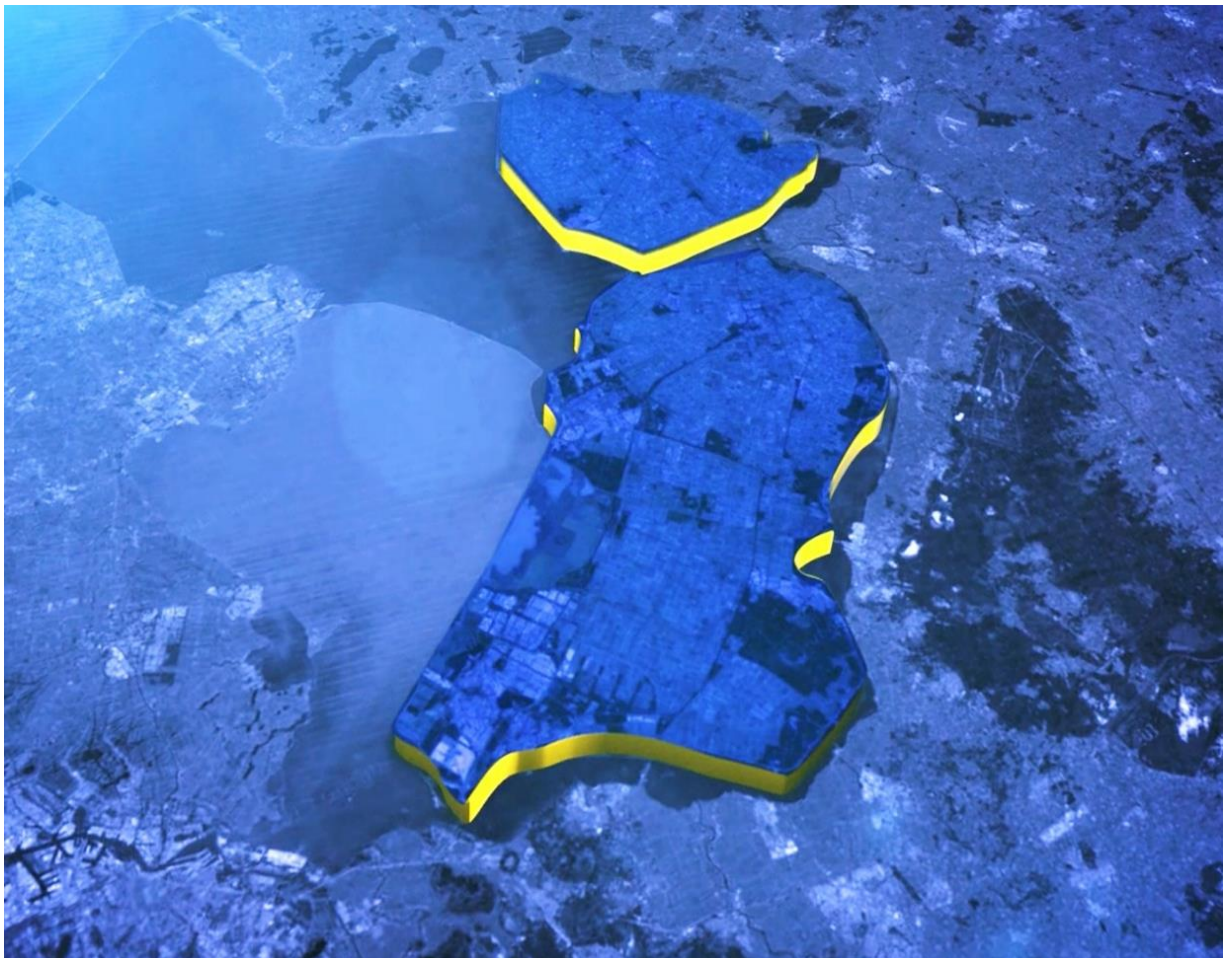




**Flevoland**

## **Publieke Gezondheidsplan Flevoland 2018-2022**

Voor een gezonder Flevoland



# Inhoudsopgave

## Inleiding

### Leeswijzer

#### **Hoofdstuk 1. Algemene aandachtspunten Publieke Gezondheid**

- 1.1 Nationaal Preventieakkoord 2018
- 1.2 Resultaten Benchmark GGD'en 2017
- 1.3 Conclusie

#### **Hoofdstuk 2. Regionale aandachtspunten voor een gezonder Flevoland**

1. Gezonde (fysieke en sociale) leefomgeving
2. Infectieziektepreventie en -bestrijding
3. Preventieve ouderengezondheid
4. Jeugdgezondheidszorg
5. Ontwikkelingen in datascience en gezondheidsmonitoring
6. Maatschappelijke zorg
  - 6.1 Woon-zorgvoorzieningen voor kwetsbare burgers vanuit perspectief PG
  - 6.2 Complexe casuïstiek
  - 6.3 Verandering van financiering OGGz-taken
  - 6.4 Verbinding BOSD en GGD-bestuur

#### **Hoofdstuk 3. Een gezonder Flevoland: voorwaarden**

- 3.1 Voorwaarde voor realisatie doelen Gezonde leefomgeving, Infectieziektebestrijding, Preventieve ouderengezondheid en Gezondheidsmonitoring
- 3.2 Voorwaarde voor realisatie doelen Jeugdgezondheidszorg
- 3.3 Voorwaarde voor realisatie doelen Maatschappelijke Zorg
- 3.4 Benodigde extra formatie voor realisatie doelen
- 3.5 Risico's van niet realiseren doelen publieke gezondheid

#### **Hoofdstuk 4. Een gezonder Flevoland: keuze en financiële gevolgen 2020 en 2021 t/m 2023**

#### **Bijlage 1. Bronvermelding**

#### **Bijlage 2. GGD Benchmarkresultaten 2017**

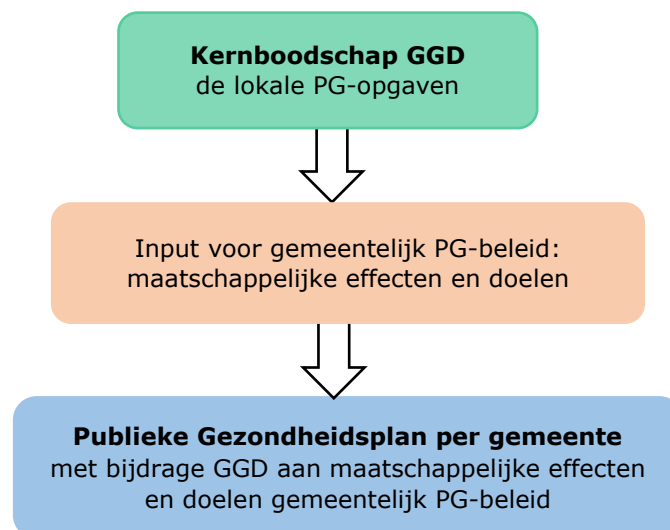
## Inleiding

In 2017 hebben het bestuur en management van GGD Flevoland gebrainstormd over de vraag *Hoe krijgen we gezondere inwoners in Flevoland?*

*De GGD voert een breed scala aan activiteiten uit die gericht zijn op het bewaken, beschermen en bevorderen van de gezondheid van de Flevolandse. De ambitie is om samen de komende jaren gericht te werken aan de actuele publieke gezondheidsopgaven. Dit heeft geleid tot de afspraak dat de GGD het voortouw neemt in het opstellen van een Publieke Gezondheidsplan (PG-plan) per gemeente en een overall PG-plan voor Flevoland.*

### **PG-plan per gemeente**

Met iedere Flevolandse gemeente wordt gewerkt aan een PG-plan op maat, een jaarlijks op te stellen overzicht van de lokale-beleidskeuzes en doelen van de gemeente op het gebied van de publieke gezondheid en de bijdragen die de GGD levert aan de realisatie van de gemeentelijke doelen. Mede-input voor het gemeentelijke beleid zijn de lokale kernboodschappen die de GGD opstelt, toegespitst op de situatie in de verschillende gemeenten. Een lokale kernboodschap bevat de belangrijkste publieke gezondheidsopgaven voor een gemeente, zoals het ontmoedigen van roken en drinken, het bevorderen van een gezonde leefstijl, het voorkomen van eenzaamheid en depressie en het gezonder maken van de leefomgeving.



### **PG-plan Flevoland**

Het PG-plan Flevoland focust op de gezondheidsopgaven waarvoor een regionale aanpak nodig is en die wij als GGD-bestuur en organisatie voor de periode 2018-2022 belangrijk vinden om actief mee aan de slag te gaan.

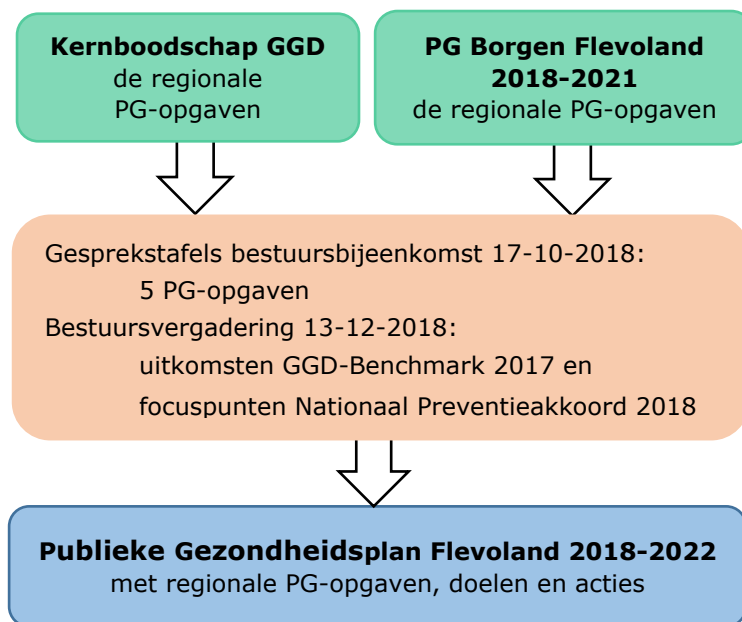
Voor de totstandkoming van het PG-plan Flevoland zijn allereerst uit de GGD-kernboodschappen de opgaven gehaald die een regionale aanpak vragen, zoals een gezonde leefomgeving en infectieziektebestrijding. Hierbij zijn de aanbevelingen uit de notitie Publieke Gezondheid Borgen Flevoland 2018-2021 gevoegd, waarbij een regionale aanpak meerwaarde heeft, zoals gezondheidsmonitoring.

Tijdens de bestuursbijeenkomst op 17 oktober 2018 zijn aan 5 gesprekstafels de belangrijke regionale PG-opgaven besproken, namelijk gezonde leefomgeving, maatschappelijke zorg, infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en ontwikkelingen PG (gezondheidsmonitoring, datascience en e-health).

