen	200	260	320	260	3.120	€ 446	€ 1.391.520	€ 662.756	€ 728.764
Vervolg met onderzoek	48	60	72	40	480	€ 3.081	€ 1.479.072	€ 2.067.543	€ -588.471
Vervolg zonder onderzoek	45	45	45	45	540	€ 1.148	€ 619.920	€ 456.904	€ 163.016
Overige diensten							€ 359.745	€ 359.745	€ -
Bijdrage DU_VO Centrum gemeente *							€ 311.000	€ 311.000	€ -
Totalen							**€ 5.592.617**	**€ 5.216.732**	**€ 375.885**

* Ter voorbereiding op de nieuwe meldcode en radarfunctie in 2019 is incidenteel € 311.000 ter beschikking gesteld door het Algemeen Bestuur. Naar verwachting loopt de voorbereiding door in 2019 waardoor een deel van de middelen doorschuiven naar 2019. Omdat het totale bedrag in rekening wordt gebracht bij Gemeente Nijmegen in 2018 wordt hier geen verschil met begroting gepresenteerd.

De begrotingsaantallen op basis van de vastgestelde begroting 2018 zijn:

Adviezen	4.044
Meldingen	1.486
Vervolg met onderzoek	671
Vervolg zonder onderzoek	398

Gemeenten	Inwoners	Vastgestelde begroting 2018	Kosten wijziging per gemeente 2018	Totaal bijdrage VT 2018
Berg en Dal	34.700	€ 282.601	€ 23.432	€ 306.033
Beuningen	25.282	€ 205.899	€ 17.072	€ 222.972
Buren	26.220	€ 213.539	€ 17.706	€ 231.244
Culemborg	27.814	€ 226.520	€ 18.782	€ 245.303
Druten	18.550	€ 151.073	€ 12.526	€ 163.600
Geldermalsen	26.562	€ 216.324	€ 17.937	€ 234.261
Heumen	16.394	€ 133.515	€ 11.071	€ 144.585
Lingewaal	11.175	€ 91.010	€ 7.546	€ 98.557
Maasdriel	24.230	€ 198.043	€ 16.362	€ 214.405
Neder-Betuwe	23.330	€ 190.002	€ 15.754	€ 205.756
Neerijnen	12.298	€ 100.156	€ 8.305	€ 108.461
Nijmegen	173.450	€ 2.096.743	€ 117.127	€ 2.213.870
Tiel	41.450	€ 337.573	€ 27.990	€ 365.564
West Maas en Waal	18.803	€ 153.134	€ 12.697	€ 165.831
Wijchen	40.907	€ 333.151	€ 27.624	€ 360.775
Zaltbommel	27.700	€ 226.405	€ 18.705	€ 245.110
Mook en Middelaar	7.771	€ 61.043	€ 5.248	€ 66.291
Totaal inwoners/bijdrage	**556.636**	**€ 5.216.732**	**€ 375.885**	**€ 5.592.617**

Berekening uitzetting diensten Veilig Thuis ten opzichte van de begroting 2019

Extrapolatie van trendlijn obv productie jan 2017 en juli 2018 correctie vervolg met onderzoek

Producten	Aantallen vastgest. begroting 2018	Jaar-productie 2018	Stijging 2018 (A)	Aantallen begroting 2019 (B)	Wijziging 2019 obv stijging 2018 (A+B = C)	Kostprijs (D)	Totaal kosten 2019 (C x D)	Begroting (E)	Voorstel begrotings-wijziging 2019 (D - E)
Adviezen	4.044	4.260	216	4.106	4.322	€ 357	€ 1.542.954	€ 1.465.842	€ 77.112
Meldingen	1.486	3.120	1.634	1.508	3.142	€ 456	€ 1.432.752	€ 687.648	€ 745.104
Vervolg met onderzoek	671	480	-191	682	491	€ 4.157	€ 2.041.087	€ 2.833.099	€ -792.012
Vervolg zonder onderzoek	398	540	142	404	546	€ 1.411	€ 770.406	€ 570.044	€ 200.362
Overige diensten							€ 368.668	€ 368.668	€ -
Correctie DU_VO M&M *							€ -8.959	€ -8.959	€ -
Totalen							**€ 6.146.908**	**€ 5.916.342**	**€ 230.566**

* In de berekening van de begroting is gerekend met de oorspronkelijk begrote bijdrage voor Mook en Middelaar à € 73.730 inclusief bijdrage DU_VO à € 8.959 in plaats van de vastgestelde bijdrage € 64.771. Het verschil neemt GGD Gelderland Zuid voor eigen rekening.

Gemeenten	Inwoners	Vastgestelde begroting 2019	Kosten wijziging per gemeente 2019	Totaal bijdrage VT 2019
Berg en Dal	34.790	€ 287.481	€ 14.275	€ 301.756
Beuningen	25.424	€ 210.087	€ 10.432	€ 220.519
Buren	26.374	€ 217.937	€ 10.822	€ 228.759
Culemborg	28.050	€ 231.786	€ 11.509	€ 243.296
Druten	18.710	€ 154.607	€ 7.677	€ 162.284
Gelder-malsen	27.000	€ 223.110	€ 11.078	€ 234.188
Heumen	16.478	€ 136.163	€ 6.761	€ 142.924
Lingewaal	11.141	€ 92.062	€ 4.571	€ 96.633
Maasdriel	24.350	€ 237.146	€ 9.991	€ 247.137
Neder-Betuwe	23.303	€ 192.560	€ 9.562	€ 202.122
Neerijnen	12.375	€ 102.259	€ 5.078	€ 107.336
Nijmegen	176.000	€ 2.649.448	€ 72.215	€ 2.721.663
Tiel	42.250	€ 349.126	€ 17.336	€ 366.461
West Maas en Waal	18.945	€ 156.549	€ 7.773	€ 164.322
Wijchen	40.900	€ 337.970	€ 16.782	€ 354.752
Zaltbommel	28.060	€ 273.279	€ 11.513	€ 284.792
Mook en Middelaar	7.775	€ 64.773	€ 3.190	€ 67.963
Totaal inwoners/bijdrage	**561.925**	**€ 5.916.342**	**€ 230.566**	**€ 6.146.908**

Bijlage bij agendapunt 5.2

Zienswijzen gemeenten - Begrotingswijziging 2018 VT
Overzicht d.d. 29 november 2018

Gemeente	Zienswijze	Door gemeente gemaakte opmerkingen		stemmen akkoord	niet akkoord	ontbrekend
Berg en Dal	**Akkoord**					2
Beuningen						2
Buren	**Akkoord**					2
Culemborg	**Deels akkoord**	Akkoord met begrotingswijziging 2018 VT en niet akkoord met de structurele doorwerking in 2019. Er blijven zorgen over de doorlooptijden bij VT; ziet graag een onderbouwing van de kostprijs. Ziet graag terug hoe de maatregelen op terugdringen overhead (GGD breed) doorwerken op VT.				2
Druten	**Akkoord**	Verzoekt de begrotingswijziging 2018 en 2019 te dekken uit de bestemmingsreserve vrouwenopvang.				1
Geldermalsen						2
Heumen						1
Lingewaal	**Deels akkoord**	Akkoord met begrotingswijziging 2018 VT en niet akkoord met de structurele doorwerking in 2019. Voordat ingestemd wordt met begrotingswijziging 2019 wil Lingewaal meer inzicht in onderbouwing van de kostprijs en het effect van de maatregelen op het terugdringen van de overhead (GGD breed) op VT.				1

Bijlage bij agendapunt 5.2

Zienswijzen gemeenten - Begrotingswijziging 2018 VT
Overzicht d.d. 29 november 2018

Gemeente	Zienswijze	Door gemeente gemaakte opmerkingen		stemmen akkoord	niet akkoord	ontbrekend
Maasdriel	**Akkoord**					2
Neder-Betuwe	**Akkoord**	Het is wenselijk om de instroomcijfers constant te monitoren; verzoek om de werkgroep daarbij te betrekken. Verzoek om B&W in kennis te stellen als de instroomcijfers grote afwijkingen laten zien. Verzoek om college op de hoogte te stellen van de impl. van de aanbevelingen uit het rekenkamerrapport.				2
Neerijnen						1
Nijmegen	**Akkoord**	Onderbouwing is transparant en sterk gestuurd door GGD op terugdringen van onderzoeken door VT zelf. Blijvende zorgen over de doorlooptijden bij Veilig Thuis; ziet graag een onderbouwing van de kostprijs. Voorstel begrotingsw. voor 2018 en 2019 (muv Maasdriel en Zaltbommel te dekken uit bestemmingsres.VO.				9
Tiel						3
West Maas en Waal	**Voorlopig Akkoord**	Voorlopige zienswijze; op 13 december vindt behandeling plaats in de gemeenteraad.				1
Wijchen	**Akkoord**	Verzoekt de begrotingswijziging 2018 en 2019 te dekken uit de bestemmingsreserve vrouwenopvang.				3
Zaltbommel	**Deels akkoord**	Akkoord met begrotingswijziging 2018 VT en niet akkoord met de structurele doorwerking in 2019. Er blijven zorgen over de doorlooptijden bij VT; ziet graag een onderbouwing van de kostprijs. Ziet graag terug hoe de maatregelen op terugdringen overhead (GGD breed) doorwerken op VT.				2
			totaal	0	0	36
			van	36	36	36
				0,0%	0,0%	100,0%

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering	13 december 2018
Agendapunt	5.3
Onderwerp	Gezamenlijk optrekken van besturen Veilig Thuis richting VWS

Korte samenvatting onderwerp:

Gesignaleerd wordt dat onder andere voor Veilig Thuis de budgetten van het Rijk niet toereikend zijn voor de taken van de gemeenten. Nu probeert elke gemeente (zo goed als mogelijk) de financiën hiervoor vrij te maken; dit gaat echter ten koste van andere prioriteiten in het sociale domein.

Het Dagelijks Bestuur wil graag met het Algemeen Bestuur bespreken:
- of het AB zich hierin herkent;
- en zo ja of het AB instemt om dit – samen met andere VT-besturen – aan te kaarten bij het Rijk/VWS.

Voorstel te beslissen:
1. Bespreken of het AB andere VT-besturen wil aanschrijven om het signaal, dat o.a. voor Veilig Thuis de budgetten van het Rijk niet toereikend zijn voor de taken van de gemeenten, neer te leggen bij het Rijk/VWS.

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering	13 december 2018
Agendapunt	6
Onderwerp	Benchmark GGD

Korte samenvatting onderwerp:

Sinds 2012 ontwikkelt de vereniging van GGD'en, GGD GHOR Nederland, een benchmark GGD. Hierin worden kengetallen van de organisatie van de GGD'en (bedrijfsvoering) en van het primaire proces (verschillende werkvelden) inzichtelijk gemaakt. Gezien de diversiteit van de GGD'en qua taken, organisatie en regionale inbedding, is het een hele klus om de kengetallen zo goed mogelijk in beeld te brengen en het vergelijken van 'appels en peren' zoveel mogelijk te voorkomen. Dit jaar zijn de resultaten voor het eerst gebundeld in een openbare rapportage. Dit past in de lijn van de toenemende transparantie van de GGD-sector in het kader van 'collectief leren'. Uitgangspunt van de benchmark is dat het een instrument is dat GGD'en in staat stelt om van elkaar te leren en uiteindelijk het algemene resultaat en de kwaliteit van de uitvoering te verbeteren.

De uitgangspunten van (bespreking van) de benchmark zijn:
- De benchmark is een instrument ten behoeve van transparantie en toetsbaarheid binnen het werkveld van de GGD'en.
- Het is een instrument ter ondersteuning bij het inzichtelijk maken van de resultaten van de GGD'en.
- Het is een instrument om een vergelijking te kunnen maken tussen de verschillende GGD'en om hen in staat te stellen van elkaar te leren en uiteindelijk het algemene resultaat en de kwaliteit van de uitvoering te verbeteren.
- Het is een instrument ter lering ("leren van elkaar") en geen afrekeninstrument.

Het Dagelijks Bestuur heeft in haar vergadering van 13 september jl. deze uitgangspunten onderschreven.

De benchmarkrapportage 2017 is bijgevoegd.
Daarnaast is een notitie bijgevoegd, waarin de meest opvallende zaken uit de benchmark voor GGD Gelderland-Zuid worden toegelicht.

In de vergadering van 13 december zal de benchmark kort toegelicht worden; met name zal aandacht zijn voor de meest opvallende zaken uit de benchmark voor GGD Gelderland-Zuid.

Voorstel te beslissen:
1. Kennis te nemen van de benchmark 2017.
2. Bespreken van de meest opvallende zaken uit de benchmark voor GGD Gelderland-Zuid.

GGD GHOR NEDERLAND

GGD BENCHMARK-RESULTATEN 2017

Inhoudsopgave

Inleiding 5

Pijler 1: Monitoring, signalering en advisering 7

Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming 15

Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises 21

Pijler 4: Toezicht houden 25

Veelvoorkomende taken die GGD'en uitvoeren voor gemeenten: 26
- Gezondheidsbevordering 26
- Jeugdgezondheidszorg 29
- Forensische geneeskunde 34

Bedrijfsvoering en Governance 37

Lijst met afkortingen 42

Dit is een uitgave van:
GGD GHOR Nederland
Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht
T (030) 252 50 60
E info@ggdghor.nl
www.ggdghor.nl

©2018, GGD GHOR Nederland. Alle rechten voorbehouden,
overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

Inleiding

De 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD) in Nederland bewaken, bevorderen en beschermen de gezondheid van burgers. Daarvoor zetten de GGD'en vooral in op de publieke gezondheid: maatregelen die de gezondheid van grote delen van de bevolking en risicogroepen beschermen. Dit zijn bijvoorbeeld preventieve maatregelen zoals vaccineren, de medische hulpverlening bij rampen, onderzoek naar de gezondheid van grote groepen mensen of voorlichten over gezondheidsrisico's als slechte voeding of onbeschermd vrijen.
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd) concludeerde in 2016 op basis van een drietal onderzoeken dat de GGD'en hun taken goed uitvoeren. De Inspectie ziet dat de GGD'en gericht zijn op innovatie en het bieden van toegevoegde waarde voor burgers, gemeenten, zorgaanbieders en het Rijk. De GGD wil een betekenisvolle rol in preventie, gezondheid en veiligheid, zodat mensen zoveel mogelijk een gezond en veilig leven leiden.
GGD'en houden zichzelf ook al jarenlang een spiegel voor om de kwaliteit van het werk te monitoren en van elkaar te kunnen leren. Dit gebeurt door middel van de benchmark voor GGD'en. Sinds 2012 wordt er jaarlijks een uitvraag gedaan op basis van een aantal indicatoren. Dit jaar worden deze resultaten voor het eerst openbaar en wordt door middel van een rapportage een beeld gegeven van het werk van de GGD'en.

Rijk en gemeenten samen verantwoordelijk voor publieke gezondheid

De organisatie van deze publieke gezondheid is in Nederland geregeld via de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Rijksoverheid, specifiek de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), is de eerstverantwoordelijke voor een goed functionerende infrastructuur voor publieke gezondheid. Het ministerie van VWS heeft vier taken als pijler benoemd voor de publieke gezondheid:

1) monitoring, signalering, advisering,
2) gezondheidsbescherming,
3) crisisbeheersing,
4) toezicht.

Gemeenten moeten ook Jeugdgezondheidszorg aanbieden. Dit hebben de meeste gemeenten belegd bij de GGD.

Regionaal en lokaal maatwerk

Een belangrijk deel van de publieke gezondheid is bij de gemeenten neergelegd die daarvoor verplicht een regionale GGD in stand houden. De Wpg schrijft voor welke taken de gemeenten aan de GGD moeten toewijzen; deze taken worden landelijk uniform uitgevoerd. Dat pakket is verbonden met andere taken die de GGD'en van oudsher verrichten. Zo zijn het ministerie van VWS en de gemeenten samen systeemverantwoordelijk voor de publieke gezondheid.
De taken die de GGD'en voor gemeenten in hun regio's uitvoeren – collectief of op basis van maatwerk – zijn breed en voortdurend in ontwikkeling. Naast de basistaken, kunnen de taken die de GGD'en uitvoeren per regio dus variëren omdat zij inspelen op de lokale en regionale behoeften in gemeenten. Taken die GGD'en uitvoeren voor gemeenten zijn bijvoorbeeld Gezondheidsbevordering en forensische geneeskunde.

Instrument om van elkaar te leren

Voor deze benchmark is voor alle vier de pijlers en voor de veelvoorkomende taken een aantal indicatoren geselecteerd. Zo geeft de benchmark een beeld van het werk van de GGD'en. Doordat GGD'en regionaal en lokaal maatwerk leveren, zijn niet alle 25 GGD'en hetzelfde. Vanzelfsprekend zien we dit terug in deze benchmark en betekent het dat het vergelijken van de GGD'en niet per se mogelijk is.
Deze benchmarkrapportage geeft de resultaten en cijfers weer over 2017. Het rapport is ingedeeld op basis van de vier pijlers en de veelvoorkomende taken. Wat er precies wordt verstaan onder de genoemde pijlers en de veelvoorkomende taken, wordt toegelicht. Vervolgens worden de bijbehorende indicatoren en de resultaten weergegeven en waar nodig toegelicht. De lijst met indicatoren is niet uitputtend: de benchmark geeft een eerste algemeen beeld en wordt de komende jaren verder ontwikkeld. De benchmark verschijnt eens in de twee jaar.

1. Monitoring, signalering en advisering

De GGD is stevig gebouwd op vier pijlers, dat zijn de taken die alle GGD'en voor gemeenten uitvoeren. Deze vier pijlers komen aan bod in de volgende hoofdstukken: 1) monitoring, signalering, advisering, 2) gezondheidsbescherming, 3) crisisbeheersing en 4) toezicht.
De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving heeft berekend dat 27 procent van de ziektelast van welvaartsziekten wordt veroorzaakt door roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding, te weinig beweging en overgewicht. Daarnaast hebben milieufactoren een negatieve invloed: zij veroorzaken 6 procent van de ziektelast (RVZ, 2011). Om gerichte maatregelen te nemen, is informatie nodig over de gezondheid van burgers en over de factoren die van invloed zijn op de ziektelast. Gemeenten en het Rijk hebben beide een verantwoordelijkheid voor het nemen van gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen, zoals vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg).
De GGD'en monitoren gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving. Deze monitoring vormt voor de GGD'en de basis voor het signaleren en adviseren aan de gemeenten over het beleid voor preventie en gezondheidsbescherming.

De monitoringsinformatie biedt ook een belangrijke basis voor de GGD'en om gemeenten te adviseren over de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De GGD brengt gezondheidsproblemen op wijk- en buurtniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken en legt verbindingen met partijen in relevante sectoren.

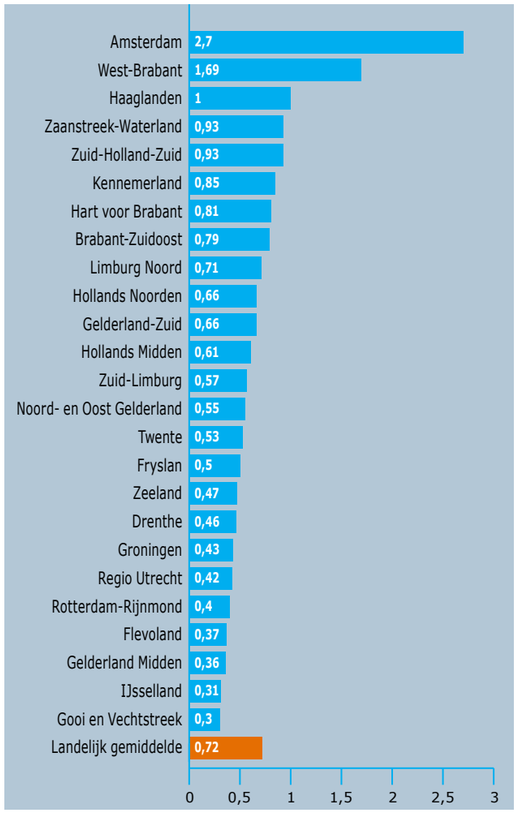
In de benchmark zijn onderstaande indicatoren opgenomen die invulling geven aan de pijler monitoring, signalering en advisering. Hoewel de Omgevingswet naar verwachting in 2021 in werking treedt, is het adviseren over gezondheid in de Omgevingswet ook opgenomen. GGD'en bereiden de invoering immers al actief voor.

Pijler 1: Monitoring, signalering en advisering

- Aantal FTE epidemiologie per 100.000 inwoners.
- Percentage overgewicht bij 10-jarigen.
- Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 voorgezet onderwijs (PGO-2VO) rookt.
- Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs (PGO-2VO) alcohol drinkt.
- Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid.
- Percentage van de gemeenten in de GGD regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/ of uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid?
- Percentage van de gemeenten in de GGD regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/ of uitvoering van de omgevingswet?
- Percentage gemeenten waar de doelgroep 'mensen met lage sociaal economische status' (SES) op wijkniveau in beeld is gebracht.

Aantal FTE epidemiologie per 100.000 inwoners

Om te kunnen voldoen aan de taken rondom monitoring, signalering en advisering is het van belang voldoende epidemiologen beschikbaar te hebben binnen de GGD. Epidemiologen richten zich op het inzichtelijk maken van prevalenties, trends en verschillen in gezondheid en factoren die gezondheid beïnvloeden. In de Wet publieke gezondheid is aangegeven dat colleges van B&W moeten zorgen voor het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Gemiddeld hebben GGD'en 0,72 fte epidemiologie per 100.000 inwoners in dienst. Er is geen norm vastgesteld voor het aantal FTE epidemiologie per GGD.

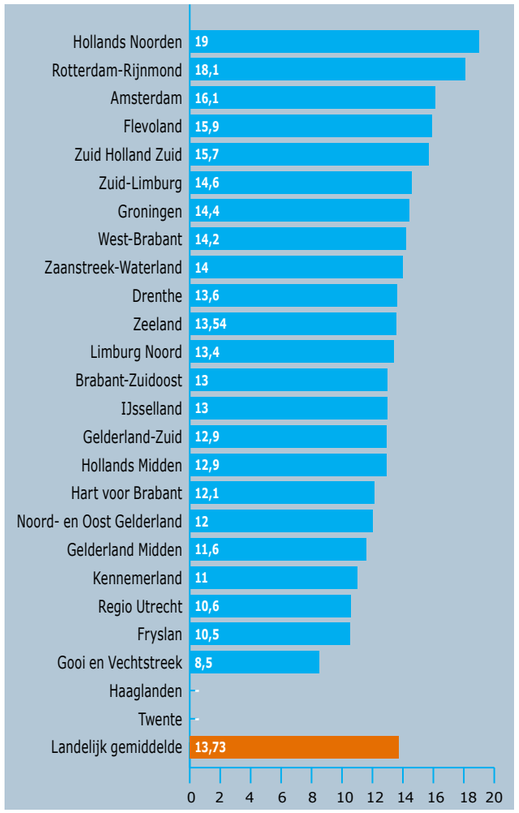


Percentage overgewicht bij 10-jarigen

Het onderwerp overgewicht is relevant, omdat het voorkomen, signaleren en vroegtijdig behandelen van overgewicht ernstige gezondheidsproblemen op latere leeftijd voorkomt. GGD'en zien het als belangrijke opgave om overgewicht zoveel mogelijk te beperken. Dat doen GGD'en door te signaleren, adviseren en via preventieprogramma's.
In deze indicator is obesitas niet meegenomen omdat kinderen met obesitas direct moeten worden doorverwezen naar de huisarts of specialist om lichamelijke pathologie uit te sluiten. Zij komen dus niet in aanmerking voor een extra consult.
Door het percentage overgewicht bij 10-jarigen in beeld te brengen in verloop van tijd en in vergelijking met andere GGD'en kan uiteindelijk een beeld worden geschetst van de gerealiseerde gezondheidswinst. Uit deze cijfers blijkt dat de laagste score op 10,5 procent ligt en de hoogste score op 19 procent. Het gemiddelde van de 22 GGD'en die hier een score hebben ingevuld is 13,73 procent.

Toelichting

De gegevens voor de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ geen onderdeel is van GGD Haaglanden. GGD Twente heeft deze gegevens niet beschikbaar.

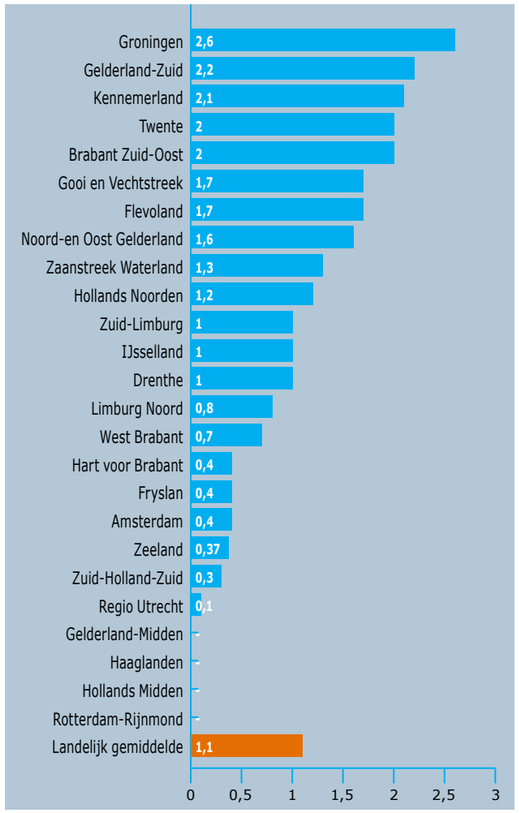


Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 van het voorgezet onderwijs (PGO-2VO) rookt

Roken kan ernstige gezondheidsproblemen veroorzaken. Het onderwerp roken is voor GGD'en dan ook relevant omdat het voorkomen dat mensen gaan roken en het vroegtijdig interveniëren gezondheidsproblemen kan voorkomen. GGD'en zien het als belangrijke opgave om roken zoveel mogelijk te beperken. Dit doen ze door voorlichting te geven en preventieprogramma's aan te bieden.
Uit onderstaande figuur blijkt dat het percentage kinderen dat rookt varieert per GGD-regio. Het landelijk gemiddelde is 1,1 procent. Het gaat om kinderen die door de Jeugdgezondheidszorg zijn gezien tijdens het contactmoment voor 13-/14-jaren en/of kinderen die in de tweede klas van het voortgezet onderwijs zitten.
De wijze waarop de gegevens worden verzameld kan invloed hebben op het resultaat. Sommige cijfers komen uit anonieme bronnen en andere uit niet-anonieme, dit kan invloed hebben op het resultaat. In een anonieme vragenlijst zijn kinderen mogelijk eerlijker dan bij een niet-anonieme vragenlijst. Dit kan dus de verschillen tussen de GGD'en voor een deel verklaren.