Uit de gesprekstafels kwam het belang naar voren om nog 2 aandachtsgebieden expliciet te benoemen in het PG-plan: de preventieve ouderengezondheid en de verbinding tussen BOSD en GGD-bestuur met name op het gebied van OGGz.

De inhoud van het Nationaal Preventieakkoord en de belangrijkste uitkomsten van de landelijke GGD Benchmark 2017 zijn besproken in de bestuursvergadering van 13 december 2018. Hierbij heeft het bestuur aangegeven het van belang te vinden de benchmarkresultaten te betrekken in de gedachtenvorming over de regionale gezondheidsopgaven.

In het voorliggende concept PG-plan Flevoland 2018-2022 zijn de GGD Benchmarkresultaten 2017 en het Nationaal Preventieakkoord verwerkt, evenals de uitkomsten van de gesprekstafels. Op 11 februari 2019 is het concept PG-plan Flevoland 2018-2022 besproken door het GGD-bestuur en in de bestuursvergadering van 14 maart zal een aangepaste versie geagendeerd worden. Het streven is om in de bestuursvergadering van april het PG-plan vast te stellen. Na vaststelling zal het PG-plan Flevoland duidelijkheid geven over de aard van de regionale publieke gezondheidsopgaven, de te bereiken doelen en de acties waarop ingezet zal worden tijdens de bestuursperiode 2018-2022.



## Leeswijzer

In het voorliggende PG-plan Flevoland 2018-2022 worden in hoofdstuk 1 de hoofdlijnen van het Nationale Preventieakkoord en de belangrijkste resultaten van de GGD Benchmark 2017 weergegeven.

In hoofdstuk 2 komen de regionale gezondheidsopgaven aan de orde die in de bestuursperiode 2018-2022 extra aandacht vragen. Per aandachtsgebied wordt na een korte beschrijving de opgave geformuleerd, gevolgd door de voorgestelde doelen en acties. Naar aanleiding van de verschillende overleggen met GGD-bestuur en ambtelijk is een aantal van deze acties doorgestreept vanwege een lagere prioriteit.

De voorwaarden voor het realiseren van de doelen zijn beschreven in hoofdstuk 3 evenals de risico's zowel voor de volksgezondheid als bestuurlijk bij het niet realiseren van de doelen.

In hoofdstuk 4 staan de financiële gevolgen voor 2020 en 2021 van de voorgestelde keuze.

## Hoofdstuk 1. Algemene aandachtspunten Publieke Gezondheid

### 1.1 Nationaal Preventieakkoord 2018

In november 2018 is het Nationaal Preventieakkoord gepubliceerd. Dit richt zich op een gezonder Nederland door de 3 grootste veroorzakers van ziektelast aan te pakken, te weten roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht. De keuze voor een inzet op deze 3 focuspunten geeft bovendien een direct aangrijpingspunt om mensen met een laag inkomen en lage opleiding beter te bereiken. In de uitvoering van het Nationaal Preventieakkoord werken maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, fondsen, sportverenigingen en –bonden en het kabinet samen met wetenschap en kennisinstituten. Voor de lokale uitvoering van het Nationaal Preventieakkoord heeft het Rijk geen extra middelen beschikbaar gesteld.

Een lokale inzet op het tegengaan van roken, problematisch alcoholgebruik en overgewicht is maatwerk en vraagt een integrale en samenhangende aanpak gericht op gezondheidspreventie in brede zin binnen de lokale context. Gemeenten fungeren als regisseur en maken deze aanpak met maatschappelijke partners op basis van een analyse van lokale gezondheidsvraagstukken. De lokale aanpak adresseert in belangrijke mate het behalen van zoveel mogelijk gezondheidswinst conform de aanbevelingen van de WRR (WRR policy brief 'Van verschil naar potentieel' 27 augustus 2018).

De lokale focus op gezonde leefstijl en gezonde leefomgeving zal van de GGD meer inzet vragen op het gebied van gezondheidsbevordering, epidemiologie, jeugdgezondheidszorg en medische milieukunde.

In Flevoland bestaat de behoefte om de komende jaren te werken aan bestuurlijk draagvlak voor bewustwording van de risico's van alcoholgebruik.

### 1.2 Resultaten Benchmark GGD'en 2017

Iedere 2 jaar verschijnt de Benchmark GGD'en, waarin GGD'en zichzelf een spiegel voorhouden om de kwaliteit van het werk te monitoren en van elkaar te leren. Doordat GGD'en regionaal en lokaal maatwerk leveren, zijn niet alle 25 GGD'en hetzelfde. Dit betekent dat het één op één vergelijken van de resultaten per GGD in de Benchmark niet altijd mogelijk is.

In deze paragraaf worden de meest opvallende resultaten uit de recent gepubliceerde benchmarkrapportage over 2017 weergegeven. Aanvullende informatie is opgenomen in Bijlage 2.

De GGD Benchmarkresultaten 2017 laten zien dat in Flevoland enerzijds de publieke gezondheidsopgaven en de prestaties van de GGD boven het landelijke gemiddelde liggen en dat anderzijds de inwonersbijdrage en de formatie lager zijn dan het landelijke gemiddelde.

#### **Prestaties zijn hoger in Flevoland**

Uit de GGD Benchmarkresultaten blijkt dat het percentage kinderopvanginstellingen dat in 2017 geïnspecteerd is in Flevoland met 164% flink boven het landelijk gemiddelde van 130,3 % ligt<sup>1</sup>. Ook op het gebied van tbc-bestrijding blijken de prestaties van GGD Flevoland ruim boven het landelijke gemiddelde te liggen.

#### **GGD Benchmarkresultaten 2017**

*Percentage kinderopvanginstellingen dat geïnspecteerd is*  
Flevoland: 164% (landelijk gemiddelde: 130,3%)

*Aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners*  
Flevoland: **6** (landelijk gemiddelde: **4,55**)

<sup>1</sup> Alle voorzieningen voor kinderopvang moeten volgens de Wet kinderopvang (art. 1.62) jaarlijks minimaal één keer geïnspecteerd worden door een GGD-toezichthouder. Daarnaast worden ook andere onderzoeken gehouden, zoals een nader onderzoek of een incidenteel onderzoek. Het percentage inspecties kan daardoor boven de 100 procent komen.

### **PG-opgaven zijn groter in Flevoland**

De Benchmarkresultaten laten zien dat de PG-opgaven in Flevoland ernstiger zijn dan gemiddeld. Zo is het percentage 10-jarigen met overgewicht hoger dan het landelijk gemiddelde in de benchmark, evenals het percentage 13/14-jarigen dat rookt en dat alcohol drinkt. Het percentage ouderen in Flevoland dat hun gezondheid als goed ervaart ligt juist onder het landelijk gemiddelde.

#### **GGD Benchmarkresultaten 2017**

*Percentage overgewicht bij 10-jarigen*

Flevoland: **15,9%** (landelijk gemiddelde: **13,73%**)

*Percentage 13/14-jarigen (klas 2 VO) dat rookt*

Flevoland: **1,7%** (landelijk gemiddelde: **1,1%**)

*Percentage 13/14-jarigen (klas 2 VO) dat alcohol drinkt*

Flevoland: **13,2%** (landelijk gemiddelde: **9,69%**)

*Percentage ouderen met als goed ervaren gezondheid*

Flevoland: **59%** (gemiddeld: **63,11%**)

### **Formatie GGD Flevoland is kleiner**

Daar staat tegenover dat het aantal FTE per 100.000 inwoners bij GGD Flevoland voor alle in de benchmark genoemde taken, namelijk epidemiologie, infectieziektebestrijding, medische milieukunde, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering, onder het landelijk gemiddelde ligt.

#### **GGD Benchmarkresultaten 2017**

<b>Aantal FTE per 100.000 inwoners</b>	<b>Flevoland</b>	<b>Landelijk gemiddelde</b>
Epidemiologie	<b>0,37 FTE</b>	0,72 FTE
Infectieziektebestrijding	<b>1,06 FTE</b>	1,18 FTE
Medische milieukunde	<b>0,29 FTE</b>	0,41 FTE
Jeugdgezondheidszorg	<b>49,37 FTE</b>	83,04 FTE
Gezondheidsbevordering	<b>0,49 FTE</b>	1,33 FTE

### **Inwonersbijdrage is lager**

De inwonersbijdrage is in Flevoland lager dan het landelijk gemiddelde.

#### **GGD Benchmarkresultaten 2017**

*Bijdrage van de gemeente per inwoner voor het basispakket incl JGZ, excl GHOR*

Flevoland: €17,38 per inwoner (landelijk gemiddelde: €25,28 per inwoner)

### **Aandeel vaste financiering ten opzichte van variabele financiering is lager**

Opvallend is verder dat GGD Flevoland bijna het hoogste percentage variabele financiering t.o.v. de vaste financiering in de begroting heeft. Een nuancering is hier op zijn plaats: onder het variabele deel van de financiering vallen niet alleen de producten die gefinancierd worden op basis van facturering of subsidiering, maar ook de financiering van de ambulancezorg door de zorgverzekeraars. Niet alle GGD'en leveren ambulancezorg.

#### **GGD Benchmarkresultaten 2017**

*Verhouding vaste ten opzichte van variabele financiering van de GGD*

Flevoland: 25% vaste financiering (landelijk gemiddelde: 54,15% vaste financiering)

### **1.3 Conclusie**

In het kader van het Nationaal Preventieakkoord zal de komende jaren meer inzet van de GGD gevraagd worden op het gebied van gezondheidsbevordering, epidemiologie, jeugdgezondheidszorg en medische milieukunde.

Uit de Benchmark blijkt dat er in Flevoland een spanning is tussen de gezondheidsopgaven en de daartoe benodigde inzet van de GGD enerzijds en de lage gemeentelijke inwonersbijdrage en beperkte formatie van de GGD anderzijds. Deze spanning wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 3.

## Hoofdstuk 2. Regionale aandachtsgebieden voor een gezonder Flevoland

### 1. Gezonde (fysieke en sociale) leefomgeving

Met de komst van de Omgevingswet in 2021 worden gemeenten en provincie, nog meer dan voorheen, verantwoordelijk voor een veilige en gezonde leefomgeving en voor het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. De gemeenten en de provincie hebben hierin bestuurlijke afwegingsruimte. Via deze weg kan integraal beleid worden gevoerd met expliciete aandacht voor gezondheid.

De inrichting van de leefomgeving biedt kansen voor de volksgezondheid, omdat het een belangrijke bijdrage kan leveren aan het voorkomen van aandoeningen. Denk bijvoorbeeld aan het rookvrij maken van schoolterreinen, het voorkomen van hittestress en wateroverlast, het verbeteren van het binnenklimaat, het beperken van geluidshinder, het aanleggen van veilige fietspaden, het zorgen voor voldoende 'groen' en het verbeteren van de luchtkwaliteit. Een goede inrichting van de openbare ruimte is tevens uitnodigend voor mensen om te bewegen en buiten te ontspannen wat de sociale interactie stimuleert en goed is voor de psychische gezondheid. Ook de komst van Lelystad Airport vraagt de nodige aandacht voor de gevolgen voor de publieke gezondheid in Flevoland. Afstemming met andere domeinen, zoals ruimtelijke ordening, is daarbij nodig.

#### ***Opgave: Regionaal en lokaal samenwerken aan een gezonde leefomgeving***

trekker: Directeur GGD

<b>Doel</b>	<b>Actie</b>	<b>Gereed</b>
1. De deskundigheid van de GGD wordt benut in het regionaal en lokaal ruimtelijk beleid ten behoeve van een gezonde leefomgeving (binnen en buiten).	Aansluiten bij bestaande lokale en regionale overlegstructuren en zo nodig nieuwe structuren vormgeven ten behoeve van proactieve advisering door de GGD over gezonde leefomgeving en binnenklimaat.	31-12-2020
	Concrete doelen van het GGD-programma Leefomgeving uitwerken, waaronder het gezamenlijk opbouwen van expertise, het inzichtelijk maken van gezondheidswinst en van financiële consequenties van beleidskeuzes.	31-03-2019



## 2. Infectieziektepreventie en -bestrijding

Infectieziekten zijn besmettelijk en kunnen ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid. Op grond van de Wet publieke gezondheid zet de GGD zich in voor het voorkómen en bestrijden van infectieziekten in Flevoland. Dit doet de GGD onder meer door het registreren van meldingsplichtige infectieziekten (bijvoorbeeld mazelen, hepatitis A en polio), het uitvoeren van bron- en contactonderzoek, het vaccineren en voorschrijven van preventieve medicatie, het geven van voorlichting over het voorkómen van infectieziekten, het adviseren over hygiënemaatregelen en het doen van onderzoek.

Steeds vaker komen ergens in de wereld uitbraken voor van bekende of nieuwe infectieziekten (MERS, Ebola, H1N1, Zika-virus, Q-koorts) met consequenties voor de infectieziektebestrijding in Nederland. Ook overlijden er steeds meer mensen ten gevolge van de toenemende antibioticaresistentie. Het is belangrijk om tijdig in te spelen op bedreigingen en nieuwe ontwikkelingen.

### GGD Benchmarkresultaten 2017:

*Aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners*  
Flevoland: **6** (landelijk gemiddelde: **4,55**)

*Aantal opgespoorde latente tbc-infecties per 100.000 inwoners*  
Flevoland: **16** (landelijk gemiddelde: **10,55**)

Een andere ontwikkeling om actie op te ondernemen is de dalende vaccinatiegraad, die in Flevoland nog lager is dan in de rest van Nederland. Voor bepaalde infectieziekten komt daardoor bescherming van kwetsbare burgers door groepsimmunititeit in gevaar.

### GGD Benchmarkresultaten 2017:

*Percentage zuigelingen dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma*  
Flevoland: **88,1%** (landelijk gemiddelde: **90,97%**)

### **Opgave: Adequate infectieziektepreventie en –bestrijding, ook bij nieuwe ontwikkelingen en acute bedreigingen**

trekker: Directeur GGD

Doel	Actie	Gereed
De GGD voert ten behoeve van infectieziektepreventie en -bestrijding de wettelijke taken uit incl. proactieve inzet op (nieuwe) ontwikkelingen en bedreigingen, zoals zoönosen, afnemende vaccinatiegraad en toenemende antibioticaresistentie.	Plan van aanpak met lokale en regionale interventies opstellen om vaccinatiegraad te verhogen in Flevoland.	31-06-2019
	Inzichtelijk maken van de inhoudelijke risico's en gevolgen van de ontwikkelingen en bedreigingen op het gebied van infectieziekten voor de volksgezondheid in Flevoland. Tevens wordt daarbij inzichtelijk gemaakt welke proactieve inzet nodig is.	31-06-2020

### 3. Preventieve ouderengezondheid

De Wet publieke gezondheid (Wpg) stelt gemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg en belegt deze taak bij de GGD. In de Wpg worden 5 taken benoemd waar de gemeente in ieder geval zorg voor moet dragen, namelijk:

- a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- b) het ramen van de behoeften aan zorg;
- c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
- d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- e) het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Het Rijk heeft voor deze taken geen extra middelen beschikbaar gesteld, omdat het volgens het ministerie van VWS niet om nieuwe taken gaat, maar om het versterken van de rol van gemeenten om zaken met elkaar te verbinden, regie te voeren en bestaande middelen effectief in te zetten. De bedoeling is dat gemeenten de Wpg, Wmo en andere regelingen met elkaar verbinden om tot een samenhangende preventieve gezondheidszorg voor ouderen te komen.

Bovengenoemde taken richten zich deels op de totale doelgroep 65-plussers (a, b en e) en deels op individuele ouderen (c en d).

De groep oudere inwoners neemt toe in Flevoland. De individuele verschillen op het gebied van gezondheid en leefstijl zijn groot binnen deze groep, onder andere door grote verschillen in opleidingsniveau en financiële middelen. Los van die grote individuele verschillen, neemt bij het 'ouder worden' de kans op een aandoening of gebrek toe en is een kleiner wordend sociaal netwerk reëel. Al met al zijn er een aantal kwetsbaarheden die we vaker terug zien met het toenemen van de leeftijd.

Door de vergrijzing zal het aantal mensen met ouderdomsziekten, zoals artrose, gezichts- en gehoorstoornissen, de ziekte van Parkinson en dementie, fors toenemen. Vooral dementie veroorzaakt veel ziektelast en heeft een grote impact op het leven van de patiënt en op het leven van zijn omgeving. Het aantal mensen met dementie verdubbelt in het Trendskenario van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018 van 154.000 in 2015 naar 330.000 in 2040. Bovendien wonen ouderen steeds langer zelfstandig en vaker alleen. Dit alles zal de druk op de formele én de informele zorg vergroten: naast de stijging van het aantal mensen met chronische aandoeningen zullen sociale problemen zoals eenzaamheid toenemen.

De focus van de GGD ligt vooral op de kwetsbare groepen. Gezien de eerdergenoemde kwetsbaarheden, zouden 'ouderen' daarom in toenemende mate onze aandacht moeten hebben. Als we een kwetsbare groep ouderen willen versterken en zelfredzaamheid en gezondheidsvaardigheden willen bevorderen, dan moeten we uitgaan van behoeften die leven, oog hebben voor wat er lokaal en regionaal al is en waar hiaten zitten of samenhang nog ontbreekt.

Doorgaans is in Nederland de curatieve zorgverlening voor burgers met een ziekte of aandoening in veel opzichten goed geregeld. Ook is er veel inzet om het welzijn van burgers te bevorderen. De preventieve inzet om de gezondheid van burgers te bewaken, beschermen en te bevorderen is daarentegen gering. Met het oog op de vergrijzing en de daarmee gepaard gaande toename van problemen is het van groot belang om juist ook tijdig in te zetten op gezond ouder worden en op de preventie van ziekten bij ouderen.

Ook is het zaak tijdig inzicht te hebben in de veranderende behoeften aan zorg en (woon)voorzieningen, zodat hierop beleid gemaakt kan worden.

**Opgave: Adequate inzet op gezond ouder worden en op de gevolgen van het toenemend aantal ouderen met gezondheidsproblemen**

trekker: Stafarts

<b>Doel</b>	<b>Actie</b>	<b>Gereed</b>
Inzicht in de gezondheid van ouderen, in de benodigde zorg en voorzieningen en in de veranderingen daarin ten behoeve van gemeentelijke beleidsontwikkeling.	Nagaan welke rol van de GGD nodig is in relatie tot de lokale behoefte op het gebied van preventieve ouderengezondheid	31-12-2019

**GGD Benchmarkresultaten 2017**

*Percentage ouderen met als goed ervaren gezondheid*

Flevoland: **59%** (landelijk gemiddelde: **63,11%**)

*Percentage van de gemeenten waar de GGD betrokken is bij uitvoering programma's over Dementie*

GGD Flevoland: **0%** (gemiddeld **13,51%**)

#### 4. Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

De jeugdgezondheidszorg levert een belangrijke bijdrage aan het gezond opgroeien van jeugdigen. Door middel van laagdrempelige screenings en interventies uitgevoerd door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen kunnen ontwikkelingsachterstanden en gezondheidsproblemen in een vroeg stadium worden ontdekt en aangepakt. De Benchmarkresultaten laten zien dat de PG-opgaven in Flevoland ernstiger zijn dan gemiddeld. De JGZ-medewerkers werken hierbij samen met andere JGZ-organisaties, scholen, wijkteams en vele andere partners. Als de JGZ nog beter een plaats heeft in de lokale structuren en nog beter aansluit op de behoeften van ouders en jeugdigen zullen meer jeugdigen gezond opgroeien, een startkwalificatie halen, een gezonde(re) leefstijl hebben en zullen minder jeugdigen gebruik maken van specialistische jeugdhulp.

**Opgave: Preventieve activiteiten JGZ hebben een duidelijke plaats binnen het sociale domein/de zorgstructuren van de 6 gemeenten en hebben goede aansluiting bij de behoeften van jeugdigen en hun ouders.**

trekker: Directeur GGD

Doel	Actie	Gereed
1. JGZ heeft lokaal een duidelijke plaats binnen het sociale domein/de zorgstructuren en voert preventieve activiteiten uit ter voorkoming van (verergering van) gezondheidsproblemen.	Waar nodig verbeteren van aansluiting op de ketenpartners ten behoeve van optimalisering lokale preventieve inzet JGZ. Implementatie lokale aanspreekpunten JGZ.	31-06-2020
2. De JGZ-activiteiten sluiten goed aan bij de behoeften van ouders en jeugdigen (frequentie en inhoud contactmomenten).	Vernieuwen en flexibiliseren van het basistakenpakket JGZ.	31-09-2021
3. JGZ heeft een doorlopende zorglijn van 0-18 jaar	Intensiveren en optimaliseren van de samenwerking met andere JGZ-aanbieders in de regio.	31-12-2020
	Optimaal: realiseren van 1 digitaal dossier voor JGZ organisaties in de regio. Alternatief: Tenminste realiseren van goede werkafspraken tussen JGZ organisaties t.a.v. dataverkeer.	31-12-2021

#### GGD Benchmarkresultaten 2017

*Percentage overgewicht bij 10-jarigen*

Flevoland: **15,9%** (landelijk gemiddelde: **13,73%**)

*Percentage 13/14-jarigen (klas 2 VO) dat rookt*

Flevoland: **1,7%** (landelijk gemiddelde: **1,1%**)

*Percentage 13/14-jarigen (klas 2 VO) dat alcohol drinkt*

Flevoland: **13,2%** (landelijk gemiddelde: **9,69%**)

## 5. Ontwikkelingen in datascience en gezondheidsmonitoring

Het monitoren van de gezondheidstoestand van de inwoners van Flevoland is een wettelijke taak van de GGD. Zoals overal in het land moeten hiervoor - vanwege de afnemende respons op de gezondheidsenquêtes - nieuwe methoden gezocht worden. Het is voor gemeenten ook van belang dat van de ingezette interventies ten behoeve van de gezondheid van inwoners gemonitord wordt of deze bijdragen aan het gewenste effect.