Toelichting

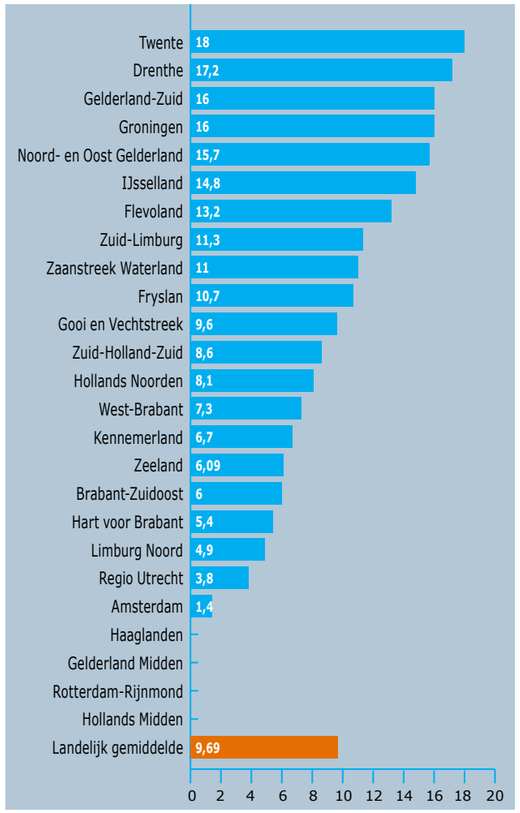
Het percentage van GGD Gelderland Midden is niet verwerkt, omdat hun meting is gedaan bij kinderen van 15 tot 16 jaar. GGD Hollands Midden meet sinds november 2017 en heeft daardoor nog geen cijfers beschikbaar kunnen stellen. De waarde van GGD Rotterdam-Rijnmond ontbreekt omdat het CJG geen onderdeel uitmaakt van de GGD. De gegevens van de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ in die regio geen onderdeel is van de GGD.



Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs (PGO-2VO) alcohol drinkt

Alcoholgebruik kan tot ernstige gezondheidsproblemen leiden. GGD'en vinden het een belangrijke opgave om problematisch alcoholgebruik zoveel mogelijk te beperken. Hier wordt op ingezet door middel van voorlichting en preventie. Door het voorkomen dat kinderen gaan drinken, te signaleren en vroegtijdig te interveniëren, kunnen gezondheidsproblemen voorkomen worden.
Voor deze indicator is gekeken naar het alcoholgebruik in de afgelopen vier weken voor het JGZ-contactmoment bij kinderen van 13/14 jaar. Het gemiddelde van bijna 10 procent is relatief hoog te noemen, aangezien er geen alcohol verkocht mag worden aan kinderen onder de 18 jaar en zij in het openbaar geen alcohol bij zich mogen hebben. Het drinken van alcohol in de niet-publieke ruimte is niet verboden en strafbaar.

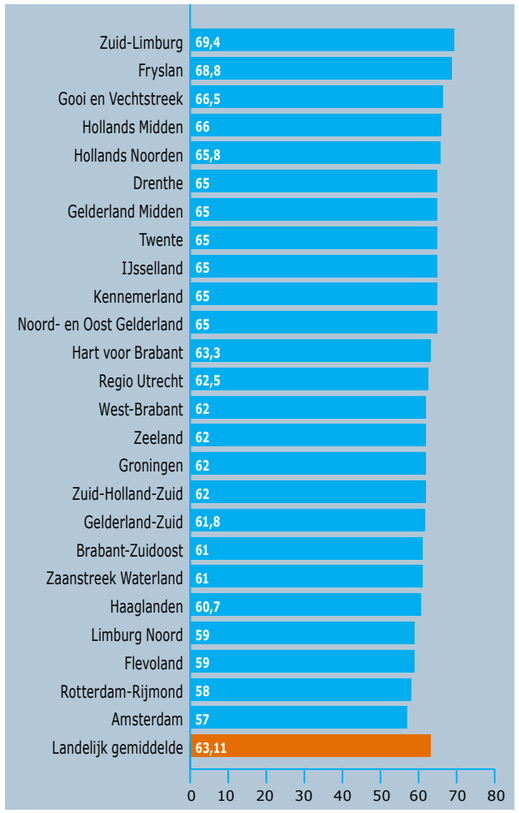
Toelichting
Het percentage van GGD Gelderland Midden is niet verwerkt, omdat hun meting is gedaan bij kinderen van 15 en 16 jaar. GGD Hollands Midden meet dit onderdeel sinds november 2017 en er zijn dus nog geen cijfers beschikbaar. Bij GGD Rotterdam-Rijnmond heeft het Centrum Jeugd en Gezin dit cijfer niet kunnen aanleveren. Het CJG is geen onderdeel van de GGD. De gegevens van de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ in deze regio geen onderdeel is van de GGD.



Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid

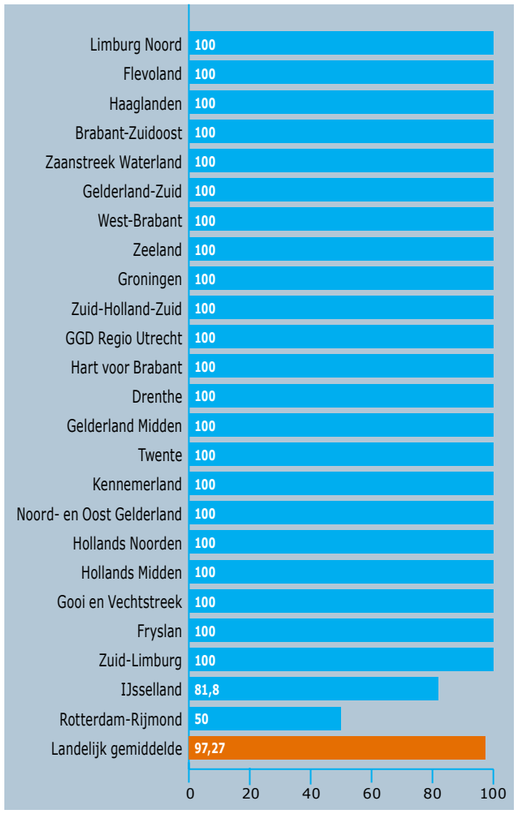
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de ouderengezondheidszorg, dit is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). In hoeverre de ouderengezondheidszorg bijdraagt aan het bevorderen van de gezondheid, kan gemeten worden door te kijken naar de ervaren gezondheid. De ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid.

In de Wpg is ook opgenomen dat gemeenten ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren op systematische wijze volgen en signaleren. Ervaren gezondheid past daar uitstekend bij. GGD'en hebben weliswaar geen specifieke taak op het gebied van preventie of gezondheidsbevordering gericht op ouderen, toch is deze indicator opgenomen in de benchmark. Daar is voor gekozen omdat het aantal ouderen (65 jaar en ouder) toeneemt en het van belang is de gezondheid van deze groep te monitoren en waar mogelijk te bereiken via voorlichting en preventie. De indicator laat een gelijkmatig beeld zien waarbij meer dan de helft van de ouderen aangeeft tevreden te zijn over hun gezondheid het landelijk gemiddelde is 63 procent.



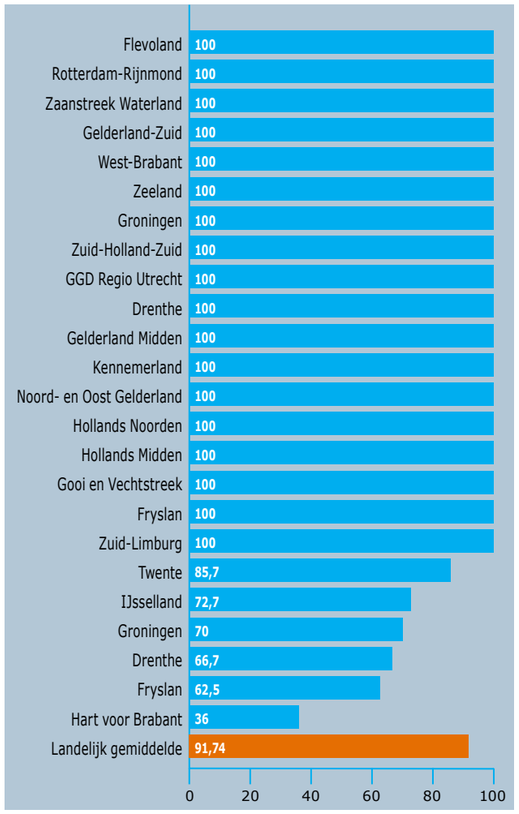
Percentage van de gemeenten in de GGD regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/of uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid

De GGD is goed op de hoogte van de belangrijkste gezondheidsproblemen binnen de gemeente. Gemeenten kunnen deze kennis en expertise bijvoorbeeld benutten voor advies of het ontwikkelen en/of uitvoeren van gezondheidsbeleid. Uit onderstaande figuur blijkt dat het grootste gedeelte van de GGD'en betrokken is bij alle gemeenten in het werkgebied waar het gaat om Gemeentelijk Gezondheidsbeleid.



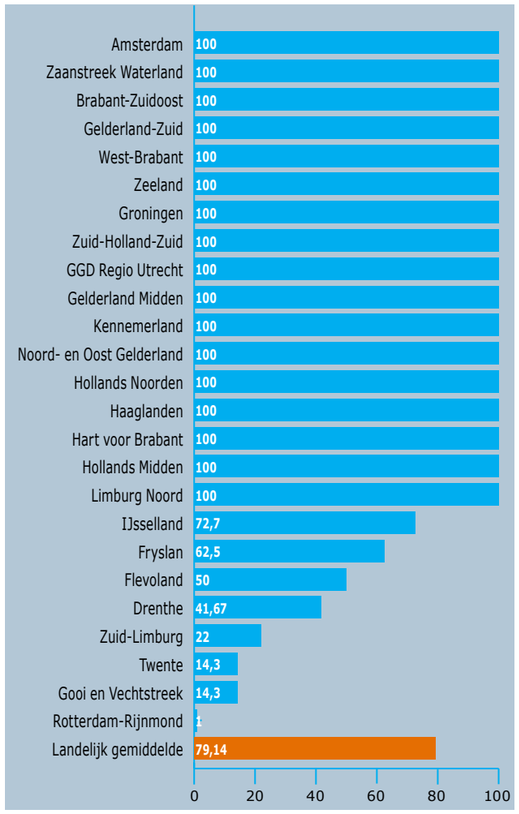
Percentage van de gemeenten in de GGD-regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/of uitvoering van de Omgevingswet

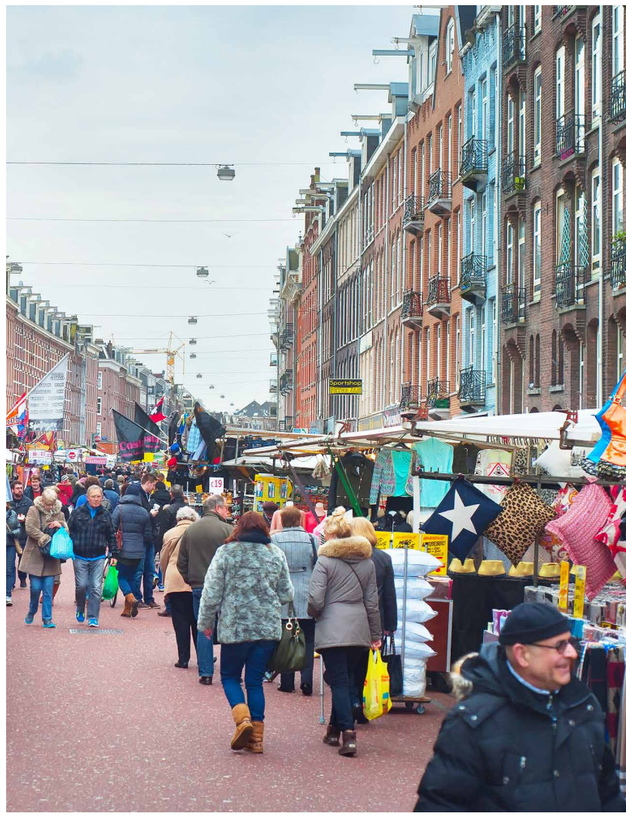
De Omgevingswet staat voor een goede balans tussen het benutten en beschermen van de fysieke leefomgeving. 'Ruimte voor ontwikkeling, waarborgen voor kwaliteit' is het motto. De nieuwe wet zorgt voor minder en overzichtelijke regels, een samenhangende benadering van de leefomgeving, ruimte voor lokaal maatwerk en betere en snellere besluitvorming.
Gezondheid speelt binnen de fysieke leefomgeving een belangrijke rol. GGD'en kunnen daar vanuit hun kennis en expertise over adviseren. Hoewel de Omgevingswet naar verwachtging in 2021 in werking treedt, werken gemeenten en GGD'en aan de voorbereiding van de invoering. Uit onderstaande figuur blijkt dat een groot deel van de GGD'en al betrokken is bij de Omgevingswet.



Percentage gemeenten waar de doelgroep 'mensen met lage sociaaleconomische status' op wijkniveau in beeld is gebracht

Mensen met een lage sociaaleconomische status vormen een belangrijke doelgroep waar het gaat om het behalen van gezondheidswinst. Dit refereert aan mensen met een lage opleiding (basisonderwijs, lo, vmbo, avo, mavo) en/of mensen met een laag inkomen.
Ongeveer 30 procent van de mensen in Nederland heeft een zogenoemde lage sociaaleconomische status. Hun gezondheid is over het algemeen slechter dan die van mensen met een hoge sociaaleconomische status. Mensen met een lage sociaaleconomische status kampen vaak met belemmeringen waardoor gezond leven niet boven aan de prioriteitenlijst staat. Dit kan gaan om financiële problemen, weinig ondersteuning in de sociale omgeving en ontbrekende kennis over gezond gedrag. Ook nemen zij vaker minder deel aan preventieve activiteiten.
Het is belangrijk om te weten om wie het gaat, zodat de interventies op maat aangeboden kunnen worden. Het overgrote deel van de GGD'en heeft deze doelgroep geheel of gedeeltelijk in beeld gebracht.





2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Mensen nemen zelf maatregelen om zich te beschermen tegen ziekten, maar vertrouwen er ook op dat zij beschermd worden tegen risico's als de verspreiding van infectieziekten. GGD'en hebben een aantal, in de Wet publieke gezondheid vastgelegd, gezondheidsbeschermende taken die om specialistische medische deskundigheid vragen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg. Binnen deze pijler zijn de volgende indicatoren opgenomen:

Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

- Aantal FTE infectieziektebestrijding per 100.000 inwoners.
- Aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners.
- Aantal opgespoorde latente infecties tbc (LTBI) /100.000 inwoners.
- Beschikbare formatie Technische Hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners in FTE (excl. formatie kinderopvang).
- Aantal FTE Medische Milieukundigen per 100.000 inwoners.

Infectieziektebestrijding

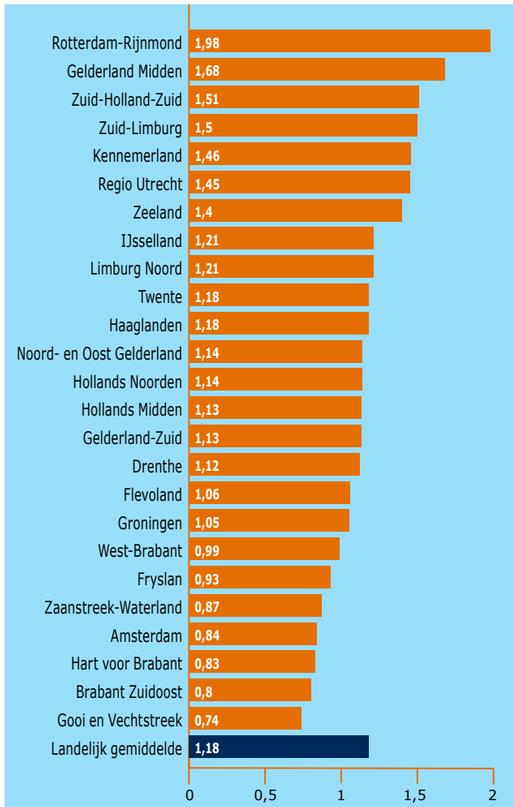
Eén van de al eerder aangehaalde onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2016 richtte zich op de infectieziektebestrijding. Uit eerder onderzoek bleek namelijk dat de toekomstbestendigheid aandacht nodig had omdat de infectieziektebestrijding steeds complexer wordt. Antibioticaresistentie neemt toe, net als internationale infectieziekten, zoals Ebola, MERS en nu het Zika-virus. Dit concludeerde ook GGD GHOR Nederland en de vereniging bracht aanbevelingen uit aan overheid, gemeenten en GGD'en om de infectieziektebestrijding verder te versterken. Gemeenten en GGD'en hebben dit opgepakt en de Inspectie stelde vervolgens in 2016 onder meer dat: *"De GGD'en hebben een sprong voorwaarts gemaakt en hebben veel geïnvesteerd in de versterking van hun netwerk. Hierdoor zijn GGD'en beter bestand tegen onverwachte gebeurtenissen zoals een grootschalige uitbraak van een infectieziekte."*

Aantal FTE Infectieziektebestrijding per 100.000 inwoners

Gemeenten moeten maatregelen nemen die ervoor zorgen dat overdracht van infectiezieken zo veel mogelijk voorkomen wordt. Daarnaast geldt een wettelijke meldingsplicht voor verschillende ziekten. Artsen en laboratoria die een dergelijke ziekte vaststellen, moeten dat aan de GGD melden. Onder infectieziektebestrijding vallen de volgende onderdelen:

- Bron- en contactonderzoek. GGD'en proberen de bron van de besmetting te achterhalen en contacten te beschermen.
- Vaccinaties en voorschrijven van preventieve medicijnen.
- Adviseren over hygiënemaatregelen. Voorlichting en adviezen geven over het voorkomen van infectieziekten. Ook wijzen GGD'en op eventuele risico's van infectieziekten.
- Melden van meldingsplichtige ziekten bij het RIVM. Er zijn circa 50 meldingsplichtige ziekten, bijvoorbeeld mazelen, polio, hepatitis A.
- (Wetenschappelijk) onderzoek.

Uit onderstaande figuur blijkt dat het gemiddelde aantal FTE infectieziektenbestrijding per 100.000 inwoners gemiddeld 1,18 fte is. De verschillen worden verklaard door het gemiddeld aantal bij een GGD gemelde meldingsplichtige infectieziekten, meldingen en outbreaks. Wanneer deze hoger liggen bij een GGD, kan dat een reden zijn waarom een GGD een hoger aantal FTE infectieziektebestrijding heeft.

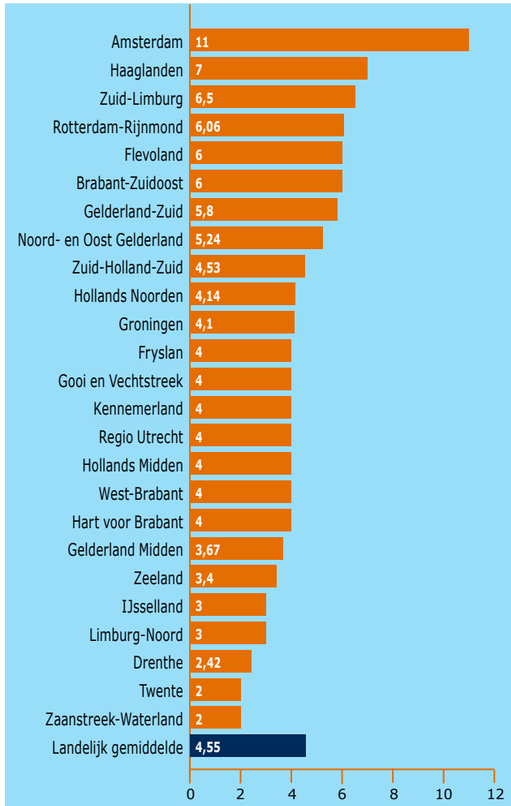


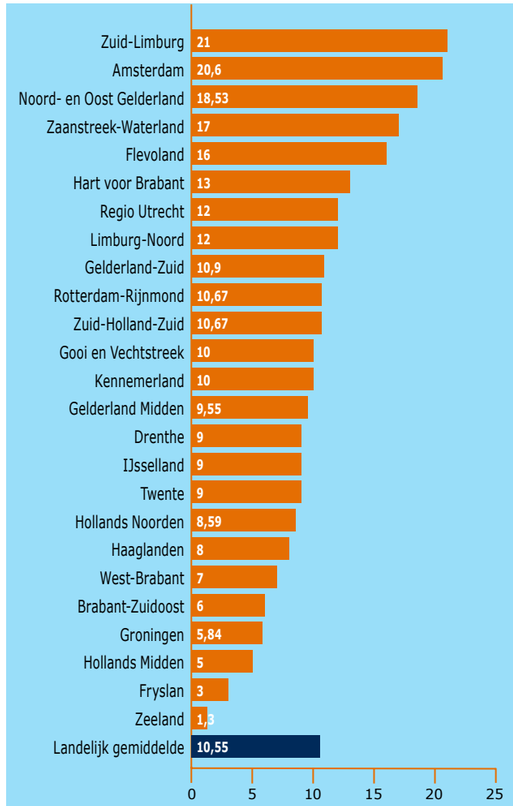
Aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners

Tuberculose (tbc) is een infectieziekte die jaarlijks bij circa 800 mensen in Nederland vastgesteld wordt. Wereldwijd is tuberculose een groot probleem. Jaarlijks krijgen 10 miljoen mensen de ziekte en overlijden meer dan 1,5 miljoen mensen aan tbc.
Tbc wordt bijna altijd overgedragen via de lucht door een patiënt met (besmettelijke) longtuberculose. Bij het hoesten worden de bacteriën vanuit de longen via kleine druppeltjes in de omgeving verspreid. Deze kleine druppeltjes kunnen bij inademing in de longblaasjes terechtkomen, waar de bacteriën kleine ontstekingshaarden veroorzaken. Vroeger werd de bacterie ook overgedragen via besmette melk van zieke koeien. Deze vorm komt vrijwel niet meer voor in Nederland nu de veestapel vrij is van deze bacterie en de melk gepasteuriseerd wordt.In Nederland wordt tbc meestal vastgesteld door longartsen, internisten en andere ziekenhuisspecialisten. GGD'en zijn verantwoordelijk voor de bestrijding en doen onder andere screening van immigranten (indien zij afkomstig zijn uit een voor tbc hoog risicoland) en gedetineerden (als zij aan bepaalde risicofactoren voldoen) en bron- en contactonderzoek.
Uit onderstaande tabel blijkt dat het landelijk gemiddelde van het aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners op 4,55 ligt. Daar waar de meeste risicogroepen wonen is het aantal nieuwe gevallen logischerwijs hoger.

Aantal opgespoorde latente tbc-infecties (LTBI) per 100.000 inwoners

Tbc komt in Nederland, vergeleken met honderd jaar geleden, veel minder voor. Toch wordt iedere dag nog bij gemiddeld drie patiënten tuberculose vastgesteld en jaarlijks overlijden ongeveer tien mensen aan de ziekte. Daarom blijven GGD'en investeren in bestrijding van tuberculose en de vroege opsporing ervan.
Een latente tuberculose-infectie (LTBI) is een infectie zonder klinische, bacteriologische of radiologische aanwijzingen voor actieve tuberculose. De contacten van een tbc-patiënt worden onderzocht op besmetting. Ze krijgen hiervoor eerst een huidtest, het bekende prikje op de arm. Daarna wordt de definitieve diagnose gesteld met een bloedtest. Een belangrijke eigenschap van de tbc-bacterie is dat deze na infectie lange tijd (een mensenleven) latent aanwezig kan blijven in het lichaam.
Uit onderstaande figuur blijkt dat het landelijk gemiddelde van het aantal opgespoorde latente tbc-infecties 10,55 is. De verschillen worden verklaard door het feit dat risicofactoren regionaal verschillen en omdat screening op latente infectie nog in ontwikkeling is bij GGD'en.





Beschikbare formatie Technische Hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners in FTE (exclusief formatie kinderopvang)

Technische hygiënezorg (THZ) is een onderdeel van de preventieve gezondheidszorg. De technische hygiënezorg richt zich vooral op situaties waarin het van belang is het risico op overdracht van ziekmakende micro-organismen te beperken of te voorkomen en veiligheidsaspecten te beoordelen. Daarbij gaat het om situaties waar veel mensen van gemeenschappelijke of collectieve voorzieningen gebruikmaken en veelal specifieke doelgroepen die op basis van bijvoorbeeld leeftijd en gezondheid extra risico kunnen lopen op infectieziekten. De beschikbare FTE voor Technische Hygiënezorg maakt inzichtelijk hoeveel aandacht er voor THZ kan zijn. GGD'en adviseren gemeenten waar toezicht op gehouden moet worden. Een GGD stelt een gemeentelijk of regionaal risicoprofiel op en op basis daarvan wordt een beleidsvoorstel voor de gemeente gemaakt. Hierin staat wat nodig is aan THZ.