Door data uit diverse bronnen te koppelen, zoals data van de ambulancezorg en van de 1<sup>e</sup> lijn, kunnen inzichten worden verkregen in complexe problemen en in effecten van beleid. Aandacht voor het afstemmen van thema's binnen de agenda van het Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) is daarbij van belang.

Verder is er bij (gemeentelijke) beleidsmakers veel behoefte aan aanvullende informatie bij de onderzoeksgegevens (het verhaal bij de cijfers).

### ***Opgave: Geschikte gezondheidsdata en het verhaal bij de cijfers beschikbaar voor beleidsmakers***

trekker: Stafarts

<b>Doel</b>	<b>Actie</b>	<b>Gereed</b>
Ten behoeve van beleidsontwikkeling en -evaluatie zorgt de GGD voor de beschikbaarheid en een heldere presentatie van de benodigde gezondheidsinformatie over de inwoners van Flevoland.	Samen met GGD GHOR NL en RIVM zoeken naar andere methoden voor het monitoren van de gezondheidssituatie van alle Flevolandse	31-12-2020
	Data m.b.t. gezondheid verzamelen, ontsluiten en koppelen om inzicht te krijgen in het stimuleren van de veerkracht van ouderen	31-12-2020
	Ontsluiting/presentatie van gezondheidsinformatie verbeteren	31-12-2021

## 6. Maatschappelijke zorg

Maatschappelijke zorg richt zich op kwetsbare mensen zoals zorgwekkende zorgmijders, dak- en thuislozen, ex-gedetineerden en personen met verward gedrag. Het team Maatschappelijke Zorg van de GGD Flevoland is regionaal meldpunt voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) en onderhoudt het regionale netwerk OGGz met alle relevante zorgpartijen. Taken worden door het team Maatschappelijke Zorg uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van het GGD-bestuur. Afstemming met het Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) over de OGGz-activiteiten is van belang. Zie verder bij punt 6.4.

### 6.1 Woon-zorgvoorzieningen voor kwetsbare burgers vanuit perspectief PG

De Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) van GGD Flevoland heeft een belangrijke taak als het gaat om ketenregie, procescoördinatie van complexe zorg voor de meest kwetsbare burgers. De OGGz is in die hoedanigheid betrokken bij alle taakvelden binnen het sociale domein. Daardoor heeft de GGD een goed overkoepelend beeld van de werking van de zorg voor kwetsbare burgers en kan signaleren waar zaken niet goed lopen.

Vanuit dit overkoepelend beeld constateert de GGD dat de woon-zorgketen voor die burgers over de hele linie dichtslibt: de toegang tot de maatschappelijke opvang en tot beschermd wonen en de uitstroom naar zelfstandig wonen voldoen niet aan de vraag. Het gaat daarbij niet alleen om een te geringe capaciteit, maar ook om de geschiktheid van de voorzieningen voor de grote verscheidenheid aan burgers die daar een beroep op doet. Het resultaat is dat veel kwetsbare mensen niet op de meest geschikte plek wonen en zorg krijgen.

Dat geldt in het bijzonder voor de kleine, maar veel overlast gevende, groep met combinaties van problemen op het gebied van verslaving, gedrag, verstandelijke beperkingen en psychiatrie. Er zullen steeds meer mensen in de wijk wonen met psychische of psychosociale problematiek die in vroegere tijden in een instelling opgenomen zouden zijn. Nu blijven deze mensen in de wijk wonen en moeten zij ambulante hulp aan huis krijgen. Hier ontstaat een spanningsveld, omdat het risico op overlast in de wijk wordt vergroot.

#### ***Opgave: Burgers met psychische of psychosociale problematiek wonen met passende begeleiding en zorg in de wijk zonder overlast te geven***

trekker: Directeur GGD in afstemming met BOSD

Doel	Actie	Gereed
Kwetsbare burgers wonen in passende voorzieningen en krijgen benodigde zorg en begeleiding en geven geen overlast.	Knelpunten in behoefte en aanbod woon-zorgvoorzieningen in Flevoland in kaart brengen.	31-09-2019

### 6.2 Complexe casuïstiek

De meeste gemeenten in Flevoland werken met (variaties van) wijkteams. Complexe casuïstiek is in de meeste gemeenten in Flevoland niet belegd binnen de wijkteams. In geval van wat meer complexe problematiek wordt bij alle gemeenten gebruik gemaakt van een vorm van opschaling, inzet van specialisten en casusregie. In de opschaling kan op enig moment behoefte zijn aan iemand die bij vastlopende complexe gevallen de autoriteit en kennis heeft om knopen door te hakken en die (met zogenaamde doorzettingskracht) richting kan geven aan een vervolgaanpak. Er worden verschillende namen voor deze zeer specialistische functie gehanteerd waaronder 'brandpuntfunctionaris' en 'procesregisseur'. Kennis van het lokale netwerk is voor het goed kunnen invullen van deze taak belangrijk evenals lokale verbinding met de verantwoordelijke wethouder. Deze specifieke rol wordt op verschillende wijze vormgegeven en uitgevoerd in de regio. In Almere, Noordoostpolder en op Urk wordt deze vervuld door medewerkers van GGD Flevoland.

Het specialistische karakter van de functie en het feit dat de functie slechts aan enkele personen hangt, maakt de kwetsbaarheid in continuïteit groot. Er zijn daarnaast nieuwe ontwikkelingen om te komen tot een regionale experttafel jeugd met een mogelijke verbreding richting een regionale experttafel 0-100. Aan deze tafel kan informatie en kennis vanuit de lokale setting worden gedeeld, kan worden geleerd van elkaars werkwijze en kan ondersteuning van elkaars expertise worden ingezet bij casuïstiek die lokaal niet of onvolledig kan worden beheerst/opgepakt.

**Opgave: Adequate aanpak van vastlopende complexe casuïstiek in Flevoland**

trekker: Directeur GGD in overleg met BOSD

Doel	Actie	Gereed
Kwetsbaarheid in de continuïteit van de aanpak van vastlopende complexe casuïstiek in Flevoland verlagen en de aanpak (waar nodig) verder optimaliseren.	Inventariseren van de huidige wijze van organiseren, signaleren van eventuele witte vlekken en adviseren aan het bestuur over optimalisatie van de aanpak van vastlopende complexe casuïstiek.	31-09-2019

**6.3 Verandering van financiering OGGz-taken**

Op dit moment zijn de maatschappelijke zorgtaken die door de GGD worden uitgevoerd op basis van de centrumregeling belegd bij de centrumgemeente Almere (waaronder Vangnet & Advies, Centrale Toegang Maatschappelijke Opvang en Beschermd Wonen, meldpunt verwarde personen). Over enkele jaren zal de financiering van (een deel van) deze taken verschuiven naar de gemeenten. Dat vormt een natuurlijk moment voor het maken van afwegingen ten aanzien van toekomstig beleid van de taken die lokaal en van de taken die regionaal opgepakt worden.

**Opgave: Impact bepalen van de verandering van financiering OGGz-taken, regionaal versus lokaal**

trekker: Directeur GGD

Doel	Actie	Gereed
Gemeenten kunnen bewuste en onderbouwde keuzes maken in het lokaal en regionaal beleggen van maatschappelijke zorgtaken.	Voor het bestuur inzichtelijk maken wat de impact is van het lokaal dan wel regionaal beleggen van deze taken, wanneer over enkele jaren de financiering verschuift van centrumgemeente naar gemeenten.	31-06-2020

**6.4 Verbinding BOSD en GGD-bestuur**

Veel dossiers, met name Maatschappelijke Zorg, die in het Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) worden besproken hebben een sterke relatie met GGD-taken. Voor de GGD-taken is het GGD-bestuur verantwoordelijk en niet het BOSD. Dit vraagt om een goede afstemming tussen beide besturen.

**Opgave: Structurele afstemming tussen BOSD en GGD over gezamenlijke aandachtsvelden**

trekker: Directiesecretaris

Doel	Actie	Gereed
Er is een goede afstemming tussen het Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) en de GGD over gezamenlijke aandachtsvelden.	Afspraken maken over een structurele afstemming, zowel bestuurlijk als ambtelijk, tussen BOSD en GGD ten behoeve van de gezamenlijke aandachtsvelden, primair vanuit het oogpunt Maatschappelijke Zorg.	31-09-2019

### Hoofdstuk 3. Een gezonder Flevoland: voorwaarden

In de voorgaande hoofdstukken zijn de regionale gezondheidsopgaven toegelicht en doelen gesteld voor de komende jaren. Daarnaast hebben alle Flevolandse gemeenten de ambitie om lokaal meer in te zetten op preventie, op het voorkomen van gezondheidsproblemen, bijvoorbeeld door in te zetten op een rookvrije generatie, een gezonde leefstijl en een gezonde leefomgeving. Hierbij is de inzet van de GGD belangrijk op tal van gebieden, waaronder het uitvoeren van gezondheidsonderzoek, jeugdgezondheidszorg, maatschappelijke zorg en infectieziektebestrijding, het adviseren op het gebied van milieu & gezondheid en het bijdragen aan gezondheidsbevordering.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de voorwaarden waaraan voldaan zal moeten worden om de in dit PG-plan genoemde regionale doelen op het gebied van een gezonde leefomgeving, infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, preventieve ouderengezondheid, gezondheidsmonitoring en maatschappelijke zorg te kunnen realiseren.

#### 3.1 Voorwaarde voor realisatie doelen Gezonde leefomgeving, Infectieziektebestrijding en Gezondheidsmonitoring

Met de huidige, krappe formatie bij GGD Flevoland is het realiseren van de gestelde doelen op het gebied van gezonde leefomgeving (*formatie gezondheidsbevordering en medische milieukunde*), infectieziektebestrijding (*formatie infectieziektebestrijding*) en gezondheidsmonitoring/datascience (*formatie epidemiologie*) niet haalbaar. De krappe formatie speelt ook een rol bij het realiseren van de beleidsdoelen op lokaal niveau, zoals het door de GGD adviseren over gezonde leefstijlinterventies en monitoren van de effecten van interventies.

Onderstaande Benchmarkresultaten laten zien dat de capaciteit van GGD Flevoland op deze gebieden laag is vergeleken met het landelijk gemiddelde aantal FTE bij GGD'en.

<b>GGD Benchmarkresultaten 2017</b>		
<b>Aantal FTE per 100.000 inwoners</b>	<b>Flevoland</b>	<b>Landelijk gemiddelde</b>
Epidemiologie	<b>0,37 FTE</b>	0,72 FTE
Infectieziektebestrijding	<b>1,06 FTE</b>	1,18 FTE
Medische milieukunde	<b>0,29 FTE</b>	0,41 FTE
Jeugdgezondheidszorg	<b>49,37 FTE</b>	83,04 FTE
Gezondheidsbevordering	<b>0,49 FTE</b>	1,33 FTE

#### 3.2 Voorwaarde voor realisatie doelen Jeugdgezondheidszorg

Voor het realiseren van de doelen, genoemd bij Jeugdgezondheidszorg, is het optimaliseren van de samenwerking JGZ 0-18 jaar en het toewerken naar 1 digitaal dossier een randvoorwaarde.

Alleen dan kunnen de zorginhoudelijke, organisatorische en bestuurlijke voordelen gerealiseerd worden (doorlopende zorglijn, 1 digitaal dossier, één aanspreekpunt voor ouders, gemeente en partnerorganisaties, minder overlegsituaties, gezamenlijke inkoop).

Daarnaast is een applicatiebeheerder voor het digitale dossier nodig zowel in de huidige situatie als in de situatie dat er 1 digitaal dossier komt.

#### 3.3 Voorwaarde voor realisatie doelen Maatschappelijke Zorg

Voor het bereiken van de doelen Maatschappelijke Zorg is goede afstemming tussen de GGD en het BOSD een belangrijke voorwaarde.



### 3.4 Benodigde extra formatie voor realisatie doelen publieke gezondheid

In onderstaand overzicht staat de extra formatie die nodig is voor het realiseren van alle doelen zoals gesteld in dit plan.

Doelen voor een gezonder Flevoland	Extra benodigde FTE's
<b>Gezonde leefomgeving</b>	
1. GGD-deskundigheid benutten in regionaal en lokaal ruimtelijk beleid t.b.v. gezonde leefomgeving	1 FTE Gezondheidsbevordering (GB) 1 FTE Medische Milieukunde (MMk)
<b>Infectieziektebestrijding (IZB)</b>	
1. Verhoging vaccinatiegraad en pro-actieve inzet op andere (nieuwe) ontwikkelingen en bedreigingen infectieziektebestrijding, o.a. op antibioticaresistentie (Wpg)	1 FTE arts IZB 1 FTE verplk IZB
<b>Preventieve ouderengezondheid</b>	
1. Gezondheid ouderen, benodigde zorg en voorzieningen monitoren voor gemeentelijke beleid	--
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>	
1. Duidelijke plaats JGZ in Sociaal Domein en uitvoering preventieve activiteiten ter voorkoming van gezondheidsproblemen	--
2. JGZ-activiteiten sluiten aan bij behoeften van ouders en jeugdigen	--
3. Doorlopende zorglijn JGZ 0-18 jaar met één digitaal dossier (DD)	1 FTE Applicatiebeheer DD
<b>Datascience en gezondheidsmonitoring</b>	
1. Gezondheidsinformatie over inwoners Flevoland is beschikbaar in heldere presentatie voor beleid en beleidsevaluatie	0,5 FTE Epidemiologie
<b>Maatschappelijke zorg</b>	
1. Passende woonvoorzieningen en benodigde zorg en begeleiding voor kwetsbare burgers	-
2. Kwetsbaarheid in de continuïteit van de aanpak van vastlopende complexe casuïstiek in Flevoland verlagen en de aanpak verder optimaliseren	-
3. Gemeenten kunnen bewuste en onderbouwde keuzes maken in het lokaal en regionaal beleggen van maatschappelijke zorgtaken	-
4. Goede afstemming tussen Bestuurlijk Overleg Sociaal Domein (BOSD) en GGD over gezamenlijke aandachtsvelden	-

### 3.5 Risico's van niet realiseren doelen publieke gezondheid

Behalve voor formatie-uitbreiding kan natuurlijk ook gekozen worden voor het wijzigen van de doelen of het accepteren dat de doelen (nog) niet gehaald worden. Bij een keuze voor het handhaven van de huidige formatie, zal de uitvoering op het gebied van medische milieukunde en infectieziektepreventie en -bestrijding beperkt moeten blijven tot een reactieve werkwijze. Voor de preventieve ouderengezondheid en de gezondheidsmonitoring kunnen dan alleen de wettelijk verplichte gezondheidsonderzoeken uitgevoerd worden. De gevolgen van het niet realiseren van de doelen zijn opgenomen in bijgaand overzicht met risico's voor zowel de volksgezondheid als ook de bestuurlijke risico's.

<b>Risico's van niet realiseren doelen PG</b>		
<b>Extra FTE's</b>	<b>Risico's volksgezondheid</b>	<b>Risico's bestuurlijk en/of maatschappelijke kosten</b>
<b>Gezonde leefomgeving</b>		
geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer overgewicht</li> <li>- meer diabetes</li> <li>- meer gewrichtsklachten</li> <li>- meer hart- en vaatziekten</li> <li>- meer longaandoeningen</li> <li>- meer eenzaamheid en depressie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer kosten Wmo, zorg en ziekteverzuim</li> <li>- geen advisering i.h.k.v. omgevingsplannen en inrichting van gezonde wijken</li> <li>- geen MMk-capaciteit voor vragen over risico's nieuwe wegen, windmolens, varkensflat, Floriade, L'stad Airport</li> </ul>
<b>Infectieziektebestrijding (IZB)</b>		
geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dalende vaccinatiegraad</li> <li>- toename infectieziekten</li> <li>- toename invaliditeit en sterfgevallen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer kosten Wmo, zorg en ziekteverzuim</li> <li>- geen inzet t.b.v. vaccinatiegraad</li> <li>- geen inzet voor antibioticaresistentie</li> <li>- geen proactieve inzet bij nieuwe bedreigingen</li> </ul>
<b>Preventieve ouderengezondheid</b>		
geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toename ouderdomsproblemen</li> <li>- onvoldoende geschikte zorg- en woonvoorzieningen</li> <li>- geen advies waar aanvullende gezondheidswinst te behalen is i.h.k.v. gezond oud worden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen onderzoek en monitoring van effecten gemeentelijke interventies en beleid ouderen</li> <li>- geen inzicht in wat wel/niet gebeurt i.h.k.v. gezond oud worden</li> <li>- geen inzage in zorgbehoeften/wensen en vragen van ouderen als het gaat om gezondheid en leefstijl</li> <li>- meer kosten Wmo en zorg</li> </ul>
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>		
geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer niet-gesignaleerde en niet-behandelde afwijkingen in lichamelijke en psychosociale ontwikkeling</li> <li>- meer ongezonde leefstijl</li> <li>- toename (zwaardere) jeugdzorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- te beperkte beschikbaarheid/ontsluiting data 0-4 jaar voor uitvoering wettelijke taak GGD</li> <li>- niet optimaal gemeentelijk beleid door onvolledig lokaal en regionaal inzicht in ontwikkeling jeugdigen</li> <li>- minder efficiënte uitvoering JGZ door behoud overdracht 0-4 naar 4-18 jaar</li> <li>- meer kosten jeugdzorg</li> </ul>
<b>Datascience en gezondheidsmonitoring</b>		
geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- risico's volksgezondheid niet tijdig in beeld</li> <li>- geen toenemende waarde van data door geen koppeling met andere bronnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen informatie gestuurde beleidsvorming</li> <li>- meer kosten Wmo, zorg en ziekteverzuim</li> <li>- geen voortzetting en doorontwikkeling van sociale kaart</li> </ul>
geen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kwetsbare groepen niet realtime in beeld</li> <li>- geen duiding van cijfers gecombineerd met andere relevante databronnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- geen onderzoek naar effecten gemeentelijk beleid of ingezette interventies</li> <li>- geen informatiegestuurde beleidsvorming</li> </ul>

## Hoofdstuk 4. Een gezonder Flevoland: keuze en financiële gevolgen 2020 en 2021 t/m 2023

Voor de doelen die alleen gerealiseerd kunnen worden met behulp van formatie-uitbreiding is in onderstaand overzicht het aantal benodigde extra FTE's aangegeven plus de financiële consequenties.

Met de beleidsmedewerkers Publieke Gezondheid en de controllers van de zes gemeenten heeft overleg plaats gevonden over de inhoudelijke kant van de doelen en acties in het PG-plan, de mogelijke risico's voor de volksgezondheid en de bestuurlijke risico's en de financiële gevolgen van formatie-uitbreiding. Deze overleggen hebben geleid tot onderstaand voorstel waarbij doelen en acties zijn bijgesteld, in tijd gefaseerd of geschrapt dan wel dat nagegaan wordt of financiering door derden mogelijk is.

Voorstel	m.i.v. 2020		m.i.v. 2021	
	Extra FTE	salariskosten*) x €1.000	Extra FTE	salariskosten*) x €1.000
<b>Doelen 2018-2022 (haalbaar met extra FTE's)</b>				
<b>Gezonde leefomgeving</b>				
GGD-deskundigheid benutten in regionaal en lokaal ruimtelijk beleid t.b.v. gezonde leefomgeving	1 FTE MMk arts	128	1 FTE GB	113
<b>Infectieziektebestrijding (IZB)</b>				
Verhoging vaccinatiegraad en pro-actieve inzet op andere (nieuwe) ontwikkelingen en bedreigingen infectieziektebestrijding o.a. op antibioticaresistentie (Wpg)	1 FTE IZB arts 1 FTE IZB verplk	128 90		
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>				
Doorlopende zorglijn JGZ 0-18 jaar met één digitaal dossier (DD)			1 FTE applicatie-beheer DD	100
<b>Datascience en gezondheidsmonitoring</b>				
Gezondheidsinformatie over inwoners Flevoland is beschikbaar in heldere presentatie voor beleid en beleidsevaluatie			0,5 FTE Epi	50
<b>totaal</b>		<b>345</b>		<b>262</b>

\*) salariskosten incl overhead, huisvesting en overige

## **BIJLAGE 1**

### **Bronvermelding**

*GGD Benchmarkresultaten 2017*, GGD GHOR Nederland 2018

*Herziening VISI-normering formatie Algemene infectieziektebestrijding*, R. ter Schegget, J.J.A. Dekker, Infectieziekte Bulletin, RIVM, 2015

*Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding*, GGD GHOR Nederland 2015

*Publieke Gezondheid Borgen Flevoland, Verkenning en ambities 2018-2021*, GGD Flevoland 2017

*Synthese Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018, Een gezond vooruitzicht*, RIVM 2018  
[www.vtv2018.nl](http://www.vtv2018.nl)

*Van verschil naar potentieel*, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, WRR policy brief d.d. 27 augustus 2018

*De rol van GGD Flevoland in de preventieve ouderengezondheidszorg, een verkenning naar de invulling van artikel 5a Wpg.* GGD Flevoland 2017

*Nationaal Preventieakkoord*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018