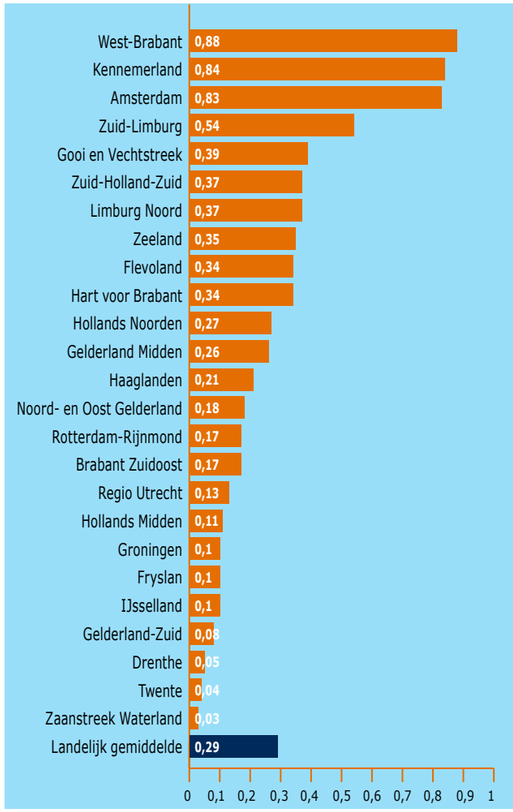
De THZ-taken zijn onder te verdelen in wettelijke taken en maatwerktaken. Voorbeelden van wettelijke taken zijn:

- taken op basis van Wet publieke gezondheid;
- inspectie Ship Sanitation;
- vergunningverlening tatoeëren en piercen;
- toezicht evenementen;
- toezicht seksbranche;
- adviestaak seksbranche;
- toezicht en adviestaak asielzoekerscentra;
- toezicht kindercentra;
- toezicht WMO.

Maatwerktaken zijn:

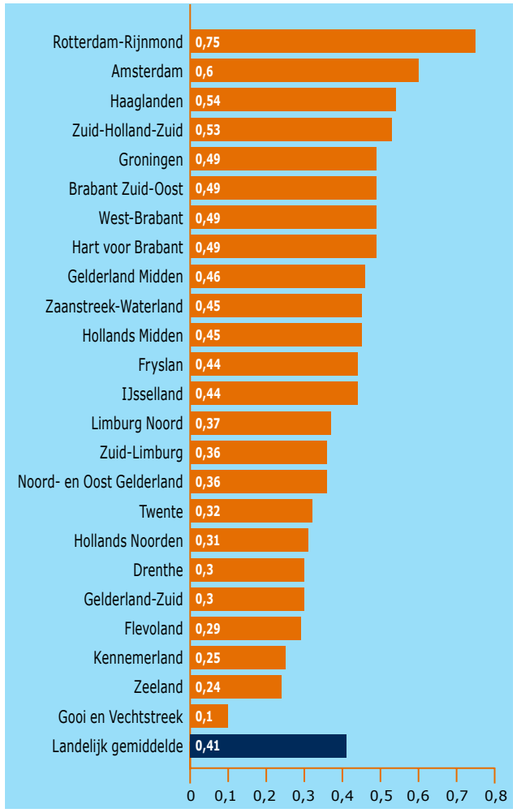
- advies zorginstellingen;
- advies voedselveiligheid;
- advies rondom legionellapreventie.

Afhankelijk van de aanwezigheid van bijvoorbeeld scheepvaart of asielzoekerscentra en de afspraken over maatwerktaken, is er meer of minder FTE Technische Hygiënezorg nodig.



Aantal FTE Medisch Milieukundigen per 100.000 inwoners

Medische milieukunde is een specialisme dat zich bezighoudt met de interactie tussen milieufactoren en gezondheid. Het belangrijkste doel van de medische milieukunde is het beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers door risico's van milieufactoren te beperken en positieve omgevingsfactoren te stimuleren. Het werkveld van de medische milieukunde is divers, zoals: leefomgeving, bodem- en waterverontreiniging, de binnenlucht van huizen, de buitenlucht, geuroverlast, geluidsoverlast, straling, chemische stoffen en veiligheid. Er is geen norm voor het aantal FTE dat nodig is in een regio.



Fotografie Flashphoto NL

3. Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Rampen, incidenten en crises hebben een grote impact op het leven van mensen. Het kan gaan om situaties met grote aantallen gewonden en/of dodelijke slachtoffers, maar ook om vermissingen en incidenten op kleinere schaal, die een groot deel van de bevolking raken.
Bij rampen en crises is er met betrekking tot de gezondheidszorg een rol weggelegd voor zowel de GGD als voor de Veiligheidsregio. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is op grond van de Wpg/Wvr directeur van de GGD én GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De DPG heeft zodoende een verantwoordelijkheid in zowel het gezondheidsdomein als in het veiligheidsdomein.

Deze benchmark gaat in op de processen in het kader van Publieke Gezondheid (de GGD-processen). Afhankelijk van de aard van het incident of crises is de GGD betrokken in het kader van infectieziektebestrijding, gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, psychosociale hulpverlening (PSH) en/of gezondheidsonderzoek na rampen. In acute situaties voert de DPG regie op deze processen en de uitvoering van de taken. Om goed voorbereid te zijn op rampen en crises is het van belang dat er aantal zaken op orde is. Deze zijn opgenomen als indicator in de benchmark voor GGD'en:

Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

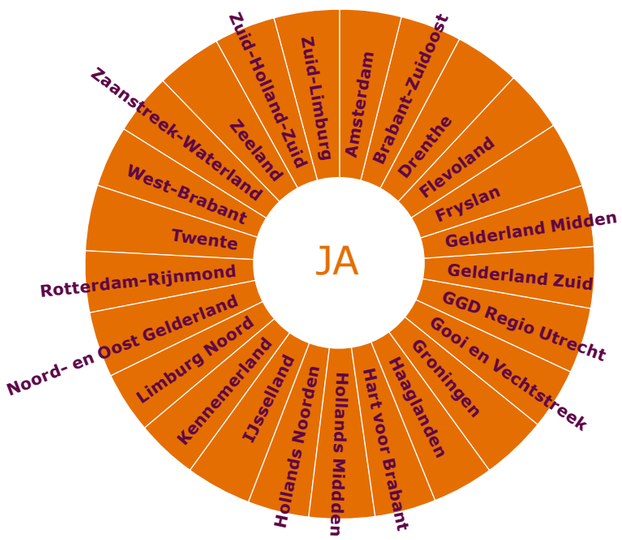
Heeft de GGD samenwerkingsafspraken met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen?

Oefent het crisisteam van de GGD minimaal twee keer per jaar hun inzet voor ten minste twee van de vier GGD processen?

Heeft de GGD een procedure voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis?

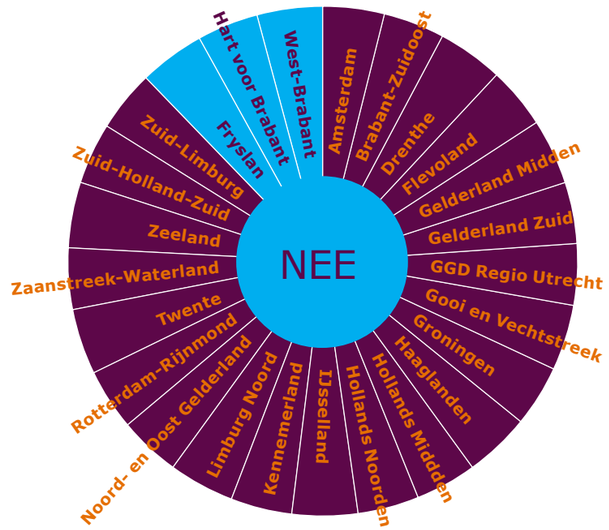
Samenwerkingsafspraken met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen

Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de psychosociale hulpverlening (PSH) bij rampen, zo is vastgelegd in de Wpg. Deze taak is belegd bij de DPG. De GGD'en hebben een coördinerende rol op het PSH-proces en maken samenwerkingsafspraken met ketenpartners. Psychosociale hulpverlening heeft tot doel om getroffenen, door middel van professionele begeleiding, het gevoel van zelfcontrole na een schokkende gebeurtenis terug te laten krijgen. De GGD coördineert de psychosociale hulpverlening en de taak wordt uitgevoerd door instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en Slachtofferhulp Nederland (SHN). Na een ramp is er een belangrijke rol weggelegd voor huisartsen die zorg kunnen dragen voor signalering en doorverwijzing.
De Multidisciplinaire richtlijn PSH bij rampen en crises beschrijft dat voor taken die in samenwerking met anderen plaatsvinden, gezamenlijke voorbereiding nodig is. Een hulpmiddel hierbij is het PSH-model¬convenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners. Uit onderstaand overzicht blijkt dat alle GGD'en deze samenwerkingsafspraken hebben gemaakt.



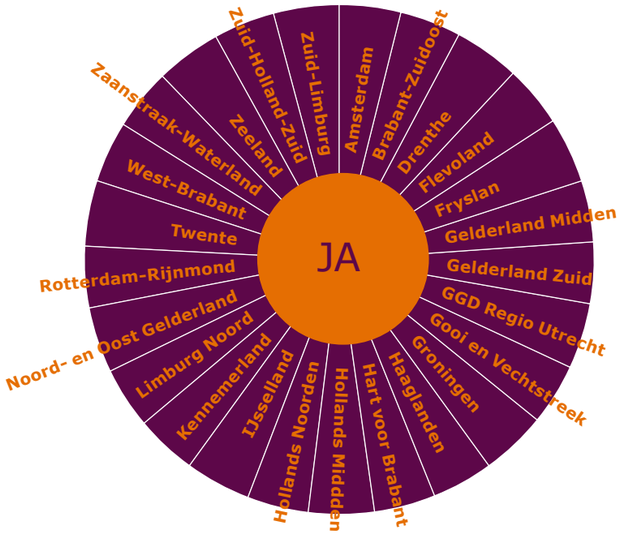
Oefent het crisisteam van de GGD minimaal twee keer per jaar hun inzet voor ten minste twee van de vier GGD-processen?

Door functionarissen uit het crisisteam te laten oefenen met verschillende GGD-processen (infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen), kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt. Dit bevordert de kwaliteit van de crisiszorg.
Opleiden, trainen en oefenen is van groot belang voor functionarissen uit het crisisteam, onder meer omdat zij in het crisisteam een rol vervullen die afwijkt van hun reguliere taken. Door te oefenen kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt, zodat ten tijde van een crisis als vanzelfsprekend via de crisisteam¬structuur gewerkt wordt. Uit het onderstaande overzicht blijkt dat niet alle GGD'en twee keer per jaar oefenen, sommige doen dit één keer.



Heeft de GGD een procedure voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis?

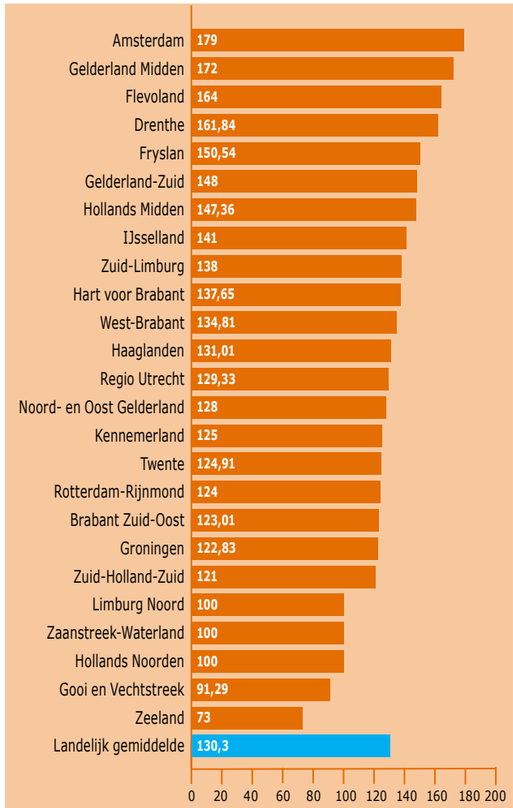
Leiding en coördinatie is een van de vier basisvereisten crisismanagement. De overige zijn: melding en alarmering, op- en afschaling, informatiemanagement en crisiscommunicatie. Degenen die bij een ramp of crisis leiden en coördineren, moeten kritieke besluiten nemen die een grote impact kunnen hebben en mede bepalend zijn voor het verloop van een crisis. Het is daarom belangrijk dat het proces van leiding en coördinatie goed doordacht is, vastgelegd en duidelijk is voor betrokkenen.



4. Toezicht houden

Burgers maken gebruik van allerlei voorzieningen, variërend van een sporthal tot kinderdagverblijf en van tatoeageshop tot het bezoeken van een evenement. Het gebruik daarvan moet veilig zijn, daar vertrouwen mensen op. Binnen deze pijler hebben we ons beperkt tot een indicator over het toezicht kinderopvang omdat dit de grootste wettelijke toezichtstaak van de GGD'en is. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht op en de handhaving van de kwaliteit van de kinderopvangvoorzieningen. De uitvoering van het toezicht is belegd bij de GGD. GGD-toezichthouders beoordelen de kwaliteit van de opvang, leggen dit vast in een openbaar inspectierapport en geven al dan niet een advies tot handhavend optreden richting de gemeenten.

De Inspectie van het Onderwijs is door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) aangewezen om interbestuurlijk toezicht uit te oefenen op de manier waarop gemeenten hun wettelijke taken van toezicht op en handhaving van de kinderopvangvoorzieningen en gastouderbureaus uitvoeren.
Zowel de kwaliteitseisen waaraan kinderopvangorganisaties moeten voldoen, als de rechten en plichten van de toezichthouder staan omschreven in de Wet kinderopvang plus onderhavige regelgeving (besluiten, regelingen en beleidsregels). In de Wet kinderopvang (art. 1.62) staat dat alle voorzieningen voor kinderopvang (kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, peuterspeelzalen en gastouderbureaus) jaarlijks minimaal één keer geïnspecteerd moeten worden door een GGD-toezichthouder. In principe vindt bij iedere voorziening een jaaronderzoek plaats. Daarnaast kunnen er ook andere onderzoeken worden gehouden, zoals een nader onderzoek of een incidenteel onderzoek. Het percentage inspecties kan daardoor boven de 100 procent komen. In deze indicator zijn de gastouders buiten beschouwing gelaten. Twee regio's halen de 100 procent niet. Dit is door de Inspectie van het onderwijs ook al opgemerkt. Het is gebleken dat deze twee regio's in de laatste periode van 2017 met veel uitval te maken hebben gehad en hierdoor niet alle inspecties hebben kunnen uitvoeren. Beide regio's hebben in overleg met de onderliggende gemeenten diverse maatregelen getroffen om in 2018 wel alle verplichte inspecties uit te voeren.



< Percentage kinderopvanginstellingen die geïnspecteerd zijn in uw GGD-regio

Veelvoorkomende taken die GGD'en uitvoeren voor gemeenten

Naast de basistaken van GGD'en, zoals beschreven in de vier pijlers, voeren de GGD'en taken uit voor de gemeenten in hun regio. Elke GGD maakt hierover afspraken met de gemeenten. Het gaat daarbij om maatwerk zodat de GGD'en goed in kunnen spelen op wat nodig is in een regio. Dat betekent ook dat GGD'en onderling dus verschillen. Deze benchmark gaat dan ook niet zozeer over vergelijken, maar is een instrument om van elkaar te leren. Veelvoorkomende taken die GGD'en voor gemeenten uitvoeren zijn Gezondheidsbevordering, Jeugdgezondheidszorg en Forensische geneeskunde.

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is een breed onderwerp waarbij verschillende partijen betrokken zijn: GGD, gemeenten, thuiszorg, welzijnsinstellingen, sportorganisaties en scholen. Het gaat op lokaal niveau over thema's als alcohol, roken, overgewicht, bewegen en depressie. Gezondheidsbevordering betreft zowel het beïnvloeden van de omgeving als het beïnvloeden van gedrag. De adviestaken van de GGD zijn benoemd onder pijler 1 (zie pagina 6). De GGD'en voeren daarnaast nog andere taken uit op het gebied van gezondheidsbevordering. Het gaat dan met name om het coördineren van samenwerkingen met meerdere partijen, bij programma's zoals Gezonde School of Gezonde Wijk en uitvoeren van door de gemeente(n) vastgestelde programma's zoals regionale alcoholprojecten.
Om te duiden hoeveel FTE en budget de GGD'en hebben voor dit onderwerp zijn indicatoren opgenomen in deze benchmark. Daarnaast is een indicator opgenomen over dementie, omdat dit één van de snelst groeiende ziektes is met een grote impact op de persoon en zijn of haar omgeving.

Gezondheidsbevordering

Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners.

Wat is het budget dat de GGD jaarlijks heeft voor Gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners?

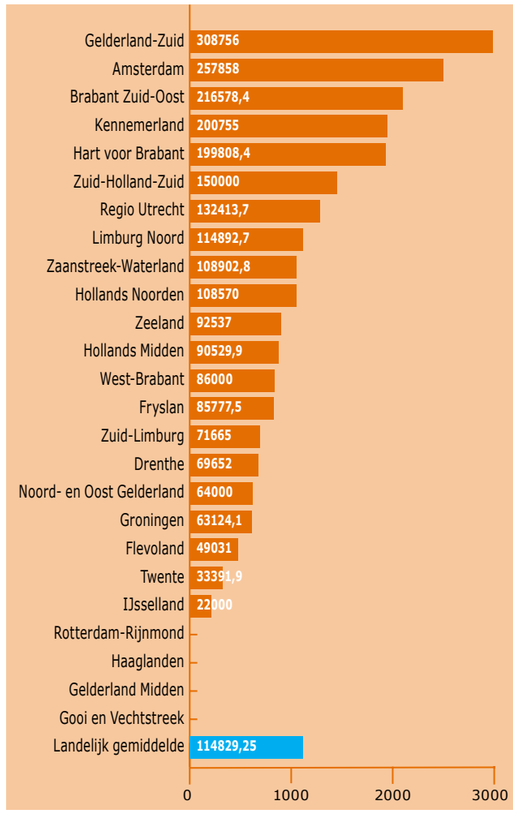
Bij welk percentage van de gemeenten is de GGD betrokken bij de uitvoering van programma's over dementie?

Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners

Gemeenten maken afspraken met organisaties om te werken aan gezondheidsbevordering van inwoners. Vaak doen gemeenten dit ook met GGD'en, vanwege de kennis en expertise van de diensten. Per regio gaat het dus om maatwerk: wat is nodig in een regio en welke afspraken worden met de gemeentes gemaakt. Dit maatwerk zien we terug in onderstaande figuur. Het aantal FTE voor gezondheidsbevordering verschilt per GGD-regio. Naar gelang de behoefte in een regio, worden de werkzaamheden op het gebied van gezondheidsbevordering ingevuld. Zo wordt in Gelderland Zuid gewerkt aan een dekkend netwerk van Gezonde Schooladviseurs en gezondheidsmakelaars. In de regio Gelderland Midden is er geen aparte afdeling gezondheidsbevordering. Gemeenten maken gebruik van commerciële partijen voor de uitvoering van gezondheidsbevordering.

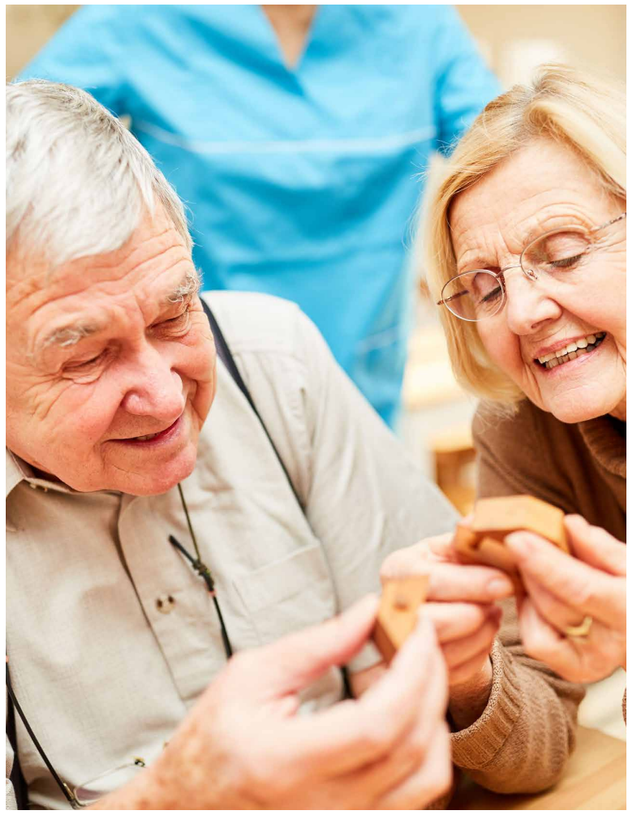
Budget voor gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners

Ook hier is verschil tussen de GGD'en waar te nemen. Elke GGD maakt in overleg met de gemeente keuzes in de wijze waarop ze aandacht en invulling geven aan het onderwerp gezondheidsbevordering. Logischerwijs is het budget voor Gelderland Zuid hoger, aangezien zij veel investeren in gezondheidsbevordering door middel van Gezonde School en Gezondheidsmakelaars. Zoals bij de vorige indicator al aangegeven heeft GGD Gelderland Midden geen aparte tak voor gezondheidsbevordering. In Rotterdam-Rijnmond voeren de gemeente de gezondheidsbevorderende taken zelf uit en heeft de GGD geen budget voor gezondheidsbevordering. Voor GGD Haaglanden is het specifiek maken van het budget voor gezondheidsbevordering niet mogelijk, omdat de taken over verschillende organisatieonderdelen verdeeld zijn. Ook GGD Gooi en Vechtstreek is onderdeel is van een grotere regio daardoor zijn veel zaken niet meer apart voor de GGD te herleiden. Dit geldt ook voor het budget voor gezondheidsbevordering. Uit onderstaande figuur blijkt dat er gemiddeld ruim 114.000 euro per 100.000 inwoners beschikbaar is bij de GGD'en. Dit is dus 1,14 per inwoner. Het verschil in begroting wordt dus zoals eerder al aangegeven verklaard door de wijze waarop de GGD-regio invulling geeft aan gezondheidsbevordering en of zij deze taken zelf uitvoeren of dat er andere partijen worden ingehuurd.



Dementie programma's

Een op de vijf mensen krijgt dementie. Bij vrouwen is de kans nog groter: een op de drie vrouwen krijgt tijdens haar leven dementie. Hoe ouder, hoe groter de kans op dementie. Boven de 90 jaar heeft maar liefst 40 procent van de mensen een vorm van dementie. Nederland telt op dit moment ruim 270.000 mensen met dementie. Door de vergrijzing en het ouder worden van de bevolking zullen in 2040 ruim een half miljoen mensen lijden aan dementie. Risicofactoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van dementie zijn erfelijke factoren en leefstijl, zoals roken.
Uit onderstaand overzicht blijkt dat elf GGD'en betrokken zijn bij de uitvoering van programma's die zich richten op mensen met dementie of hun naasten. Tevens blijkt dat nog niet alle GGD'en betrokken zijn bij dit soort programma's. Het is nog een nieuw onderwerp voor de meeste GGD'en. De verwachting is dat in de toekomst meer gemeenten de keuze zullen maken om zich op deze aandoening te gaan richten en dat dit dus hoger op de agenda van de GGD zal komen te staan.



Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft als doel om alle kinderen in gezondheid te laten opgroeien.
Daarbij wordt breder gekeken dan naar alleen het kind zelf. De JGZ-medewerkers kijken ook naar de omgeving van het kind, omdat deze bepalend is voor de gezondheid en het welzijn van het kind.
De JGZ is een onderdeel van de publieke gezondheid en wordt collectief aangeboden aan alle kinderen in Nederland. De JGZ heeft dan ook (bijna) alle kinderen in Nederland in beeld en biedt hen en hun ouders (voornamelijk preventieve) zorg en ondersteuning aan om gezondheidsproblemen te voorkomen dan wel tijdig te signaleren.

De indicatoren over de JGZ die zijn opgenomen in de benchmark, staan in onderstaande tabel. Niet alle GGD'en hebben de JGZ in eigen huis. Gemeenten zijn verplicht Jeugdgezondheidszorg aan te bieden en bepalen zelf door welke organisatie zij dit laten uitvoeren. Doordat de JGZ soms door andere organisaties wordt uitgevoerd, zijn voor die regio's geen gegevens in deze benchmark beschikbaar. Ook kan het per JGZ-organisatie verschillen aan welke leeftijdsgroep de zorg wordt aangeboden. Dit kan gericht zijn op 0- tot 4-jarigen, 4 - tot 18-jarigen of 0- tot 18-jarigen.

Jeugdgezondheidszorg

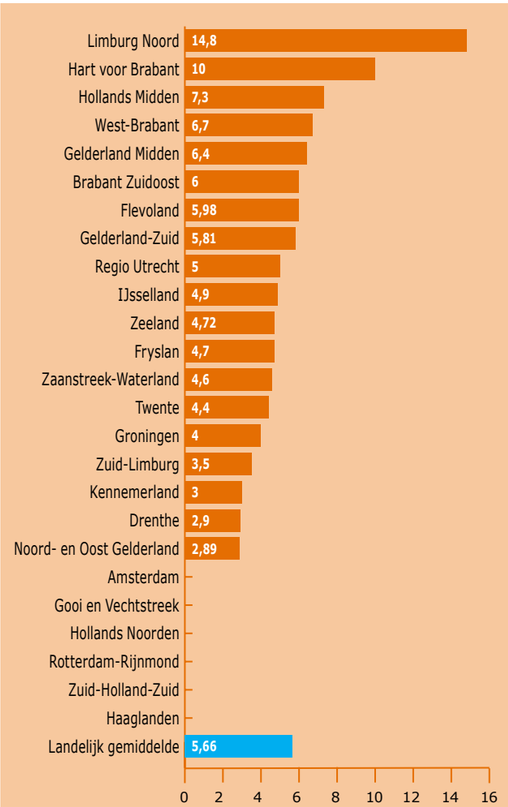
Percentage verwijzingen (vanuit standaard contactmoment en vanuit onderzoek op indicatie).
Percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contactmomenten.
Som van het aantal FTE JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en JGZ-doktersassistenten per 100.000 jeugdigen.
Percentage gebruik van de meldcode kindermishandeling.
Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma.

Percentage verwijzingen (vanuit standaard contactmoment en vanuit onderzoek op indicatie)

Bij deze indicator gaat het om externe verwijzingen, dus buiten de JGZ maar binnen de 'jeugdketen' in brede zin dus zowel psychosociaal, somatisch als ontwikkelingsproblematiek. Een vervolgcontact is het contact dat volgt naar aanleiding van een gesignaleerd probleem (door JGZ, door de ouders of door derden). Onder vervolgcontacten valt, behalve onderzoek op indicatie, bijvoorbeeld ook een telefonisch consult, een huisbezoek, een gesprek op school. De verwijzing kan ofwel naar aanleiding van somatische en/of ontwikkelingsproblematiek maar ook naar aanleiding van psychosociale problematiek zijn.
Het gaat dus om **externe** verwijzingen, niet binnen de GGD. Een verwijzing naar een medewerker van de JGZ van de GGD die binnen een (sociaal) wijkteam werkzaam is, wordt niet meegeteld. Verwijzingen door de logopediste worden niet meegenomen.

Toelichting

GGD Zuid-Holland-Zuid geeft aan geen gegevens beschikbaar te hebben. Dit geldt ook voor het CJG van GGD Rotterdam Rijnmond, het CJG is geen onderdeel van de GGD. Ook GGD Hollands Noorden geeft aan dat deze gegevens niet beschikbaar zijn. GGD Amsterdam legt uit dat er voor 2017 geen percentage te berekenen was. GGD Gooi en Vechtstreek kan deze indicator vanwege een nieuw registratiesysteem dit jaar nog niet aanleveren.



Percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contactmomenten

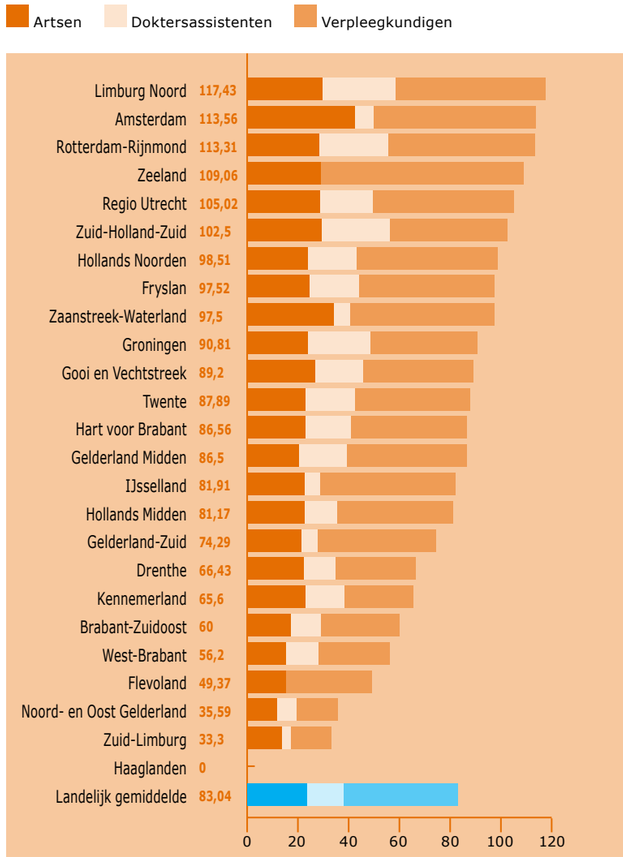
Deze indicator meet het percentage extra contacten ten opzichte van de reguliere contacten van de JGZ. Daarbij gaat het om de contacten die kinderen hebben met de JGZ, buiten de reguliere contactmomenten om.
Vanaf de geboorte krijgt een kind jeugdgezondheidszorg, dat begint al bij de hielprik en gehoorscreening van baby's. Tot en met de middelbare school heeft een kind contact met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Daarnaast kunnen er dus extra contacten zijn, als daar volgens kind, ouders en/of professionals behoefte aan is. Het gaat dan om telefonische consulten en indicatieconsulten (indicatieconsulten die als vervolg op een standaardcontactmoment plaatsvinden, ofwel indicatieconsulten die door ouders of derden zijn aangevraagd).

Toelichting

GGD Fryslan geeft aan dat deze gegevens niet beschikbaar zijn. De gegevens van de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ in deze regio geen onderdeel is van de GGD.

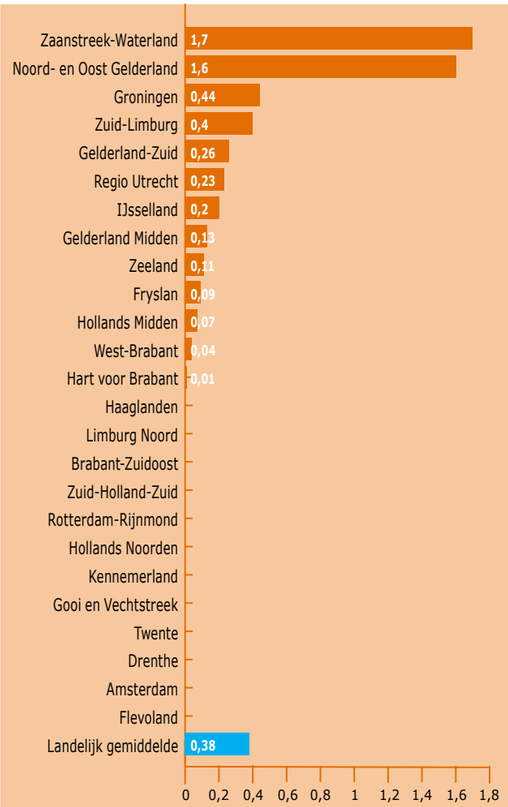
Som van het aantal FTE JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en JGZ-doktersassistenten per 100.000 jeugdigen

Deze indicator geeft weer hoe de verdeling van de JGZ-staf is binnen de GGD. Hierbij is onderscheid gemaakt in JGZ-artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Gemiddeld hebben de GGD'en 45,21 fte verpleegkundigen in dienst, 23,63 fte artsen en 14,20 fte doktersassistenten.



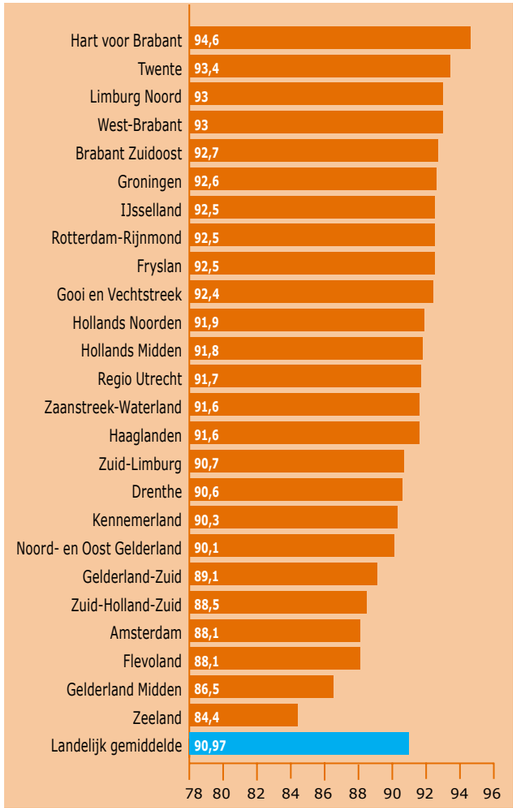
Percentage gebruik van de meldcode kindermishandeling

De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is een stappenplan waarin staat hoe bijvoorbeeld een huisarts, kinderopvangmedewerker, leerkracht of hulpverlener moet omgaan met het signaleren en melden van (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling.
Bij vermoedens van kindermishandeling treedt de meldcode in werking. Dit kan in sommige digitaal dossiers wel vastgelegd worden (zoals mlCas) maar in andere niet. Als tweede stap dient overlegd te worden wordt met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis. Mede op basis daarvan wordt besloten of hulp georganiseerd wordt of dat gemeld wordt bij het Veilig Thuis.
Uit onderstaande figuur komt naar voren dat slechts een klein deel van de GGD'en met de meldcode werkt. Dit geeft een vertekend beeld aangezien men wel werkt met de meldcode, maar dat bij een aantal GGD-en nog geen geautomatiseerde registratie van individuele gevallen plaatsvindt, wel handmatige registratie. Die is echter niet zonder veel extra werk uit de registratie te halen. Er wordt door de GGD'en gewerkt aan het aanpassen van de systemen zodat deze indicator bij de volgende benchmark een beter beeld zal geven.



Percentage zuigelingen dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma

De hoofddoelstelling van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is het voorkómen van ziekte en sterfte, door te vaccineren. Het collectieve programma is werkzaam op twee niveaus: individuele bescherming en groepsbescherming om epidemieën te voorkomen. Het aanbieden van vaccinaties in het kader van het RVP is een taak van de jeugdgezondheidszorg volgens de Wpg (artikel 5c).
In deze indicator wordt het aantal kinderen dat alle vaccinaties volgens het RVP-schema toegediend heeft gekregen voor het bereiken van de leeftijd van twee jaar, en daarmee de basisimmuniteit heeft bereikt afgezet tegen het totaal aantal kinderen tot twee jaar in de specifieke regio.
Om een hoge vaccinatiegraad te kunnen bereiken dient onder andere de samenwerking en coördinatie tussen de uitvoerende partijen goed te verlopen. Bij de uitvoering van het RVP zijn meerdere partijen betrokken: thuiszorgorganisaties, GGD'en, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), verloskundige hulpverleners, kinderartsen en huisartsen. Het RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) voert de centrale regie, evaluatie en communicatie in opdracht van het ministerie van VWS. Regionale Coördinatie Programma's (RCP) coördineert en heeft medisch toezicht op de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. De hieronder weergegeven percentages zijn afkomstig van het RIVM en worden beschikbaar gesteld via de website van het CBS: Statline
Uit de resultaten uit 2017 blijkt dat de vaccinatiegraad gemiddeld 90,1 procent is. Een deel van het verschil in vaccinatiegraad kan worden verklaard doordat sommige regio's worden gekenmerkt door een hoge mate van inwoners met een (geloofs)overtuiging, waarbinnen vaccinatie niet altijd past.
Vaccinatie is sowieso een onderwerp dat de laatste periode onderwerp is voor veel discussie. Er is een groep in de samenleving die vaccinatie ter discussie stelt wat gevolgen kan hebben voor vaccinatiegraad en dus de bescherming tegen ziektes. Voor bijvoorbeeld mazelen is er volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie een percentage van 95 procent gevaccineerde kinderen nodig om groepsimmuniteit te garanderen. Ook voor andere ziektes geldt een ondergrens voor groepsbescherming.



Forensische geneeskunde

De meeste GGD'en in Nederland hebben Artsen Maatschappij en Gezondheid die forensisch geneeskundige taken uitvoeren. Forensische of gerechtelijke geneeskunde is de tak van geneeskunde die medische kennis toepast ten behoeve van rechtszaken en justitieel onderzoek.
Het is een vorm van forensisch onderzoek. Het vak wordt uitgeoefend door de forensisch arts, ook wel forensisch geneeskundige of gemeentelijk lijkschouwer genaamd. Die laatste benaming dekt eigenlijk de lading niet, omdat de uitwendige lijkschouw slechts één van de deeltaken is van de forensisch arts. Het specialisme omvat vier onderdelen: medische zorg, medische advisering, sporenonderzoek en lijkschouw. Het eerste onderdeel richt zich vooral op de medische behandeling van de verdachte, arrestant of gevangene, de andere onderdelen zijn vooral gericht op het opsporen van (strafbare) feiten.

In deze benchmark zijn twee indicatoren opgenomen die gaan over de betrokkenheid van de GGD bij de lijkschouw. Volgens de wet moet elke overledene geschouwd worden door een arts. De lijkschouw is gericht op het beantwoorden van de vraag of er sprake is van een natuurlijke, dan wel een niet-natuurlijke dood. De lijkschouw moet in beginsel worden verricht door de behandelend arts. Om de lijkschouw te mogen verrichten hoeft de arts de patiënt niet bij leven te hebben behandeld. Ook dienstdoend artsen mogen als behandelend arts optreden in de zin van de Wet op de lijkbezorging. Na de melding van een overlijden wordt – voor zover andere dringende werkzaamheden dat toelaten – zo spoedig mogelijk geschouwd. De arts vormt zich tijdens de lijkschouw een oordeel over de aard van het overlijden. Dit oordeel wordt gebaseerd op informatie over de toedracht verkregen van omstanders en nabestaanden, onderzoek van de omgeving, onderzoek van het lichaam van de overledene en, indien noodzakelijk, gegevens uit het patiëntendossier. Is de overledene minderjarig, dan overlegt de behandelend arts altijd met de gemeentelijk lijkschouwer. Is de arts overtuigd van een natuurlijke dood, dan geeft hij een verklaring van overlijden en een doodsoorzakenverklaring af.
Bij een niet-natuurlijke dood, of twijfel aan de natuurlijke aard van het overlijden, schakelt de arts direct de gemeentelijk lijkschouwer in. De richtlijn geeft aan wanneer en hoe de behandelend arts samenwerkt met de gemeentelijk lijkschouwer en de politie.

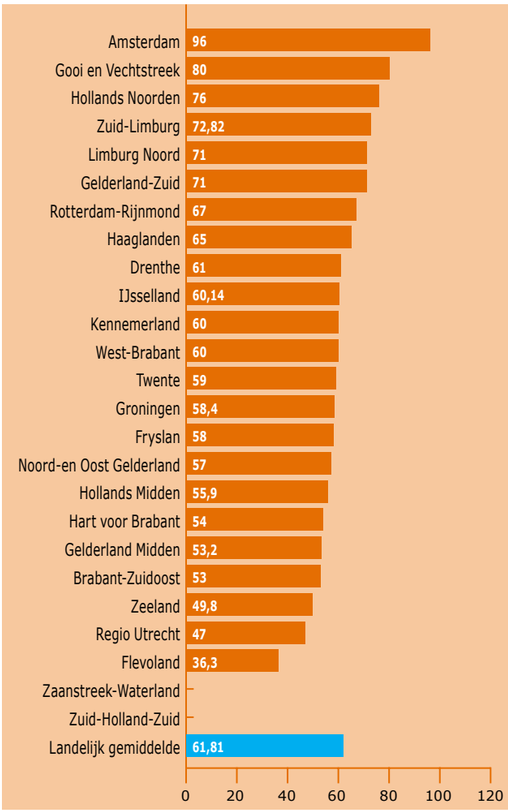
Forensische geneeskunde

Aantal lijkschouwingen (door de GGD) per 100.000 inwoners exclusief euthanasie.

Aantal lijkschouwingen na euthanasie (door de GGD) per 100.000 inwoners.

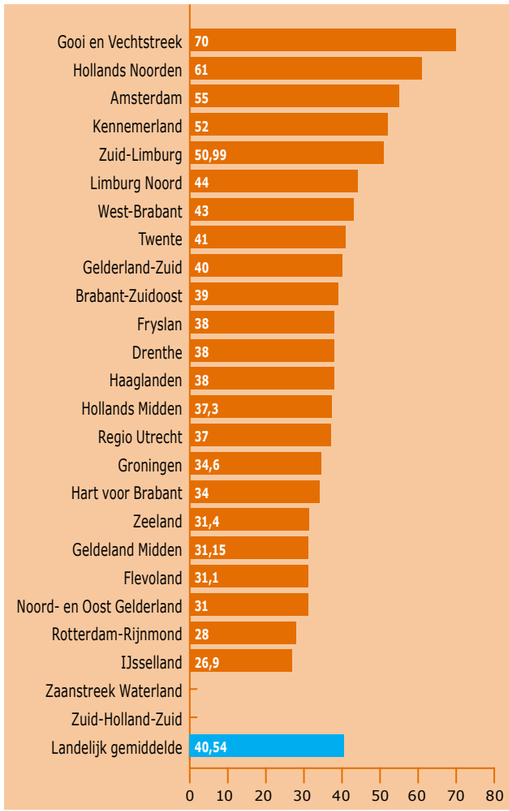
Aantal lijkschouwingen (door de GGD) per 100.000 inwoners exclusief euthanasie

Toelichting
GGD Zaanstreek Waterland en GGD Zuid-Holland-Zuid voeren geen lijkschouwingen uit.



Aantal lijkschouwingen na euthanasie (door de GGD) per 100.000 inwoners

Toelichting
GGD Zaanstreek Waterland en GGD Zuid-Holland-Zuid voeren geen lijkschouwingen uit.



Bedrijfsvoering en Governance

Deze laatste categorie van benchmarkindicatoren laat zien hoe de resultaten van de GGD'en zijn op het gebied van bedrijfsvoering en Governance. De indicatoren die binnen dit onderwerp zijn uitgevraagd hebben betrekking op de wijze waarop de verschillende GGD'en hun overhead hebben ingericht, wat de gemiddelde leeftijd van het directe personeel is en ook wordt weergegeven hoe hoog het ziekteverzuim is binnen de sector. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de inwonerbijdrage per GGD en hoe de verhouding is van de vaste en variabele financiering per GGD. De laatste indicator die is geselecteerd gaat over de Governancecode. Deze verzameling van indicatoren geeft een beeld van de sector, zowel wat betreft het personeel als de financiën.

Bedrijfsvoering & Governance

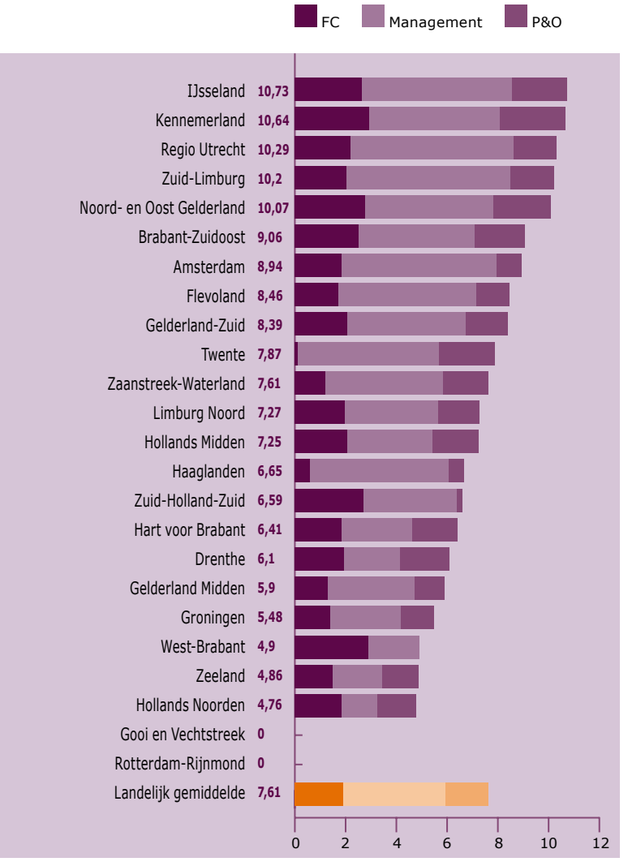
- Som van het aantal FTE P&O, FC en Management op het totale aantal FTE (%).
- Gemiddelde leeftijd direct personeel.
- Percentage ziekteverzuim.
- Inwonerbijdrage.
- Verhouding vast ten opzichte van variabele financiering van de GGD.
- Gebruikt u GGD de governancecode van de DPG?

Som van het aantal FTE P&O, FC en Management op het totale aantal FTE (%)

Deze indicator laat de verdeling van het aantal FTE zien van de verschillende overheadtaken binnen de GGD'en. Het gaat hierom het percentage overhead verdeeld in Personeel & Organisatie, Finance & Control en management van het totale aantal FTE dat in dienst is van de GGD.

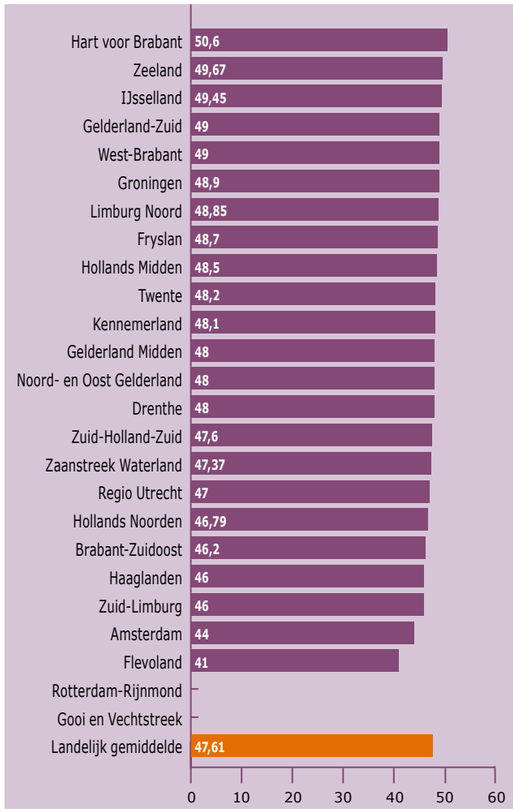
Toelichting

Bij GGD Rotterdam-Rijnmond zijn de taken belegd binnen de gehele gemeentelijke organisatie, waardoor deze niet apart zijn te herleiden. GGD Gooi en Vechtstreek is onderdeel van een grotere regio en zodoende zijn deze gegevens ook niet herleidbaar.



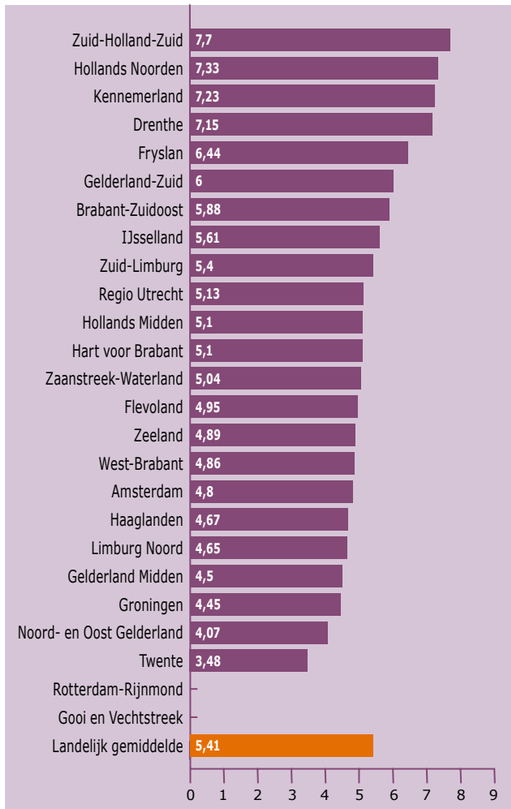
Gemiddelde leeftijd direct personeel

Uit onderstaand overzicht blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de GGD-medewerkers 47,5 jaar is. Het landelijk gemiddelde van de gehele beroepsbevolking in Nederland is 42 jaar. Er zijn geen grote verschillen waar te nemen tussen de verschillende regio's. Voor de GGD'en is het van belang om na te denken over het arbeidsmarktbeleid. De verwachting is dat over ongeveer 15 jaar een grote uitstroom van medewerkers zal plaatsvinden.



Percentage ziekteverzuim

Deze indicator meet ziekteverzuimpercentage aan de hand van de CBS-definitie: het aantal verzuimde kalenderdagen (inclusief weekenden) in de observatieperiode, gedeeld door de personeelsomvang (in voltijdequivalenten), vermenigvuldigd met het aantal kalenderdagen in de observatieperiode. Het ziekteverzuim is inclusief verzuim langer dan één jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. Het landelijk gemiddelde van de GGD'en is 5,4 procent. In Nederland was het ziekteverzuimpercentage over de gehele beroepsbevolking 4 procent (CBS, 2018).

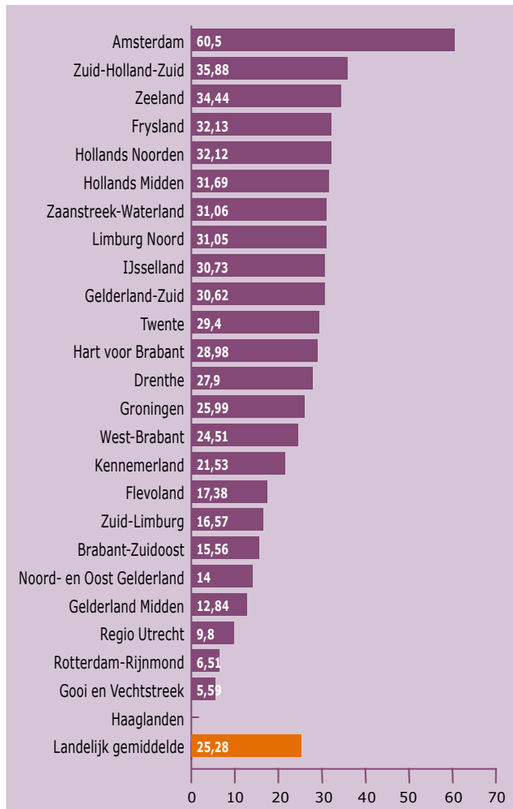


Inwonerbijdrage in euro's

In deze indicator wordt de bijdragen van de gemeente aan de GGD gedeeld door het aantal inwoners in het werkgebied. Het gaat hierbij om de bijdragen voor het basispakket, inclusief de Jeugdgezondheidszorg, exclusief de bijdrage voor de GHOR. Met deze indicator wordt dus aangegeven wat de gemeente per inwoner betaalt aan de GGD.

Toelichting

De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de GGD binnen de gemeentelijke organisatie opereert, en het daarom niet mogelijk is om een berekening te maken van de inwonerbijdrage.