## BIJLAGE 2 GGD Benchmarkresultaten 2017

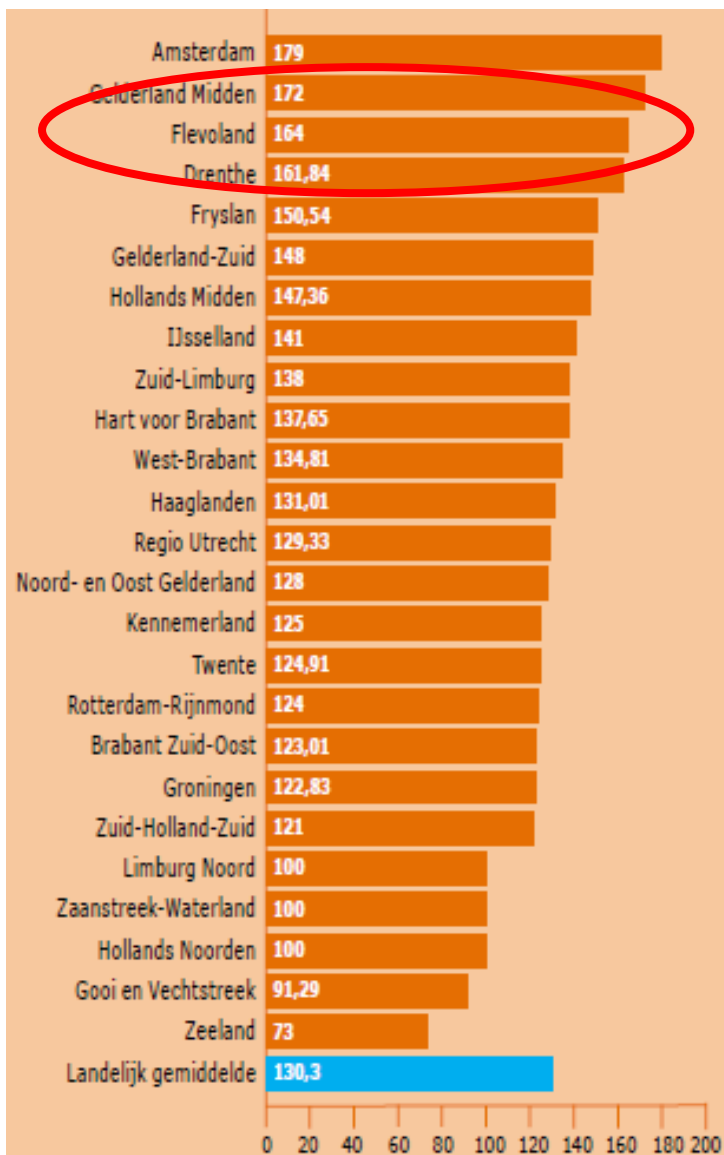
### Toezicht kinderopvang

#### Percentage kinderopvanginstellingen dat geïnspecteerd is in de GGD-regio

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 aan de gemeenten.

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.

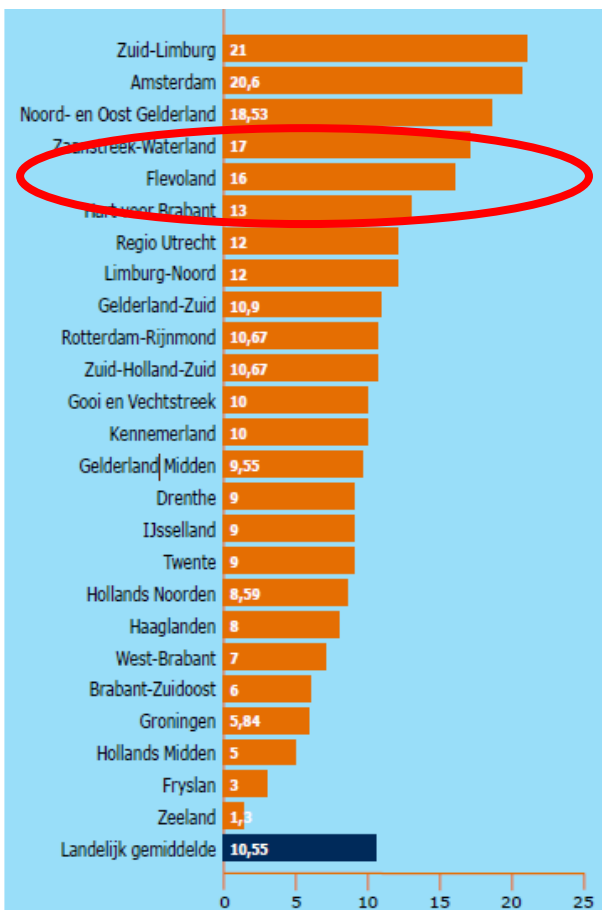
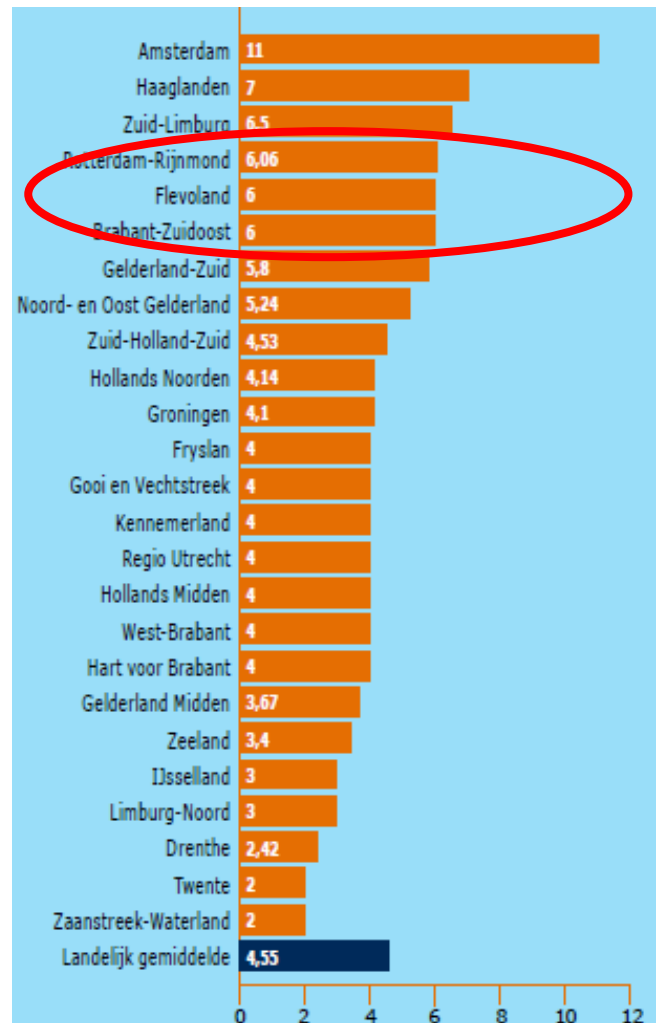


## Infectieziektebestrijding

### 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. 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.

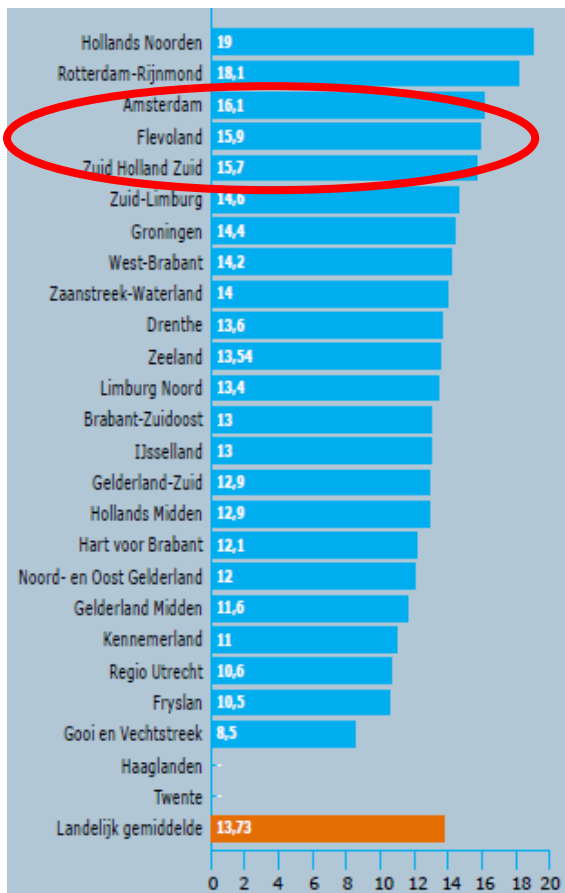
Uit onderstaande tabel blijkt dat het landelijk gemiddelde van het aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners op 4,55 ligt. Daar waar de meeste risicogroepen wonen is het aantal nieuwe gevallen logischerwijs hoger.



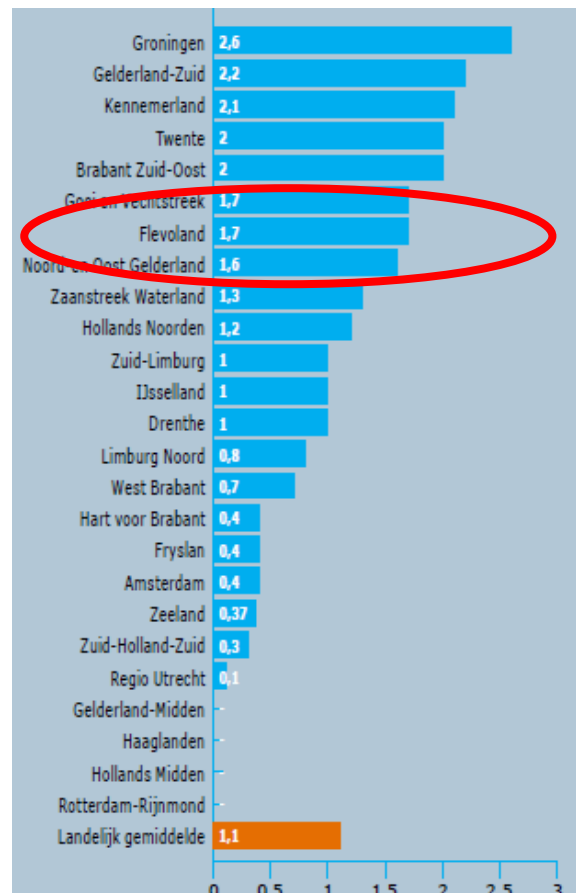
### Aantal opgespoorde latente tbc-infecties (LTBI) per 100.000 inwoners

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. 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.