Verhouding vast ten opzichte van variabele financiering van de GGD

GGD'en worden gefinancierd uit verschillende bronnen. Een deel van de financiering is vast en een deel variabel. In deze indicator wordt weergegeven hoe hoog het vaste deel van de financiering is per GGD. In het kader van het monitoren van het risico dat de GGD loopt, is het relevant te volgen of het aandeel structurele inkomsten van de GGD hetzelfde blijft, of kleiner wordt. Uit deze tabel blijkt dat het verschil tussen de verschillende GGD'en behoorlijk groot is. Gemiddeld bestaat iets meer dan de helft (54,15%) van de begroting van de GGD uit vaste financiering.

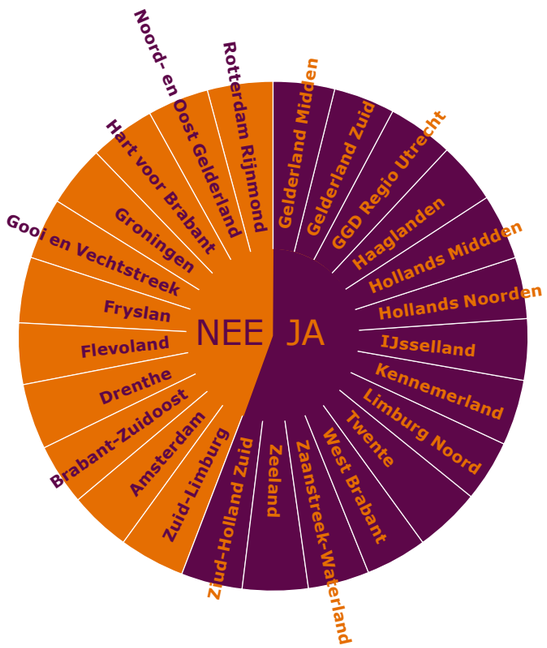
Toelichting

De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de GGD binnen de gemeentelijke organisatie opereert, en het daarom niet mogelijk is om een juiste berekening te maken van de vaste ten opzichte van de variabele financiering.

Gebruikt de GGD de model governancecode van GGD GHOR Nederland

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is verantwoordelijk voor het in acht nemen van de governancecode. Zij gaan binnen hun regionale setting (de gemeenschappelijke regeling) hierover het gesprek aan met hun bestuur. Het doel is draagvlak te organiseren voor de door de DPG'en afgesproken principes en te komen tot een regionaal vastgestelde governancecode.

De DPG stelt zijn bestuur in staat regionale wensen te formuleren met betrekking tot de governance. En de DPG stelt zijn bestuur en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in staat te toetsen of er wordt gewerkt volgens de governancecode. De DPG'en bespreken gezamenlijk tenminste tweejaarlijks of de modelgovernancecode nog adequaat is en voldoende uitnodigt tot reflectie. De modelgovernancecode is eind 2017 vastgesteld in de DPG-raad. Deze vaststelling vond plaats kort voor het moment van meting voor de benchmark en inmiddels zijn alle GGD'en aan de slag met de governancecode.



Lijst met afkortingen

DPG	Directeur Publieke Gezondheid
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GOR	Gezondheidsonderzoek bij rampen GGZ Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZB	Infectieziektebestrijding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MMK	Medische Milieukunde
PSH	Psychosociale Hulpverlening
SES	Sociaaleconomische status
TBC	Tuberculose
THZ	Technische Hygiënezorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport

GGD GHOR NEDERLAND

De meest opvallende zaken uit benchmark 2017 voor GGD Gelderland-Zuid
28 nov. 18

Inleiding
In Nederland zijn 25 GGD'en die qua werkgebied samenvallen met de Veiligheidsregio's. Het takenpakket verschilt per regio en wordt bepaald door regionale gemeentelijke keuzes. Wel beschrijft de Wet Publieke Gezondheid een aantal taken dat in het Besluit Publieke Gezondheid wordt uitgewerkt.

VWS heeft vier taken als pijler benoemd voor de GGD als uitvoerder van de publieke gezondheid:
1. Monitoring, signalering, advisering, 2. Gezondheidsbescherming, 3. Crisisbeheersing ,
4. Toezicht. Andere veel voorkomende taken van de GGD zijn: Gezondheidsbevordering, Jeugdgezondheidszorg en Justitiële taken.

Sinds 2012 ontwikkelt de vereniging van GGD'en, GGD GHOR Nederland, een benchmark GGD. Hierin worden kengetallen van de organisatie van de GGD'en van het primaire proces inzichtelijk gemaakt. Dit jaar zijn de resultaten voor het eerst gebundeld in een openbare rapportage waar de vereniging van GGD'en actief mee naar buiten treedt. Dit past in de lijn van de toenemende transparantie van de GGD-sector in het kader van 'collectief leren'. Uitgangspunt van de benchmark is dat het een instrument is dat GGD'en in staat stelt om van elkaar te leren, en om uiteindelijk het algemene resultaat en de kwaliteit van de uitvoering te verbeteren.
Het Dagelijks Bestuur van GGD Gelderland-Zuid heeft in haar vergadering van 13 september jl. dit uitgangspunt onderschreven.

De Benchmark rapportage geeft de resultaten en cijfers over 2017 weer. Het rapport is ingedeeld op basis van door VWS benoemde pijlers en de veelvoorkomende taken. Per deelonderwerp is een aantal indicatoren geselecteerd die een goede weerspiegeling geven van de werkzaamheden van GGD'en. Het van belang om aan te geven dat GGD'en onderling zeer veel van elkaar verschillen door grootte, taken, het lokale beleid en de manier waarop ze zijn georganiseerd. Hierdoor is een generieke duiding niet eenvoudig en niet altijd zinvol.

De meest opvallende zaken uit de Benchmark voor GGD Gelderland-Zuid wordt in het navolgende toegelicht.

Monitoring signalering en advisering
Het hogere *percentage rokers* (GZ 2,2% - landelijk gemiddelde 1,1%) en *alcoholdrinkers* (GZ 16% - landelijk gemiddelde 9,69%) is hoogstwaarschijnlijk methodologisch te verklaren. De cijfers voor GGD Gelderland-Zuid zijn gebaseerd op het door de epidemiologen uitgevoerde EMOVO-onderzoek, waarbij jongeren anoniem worden bevraagd of en in welke mate ze roken en drinken. Het is bekend dat met name de leefstijlfactoren roken en alcohol lagere prevalentiecijfers geven bij een niet-anonieme uitvraag aan jongeren. Er is een aantal GGD-en dat via preventief gezondheidsonderzoek van de JGZ jongeren bevragen en ze desgewenst actief benaderen naar aanleiding van de antwoorden die ze gegeven hebben. Bijna alle GGD-en die lager scoren op rook- en alcoholgebruik hebben de niet-anoniem verkregen cijfers van de JGZ aangeleverd voor de benchmark. Wij hechten meer waarde aan anoniem verkregen cijfers, omdat deze de werkelijkheid meer representeren.

GGD Gelderland-Zuid is bij alle gemeenten in het werkgebied betrokken bij de ontwikkeling en *uitvoering van de omgevingswet* (GZ 100% - landelijk gemiddelde 91,74%). GGD Gelderland-Zuid (Medische milieukunde, Gezond Leven, etc.) werkt actief samen met gemeenten en andere partners zoals omgevingsdiensten en de Veiligheidsregio om te adviseren over het inrichten van een gezonde leefomgeving.

GGD Gelderland-Zuid heeft bij alle gemeenten de doelgroep *'mensen met lage sociaal economische status'* op wijkniveau in beeld gebracht (GZ 100% - landelijk gemiddelde 79,14 %).

Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
GGD Gelderland-Zuid heeft relatief beperkte *formatie Infectieziektebestrijding* per 100.000 inwoners (GZ 1,1 fte - landelijk gemiddelde 1,18 fte) voor het uitvoeren van deze taak (in rangorde 16e van Nederland). Dat is redelijk gemiddeld. Door een efficiënte organisatie en een goede verbinding met de academische werkplaats en inzet voor het bestrijden van antibioticaresistentie kan de GGD hiermee verantwoorde kwaliteit leveren.

Landelijk gezien staat GGD Gelderland-Zuid 7e respectievelijk 9e in het overzicht van het *aantal nieuwe TBC gevallen* (GZ 5,8 – landelijk gemiddelde 4,55) *en aantal opgespoorde latente infecties TBC* (LTBI) per 100.000 inwoners (GZ 10,9 – landelijk gemiddelde 10,55). In omvang heeft onze GGD daarmee minder TBC-problematiek dan de 4 grote steden, maar beduidend meer dan gemiddeld. De goede LTBI-opsporing hangt deels samen met de effectieve zorgorganisatie op dit gebied.

GGD Gelderland-Zuid heeft een beperkte *formatie Technische Hygiënezorg* per 100.000 inwoners in FTE (excl. formatie kinderopvang). Slechts 3 GGD'en hebben minder formatie.(GZ 0,08 fte – landelijk gemiddelde 0,29 fte). De basisformatie is deels beperkt door historische bezuinigingen. De overige formatie wordt bepaald door de behoefte aan inspectiecapaciteit c.q. het aantal instellingen (tattoo & piercingshops, seksinrichtingen, etc.) in ons werkgebied.

De *formatie Medische Milieukundigen* per 100.000 inwoners van GGD Gelderland-Zuid is beperkt (GZ 0,3 fte– landelijk gemiddelde 0,41 fte). 5 GGD'en hebben minder formatie. De beschikbare formatie wordt zo efficiënt als mogelijk ingezet, mede door samenwerking met alle GGD'en in Oost-Nederland ten aanzien van tweedelijnsexpertise en de Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen als adviseur voor de GHOR. De behoefte aan deze formatie neemt toe vanwege de voorbereiding op de Omgevingswet en de toenemende behoefte aan advisering inzake gezonde leefomgeving.

Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises
GGD Gelderland-Zuid heeft *samenwerkingsafspraken* met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen. Het crisisteam van de GGD *oefent* minimaal 2 x per jaar en heeft een *procedure* voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis. Dit beeld is vergelijkbaar met de meeste andere GGD'en.

Toezicht houden
In 2017 heeft GGD Gelderland-Zuid 100% van de *kinderopvanginstellingen inspecties* uitgevoerd. Dit is conform de wettelijke verplichting waar de Inspectie voor het Onderwijs op toeziet.

Gezondheidsbevordering
Eén van de opvallendste cijfers en afwijkingen t.o.v. het land zijn de cijfers over *aantal fte gezondheidsbevordering* per 100.000 (GZ 3,38 fte – landelijk gemiddelde 1,33 fte) en het budget dat we daarvoor beschikbaar hebben.

GGD Gelderland-Zuid doet veel aan gezondheidsbevordering. Anno 2018 vinden we het belangrijk om dichtbij de gemeenten en de scholen met een herkenbaar gezicht de gezondheidsbevordering en preventie in het publieke domein vorm te geven en te ondersteunen. We hebben daar een - zo goed als - dekkend netwerk van gezondheidsmakelaars en gezonde schooladviseurs weten te realiseren. Deze 'infrastructuur' is van belang om met gemeenten en partners te kunnen komen tot een integrale lokale aanpak. De gezondheidsmakelaars zijn voor de GGD en de gemeenten belangrijke spelers in het verbinden van samenwerkingspartners en netwerken en het inbrengen van de laatste kennis en inzichten.

De gezonde schooladviseurs hebben met het merendeel van de scholen in iedere gemeente in het werkgebied contact en voeren met de scholen gezonde schoolprogramma's uit.

Iedere gemeente heeft een eigen gezondheidsmakelaar die deel uitmaakt van lokale netwerken en betrokken is bij een veelheid aan projecten, waar onder nogal wat projecten die bijdragen aan gezond ouder worden. Daarmee is ook het hoge percentage van gemeenten te verklaren waar we

betrokken zijn bij de *uitvoering van dementie-programma's* (GZ 69% - landelijke gemiddelde 13%).

Onderdeel van onze nabijheid met gemeenten is dat we voor de 16 gemeenten in ons werkgebied totaal 78 wijkprofielen hebben gemaakt die door onze gezondheidsmakelaar gebruikt worden. Door deze wijkprofielen hebben we een goede gesprekstool om met lokale partners op kern- of wijkniveau te bepalen welke preventieve interventies gezamenlijk opgepakt kunnen gaan worden.

De investering in een sterk netwerk, leidt tot korte lijnen en gezamenlijk eigenaarschap met gemeenten en samenwerkingspartners. Juist deze sterke netwerksamenwerking maakt dat de GGD in staat is om (samen met partners) samenhang te creëren tussen allerlei afzonderlijke projecten en initiatieven en resultaten te boeken. Daarnaast helpt het om succesvol subsidies aan te vragen. Hierdoor wordt een 'multiplyer' effect gerealiseerd. Denk hierbij aan impulsgelden voor het onderwijs, middelen uit Jong Leren Eten, buurtsportcoach-regeling, sport-impulsaanvragen, ZonMw subsidies, subsidies voor schoolfruit. Deze extra (rijks) middelen zijn ook terug te zien in de hogere capaciteit gezondheidsbevordering.

Methodologisch
GGD Gelderland-Zuid kent geen afzonderlijke beleidsadviseurs voor algemeen gezondheidsbeleid. Deze taken zijn integraal onderdeel van het werk van de gezondheidsmakelaars en de gezonde schooladviseurs. Bij vrijwel alle andere GGD'en zijn dit aparte functionarissen die niet meegeteld worden bij de formatie voor gezondheidsbevordering. De Gezonde schooladviseurs voeren hun taken vooral uit in samenwerking met de JGZ op de scholen en zijn ook onderdeel van het programma Jeugd zoals dat in de begroting van GGD Gelderland-Zuid is opgenomen. Bij andere GGD'en is een belangrijk deel van deze taken integraal onderdeel van de JGZ en wordt daar mee geteld. De toerekening van capaciteit aan gezondheidsbevordering of JGZ kan dus per GGD verschillen. Onze GGD heeft relatief meer gezondheidsbevordering en minder JGZ.

Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
Vanuit de Benchmark blijkt dat het *percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contact momenten* bij de JGZ van GGD Gelderland-Zuid hoger is dan landelijk (GZ 75% - landelijk gemiddelde 45%).
Dat de contactmomenten door de GGD'en heel verschillend worden ingevuld, is een deel van de verklaring van de gevonden verschillen hierbij. De JGZ van GGD Gelderland-Zuid heeft vanwege flexibilisering en vraaggericht werken besloten om 3 contactmomenten uit de 0-4 periode niet meer standaard maar op indicatie uit te voeren. Onder de vervolgcontacten vallen veel diverse contactmomenten: onderzoek op indicatie geïnitieerd vanuit JGZ, onderzoek op indicatie op verzoek van school, telefonisch consult, huisbezoek, gesprek op school met school of met ouder/kind. Dit sluit aan bij onze strategie om aan te sluiten bij de behoefte van kind, gezin en school om zo een optimaal resultaat te bereiken.

Het percentage *gebruik van de meldcode kindermishandeling* is bij de GGD Gelderland-Zuid toegenomen (GZ 0,26% - landelijk gemiddelde 0,38%, mediaan 0,2%).
Slechts 13 van de 25 van de GGD'en blijken in staat te zijn geweest om vanuit hun registratie data ten behoeve van deze indicator aan te leveren. Er wordt door de GGD'en gewerkt aan het aanpassen van de systemen zodat deze indicator bij de volgende benchmark een beter beeld zal geven.
JGZ-medewerkers hebben eind 2017 een scholing kindermishandeling gevolgd, er wordt stevig ingezet op het monitoren van gemaakte afspraken. Wij verwachten dan ook dat dit percentage bij een volgende benchmark hoger zal uitvallen.

De meeste jonge kinderen worden in Gelderland-Zuid gevaccineerd. In 2018 ligt *de vaccinatiegraad voor 2-jarigen* in de regio net iets onder het landelijk gemiddelde (GZ 89,1% - landelijk gemiddelde 90,97%).

Er zijn echter grote verschillen tussen de verschillende gemeenten. Van de 16 gemeenten in Gelderland-Zuid hebben er 8 een vaccinatiegraad van 90% of hoger, bij 4 is het 89-90% en in 4

gemeenten is de vaccinatiegraad aanzienlijk lager: Neder-Betuwe (51,3%), Neerijnen (76,0%), Geldermalsen (81,9%) en Zaltbommel (81,0%). In de gemeenten met een lage vaccinatiegraad wonen relatief veel bevindelijk gereformeerden, die soms geloofsbezwaren hebben tegen vaccineren. Hierdoor valt het gemiddelde voor de hele regio Gelderland-Zuid lager uit.

De medewerkers jeugdgezondheidszorg van de GGD Gelderland-Zuid en de Stichting Thuiszorg en Maatschappelijk werk Rivierenland geven ouders in individuele gesprekken informatie over vaccinaties en beantwoorden vragen van ouders. Er is extra aandacht voor speciale groepen zoals asielzoekers en migranten. En er wordt onderzoek gedaan naar vaccinatiegraad en –acceptatie onder groepen met een lage vaccinatiegraad.

Justitiële taken
Wat betreft het aantal lijkschouwingen door de GGD per 100.000 inwoners exclusief euthanasie (GZ 71 - landelijk gemiddelde 61) en per 100.000 inwoners na euthanasie (GZ 40 – landelijk gemiddelde 40,54) neemt Gelderland-Zuid landelijk de zesde respectievelijk de negende plaats in. Het aantal is door de GGD niet beïnvloedbaar. Het aantal schouwen wordt mede bepaald door de aanwezigheid van een UMC in Gelderland-Zuid.

Bedrijfsvoering
Vanuit de Benchmark komt – via de indicator *inwonerbijdrage* – naar voren dat de gemeenten uit Gelderland-Zuid €30,62 per inwoner betalen aan de GGD. Deze indicator betreft de basistaken van de GGD, inclusief de jeugdgezondheidszorg. Wij zitten daarmee boven het gemiddelde van €25,28 per inwoner (mediaan €28,44).

Methodologisch
Voor het berekenen van het gemiddelde (en de mediaan) worden alle GGD'en in de berekening meegenomen. De JGZ is echter niet in dezelfde mate bij GGD'en belegd; er is een grote diversiteit. De relatieve bijdrage van de JGZ aan onze GGD is groot, waardoor het vergelijken van inwonerbijdragen met andere GGD'en die minder of geen JGZ uitvoeren mank gaat.

Preventieve infrastructuur
De gemeenten in Gelderland-Zuid hebben gekozen om in samenspraak met de GGD en netwerkpartners in Gelderland-Zuid te gaan voor een preventieve infrastructuur; om zo dichtbij de gemeenten en de scholen met een herkenbaar gezicht de gezondheidsbevordering en preventie in het publieke domein vorm te geven en te ondersteunen. We hebben, met optimale inzet van kennis en expertise, een, – zo goed als - dekkend netwerk van gezondheidsmakelaars en gezonde schooladviseurs binnen Gelderland-Zuid weten te realiseren.

Overhead
Op verzoek van het AB 28 juni jl. is een inventarisatie geleverd van de overheadkosten van Veilig Thuis en van de gehele GGD en is een plan van aanpak geformuleerd voor het terugbrengen van deze overheadkosten, zowel voor Veilig Thuis als ook voor de gehele GGD.
De analyse is op drie bronnen uitgevoerd, te weten:
- Benchmark op basis van begroting 2019 met andere GGD'en
- Benchmark GGD GHOR Nederland op HRM, F&C, management
- Ontwikkeling lasten eigen GGD op huisvesting en overhead van 2015-2019.

Analyse overhead gehele GGD en plan van aanpak
In de analyse van de overhead liggen de drie verschillende bronnen qua conclusies dicht bij elkaar. Onze overheadkosten liggen op of onder het gemiddelde van de andere GGD'en.
Ondanks de conclusie dat we gemiddeld "redelijk tot goed scoren" blijft een gemiddelde overhead van circa 22-24% een belangrijke kostenpost. Tegelijkertijd is het belangrijk om aan te geven dat indirecte kosten nodig zijn om te voldoen aan wet- en regelgeving en om het primaire proces goed te ondersteunen. Investeren in o.a. communicatie, automatisering, kwaliteitsbeheer (HKZ), informatiebeveiliging en huisvesting zijn voor ons belangrijke instrumenten om onze primaire productie soepel te laten lopen. Het DB heeft n.a.v. de analyse en de voorzet voor een plan van aanpak de DPG de opdracht gegeven om acties in te zetten om bedrijfsprocessen en overhead te optimaliseren en om deze acties te monitoren en het AB op 4 april 2019 hierover te rapporteren.

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering	13 december 2018
Agendapunt	7
Onderwerp	Meerjarenstrategie 2020 - 2023

Korte samenvatting onderwerp:

In de vorige vergadering van het Algemeen Bestuur is op hoofdlijnen ingestemd met het proces-voorstel ten behoeve van de ontwikkeling van de 'Meerjarenstrategie 2020-2023'.

Ten behoeve van het verkrijgen van ambities voor de meerjarenstrategie voor GGD Gelderland-Zuid voor de jaren 2020 – 2023 zijn de hoofdlijnen in beeld gebracht van relevante ontwikkelingen. Het startdocument (zie bijlage) levert bouwstenen voor het in te richten interactieve traject met gemeenten en samenwerkingspartners om te komen tot een gedragen Meerjarenstrategie 2020-2023.

In de bijgevoegde startnotitie worden geschetst:

- het proces om te komen tot een meerjarenstrategie 2020-2023 voor GGD Gelderland-Zuid
- een korte inleiding 'De GGD als publieke gezondheidsdienst'
- de algemene ontwikkelingen (landelijk perspectief)
- de maatschappelijke opgaven, zoals deze vanuit de verschillende perspectieven naar voren komen
- kabinetsbeleid
- gezondheidssituatie in Gelderland-Zuid
  (voor een overzicht van relevante cijfers per gemeente, zie bijlage 1; apart bijgevoegd)
- coalitie/raadsakkoorden Gelderland-Zuid
- terugblik Meerjarenstrategie 2016-2019
- ontwikkelrichtingen GGD, een eerste aanzet voor discussie.

Voorstel te beslissen:

1. Bespreken van de geformuleerde ontwikkelrichtingen/ambities voor de Meerjarenstrategie 2020-2023.

Bouwstenen t.b.v. Meerjarenstrategie GGD Gelderland-Zuid 2020 – 2023

28 nov. 2018

Inleiding

Conform artikel 27 van de Gemeenschappelijke Regeling (GR) GGD Gelderland-Zuid, dient het Algemeen Bestuur van de GGD eens in de 4 jaar een meerjarenbeleidsplan of meerjarenstrategie vast te stellen. De huidige meerjarenstrategie 2016 – 2019 'Over bruggen' is ontwikkeld vanaf het najaar 2014 en is in december 2015 vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de GGD, nadat gemeenten hun zienswijze over het concept naar voren hebben gebracht. Met de meerjaren-strategie geeft de GGD inzicht in de focus, strategie en ambities voor de periode 2016 – 2019.

Voorliggende startnotitie levert bouwstenen aan voor het in te richten interactieve traject met gemeenten en samenwerkingspartners om te komen tot een gedragen Meerjarenstrategie 2020-2023 van GGD Gelderland-Zuid.

In deze notitie wordt geschetst: pag.

I.	het door het Algemeen Bestuur vastgestelde proces om te komen tot een Meerjarenstrategie 2020-2023	1
II.	een korte inleiding 'De GGD als publieke gezondheidsdienst'	2
III.	de algemene ontwikkelingen (landelijk perspectief)	3
IV.	de maatschappelijke opgaven zoals deze vanuit de verschillende perspectieven naar voren komen	7
V.	kabinetsbeleid	9
VI.	gezondheidssituatie in Gelderland-Zuid	11
VII.	coalitie/raadsakkoorden Gelderland-Zuid	12
VIII.	terugblik Meerjarenstrategie 2016-2019	12
IX.	ontwikkelrichtingen GGD, een eerste aanzet voor discussie	13

I. Het proces

In de vergadering van het Algemeen Bestuur van 4 oktober 2018 is het onderstaande proces geaccordeerd om te komen tot een meerjarenstrategie 2020-2023.

Mede vanwege het feit dat de ontwikkeling van de meerjarenstrategie 2016 – 2019 zeer zorgvuldig en uitgebreid is verlopen, wordt voorgesteld om de meerjarenstrategie 2020 – 2023 voort te (laten) borduren op de meerjarenstrategie 2016 – 2019 en om deze in 2019 te actualiseren.

Het Algemeen Bestuur van GGD Gelderland-Zuid dient eind 2019 een meerjarenstrategie 2020 – 2023 vast te stellen. Hiertoe is door AB op 4 oktober 2018 besloten om:

a. In het najaar 2018 te starten met het op hoofdlijnen in beeld brengen van relevante regionale en landelijke ontwikkelingen:
   Regionaal:
   - de gezondheidsstatus / ontwikkelingen binnen de gemeenten
   - de gezondheidsparagraaf in de verschillende raads/coalitieakkoorden van deelnemende gemeenten
   - ontwikkelingen binnen het ingezette organisatie-ontwikkeltraject van de GGD
   - terugblik van de GGD-meerjarenstrategie 'overbruggen' 2016-2019.

   Landelijk:
   - de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV, zie www.vtv2018.nl),
   - de maatschappelijke ontwikkelingen geduid door o.a. het SCP, WRR
   - landelijke ontwikkelingen (o.a. preventieakkoord)

- het Interbestuurlijke Programma (IBP).

en deze te duiden in een korte notitie voor de gemeenten.

Op basis hiervan en de meerjarenstrategie 2016 – 2019 wordt een voorstel op hoofdlijnen ontwikkeld voor de belangrijkste thema's en ambities van de GGD. Deze (onderhavige) notitie wordt geagendeerd in de vergaderingen van het DB van 21 november en het AB van 13 december 2018.

b. Deze – door het AB besproken – conceptnotitie begin 2019 voor te leggen aan gemeenteraden. Op deze manier worden de raden al bij het begin van de ontwikkeling van de meerjarenstrategie betrokken en wordt de nabijheid gezocht van gemeenten. Dit is belangrijk, mede gezien de kaderstellende taak van gemeenteraden bij GR-en. Vanzelfsprekend is de GGD bereid om in de verschillende gemeenteraden een presentatie te geven en een discussie te voeren over de geformuleerde uitgangspunten en de beschreven belangrijkste thema's (topics) en ambities voor de komende jaren.

c. Vervolgens deze conceptnotitie (aangevuld met de feedback van de raden) in maart/april 2019 te bespreken met gemeenten (ambtenaren van verschillende inhoudelijke terreinen) en externe samenwerkingspartners zoals lokale/regionale zorg-, welzijn-, onderwijs-, sport- en veiligheidspartners.

d. Feedback uit het netwerk te benutten om te komen tot een concept 'meerjarenstrategie 2020 - 2023'.

e. Dit concept 'meerjarenstrategie 2020 - 2023', ter bespreking, voor te leggen aan het Dagelijks- en Algemeen Bestuur in de vergaderingen van resp. 6 juni en 27 juni 2019 en eventuele aanpassingen te doen aan de concept meerjarenvisie 2020 - 2023.

f. Na de zomer 2019 de concept meerjarenvisie 2020 – 2023 voor zienswijze voor te leggen aan de raden van de deelnemende gemeenten.

g. De concept meerjarenvisie 2020 – 2023 vast te laten stellen in de vergadering van het Algemeen Bestuur van 12 december 2019.

II. De GGD als publieke gezondheidsdienst

GGD Gelderland-Zuid is de gemeentelijke gezondheidsdienst van 16 gemeenten in Gelderland-Zuid. De GGD is regionaal georganiseerd en bundelt kennis en expertise. De uitvoering van taken vinden regionaal én lokaal plaats. De GGD werkt van -9 maanden tot 100+ en biedt haar diensten laagdrempelig aan. De GGD werkt als verlengde arm van de gemeenten samen met burgers, welzijn-, sport- en zorgorganisaties en veiligheidspartners. De GGD voert een divers takenpakket uit op het gebied van publieke gezondheid. De taken zijn gericht op het beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid.

De meeste taken van de GGD zijn wettelijk geborgd. De Wet publieke gezondheid is de basis voor het bestaan van de GGD en voor een deel van de taken van de GGD. In de Wet publieke gezondheid worden benoemd:

- Epidemiologie, preventie en gezondheidsbevordering
- Jeugdgezondheidszorg, uitvoering rijksvaccinatieprogramma
- Ouderengezondheidszorg
- Infectieziektebestrijding
- Technische hygiënezorg, Medische milieukunde
- Psychosociale hulpverlening bij rampen.

Andere relevante wetten voor de taken van de GGD zijn:

- Wet kinderopvang: toezicht op de kinderopvang
- Wet op de lijkbezorging: forensische geneeskunde
- Jeugdwet: het maatwerk (aanvullende diensten) van de jeugdgezondheidszorg
- Wmo: Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), toezicht Wmo, Veilig Thuis, Toegang beschermd wonen.

De GGD bundelt kennis en expertise regionaal en (inter)nationaal en zet deze lokaal en regionaal in. Binnen het brede takenpakket vervult de GGD verschillende rollen:

- deskundige uitvoerder
- kennis- en expertiseorganisatie
- vertrouwde adviseur
- crisisorganisatie
- toezichthouder.

Juist de samenhang tussen de vijf rollen maakt de GGD onderscheidend. Als publieke dienst werkt de GGD vanuit het algemeen belang, ten behoeve van gemeenten en haar inwoners. De GGD kan toeleiden naar zorg, maar verleent deze zelf niet. Dit geeft de GGD een 'onafhankelijke' positie in het veld. Door de breedte en samenhang van ons werkveld kan de GGD gemeenten integraal adviseren en ondersteunen.

III. Algemene ontwikkelingen

De levensverwachting in Nederland blijft stijgen.

De levensverwachting bij geboorte neemt toe van ruim 81 jaar in 2015 naar bijna 86 jaar in 2040 (VTV, 2018). Vrouwen leven ook in 2040 circa 3,4 jaar langer dan mannen. Het aantal 90-plussers neemt toe van ongeveer 117.000 in 2015 tot bijna 340.000 in 2040. De meeste jaren die mensen in 2040 op hun 65ste nog te gaan hebben, zullen jaren zijn zonder beperkingen in zien, horen, en bewegen, maar mét chronische aandoeningen (VTV, 2018).

Nederland vergrijst.

Er zijn grote verschillen in bevolkingsopbouw in regio's: krimpregio's, stedelijke gebieden en overloopgemeenten. Het relatief hogere aantal kwetsbare ouderen in de wijken stelt andere eisen aan de leefomgeving en de zorg (PBL, 2018). Door de verdere vergrijzing van Nederland wordt de druk op mantelzorg verhoogd. We zien dat in 2018 het aantal huishoudens is gestegen doordat er meer alleenstaanden zijn, als gevolg van een toename van echtscheidingen en de vergrijzing (met bijbehorende verweduwing) (SCP, 2018).

De diversiteit neemt toe en is structureel.

De ontgroening van de bevolking gaat door, maar wordt getemperd door migratiestromen. Het aandeel personen met een migratieachtergrond in de totale Nederlandse bevolking groeide tussen 2008 en 2017 van 19,6% naar 22,1%. De groep inwoners met een migratieachtergrond is niet alleen groter maar ook veel diverser geworden. Het aandeel personen met een migratieachtergrond uit Turkije, Marokko, Suriname en de Antillen heeft een plafond bereikt. Naar herkomst wordt de top van de migratie in 2007-2016 gevormd door Polen, Syrië en voormalig Sovjet-Unie. In 2040 heeft bijna 28% van de bevolking een migratie-achtergrond. Deze is verdeeld over:

- 11,5% Europees/Angelsaksisch, stijgende lijn
- 8% Turkije, Marokko en Suriname, plafond
- 8% overig Europees, niet Angelsaksisch, stijgende lijn.

Grootstedelijke (regio)gemeenten zoals Nijmegen kennen een hoge diversiteit. De verschillen in diversiteit tussen wijken is groot. Ook land/tuinbouw gemeenten kennen migratie van met name Poolse en Bulgaarse werkkrachten. De nieuwe verscheidenheid naar herkomst verschilt tussen én binnen gemeenten. In buurten met veel verscheidenheid is het samenleven ingewikkelder. Hier zal de overheid/instellingen/gemeenschap als geheel dus mee om moeten gaan. (WRR, 2018)

De WRR schetst verschillende richtingen van de overheid om om te gaan met diversiteit.

1. Beter zicht krijgen op diversiteit naar herkomst
2. Instellingen beter toerusten op diversiteit
3. Een faire behandeling van alle groepen
4. Wegwijs maken van alle burgers
5. Bevorderen van publieke familiariteit
6. Sociaaleconomische positie verbeteren

Leefstijl en leefomgeving beïnvloeden gezondheid. Tachtig procent van de bevolking voelt zich gezond.

Zowel in 2015 als in 2040 voelt bijna 80 procent van de bevolking zich gezond. Wel zijn er grote verschillen tussen regio's, wijken en mensen. Ook in de toekomst veroorzaken kanker en hart- en vaatziekten de meeste sterfte. Daarnaast overlijden steeds meer mensen aan de gevolgen van dementie. Op het gebied van leefstijl zijn er zowel gunstige als ongunstige toekomstige ontwikkelingen. Minder mensen roken en meer mensen bewegen. Daar staat tegenover dat in 2040 twee van de drie volwassenen overgewicht heeft. Ook het percentage overgewicht onder jongvolwassenen stijgt. Het aantal rokers daalt naar 14%. Ongezond gedrag is verantwoordelijk voor bijna 20 procent van de ziektelast. Roken is hiervan de belangrijkste oorzaak. Een ongezond binnen- en buitenmilieu veroorzaakt 4 procent van de ziektelast, met luchtverontreiniging als de belangrijkste oorzaak. Ongezonde arbeidsomstandigheden veroorzaken bijna 5 procent van de ziektelast. Deze ontwikkelingen zijn niet voor alle bevolkingsgroepen hetzelfde. Roken daalt harder bij mensen met een hoge sociaaleconomische status, en ernstig overgewicht stijgt harder bij degenen die een lage sociaaleconomische status hebben.

Het risico op mazelenuitbraken neemt toe met dalende vaccinatiegraad. Antibioticaresistentie is een belangrijke dreiging voor de wereldwijde volksgezondheid (VTV, 2018).

De zorguitgaven stijgen door technologie en demografie.

Zorguitgaven verdubbelen tot 174 miljard in 2040. De kostenstijging wordt een derde veroorzaakt door vergrijzing en voor twee derde door technologische ontwikkelingen. De uitgaven aan ouderenzorg stijgen het snelst.

Ouderen zijn kwetsbaarder voor eenzaamheid

In stedelijke gebieden zijn ouderen vaak eenzamer dan op het platteland omdat hun verbinding met de leefomgeving zwakker is. Een groot en divers netwerk beschermt tegen eenzaamheid. Hoger opgeleiden hebben vaker een groter netwerk.

Vaatlijden, longziekte en artritis hangen samen met ernstige eenzaamheid. Deze ziekten hebben symptomen die in golfbewegingen komen. Mensen in het sociale netwerk weten daardoor niet altijd van de behoefte aan steun van de patiënt. Ziekten als kanker, hartfalen, diabetes en beroerte hebben symptomen waarvan het beloop beter voorspelbaar is. Het sociale netwerk kan dan beter inspelen op de behoefte van de patiënt.

Ouderen met een migratieachtergrond zijn kwetsbaarder voor eenzaamheid. Dit geldt vooral als zij uit niet-westerse landen komen. Zij spreken de taal niet, en hebben gemiddeld een lage ses en een slechte gezondheid en zijn nog georiënteerd op het thuisland.

Mensen die gebruikmaken van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) rapporteren vaker eenzaam te zijn.

Een aanpak van eenzaamheidsbestrijding richt zich vaak op sociale contacten. De ervaren kwaliteit van leven is echter vaker gebaat bij bevorderen van de mentale gezondheid. Bij het verminderen van eenzaamheid spelen het verlies van een partner, sociale contacten en regie een grotere rol. Sociaal-culturele activiteiten op het raakvlak van sociale activiteiten en mentale ontwikkeling, en betekenisgeving zoals kunstbeoefening en sporten zouden via verschillende wegen bij kunnen dragen aan zowel geluksbevordering als eenzaamheidsbestrijding. (SCP, 2018).

Er zijn zorgen over maatschappelijke en mentale druk

De laatste jaren kenmerken zich door economisch herstel en dalende werkloosheid. Resterende lager opgeleiden vinden moeilijker een baan. Het opleidingsniveau van de bevolking stijgt. In 2018 heeft 37% van de volwassenen tussen de 25 en 64 jaar een HBO of academische opleiding. Er zijn meer flexibele arbeidsrelaties. De tevredenheid van werknemers als zzp'ers daalt en gaat gepaard met een toename van zelf gerapporteerde serieuze burn-outklachten. Hoger opgeleiden werken meer, zijn daardoor meer tijd kwijt aan de combinatie van arbeid en zorg en voelen zich vaker opgejaagd dan middelbaar en lager opgeleiden. Vrouwen voelen zich meer opgejaagd dan mannen, omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor anderen, zoals partner of kinderen. (SCP, 2018). Ook scholieren en studenten ervaren een hogere prestatiedruk.

Door arbeidsmarktproblematiek, minder mantelzorgers en verstedelijking zal de druk op het dagelijks leven verder toenemen. Door toename van stress wordt de gezondheid ongunstig beïnvloed. Verdergaande verstedelijking zorgt ook voor meer druk en drukte, en kan leiden tot minder ruimte voor groen en water waar mensen kunnen ontspannen. De VTV 2018 vraagt aandacht voor de toenemende mentale druk. (VTV, 2018).

De mate van eigen regie bepaalt levenstevredenheid

Mensen die veel regie ervaren, geven het leven gemiddeld een 8,4, terwijl mensen die geen regie ervaren het leven een 6,3 geven. Als mensen geen regie ervaren en daarbij ook nog eens een lager inkomen hebben, daalt de levenstevredenheid nog verder naar een 5,4. Ook is er een groep mensen waar een slechte objectieve leefsituatie gepaard gaat met ontevredenheid over het leven; deze groep bestaat in de afgelopen tien jaar telkens uit zo'n 4% van de volwassen Nederlandse bevolking. In 2018 gaat het om zo'n 680.000 mensen.

In het algemeen is het de verwachting dat toenemende dynamiek, meer mogelijkheden voor maatwerk en een groter beroep op de eigen regie, het leven voor sommige groepen mensen gemakkelijk maakt, maar voor andere groepen, met name kwetsbare mensen met minder zelfredzaamheid en veerkracht, juist ingewikkelder. Mensen met minder vaardigheden om om te gaan met stress en onzekerheid in een snel veranderende complexe samenleving, zullen kwetsbaarder worden.

Een groot deel van de mensen bij wie problemen zich opstapelen wordt ondersteund met gemeentelijke voorzieningen in het sociaal domein (Participatiewet, de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning) (SCP, 2018).

Zelfredzaamheid en regie over eigen leven is begrensd.

De overheid doet een groeiend beroep op zelf- en samenredzaamheid en eigen regie. De WRR (2018) waarschuwt dat er grenzen zijn aan de zelfredzaamheid van mensen. De handelingsvaardigheid van mensen hangt samen met hun cognitieve vermogens én hun niet-cognitieve persoonskenmerken (overtuigingen, temperament, zelfcontrole). Sommige mensen hebben meer zelfcontrole waardoor ze beter verleidingen kunnen weerstaan. Het blijkt dat de helft van alle Nederlanders (48 procent) moeite heeft om zelf de regie te voeren over gezondheid, ziekte en zorg. Het ontbreekt hen aan kennis, motivatie en zelfvertrouwen

De WRR maakt een onderscheid tussen denkvermogen en doenvermogen. Het doenvermogen, zoals het vermogen om in actie te komen, om het hoofd voldoende koel te houden, en om vast te houden aan goede voornemens van mensen, is begrensd. Dit is bij alle opleidings- en leeftijdsgroepen. Door problemen en stress, zoals problematische schulden, het verlies van dierbaren et cetera, neemt het doenvermogen af.

De WRR beveelt aan om uit te gaan van een realistisch beeld van de burger, de keuzedruk te reduceren, verleidingen die een groot beroep doen op de zelfcontrole van burgers te verminderen, en zeer terughoudend te zijn met het bieden van grote keuzevrijheden op het terrein van essentiële financiële voorzieningen, zoals ziektekosten- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen en pensioenvoorzieningen.

Kinderen die opgroeien in armoede hebben minder kansen

Het aantal kinderen in Nederland dat, ongeacht de economische omstandigheden, te maken heeft met armoede bedraagt jaarlijks enkele honderdduizenden kinderen. Het probleem van armoede onder kinderen lost zich niet zomaar op wanneer de economie groeit.

Sommige groepen kinderen hebben meer risico op armoede dan andere. Belangrijke kenmerken in dit verband zijn de samenstelling en omvang van het gezin waarin het kind leeft, de belangrijkste inkomensbron van het huishouden en de etnische herkomst. Het risico op armoede is het grootst voor kinderen uit bijstandsgezinnen, voor kinderen uit grotere eenoudergezinnen en/of voor kinderen met een niet-westerse achtergrond.

Voor een belangrijk deel gaat het echter om autochtoon-Nederlandse kinderen, respectievelijk kinderen die in tweeoudergezinnen opgroeien en kinderen van wie de ouders betaald werk hebben. Het armoederisico van deze drie groepen is klein, maar de groepsomvang in de totale bevolking is zo groot dat het aantal armen toch fors uitvalt.

De negatieve effecten van armoede in de kindertijd treden vooral op korte termijn op. Kinderen die in een armoedesituatie verkeren, voelen zich ongelukkig, maken zich zorgen over de thuissituatie en nemen minder deel aan sociale activiteiten. Voor de langere termijn heeft armoede echter eveneens negatieve gevolgen. Kinderen die in armoede opgroeien blijven op een lager onderwijsniveau steken en lopen mede daardoor meer risico om als volwassene opnieuw in armoede te verkeren (SCP, 2018)

De WRR pleit voor inzet op gezondheidspotentieel. Beleid gericht op allen, maar met speciale ondersteuning van kwetsbare groepen.

In de 'WRR policy brief' stelt de WRR een paradigmaverschuiving voor door niet langer de gezondheidsverschillen centraal te stellen, maar het gezondheidspotentieel. De WRR stelt vast Nederlanders gezonder zijn geworden. We leven langer en het aantal jaren dat we ons gezond voelen neemt toe. De verschillen tussen de sociaaleconomische groepen zijn evenwel nauwelijks afgenomen, en op sommige punten zelfs toegenomen.

De omvang van de groep lager opgeleiden neemt weliswaar af, maar de gezondheidsproblemen zouden weleens kunnen verergeren. Lagere ses-groepen kennen een relatief groot aandeel van

mensen met een migratie-achtergrond, die vaak nog weer een slechtere gezondheid hebben. Vergeleken met enkele decennia geleden zal het dus waarschijnlijk meer inspanningen vergen om bij de lage ses-groep gezondheidswinst te boeken dan wel (verder) gezondheidsverlies te voorkomen.

Het laatste decennium heeft de idee van 'eigen verantwoordelijkheid' de boventoon gevoerd in het politieke debat. Steeds vaker wordt erop gewezen dat het vermogen van mensen om 'gezonde' keuzes te kunnen maken en zich tevens hieraan te houden, nogal eens wordt overschat. Bovendien kunnen omgevingsfactoren, zoals kwaliteit van huisvesting, aanwezigheid van voorzieningen, arbeidsomstandigheden of gezinssituatie, het maken van 'de verantwoorde keuze' moeilijker of zelfs onmogelijk maken.

Dit houdt in dat het beleid universeel is en zich dus richt op alle burgers, maar wordt aangevuld met ondersteuning van bepaalde doelgroepen. De intensiteit van deze gerichte ondersteuning wordt bepaald door de mate van kwetsbaarheid van de doelgroep. Het doel is dus om het hele sociaaleconomische spectrum gezonder te krijgen, terwijl zoveel mogelijk recht wordt gedaan aan de reële achterstanden van lage ses-groepen, zowel feitelijk als in termen van kansen en capaciteiten.

Nederland is, internationaal vergeleken, gezond en gelukkig

Er zijn ook veel lijstjes met internationale vergelijkingen van de kwaliteit van leven. Op veel van die lijstjes over gezondheid en geluk – ook wereldwijd – staat Nederland in de top. Nederlanders zijn gemiddeld veel positiever dan elders in Europa over de richting die het land op gaat en over het functioneren van de democratie en de politiek.

Arbeidsmarktproblematiek in de zorg

De krapte op de arbeidsmarkt zal het aantrekken van nieuwe medewerkers in de komende jaren lastiger maken. De krapte op de arbeidsmarkt in de zorgsector is urgent en dagelijks voelbaar. Als er geen maatregelen worden genomen, dreigt in 2022 een tekort van 100 tot 125 duizend medewerkers. De uitdaging is extra groot in krimpregio's. Dat staat in het onderzoeksrapport "Aan het werk voor een betere arbeidsmarkt in de zorg!" (2017) van bureau Berenschot. Vacatures zijn lastig te vervullen en zorgprofessionals geven aan dat er mede door de tekorten sprake is van een te hoge werkdruk. Het risico bestaat dat de formatie niet op orde is en daardoor afgesproken prestaties niet kunnen worden gerealiseerd. Daarmee ontstaan risico's voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Door deze gevolgen ervaren zij meer stress en overwegen veel huidige zorgprofessionals om de sector te verlaten (dreiging van vicieuze cirkel). Conclusie van de onderzoekers is dat alleen met intensieve samenwerking tussen alle actoren in het veld de arbeidsmarkttekorten effectief zijn op te lossen. Het realiseren van deze samenwerking vraagt dat de sectorpartijen en de overheid meer verantwoordelijkheid, commitment en bestuurlijke slagkracht moeten tonen dan nu toe is gebeurd om dit omvangrijke probleem op te kunnen lossen.

IV. Maatschappelijke opgaven

<u>VTV over Gezondheid en Zorg</u>

Van alle ontwikkelingen in het Trendscenario en de Themaverkenningen van de VTV-2018 vinden burgers de dreiging van antibioticaresistentie de meest urgente maatschappelijke opgave voor de toekomst. Professionals en studenten in het volksgezondheidsdomein vinden dit ook een urgente opgave. Daarnaast worden sterfte door hart- en vaatziekten en kanker, de verdubbeling van het aantal mensen met dementie en de stijging van de zorguitgaven als heel urgent gezien. Professionals vinden de achterstand in gezonde levensverwachting bij mensen met een lagere sociaaleconomische status het meest urgent, en studenten de toenemende druk op jongeren en jongvolwassenen.

De VTV, 2018 benoemt op het gebied van gezondheid en maatschappij meerdere maatschappelijke opgaven die de ontwikkelingen met zich meebrengen:

- Integrale preventie, leven met beperkingen, andere zorg
- Zorg en ondersteuning, mantelzorgers, leefomgeving.
- Kennisontwikkeling, mentaal gezond blijven, acceptatie van psychische klachten.

De inrichting van de leefomgeving kan een belangrijke bijdrage leveren aan het bevorderen van gezond gedrag, maar ook bijvoorbeeld aan het stimuleren van ontspanning en sociale interactie, het voorkomen van hittestress en het verbeteren van de luchtkwaliteit. De Omgevingswet biedt kansen voor integraal lokaal beleid met expliciete aandacht voor gezondheid.

SCP over Samenleving

Het SCP benoemt dat de belangrijkste maatschappelijke zorgen van Nederlanders gaan over de manier waarop we met elkaar samenleven (onverdraagzaamheid, gebrek aan respect, asociaal gedrag en egoïsme), immigratie en integratie (de komst van vluchtelingen, gebrekkige integratie, maar ook discriminatie en racisme) en inkomen en economie (de economische situatie, inkomensverschillen, armoede). Zorgen over het samenleven worden in de meest recente peiling van april 2018 met afstand het meest genoemd (SCP, 2018).

WRR over gezondheidspotentieel

De WRR pleit voor universeel beleid en extra aandacht voor het behalen van gezondheids-potentieel. Op basis van beschikbaar onderzoek lijkt het meeste gezondheidspotentieel te behalen van universeel beleid gericht op werkloosheid en armoede. Bezien vanuit een levensloopperspectief dient universeel beleid gericht te zijn op (aanstaande) ouders door bijvoorbeeld het medische en sociale domein met elkaar te verbinden in de preconceptionele fase en tijdens de zwangerschap. De effecten van armoede en achterstand op de perinatale gezondheid zijn substantieel.

Wetenschappelijk onderzoek toont een 'alcohol harm paradox'. Dit is het gegeven dat de hoge ses-groep weliswaar meer alcoholgebruik rapporteert, maar dat de lage ses-groep het meest getroffen wordt door 'alcohol related harms', voornamelijk vanwege binge drinking.
Obesitas heeft grote cumulatieve effecten op de gezondheid van mensen. Veel ernstige aandoeningen hangen samen met obesitas, zoals psychosociale problemen (pesten, depressie), gewrichtsproblemen, hypertensie, diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Ook kan overgewicht leiden tot arbeidsongeschiktheid. Hier geldt bij uitstek dat een slechte start zich in de latere levensloop wreekt. Kinderen met een hoog geboortegewicht vertonen bovendien een positieve correlatie met overgewicht op de kinderleeftijd. Bovendien gaan de trends op dit punt in ons land overduidelijk de verkeerde kant uit: voor alle sesgroepen (hoog, midden, laag) neemt het aantal mensen met (zwaar) overgewicht toe, ook in de toekomstprojectie.

De WRR komt tot drie prioriteiten:
• leefstijl: roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht;
• extra inzet op de lage ses-groep;
• nadruk op het begin van de levensloop.

Interbestuurlijk Programma (IBP)

In het Interbestuurlijk Programma staan uitdagingen benoemd zoals de energietransitie, het tegengaan van eenzaamheid en het terugdringen van het aantal mensen met problematische schulden en het creëren van kansen voor minder zelfredzamen. Het Rijk, gemeenten, provincies en waterschappen pakken negen grote maatschappelijke opgaven gezamenlijk aan in het

Interbestuurlijk Programma (IBP). De opgaven binnen het **sociaal domein** die het werkveld van de GGD raken betreffen:

1. Mensen die te maken hebben met eenzaamheid
2. Kinderen die binnen verschillende vormen van jeugdzorg en –hulp tussen wal en schip vallen
3. Ouderen en mensen met een beperking die hulp nodig hebben om in hun eigen vertrouwde omgeving te (blijven) wonen
4. Mensen voor wie een gezonde manier van leven geen vanzelfsprekendheid is
5. Mensen die zich met het Nederlands niet goed kunnen redden
6. Personen die te maken hebben met huiselijk geweld (waaronder kinderen)
7. Personen die vatbaar zijn voor extremisme en radicalisering (waaronder jongeren)
8. Mensen die om wat voor reden dan ook (tijdelijk) verward gedrag vertonen

V. Kabinetsbeleid

De huidige regering zet met de **preventie-akkoorden** in op Overgewicht, Roken en Overmatig alcoholgebruik, waarbij oog is voor achterliggende problematiek (zoals armoede, laaggeletterdheid). Deze preventie-akkoorden worden met een breed palet van publieke en private stake-holders vormgegeven.