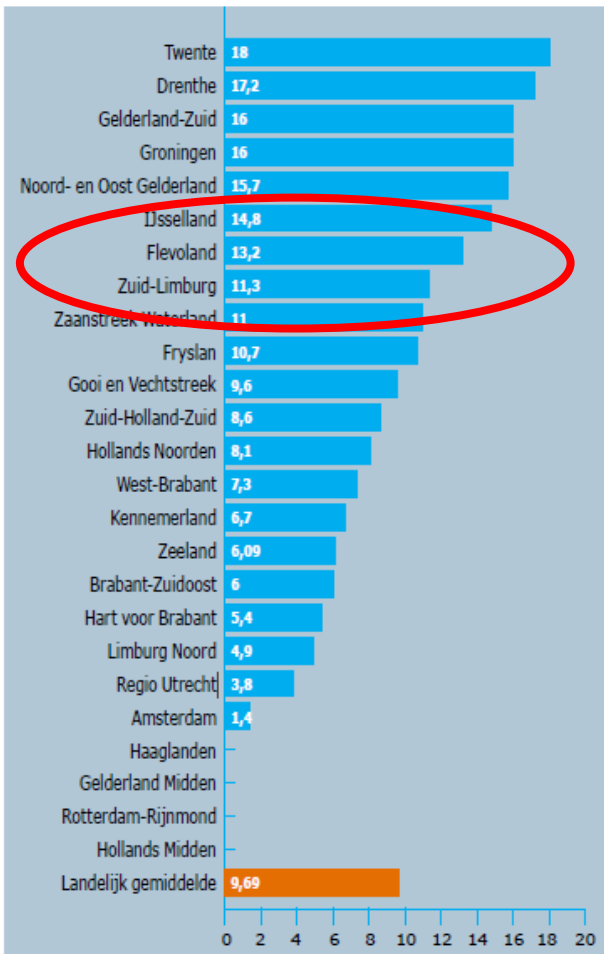
### Percentage overgewicht bij 10-jarigen



### Percentage 13/14-jarigen dat rookt (klas 2 Voortgezet Onderwijs)

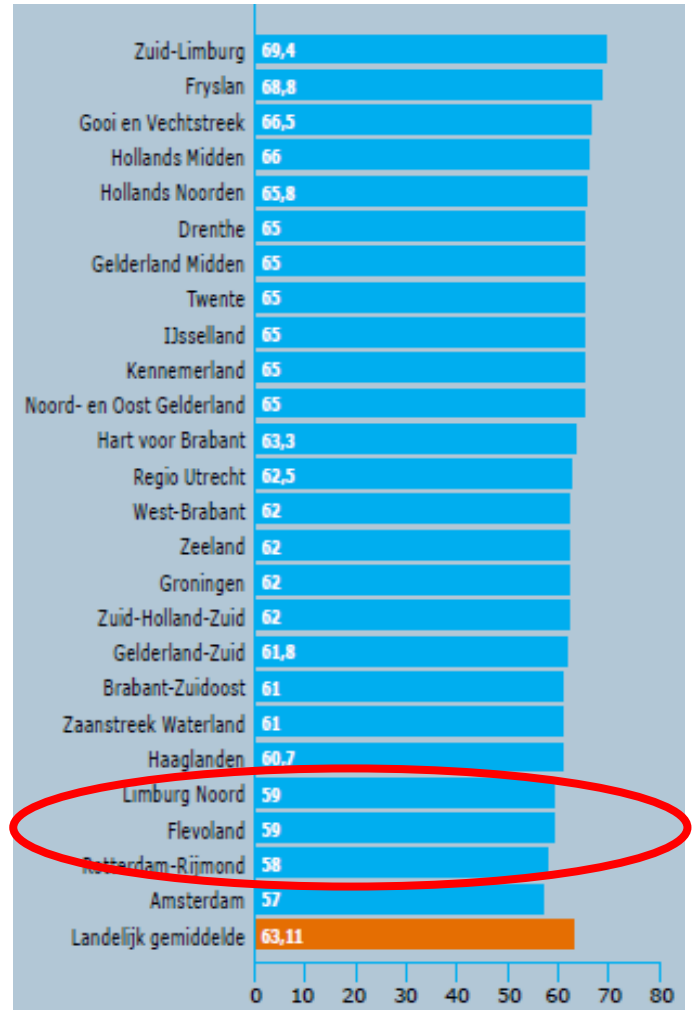


**Percentage 13/14-jarigen dat alcohol drinkt**  
(klas 2 voortgezet onderwijs)



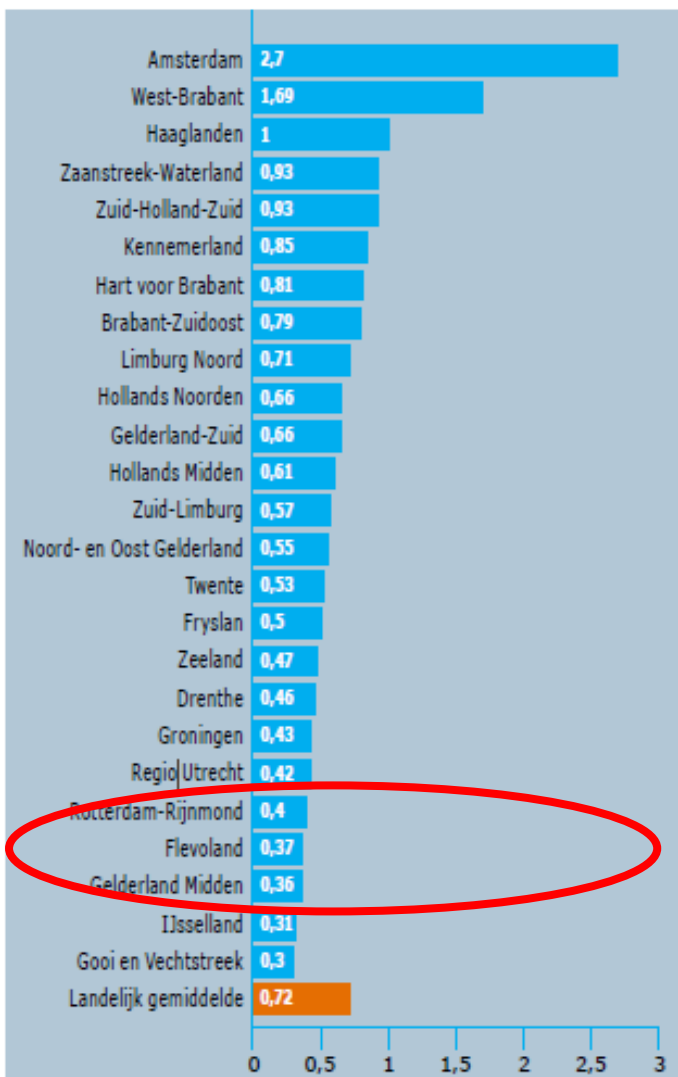
**Percentage ouderen met als goed ervaren gezondheid**