Ongeveer 14% van de kinderen heeft geen goede start bij de geboorte door diverse medische en/of psychosociale problemen. De gezondheid van een kind rondom de geboorte blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd. Met het programma **'Kansrijke Start'** wordt ingezet op de eerste 1000 dagen, van de kinderwens tot 2-jarige peuter. Dit programma richt zich op met name kwetsbare ouders passende ondersteuning te bieden, gericht op het wegnemen van stress en het bevorderen van sensitief ouderschap. Het actieprogramma richt zich o.a. voorkomen van onbedoelde zwangerschappen (Nu niet Zwanger en keuzehulpgesprekken) en op verbetering van samenwerking tussen wijkteams, geboortezorg en jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het programma beschrijft diverse actielijnen, waaronder een menukaart met JGZ interventies, plannen voor het oprichten van lokale coalities rondom de 'eerste 1000 dagen', aandacht voor preventie, opvoedondersteuning en het ontwikkelen van lokale zorgpaden.

Maatregelen dalende vaccinatiegraad
Staatssecretaris Blokhuis heeft in een brief aan de Tweede Kamer een actieplan geformuleerd om de vaccinatiegraad in Nederland te verhogen. Het actieplan omvat de vorming van aan vaccinatiealliantie met alle bij vaccinatie betrokken partijen en een zestal actielijnen om de vaccinatiebereid te verhogen. De zes lijnen zijn:
1. Beter aansluiten met onderzoek, voorlichting en communicatie
2. Actief tegengaan van onjuiste informatie
3. Rol van professionals verder versterken
4. Mogelijkheden bieden om vaccinaties in te halen
5. Meer aandacht voor HPV
6. Onderzoek naar oplossingsrichtingen met betrekking tot de kinderopvang.

Het actieprogramma **'Zorg voor de Jeugd'** heeft als doel om jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering steeds merkbaar en meetbaar beter te maken voor kinderen, jongeren en gezinnen, zodat ze op tijd passende hulp ontvangen. Rijk, gemeenten en aanbieders van jeugd(gezondheids)zorg willen dit doel langs zes inhoudelijke actielijnen bereiken: 1. betere toegang tot jeugdhulp voor kinderen en gezinnen; 2. meer kinderen zo thuis mogelijk laten opgroeien; 3. alle kinderen de kans bieden zich optimaal te ontwikkelen; 4. kwetsbare jongeren op weg helpen zelfstandig te worden; 5. Jeugdigen beter beschermen als hun ontwikkeling gevaar loopt; investeren in vakmanschap van jeugdprofessionals.

Het landelijk programma **'Geweld hoort nergens thuis'** heeft als ambitie om geweld te stoppen en de gezinssituatie veilig te maken. Met dit programma wil het kabinet huiselijk geweld en kindermishandeling stoppen, terugdringen en de schade beperken om zo de cirkel van geweld, de overdracht van generatie op generatie, te doorbreken. Er ligt een grote opgave bij gemeenten, het Rijk, partners en professionals om gezamenlijk verschil te maken.

Voor Veilig Thuis betekent de inwerkingtreding van de aanscherping van de Wet huiselijk geweld en kindermishandeling per 1 januari 2019, dat de positie van Veilig Thuis in het veld verandert. De meldcode verwacht van professionals dat eerder overleg wordt gezocht met Veilig Thuis. Veilig Thuis blijft langer betrokken en gaat een radarfunctie vervullen. De komende jaren zal de focus liggen op het samenwerken in de regionale/lokale ketens en met gezinnen binnen dit gedachtegoed, het verder doorbouwen van de eigen organisatie en het aansluiten bij de landelijke samenwerking en ontwikkelingen. Naar verwachting ontwikkelt de samenwerking tussen de zorg- en strafketen zich op korte termijn regionaal en arrondissementaal verder door om effectiever en duurzamer te interveniëren bij structurele onveiligheid.
Naast de bovengenoemde programma's raakt ook het landelijke programma **'Scheiden zonder schade'** het jeugddomein en de afdelingen Veilig Thuis en JGZ van de GGD. Het programma is erop gericht om de schade van kinderen als hun ouders uit elkaar gaan met concrete acties zoveel als mogelijk te beperken. Het uitgangspunt daarbij is dat kinderen niet de dupe mogen worden van de scheiding van zijn ouders.

Het Nationale Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid 2017 -2022 presenteert voor de komende vijf jaar een integrale aanpak waarin een positieve benadering van seksualiteit centraal staat. Uitgangspunt van seksuele gezondheid is dat inwoners van Nederland goed geïnformeerd zijn om hierover verstandige keuzes te maken. Behalve goede preventieve maatregelen moeten zij bij problemen toegang hebben tot laagdrempelige en betaalbare zorg. In het plan zijn vier prioriteiten genoemd vanuit perspectief publieke gezondheid: 1. SOA; 2. HIV; 3. Ongewenste zwangerschappen; 4. Seksueel geweld. Seksuele vorming en surveillance zijn overkoepelende pijlers. Er zijn zeven actiegebieden:

1. Preventie en zorg, gericht op laagdrempelige voorzieningen voor zorg, advies, ondersteuning en bescherming bij hulpvragen en problemen rond seksuele gezondheid
2. Surveillance soa en hiv en monitoring seksuele gezondheid.
3. Seksuele vorming en ontwikkeling borgen in alle onderwijstypen.
4. Preventie, opsporing en behandeling van soa.
5. Preventie, opsporing en behandeling van hiv.
6. Preventie van ongewenste zwangerschap, gericht op beschikbare en toegankelijke informatie en counseling over anticonceptie, ook voor kwetsbare groepen.
7. Preventie seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld door onder andere borgen van respectvolle omgang bij alle onderwijstypen.

De aandacht voor **personen met verward gedrag** wordt nog twee jaar langer door het Rijk ondersteund om borging van een sluitende aanpak mogelijk te maken. Het landelijk Schakelteam heeft geadviseerd een landelijk nummer te introduceren voor niet-acute zorg meldingen. Deze meldingen worden rechtstreeks doorgeschakeld naar het regionale 24-uurs regionale meldpunt. De verwachting is dat een landelijk nummer zal worden ingesteld.

Per 1 januari 2020 zal de **Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg** worden ingevoerd. In de Wvggz staat dat verplichte zorg meer op maat gegeven moet kunnen worden. Bijvoorbeeld door iemand buiten een instelling verplichte begeleiding te geven, aan huis of in een polikliniek. Daar waar de BOPZ uitgaat van *gedwongen opname*, is de Wvggz een wet die uitgaat van *behandeling*. Ingezet wordt om verplichte zorg en dwang zoveel mogelijk te voorkomen. Het college van B&W dient binnen een termijn van 14 dagen een verkennend onderzoek uit te voeren naar de noodzaak tot geestelijke gezondheidszorg, die mogelijk zou moeten worden verleend met verplichte zorg.

De **decentralisatie van beschermd wonen en maatschappelijke opvang** van de centrumgemeente naar individuele gemeenten is voorzien per 1 januari 2021. Op dit moment zijn er regio Rijk van Nijmegen en Tiel. Met begeleiding en behandeling in de thuissituatie kunnen ook

mensen met psychische beperkingen zoveel mogelijk hun eigen leven leiden, want mensen met psychische kwetsbaarheid hebben in de basis dezelfde wensen en levensbehoeften als ieder ander: zelfstandigheid, zingeving, waardevolle contacten met familie en vrienden, leuke vrijetijdsbesteding en werk of onderwijs.

Met de invoering van de **Omgevingswet** wil de overheid de regels voor ruimtelijke ontwikkeling vereenvoudigen en samenvoegen. De omgevingswet richt zich op de inrichting van een veilige en gezonde leefomgeving. De invoering hiervan is voorzien per 1 januari 2021.

VI. Gezondheidssituatie in Gelderland-Zuid

Gelderland-Zuid is een regio met een grote diversiteit. Dit betreft diversiteit qua verstedelijking (van plattelandsdorpen tot universiteitsstad) maar ook diversiteit qua religie, politieke kleur en opleidingsniveau. Het gevolg hiervan is, dat de gezondheidsverschillen binnen de regio Gelderland-Zuid meestal groter zijn, dan het verschil tussen Gelderland-Zuid en heel Nederland.
De algemene ontwikkelingen die in paragraaf I worden geschetst gelden dan ook voor Gelderland-Zuid: vergrijzing, diversiteit, kwetsbare groepen en verschil in kansen afhankelijk van je achtergrond en positie in de maatschappij.

Met de meeste inwoners van Gelderland-Zuid gaat het goed. Ze voelen zich gezond en gelukkig. Dit neemt wel af met de leeftijd. Van de jongeren noemt 87% zichzelf (zeer) gezond, bij de leeftijdsgroep 18-65 jaar is dat 81% en bij de 65+ is dat 62%. Wat betreft geluk geeft bij de jongeren 71% zich een rapportcijfer 8 of hoger; van de 18-65 jaar is dat 60% en bij de 65+ is dit 55%.
Daarnaast zien we positieve ontwikkelingen wat betreft roken en alcohol. Er is een duidelijk daling van alcoholgebruik en roken door de moeders tijdens de zwangerschap. (Alcoholgebruik tijdens de zwangerschap daalde van 7% in 2009 naar 1% in 2017 en roken tijdens de zwangerschap daalde in diezelfde periode van 12% naar 7%). Maar met name voor zwangeren met een laag opleidingsniveau blijkt het moeilijk om te stoppen met roken. Ook meeroken door kinderen thuis en roken door jongeren in de leeftijd van 13-16 jaar daalt. (Meeroken thuis van 14% in 2009 naar 4% in 2017; roken door jongeren van 13-16 jaar van 13% in 2007 naar 9% in 2015). Bij de volwassenen (19+) zien we lichte daling van zowel roken als alcoholgebruik (roken van 23% in 2012 naar 21% in 2016 en overmatig alcoholgebruik van 26% in 2012 naar 18% in 2016).

Wat betreft het psychisch welbevinden blijven cijfers vrij stabiel. Bij zowel kinderen als jongeren is er een groep die te maken heeft met psychosociale problemen (kinderen 10%), regelmatig gepest worden (kinderen 9%, jongeren 5%) of somberheid (jongeren 10%).
Bij de volwassenen (19+) heeft 6% een hoog risico op angst en depressie en 9% is te beschouwen als (ernstig) eenzaam.
In de steden Nijmegen en Tiel zien we hogere scores op: moeite met rondkomen, huiselijk geweld, eenzaamheid en psychische problematiek dan in de andere gemeenten.
De regie over het eigen leven neemt af met de leeftijd. Bij de leeftijdsgroep 19-65 jaar heeft 8% onvoldoende regie over het eigen leven. Bij de 65-plussers is dit 14%.

Voor diverse onderwerpen zien we verschillen tussen de subregio's Rivierenland en regio Nijmegen. Deze verschillen hangen deels samen met het opleidingsniveau (gemiddeld lager in Rivierenland) en op enkele onderwerpen met religie. Een schijnbaar opvallend verschil is de consumptie van groente en fruit. In Rivierenland eet 64% van de volwassenen (19+) minstens zes dagen per week groente. In de regio Nijmegen is dit 73%. Wat betreft fruit zien we vooral bij de jongeren een verschil: In Rivierenland eet 43% van de jongeren (13-16 jaar) minstens 5 dagen per week fruit. In regio Nijmegen is dit 51%. Daarbij zien we het fruitgebruik over de jaren in Rivierenland dalen, maar in regio Nijmegen blijft het ongeveer gelijk.

Zowel bij volwassenen als bij de jeugd ligt het overgewicht in Rivierenland hoger dan in regio Nijmegen. (Jeugd (5 t/m 14 jr.): Rivierenland 15% overgewicht, regio Nijmegen 12% overgewicht. Volwassenen (19+): Rivierenland 53% overgewicht waaronder 15% obesitas; regio Nijmegen 45% overgewicht waaronder 12% obesitas).
Verschillen waar religie een rol meespeelt zien we duidelijk terug in de vaccinatiegraad. De vaccinatiegraad (2 jarigen) varieert van 51% in Neder-Betuwe tot 97% in Druten.
Ook zien we bij jongeren verschillen tussen wat betreft de houding ten opzichte van seksuele diversiteit. Zo heeft in Neder-Betuwe 38% een negatieve houding ten opzichte van homoseksualiteit. In Heumen is dit 4%.

Al deze gezondheidsverschillen worden inzichtelijk gemaakt aan gemeenten zodat zij beleid kunnen voeren wat past bij de mensen waar het om gaat. (Een overzicht van relevante cijfers per gemeente staat in bijlage 1). Speciale aandacht is van belang voor de kwetsbaren in de samenleving met als doel juist ook bij deze mensen het gezondheidspotentieel zoveel mogelijk te benutten.

VII. Coalitie-akkoorden en raadsakkoorden Gelderland-Zuid

Binnen de gemeenten van Gelderland-Zuid is er aandacht voor:

- Participatie van inwoners
- Gezondheidsbeleid: inzetten op preventie, aandacht voor opvoeden en opgroeien, laaggeletterdheid, demedicaliseren, aandacht voor armoede en schuldhulpverlening, eenzaamheid, terugdringen sociaal economische gezondheidsverschillen door brede (integrale) aanpak. Ten aanzien van leefstijl worden benoemd, gezonde voeding, sport en bewegen, inzet buurtsportcoaches, ontmoedigen roken, alcohol en middelengebruik. Sexting.
- Ouderen als specifieke doelgroep, bevorderen zelfredzaamheid en langer thuis wonen. Aandacht voor dementie, verward gedrag.
- Omgevingsvisie en omgevingsplan. Schone lucht, inrichten schoolpleinen, recreatie, beweeg- en fietsvriendelijke omgeving,
- Huiselijk geweld en kindermishandeling
- Beleidsplan over beschermd wonen en maatschappelijke opvang

VIII. Meerjarenstrategie GGD Over Bruggen 2016 – 2019: een terugblik

De missie van de GGD zoals geformuleerd in de meerjarenstrategie 2016-2019 luidt: "het ondersteunen van gemeenten om de **publieke gezondheid** te helpen bewaken, beschermen en bevorderen. Dit in samenhang met zorg, welzijn, onderwijs en veiligheid en met speciale aandacht voor kwetsbare groepen".

In de meerjarenstrategie 2016 – 2019 staan de volgende uitgangspunten centraal:

1. aansluiten bij de behoeften van de inwoners
2. oog voor kwetsbare mensen
3. versterken van de rol van verbinder en makelaar: netwerkontwikkeling.

De GGD heeft de meerjarenstrategie geconcretiseerd onder andere via vernieuwende verbindende producten. Deze waren:
- Gezonde start
- Gezond ouder worden
- Sociale veiligheid op school
- Aanpak in gemeenten van verwarde personen
- Vluchtelingen

- Infectiepreventie / Antibiotica Resistentie
- Integrale advisering Gezonde Leefomgeving.

Op deze thema's heeft de GGD in de afgelopen jaren ingezet in het (verder) verbinden van werkvelden, zowel intern als extern. De samenwerking in deze netwerken is versterkt. Een deel van de inzichten en resultaten is geïncorporeerd in de huidige werkwijze van de GGD, in het regulier gefinancierde deel en/of door additionele middelen gefinancierd, maar zal zich nog moeten door ontwikkelen. Zo worden ten aanzien van 'ouderen' in samenwerking met andere partijen werkzaamheden uitgevoerd; deze zijn bescheiden van omvang.

De ontwikkelingen rond 'personen met verward gedrag' en Veilig Thuis, hebben de binding tussen Zorg en Veiligheid versterkt.

IX. Ontwikkelrichtingen van de GGD, een eerste aanzet voor discussie

De bovenstaande informatie met betrekking tot de landelijke ontwikkelingen, de maatschappelijke opgaven, het Kabinetsbeleid, de coalitieakkoorden van de deelnemende gemeenten en de terugblik van de Meerjarenstrategie GGD Over Bruggen 2016 – 2019 leiden tot de volgende conclusies en ontwikkel-richtingen voor GGD Gelderland-Zuid voor de jaren 2020 - 2023:

1. De vier prioriteiten en ambities geformuleerd in de Meerjarenstrategie 2016 – 2019 lijken nog steeds actueel.

   De geschetste landelijke ontwikkelingen en prioriteiten sluiten goed aan bij de regionale prioriteiten uit de coalitieakkoorden en passen (nog) zeer goed bij de gestelde ambities uit de Meerjarenstrategie 2016 – 2019, te weten:

   a. *Partner op het gebied van gezonde jeugd.*

   Dit sluit goed aan bij de landelijk programma's Zorg voor Jeugd en Kansrijke Start, waaronder het voorkomen van onbedoelde zwangerschappen (m.b.v. keuzehulpgesprekken en het project 'Nu Niet Zwanger'), maar ook bij 'gezond en veilig opgroeien': samenwerking tussen netwerkpartners in de wijk (waaronder wijkteams), kinderdagverblijven, scholen en de GGD (Jeugdgezondheidszorg en Gezond Leven) en de intensieve samenwerking die er (in de regio Nijmegen is) tussen geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en Gezond Leven. De inzet op stevig ouderschap en een weerbare jeugd door de JGZ en hierbij oog hebben voor de kwetsbare gezinnen, past bij de ambities om de 'eerste 1000 dagen' te versterken. De zorg over stijgende prestatiedruk bij kinderen/jongeren en jongvolwassenen, is ook een thema dat aandacht verdient.

   b. *Het organiseren van preventie in het sociaal domein.*

   Dit sluit aan bij de behoefte van gemeenten om in te zetten op een integrale aanpak juist voor de kwetsbaren in de gemeenschap. Het sluit ook aan bij de inzet voor Partner voor gezonde jeugd (*zie a*) en de inzet die wordt gevraagd op leefstijlgebieden roken, alcoholgebruik, voeding en overgewicht, drugsgebruik zowel door onze gemeenten (coalitie/raadsakkoorden) als de landelijke preventie-akkoorden. Voor een integrale benadering is het van belang om het gezondheidsbevorderend systeem en de preventieve infrastructuur van een gemeente/wijk/gebied voor zowel jeugd als andere kwetsbare groepen te versterken. Deze preventieve infrastructuur is dé basis voor een duurzame aanpak voor kwetsbare groepen. Denk aan jeugd, ouderen, laaggeletterden, mensen met een psychische kwetsbaarheid.

Dit gebeurt door:

- Netwerkvorming met partners in de gemeente/wijk.
- Verbinding tussen verschillende domeinen/sectoren. Het gaat dan om scholen, zorg- en welzijnspartners, wonen, veiligheid, maar ook om bedrijven die vanuit hun maatschappelijke betrokkenheid een bijdrage willen leveren.
- Verbinding en samenhang tussen individuele en collectieve aanpak.
- Sterke samenwerking binnen de GGD.
- Adviseren, agenderen en faciliteren van de effectieve gezondheidsbevorderende aanpak in nauwe samenwerking met gemeente/wijk etc.
- In cocreatie met de inwoners/doelgroep (participatie).

Wellicht kan het versterkend werken als er (sub)regionale preventie-akkoorden worden gesloten.

c. *Samenwerken aan sociale veiligheid*

Dit sluit goed aan bij:

- De (landelijke/regionale) bestuurlijke wens om zorg en veiligheid te verbinden en de stappen die hierop in gezamenlijkheid (burgemeesters en wethouders) worden gezet.
- De samenwerking in het veiligheidshuis en de doorontwikkeling naar zorg- en veiligheidshuis.
- Het komen tot een sluitende aanpak voor psychisch kwetsbare mensen (verward gedrag, zie Kabinetsbeleid) en deze ook te borgen.
- De (voorbereiding van de) implementatie van de Wet verplichte ggz per 1 jan. 2020.
- De ontwikkelingen rond de decentralisatie van beschermd wonen en maatschappelijke opvang.
- Het doorontwikkelen van een 24/7 meldpunt voor niet-acute zorgvragen (verward gedrag en OGGZ).
- De ondersteuning van de GGD op de toeleiding naar beschermde woonvormen.
- De aanpak van structurele onveiligheid c.q. de ambitie van het landelijk programma 'Geweld hoort nergens thuis' en Zorg voor Jeugd om geweld te stoppen en de gezinssituatie veilig te maken (denk aan Veilig Thuis, JGZ etc.).

d. *Betrouwbare bijdrage aan een veilige en gezonde leefomgeving*

Dit sluit goed aan bij:

- De (voorbereiding van de) implementatie van de Omgevingswet per 1 jan. 2021. De Omgevingswet richt zich op de inrichting van een veilige en gezonde leefomgeving.
- De inzet om van gemeenten om te komen tot een omgevingsvisie en omgevingsplan (zie de gesloten coalitieakkoorden binnen de deelnemende gemeenten). Het ontwikkelen van een integraal advies door brandweer, omgevingsdiensten en GGD sluit hierbij op aan.

2. Naast bovengenoemde ambities uit de meerjarenvisie 2016 – 2019, die nog steeds actueel zijn, wordt hieronder een aantal aanvullende ambities verwoord voor de meerjarenvisie 2020 – 2023 (in willekeurige volgorde):

e. *Armoede en gezondheid / Verminderen sociaal-economische gezondheidsverschillen*

Dit thema komt voor in veel coalitieakkoorden van onze gemeenten. Het sluit aan bij het thema: organiseren van preventie in het sociaal domein, maar verdient ook apart de aandacht. Het meeste gezondheidspotentieel (WRR) lijkt op basis van onderzoek te behalen via beleid gericht op werkloosheid en armoede. Kinderen die opgroeien in armoede hebben minder kansen. Ook werkt armoede en stress belemmerend op het vermogen van mensen om de 'goede keuzes' te kunnen maken. Omgekeerd is een

slechtere gezondheid ook vaak een belemmerende factor om deel te nemen aan het arbeidsproces.
Intersectoraal de krachten bundelen is van belang om hier een slag te kunnen maken. Denk aan gemeentelijk beleid ten aanzien van schuldhulpverlening. Maar ook het vergroten van kansen op de arbeidsmarkt door scholing en startkwalificatie jongeren, begeleiding en (om)scholing kansarmen; het hebben van passende huisvesting; bevorderen van een inclusieve samenleving; sociale cohesie en aandacht voor en werken aan gezondheidsklachten. De publieke gezondheid en andere gezondheid/zorgpartners kunnen een bijdrage leveren door voorzieningen toegankelijker te maken voor kwetsbare groepen, vroegsignalering, preventie. Ook de aandacht voor laaggeletterdheid valt hieronder.

f. *Ouderen als doelgroep*

Het aantal ouderen in de bevolking neemt toe. Nederland vergrijst en ontgroent. Dat zien we ook terug in Gelderland-Zuid. Ouderen zijn fysiek, sociaal en emotioneel kwetsbaarder en hebben vaak (meerdere) chronische ziekten en aandoeningen en waarbij eenzaamheid vaak een probleem is. Ouderen wonen langer met ondersteuning zelfstandig thuis. Ten behoeve van het bevorderen van de gezondheid en welbevinden van ouderen (preventie) en bevorderen van participatie en zelfredzaamheid in de samenleving, wil de GGD meer investeren in de aandacht voor de ouderen, het samen met partners opzetten van integrale aanpakken voor bijv. bevorderen van (allerlei aspecten van) mobiliteit van en voor ouderen, tegengaan van overmatig medicijngebruik ('ontpillen') en de gemeenten hierin ondersteunen. Dat geldt ook voor huiselijk geweld tegen ouderen en financiële uitbuiting.

g. *Moderniseren gegevensinfrastructuur*

Het verzamelen van gegevens over gezondheid in de volle breedte en deze te duiden in de lokale context en het bieden van handelingsopties, is een belangrijke kerntaak van de GGD. Om de ambities op het terrein van gezonde jeugd, organiseren van preventie, samenwerken aan sociale veiligheid en bijdragen aan een veilige en gezonde leefomgeving te versterken, is het randvoorwaardelijk om de monitorfunctie van de GGD door te ontwikkelen. De GGD heeft zelf veel gegevens, maar heeft (met alle GGD'en) ook toegang gecreëerd tot databanken die landelijk ontsloten worden. Ook de samenwerking met Onderzoek & Statistiek van de gemeente Nijmegen en partners binnen de zorg (huisartsen, ziekenhuizen) en de universiteit bieden mogelijkheden om gegevens uit verschillende bronnen op een veilige manier aan elkaar te koppelen. We willen de kracht van data en van datamining meer benutten ter versterking van de collectieve preventie. Door onze gemeenten meer aanvullende gegevens en inzichten te bieden, kunnen we gemeenten ondersteunen in het maken van integrale(re) keuzes en de inzet van de samenwerking met netwerkpartners versterken en meer richten.
We zien veel kansen door in onze regionale netwerken (gemeenten, zorg/welzijn/woon/veiligheidsparters) door goede samenwerking en informatiedeling binnen de wettelijke mogelijkheden, tot gezamenlijke inzichten te komen. Ten aanzien van de OGGZ-doelgroep wordt dit momenteel op deze wijze opgepakt en nader uitgewerkt.

Daarnaast willen inzetten op het moderniseren van het contact met onze klanten. Denk aan het ontwikkelen van een klantenportaal, maar ook aan het doorontwikkelen van e-health toepassingen en inwonerparticipatie hierbij (ook m.b.t. nieuwe vormen van gegevensverzameling, aandacht voor 'personal health').

h. *Verhogen vaccinatiegraad*

De dalende vaccinatiegraad is vanuit volksgezondheidsperspectief een zorg. De GGD wil actief inzetten om de vaccinatiegraad te verhogen, conform de maatregelen van de Staatssecretaris, onder andere vanuit de JGZ met motiverende gespreksvoering. Dit doen we met respect voor ieders overtuiging.
In het grootste deel van Rivierenland wordt de JGZ 0-4 niet door de GGD uitgevoerd; aandacht hiervoor zal in samenwerking met de thuiszorg worden ingezet.

i. *Aandacht voor diversiteit*

De diversiteit in de samenleving neemt toe en is structureel. In 2040 heeft bijna 28% van de bevolking een migratie-achtergrond. Grootstedelijke (regio)gemeenten, waaronder Nijmegen, kennen een hoge diversiteit. Behalve migranten uit oorlogsgebieden (statushouders), zijn er ook arbeidskrachten uit Europese landen, waaronder Polen, die binnen (landbouw) en buiten onze regio (bv. Schiphol) werken. Deze tijdelijke arbeidskrachten leiden momenteel bij verschillende gemeenten tot zorgen op het gebied van sociale veiligheid en huisvesting. Het betekent echter ook nogal wat voor onze benadering voor preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Zeker nu de verwachting is dat migranten steeds meer zullen blijven. Dit geldt ook voor migranten uit niet-Europese landen. Met een toename van diversiteit neemt ook de diversiteit aan gezondheidsstatus en –achtergronden toe.

We weten vanuit onze regio dat aandacht voor preventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering voor kwetsbare migranten (incl. statushouders en vluchtelingen), bijdraagt aan succesvolle inburgering en participatie in de maatschappij. Daarnaast is het belangrijk om in te zetten op de kortste weg naar werk in combinatie met lokale regie op inburgering. Ervaren inzicht levert op dat gezondheid randvoorwaardelijk is voor arbeid. Daarom is samenwerking met organisaties die toeleiden naar arbeid essentieel.

j. *Meerwaarde creëren door verbinding Veilig Thuis met Gezond Leven, JGZ en Bijzondere Zorg.*

Met de oprichting van Veilig Thuis is veel aandacht gegaan naar het inrichten van werkprocessen, samenwerkingsverbanden en het op orde krijgen van wachtlijsten/werkvoorraden. Nu Veilig Thuis een solide basis heeft en in onze regio 'staat', is het goed om de meerwaarde te vinden in het versterken van het voorkómen van kindermishandeling en huiselijk geweld. Kansen liggen hier in het benutten van de preventieve netwerkaanpak die de GGD heeft in het voorveld van de gemeenten en in verschillende settings, zoals kinderopvang, scholen en wijken. Daarnaast kan ook meer de verbinding worden gemaakt met Bijzondere Zorg. Zowel Veilig Thuis als Bijzondere Zorg zijn werkzaam in het netwerk waar zorg en sociale veiligheid elkaar ontmoeten en delen dezelfde samenwerkingspartners.

k. *Meer aandacht voor het bevorderen van mentale gezondheid*

Binnen het sociale en het medische domein gaat er veel aandacht naar psychische problematiek. Ook binnen het onderwijs is omgaan met psychische en psycho-sociale problemen een dominante factor. We zien veel aandacht voor vroegsignalering en eerder ingrijpen. Er is echter veel minder aandacht voor een structurele aanpak aan de voorkant en het inzetten op mentaal welbevinden en weerbaarheid. Met name vanuit de GGD (JGZ en Gezond Leven) in samenwerking met Indigo (GGZ Preventie), het onderwijs en andere relevante netwerkpartners kan hieraan bijgedragen worden.

l. *Aandacht voor bevorderen seksuele gezondheid*

Deze ambitie sluit aan bij het Nationale Actieplan soa, hiv en seksuele gezondheid. Bij het bevorderen van seksuele gezondheid is een integrale aanpak belangrijk waarin een positieve benadering van seksualiteit centraal staat. Naast goede effectieve preventieve maatregelen, is het van belang om bij problemen op dit terrein snel toegang te hebben tot de hulpverlening.

Dit thema strekt zich uit van aandacht voor preventie van seksuele grensoverschrijding en seksueel geweld (in het 'me too'-tijdperk) binnen het onderwijs (i.s.m. gezonde school) en door middel van campagnes op festivals en evenementen tot preventie van ongewenste zwangerschap. Dit laatste door o.a. het duurzaam en structureel organiseren van de 'Nu niet zwanger'-werkwijze waarbij samenwerking met gemeenten en ketenpartners verder vorm krijgt, in het kader van het landelijke programma 'Kansrijke Start' (zie boven bij ambitie 1a). Met betrekking tot preventie voor risicogroepen willen we seksuele vorming organiseren voor jongeren in het MBO en voor technisch opgeleiden in het arbeidsproces. In het kader van snelle laagdrempelige zorg versterken we de samenwerking met ketenpartners in het kader van Vrouwelijke Genitale verminking (VGV).

m. *Aandacht voor antibioticaresistentie (ABR)*
Als burgers gevraagd worden waar ze bang voor zijn, dan komt 'antibioticaresistentie' hoog op de lijst te staan. In Gelderland-Zuid is met inzet van de GGD het Gelders antibiotica en infectiepreventie netwerk (GAIN) opgezet, waarin verschillende disciplines en ketenpartners op dit terrein samenwerken op (boven)regionaal en landelijk niveau. De landelijke financiering voor ABR-netwerken is verlengd tot 2023. Door in te zetten op effectieve netwerksamenwerking, verbetering van voorschrijfgedrag van artsen, effectieve samenwerking tussen technische hygiëne zorg (THZ) en infectiepreventie bereidt GGD Gelderland-Zuid zich goed voor op toekomstige bedreigingen van niet te behandelen infecties veroorzaakt door resistente bacteriën zowel intramuraal als buiten de muren van instellingen. Naast het inzetten op de risicovolle sectoren thuiszorg en verpleeghuissector is uitbreiding naar de sectoren gehandicaptenzorg en ambulances gewenst. Ook de one-health benadering (incl. de overdracht van dier op mens) is een aanvullende ontwikkelrichting.

<u>Referenties</u>
pm

	Berg & Dal	Beu-ningen	Buren	Culem-borg	Druten	Gelder-malsen	Heumen	Linge-waal	Maas-driel	Neder-Betuwe	Neer-ijnen	Nij-megen	Tiel	West M&W	Wijchen	Zalt-bommel	Gelder-land-Zuid	NL	Bron
Totaal aantal inwoners	34.748	25.798	26.365	28.195	18.701	26.818	16.462	11.134	24.350	23.615	12.397	175.948	41.465	18.891	40.847	28.014	553.748		
aantal 0-4 jarigen	1.099	991	941	1.113	665	1.059	535	464	1.015	1.298	601	6.792	1.639	682	1.419	1.296	21.609		
aantal 4-18 jarigen	4.930	4.000	4.356	4.926	3.134	4.839	2.640	1.907	3.979	4.732	2.321	22.558	6.905	2.825	6.779	5.257	86.088		
Gezonde jeugd																			
Levensverwachting bij geboorte, in jaren	80,3	82,3	81,1	81,4	82,5	82,2	83,6	83,1	81,7	81,5	82,1	80,8	80,8	81,7	82,3	81,4	81,4	81,5	CBS/RIVM (2013-2016)
Meeroken (0-12 jarigen)	2%	5%	4%	3%	4%	3%	2%	6%	9%	4%	4%	3%	7%	3%	3%	4%	4%		Kindermonitor 2017
Moeder dronk alcohol tijdens zwangerschap (0-4 jarigen)	3%	1%	3%	1%	0%	1%	1%	0%	0%	1%	1%	3%	0%	1%	0%	1%	1%		Kindermonitor 2017
Moeder rookte tijdens zwangerschap (0-4 jarigen)	9%	4%	11%	7%	13%	8%	2%	11%	7%	7%	9%	5%	13%	6%	3%	7%	7%		Kindermonitor 2017
1e half jaar alleen moedermelk (0-4 jarigen)	34%	27%	23%	30%	25%	28%	26%	25%	20%	31%	29%	36%	24%	23%	26%	26%	30%		Kindermonitor 2017
Overgewicht (4-12 jarigen)	10%	12%	16%	15%	15%	13%	9%	14%	16%	17%	15%	12%	17%	10%	10%	17%	13%		JGZ-metingen
Preventie in sociaal domein																			
Roken (19+)	18%	18%	26%	18%	20%	17%	13%	21%	22%	20%	19%	23%	22%	23%	16%	19%	21%	21%	Gezondheidsmonitor 2016
Overmatige drinken (m>14 glazen; v>7 glazen pw) (19+)	19%	18%	18%	17%	16%	19%	21%	16%	21%	11%	16%	21%	15%	19%	16%	17%	18%	19%	Gezondheidsmonitor 2016
Ooit Hasj/wiet Drugsgebruik (13-16 jarigen)	13%	9%	9%	12%	12%	10%	11%	*	10%	7%	4%	13%	10%	10%	11%	7%	11%	11%	Gezondheidsmonitor 2016
Ooit Harddrugsgebruik (13-16 jarigen)	2%	3%	4%	5%	6%	8%	2%	*	5%	3%	4%	3%	4%	5%	3%	4%	4%	5%	Gezondheidsmonitor 2016
Eet dagelijks groente (19+)	49%	40%	37%	47%	42%	48%	51%	37%	36%	36%	39%	56%	41%	44%	44%	40%	47%		Gezondheidsmonitor 2016
Eet dagelijks fruit (19+)	40%	37%	35%	40%	37%	44%	43%	37%	35%	38%	41%	38%	37%	38%	37%	40%	38%		Gezondheidsmonitor 2016
Overgewicht (BMI>25)(19+)	51%	52%	52%	48%	57%	48%	45%	56%	55%	59%	56%	39%	53%	52%	54%	54%	48%	49%	Gezondheidsmonitor 2016
Sociale veiligheid																			
Ooit slachtoffer huiselijk geweld (19-65 jaar)	8%	7%	9%	6%	6%	7%	9%	8%	8%	7%	6%	10%	10%	6%	8%	9%	9%		Gezondheidsmonitor 2016
Afgelopen jaar slachtoffer psychisch geweld in thuissituatie (65+)	4%	4%	5%	3%	3%	3%	3%	5%	5%	3%	5%	4%	3%	3%	3%	4%	4%		Gezondheidsmonitor 2016
Matig tot sterk sociaal uitgesloten (19+)	3%	3%	3%	5%	3%	1%	1%	5%	3%	3%	3%	7%	6%	3%	3%	3%	4%		Gezondheidsmonitor 2016
Veilige en gezonde leefomgeving																			
Voelt zich weleens onveilig in avond/nacht (19+)	13%	17%	11%	19%	12%	10%	11%	14%	13%	12%	11%	19%	23%	12%	12%	15%	16%		Gezondheidsmonitor 2016
Buiten spelen(>half u pdg) (2-12 jarigen)	83%	72%	82%	74%	78%	78%	71%	80%	78%	84%	81%	73%	74%	78%	77%	77%	76%		Kindermonitor 2017
Ouder vindt buurt kindvriendelijk (0-12 jarigen)	81%	75%	71%	78%	81%	76%	79%	83%	68%	72%	68%	82%	71%	75%	86%	76%	78%		Kindermonitor 2017
Belemmeringen buiten spelen (teveel verkeer) (0-12 jarigen)	19%	26%	29%	21%	18%	26%	22%	22%	34%	28%	31%	22%	29%	30%	16%	27%	24%		Kindermonitor 2017
Belemmeringen buiten spelen (gevaarlijk water) (0-12 jarigen)	9%	31%	25%	25%	18%	19%	10%	26%	25%	22%	29%	15%	18%	23%	15%	26%	19%		Kindermonitor 2017
Cijfer woning onvoldoende (19+)	4%	3%	3%	5%	3%	3%	2%	3%	3%	3%	5%	7%	6%	3%	4%	2%	5%		Gezondheidsmonitor 2016
Cijfer woonomgeving onvoldoende (19+)	5%	4%	5%	9%	5%	5%	3%	4%	4%	5%	5%	8%	10%	4%	4%	4%	6%		Gezondheidsmonitor 2016
Ernstige hinder geluid (19+)	12%	13%	14%	18%	12%	13%	11%	14%	14%	14%	14%	16%	18%	10%	11%	17%	15%		Gezondheidsmonitor 2016
Ernstige hinder geur (19+)	5%	8%	5%	5%	5%	6%	5%	9%	9%	7%	8%	5%	6%	7%	5%	12%	6%		Gezondheidsmonitor 2016
Armoede en gezondheid																			
Moeite met rondkomen (19+)	15%	15%	13%	13%	16%	12%	12%	15%	15%	14%	17%	20%	18%	12%	16%	15%	16%	14%	Gezondheidsmonitor 2016
inkomen alleen AOW (65+)	22%	21%	22%	19%	26%	17%	13%	21%	34%	32%	32%	18%	18%	30%	19%	19%	21%		Gezondheidsmonitor 2016
Laaggeletterd *(schatting)*	4%	14%	5%	5%	14%	7%	4%	7%	11%	9%	7%	9%	14%	9%	5%	11%	9%	12%	St. Lezen en Schrijven 2015
Vanwege geldgebrek niet op vakantie/dagjes uit (0-12 jarigen)	11%	12%	12%	14%	14%	11%	10%	14%	12%	17%	10%	13%	18%	12%	12%	12%	13%		Kindermonitor 2017
Vanwege geldgebrek zijn er spanningen in het gezin (0-12 jarigen)	7%	10%	8%	7%	9%	8%	5%	8%	7%	7%	7%	7%	11%	6%	6%	6%	8%		Kindermonitor 2017
Ouderen (65+)																			
Is kwetsbaar (algemeen)	31%	35%	31%	33%	34%	34%	34%	29%	39%	35%	34%	39%	38%	32%	33%	35%	35%		Gezondheidsmonitor 2016
Gebruikt slaap-/kalmeringsmiddel (doktersrecept, afgl 2 wkn)	9%	12%	9%	16%	11%	9%	10%	10%	12%	20%	10%	13%	13%	12%	10%	13%	12%		Gezondheidsmonitor 2016
Bezoek huisarts (afgl 2 maanden)	47%	52%	46%	49%	50%	43%	53%	42%	44%	51%	47%	53%	48%	39%	50%	51%	49%		Gezondheidsmonitor 2016
Is gevallen (afgl 3 maanden)	20%	20%	22%	23%	17%	19%	22%	17%	19%	23%	25%	24%	22%	18%	17%	21%	21%		Gezondheidsmonitor 2016
Onvoldoende regie over eigen leven	15%	13%	13%	16%	12%	13%	12%	15%	16%	18%	15%	15%	15%	13%	11%	14%	14%	15%	Gezondheidsmonitor 2016
(Zeer) ernstig eenzaam	7%	7%	7%	7%	9%	9%	6%	8%	11%	6%	8%	11%	11%	8%	7%	9%	9%	10%	Gezondheidsmonitor 2016
Geeft mantelzorg (minimaal 3 mnd en/of minimaal 8u pw)	15%	18%	11%	13%	15%	15%	12%	16%	16%	14%	14%	16%	13%	16%	15%	18%	15%	15%	Gezondheidsmonitor 2016
Heeft mobiliteitsbeperkingen	18%	20%	17%	22%	22%	19%	15%	18%	24%	26%	21%	24%	24%	22%	19%	22%	21%	21%	Gezondheidsmonitor 2016
Heeft min. 1 beperking huish.dgl levensverrichting (HDL)	25%	25%	22%	26%	27%	23%	20%	23%	31%	32%	28%	26%	25%	27%	22%	26%	25%		Gezondheidsmonitor 2016
(Hoog) Risico angst-/depressie	5%	6%	3%	5%	3%	2%	3%	5%	6%	7%	5%	7%	7%	4%	3%	6%	5%	5%	Gezondheidsmonitor 2016
Vaccinatiegraad																			
Volledige vaccinatie (cohort 2015) op 2 jarige leeftijd	94%	95%	90%	89%	97%	82%	94%	89%	89%	51%	76%	92%	90%	92%	93%	81%		90%	RIVM-DVP (2018)
Reformatorisch-orthodox geloof (ouders 0-12 jarigen)	0	0	6%	1%	0	17%	1%	3%	2%	55%	23%	0	1%	0	0	17%	6%		Kindermonitor 2017
Diversiteit																			
Westerse migratieachtergrond	11%	8%	6%	9%	6%	5%	9%	5%	7%	5%	5%	12%	9%	5%	8%	6%	9%	10%	BRP 2017 via buurtmonitor integratie
Niet-westerse migratieachtergrond	4%	5%	2%	14%	6%	4%	4%	4%	3%	2%	3%	14%	16%	2%	5%	6%	8%	13%	BRP 2017 via buurtmonitor integratie
Mentale gezondheid																			
psychosociale problemen (SDQ verhoogd,13-16 jarigen)	3%	4%	6%	6%	4%	5%	3%	*	6%	5%	6%	5%	7%	6%	4%	5%	5%		Jeugdmonitor (EMOVO) 2015
wordt gepest (13-16 jarigen)	6%	4%	6%	5%	5%	4%	3%	*	7%	5%	5%	4%	6%	5%	5%	6%	5%		Jeugdmonitor (EMOVO) 2015
wordt gepest (4-12 jarigen)	8%	10%	12%	13%	8%	6%	7%	10%	7%	6%	7%	7%	13%	7%	10%	7%	9%		Kindermonitor 2017
psychosociale problemen (SDQ verhoogd, 4-12 jarigen)	8%	10%	13%	11%	9%	12%	9%	14%	9%	9%	11%	7%	15%	11%	9%	11%	10%		Kindermonitor 2017
Ouder maakt zich zorgen over faalangst (4-12 jarigen)	21%	19%	18%	19%	18%	19%	15%	21%	14%	18%	13%	21%	22%	20%	20%	14%	19%		Kindermonitor 2017

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

vergadering	13 december 2018
agendapunt	8
onderwerp	Tarief toezicht kinderopvang

Korte samenvatting onderwerp:

In de begrotingen van de GGD voor de jaren 2018 en 2019 zijn onder andere de kosten begroot voor het toezicht kinderopvang. Deze kosten zijn begroot op basis van onder andere het aantal kinderopvanginstellingen in een gemeente, het risicoprofiel per instelling, het aantal uren dat nodig is voor toezicht per risicoklasse en een uurtarief.

Dit uurtarief wordt jaarlijks geïndiceerd en bijgesteld.
Ambtelijk is afgesproken dat dit tarief in de begroting zou worden opgenomen c.q. vastgesteld door het Algemeen Bestuur van de GGD.
Dat is van belang omdat dit tarief wordt gehanteerd bij de facturering van de uitgevoerde toezichtonderzoeken binnen een gemeente. Facturering vindt per kwartaal plaats.
Abusievelijk is dit tarief echter niet expliciet in de begroting opgenomen. Logischerwijs is het tarief wel impliciet in de begroting opgenomen ter berekening van de begrote kosten toezicht kinderopvang.

Vanaf de GGD-begroting 2020 zal worden geborgd dat het tarief expliciet zal worden opgenomen.

Hoewel de programmabegrotingen GGD 2018 en 2019 reeds zijn vastgesteld door het Algemeen Bestuur (met inbegrip van toezicht kinderopvang), wordt voorgesteld dat de uurtarieven toezicht kinderopvang 2018 en 2019 door het Algemeen Bestuur worden bevestigd. Het uurtarief voor 2018 bedraagt €92 en voor 2019 €94.

Voorstel te beslissen:

1. Te bevestigen dat in de GGD-begrotingen 2018 en 2019 is uitgegaan van een uurtarief voor toezicht kinderopvang van €92 respectievelijk €94.

Gelderland-Zuid

Algemeen bestuur

Vergadering	13 december 2018
Agendapunt	9
Onderwerp	Voortgang ontwikkelingen JGZ

Korte samenvatting onderwerp:

Op 4 april 2018 is het Algemeen Bestuur geïnformeerd over de ontwikkelingen en uitdagingen bij JGZ in 2018 en verder.

JGZ zal binnen het basispakket de dienstverlening verder flexibiliseren om ruimte te creëren. Deze ruimte is nodig om kwetsbare kinderen en gezinnen meer aandacht te kunnen geven en de samenwerking in het sociale domein te versterken. Daar bovenop zal de afdeling JGZ ook nog de kosten moeten reduceren.

Samengevat staat de afdeling JGZ voor de volgende uitdagingen:

1. Herinrichten van werkprocessen, inclusief scholen en trainen van medewerkers.

2. Inrichten van ouderportaal, aanpassen planningsproces.

3. Inzetten op versterken verbinding met interne en externe partners. Vormgeven van de GGD brede programma's.

4. Interne taakstelling van € 700.000,- in 2018 om personeelskosten te reduceren ten gevolge van introductie HR21 en taakstelling Neder-Betuwe.

Het Algemeen Bestuur heeft besloten om de voortgang van de ontwikkelingen op zowel inhoudelijk als financieel vlak, te volgen in het DB en AB.

Bijgaand treft u het memo:
- Voortgang ontwikkelingen JGZ – november 2018.

Voorstel te beslissen:
1. Kennisnemen van de voortgang ontwikkelingen jeugdgezondheidszorg.

Voortgang ontwikkelingen JGZ
November 2018

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zal binnen het basispakket de dienstverlening verder flexibiliseren om ruimte te creëren. Deze ruimte is nodig om kwetsbare kinderen en gezinnen meer aandacht te geven en de samenwerking in het sociale domein te versterken. Daar bovenop zal de afdeling JGZ ook nog de kosten moeten reduceren. Onderstaand wordt over de inhoudelijke voortgang en de financiële prognose gerapporteerd.

Samengevat staat de afdeling JGZ voor de volgende uitdagingen:

1. Herinrichten van werkprocessen, inclusief scholen en trainen van medewerkers.

2. Inrichten van ouderportaal, aanpassen planningsproces.

3. Inzetten op versterken verbinding met interne en externe partners. Vormgeven van de GGD brede programma's.

4. Interne taakstelling van € 700.000,- in 2018 om personeelskosten te reduceren ten gevolge van introductie HR21 en taakstelling Neder-Betuwe.

Deze vier punten worden hieronder één voor één verder beschreven:

1. Herinrichten van werkprocessen, inclusief scholen en trainen van medewerkers.
   Na de fusie van enkele jaren geleden zijn de werkwijzen van 4-12 Nijmegen e.o. en 4-12 Rivierenland niet direct geharmoniseerd. Dat is het afgelopen jaar wel gebeurd waardoor de GGD Gelderland-Zuid nu één werkwijze kent voor de leeftijdscategorie 4-18 jaar. Deze werkwijze wordt tegen het einde van dit schooljaar geëvalueerd waardoor er nog enige aanpassingen doorgevoerd zouden kunnen worden. Desalniettemin is dit een mijlpaal voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg in Gelderland Zuid.

   Bij de JGZ van GGD Gelderland-Zuid is tevens een basiszorgpad ingevoerd waarin de standaarddienstverlening aan alle kinderen is vastgelegd. Momenteel wordt het projectplan geschreven voor de implementatie van de lichte en zware zorgpaden. Met deze drie zorgpaden kan de geleverde dienstverlening worden aangepast aan de zwaarte van de casus. Op deze wijze wordt een eerste invulling gemaakt met het in staat stellen van de JGZ om op kwetsbare groepen meer dienstverlening in te zetten dan op niet kwetsbare groepen. Naar verwachting zullen deze overige twee zorgpaden in het volgend schooljaar ingevoerd worden. Ook de ondersteunende ICT dient aangepast te worden en zal derhalve eenzelfde tijdslijn volgen.

   Dit jaar is tevens 'vrije ruimte' ingevoerd bij de JGZ-professionals. Dit wil zeggen dat iedere professional een aantal uren niet inplanbare tijd heeft gekregen die de professional zelf in kan zetten zoals zij dat goed acht, zolang het maar ten goede is van de doelgroep. Met deze vrije ruimte stellen we de professional in staat om diens tijd aan onder meer kwetsbare groepen te besteden.

2. Inrichten van ouderportaal, aanpassen planningsproces.
   Het project 'Mijn Kinddossier' loopt conform de planning en zal in het tweede kwartaal van 2019 opgeleverd worden.

3. Inzetten op versterken verbinding met interne en externe partners. Vormgeven van de GGD brede programma's.
   Gezond Leven realiseert de verbinding met enerzijds het onderwijs (met de gezonde school adviseurs) en anderzijds de gemeenten (met de gezondheidsmakelaars). JGZ benut graag deze kanalen om zich steeds verder en beter te verbinden met zowel het onderwijs als de gemeenten. Met het programma 'Jeugd' zijn al vele vormen van samenwerking op operationeel niveau gerealiseerd. We zoeken nog naar mogelijkheden om verdere versterking te behalen tussen de afdelingen JGZ en Gezond Leven.

4. Interne taakstelling van € 700.000,- in 2018 om personeelskosten te reduceren ten gevolge van introductie HR21 en taakstelling Neder-Betuwe.
   Bovenop de bovenstaande inhoudelijke bewegingen zal de afdeling JGZ ook de kosten moeten reduceren. JGZ heeft namelijk een interne taakstelling van € 700.000,- in 2018 om personeelskosten te reduceren ten gevolge van onder andere de introductie HR21 en de taakstelling Neder-Betuwe. Onder andere door het terugdringen van 10 fte medewerkers is in 2018 € 520.000 van de opdracht van € 700.000 gerealiseerd. Het tekort is hiermee teruggebracht naar € 180.000.

   Zoals te verwachten in een situatie onder financiële druk die zich voltrekt in korte tijd is er onrust binnen de gelederen. Het is de menselijke reactie om in tijden van verandering te verstarren in de taak en dat zie je ook bij de JGZ gebeuren. We zullen hier aandacht voor moeten hebben. Temeer omdat een goed functionerende jeugdgezondheidszorg van belang is om problemen bij de jeugd en daarmee doorverwijzing naar jeugdzorg te voorkomen.

5. JGZ heeft vanaf 1 september 2018 nieuw management dat secuur kijkt hoe de resterende kostendaling vormgegeven kan worden, zodat in 2020 de uitvoering van deze wettelijke taak weer in rustiger vaarwater kan komen.
   Het management van de JGZ is met 16% afgenomen door het niet invullen van vacatures. Hierdoor is de span of control van bestaand management gestegen. Het management zal ook anders geëquipeerd worden, daar waar alle financiële zaken voorheen bij de manager JGZ uitkwamen, zullen vanaf 1 jan. 2019 alle teammanagers hun eigen financiële en formatieve begroting kennen met bijbehorende verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hiermee stellen we de teams nog beter in staat om af te stemmen op de lokale situatie en de daar geldende kwetsbare groepen.

Concluderend: de JGZ staat voor een complexe opgave, waardoor we balanceren tussen financiële doelstellingen en de borging van de kwaliteit van het primaire proces. Desalniettemin maakt JGZ gestaag vorderingen die zij met gepaste trots presenteert.