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

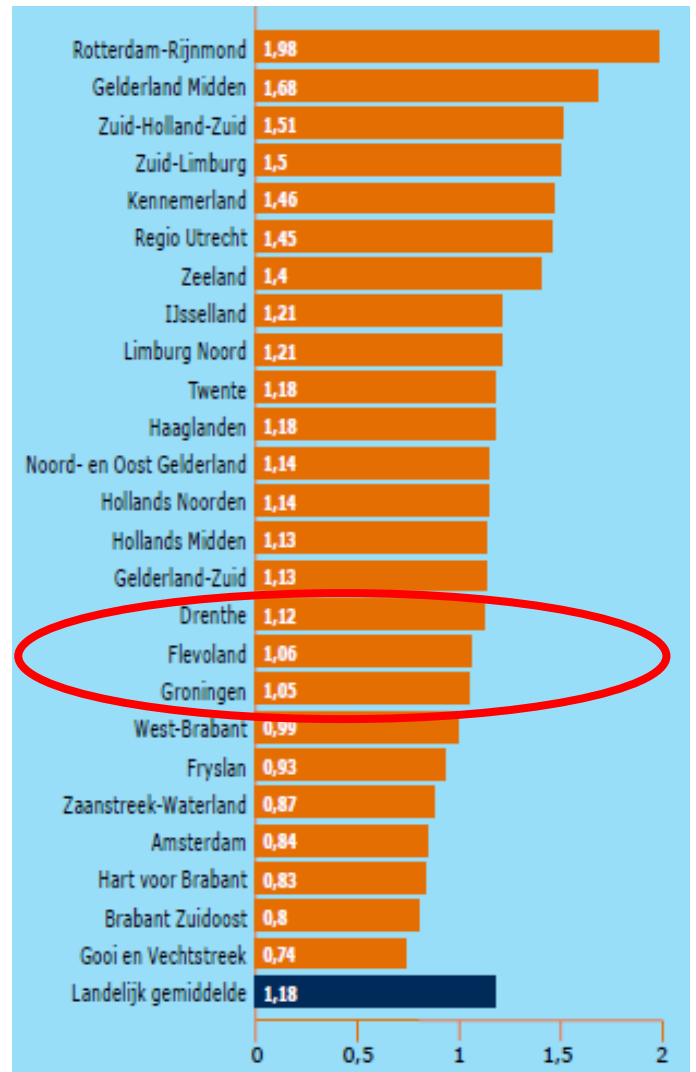




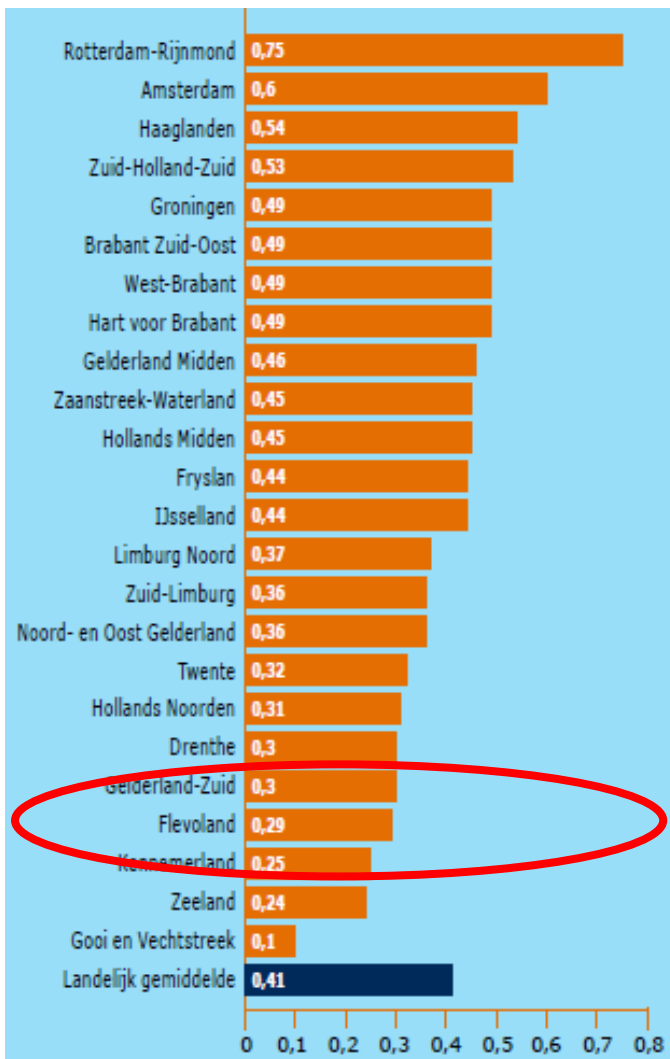
### Aantal FTE epidemiologie



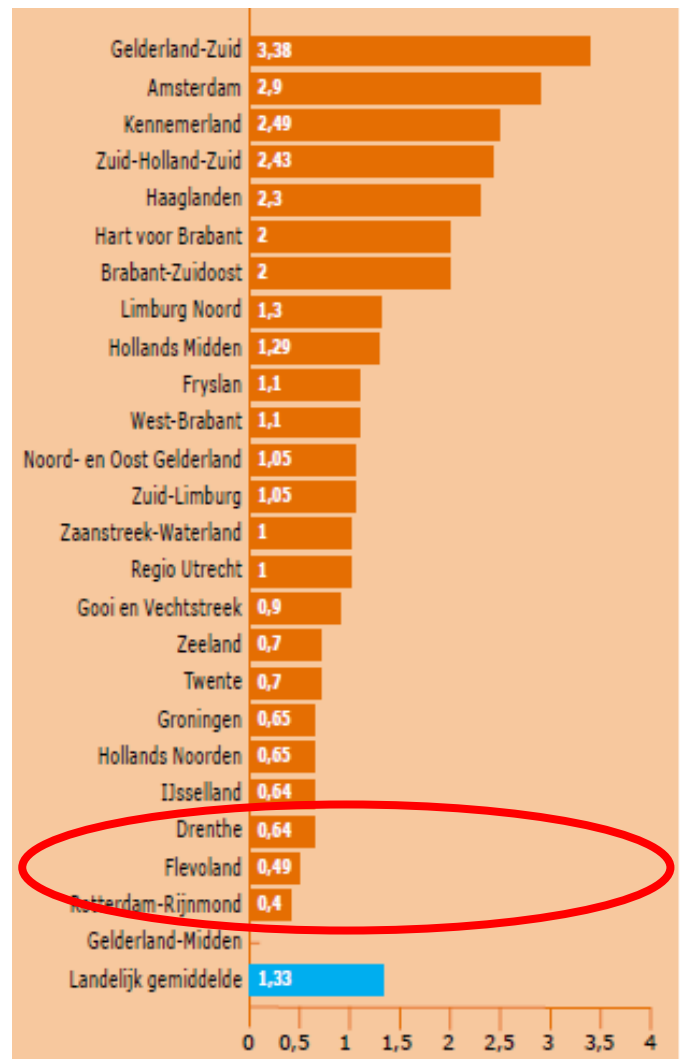
### Aantal FTE infectieziektebestrijding



### Aantal FTE Medisch Milieukunde



### Aantal FTE Gezondheidsbevordering

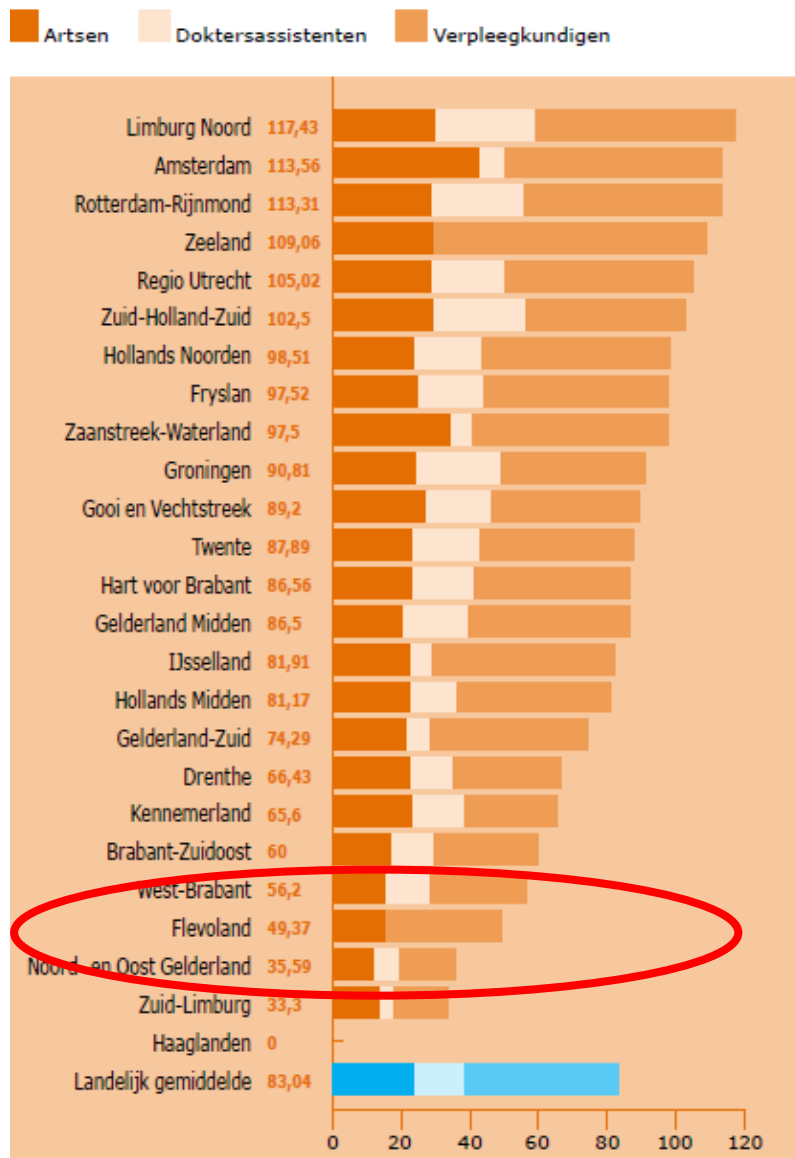


## Jeugdgezondheidszorg (JGZ)

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.

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

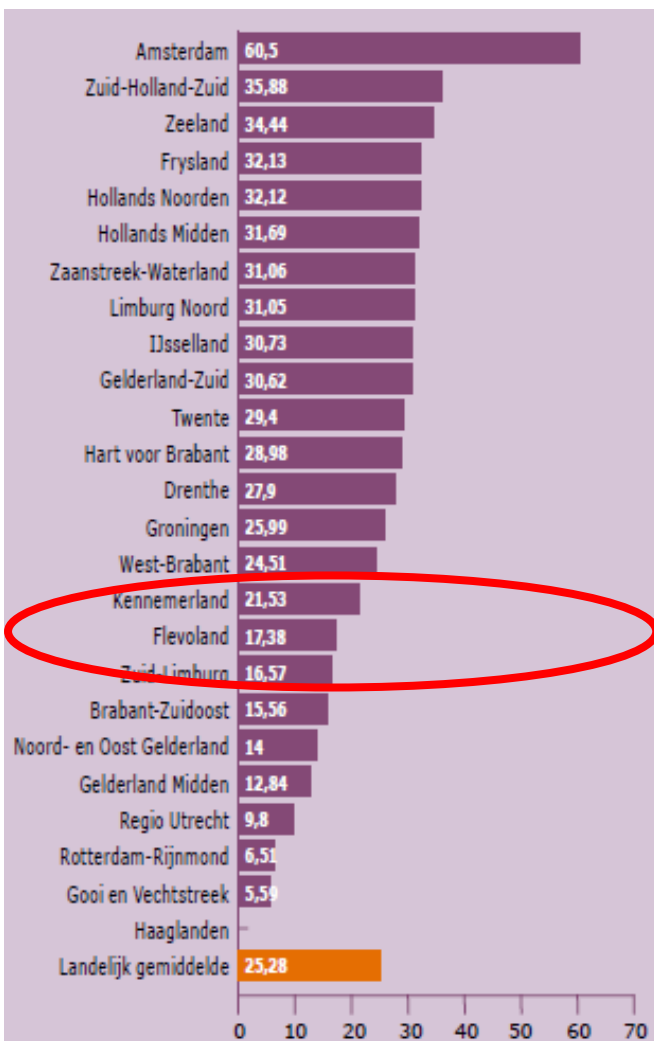
Gemiddeld hebben de GGD'en 45,21 fte verpleegkundigen in dienst, 23,63 fte artsen en 14,20 fte doktersassistenten.



## Bedrijfsvoering

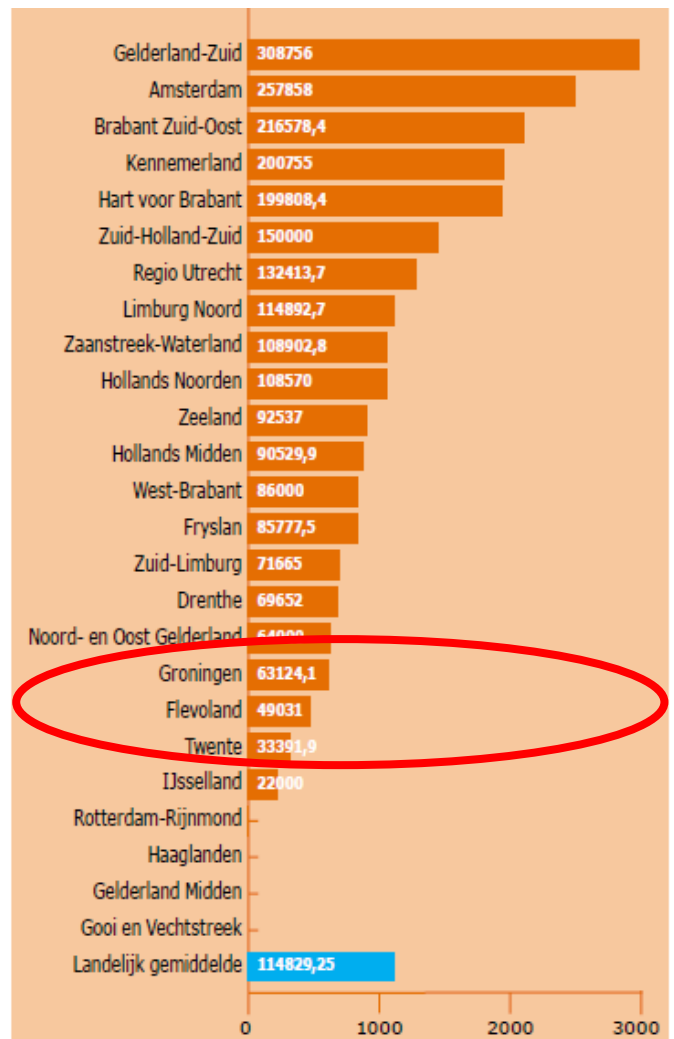
### Inwonerbijdrage in euro's

In deze indicator wordt de bijdrage van de gemeente aan de GGD gedeeld door het aantal inwoners in het werkgebied. Het gaat hierbij om de bijdrage 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.



### Budget voor gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners

Ook hier is verschil tussen de GGD'en waar te nemen. 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. In Flevoland is dit €0,49. Het verschil in begroting wordt verklaard door de wijze waarop in de GGD-regio invulling gegeven wordt aan gezondheidsbevordering.



### Verhouding vaste 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 een begroting van een GGD uit vaste financiering.

