

Bundel – Bestuurscommissie Gezondheid van 2 april 2025

Agenda bijlagen

Agenda Bestuurscommissie Gezondheid 2 april 2025

- 1 12:00 – Opening en vaststelling agenda
- 2 12:05 – Mededelingen en ingekomen stukken
 - 2.1 Mondelinge mededeling
 - 2.1.1 Proces besparingen
 - 2.2 Schriftelijke mededelingen
 - 2.2.1 Stand van zaken monitors
Agendapunt 2-2-1 Stavaza monitors AO 17 maart 2025
 - 2.2.2 RSV update
Agendapunt 2-2-2 Stand van zaken Wijzigingen RVP en RS Immunisatie najaar 2025
- 2.3 Ingekomen stukken
 - 2.3.1 Geen
- 3 12:20 – Verslag en actie- en besluitenlijst 19 februari
Vaststellen
Agendapunt 3-1 Verslag Bestuurscommissie Gezondheid – 19 februari 2025
Agendapunt 3-2 Actie- en besluitenlijst Bestuurscommissie Gezondheid d.d. 19 februari 2025
- 4 12:25 – Reglement van Orde BC Gezondheid
Vaststellen
Agendapunt 4-1 oplegnotitie RvO april
Agendapunt 4-2 RvO 2025 BC-G versie april 2025
- 5 12:30 – Jaarverslag 2024 en de ontwerpbegroting 2026 (nazending)
Informatief
- 6 12:40 – Prestaties ambulancezorg
Informatief
Agendapunt 6-1 Oplegger Prestaties responstijden AGM
Agendapunt 6-2 Memo BC-G en BC-V prestaties responstijden AGM
Agendapunt 6-3 20241028 Bestuurlijke governance AGM
- 7 13:10 – Wisseling bestuurlijktrekker AGM
Besluitvormend
Mondeling
- 8 13:20 – Toekomstbestendige GGD
Besluitvormend
Agendapunt 8-1 Oplegger bij de Notitie Jeuggezondheidszorg onder druk_250318
Agendapunt 8-2 Notitie Jeugdgezondheidszorg onder druk_250318
- 9 13:45 – Wmo toezicht (nazending)
Meningsvormend
Nazending te verwachten vanaf 24/3
- 10 13:55 – Rondvraag en sluiting

AGENDA

Overleg : Bestuurscommissie Gezondheid
Datum : 2 april 2025
Tijd : 12.00 – 14.00 uur
Plaats : Arnhem, Stadhuis, Raadszaal

AGENDAPUNTEN:

1. Opening en vaststelling agenda 5 min.
2. Mededelingen en ingekomen stukken 15 min.
 - 2.1 Mondelinge mededeling
 - 2.1.1 Proces besparingen
 - 2.2 Schriftelijke mededelingen
 - 2.2.1 Stand van zaken monitors
 - 2.2.2 RSV update
 - 2.3 Ingekomen stukken
 - 2.3.1 Geen
3. Verslag en actie- en besluitenlijst 19 februari vaststellen 5 min.

VGGM Algemeen

4. Reglement van Orde BC Gezondheid vaststellen 5 min.
Bijlage: Oplegger RvO
5. Jaarverslag 2024 en de ontwerpbegroting 2026 (nazending) informatief 10 min.
*Bijlage: VGGM jaarverslag 2024
 Ontwerpbegroting 2026*

Ambulancezorg

6. Prestaties ambulancezorg informatief 30 min.
Bijlage: Oplegger Analyse Governance AGM (uit het BOPG van 27-11-2024)
7. Wisseling bestuurlijktrekker AGM besluitvormend 10 min.
Mondeling

Publieke Gezondheid

8. Toekomstbestendige GGD besluitvormend, 25 min.
Bijlage: Oplegger Memo
9. Wmo toezicht (nazending) meningsvormend, 10 min.
Bijlage: Nazending te verwachten vanaf 24/3

Overig

10. Rondvraag en sluiting 5 min.

Datum : 28 februari 2025
Aan : AO PG en JGZ (17 maart 2025) en BC Gezondheid (2 april 2025)
Van : Kamla Makarawung namens team Onderzoek, Informatie en Advies
Betreft : Stand van zaken monitors

Monitors

Kindermonitor 2025:

De voorbereidingen van 5e Kindermonitor zijn in volle gang. Een steekproef van ouders van kinderen van 0 t/m 11 jaar ontvangt begin oktober een uitnodiging om mee te doen en de vragenlijst digitaal in te vullen. Op dit moment zijn we met de vijf GGD'en in Oost NL, bezig met het aanbesteden van het onderzoek en het ontwikkelen van de vragenlijst. Gemeenten hebben input geleverd op de thema's van de vragenlijst. Ook zijn we op dit moment met de gemeenten in gesprek over steekproefoplossingen (tegen betaling), met als doel rapportages op deelgebied-/wijkeniveau te krijgen.

Gezondheidsmonitor Jeugd 2026:

De volgende GM Jeugd wordt in 2026 uitgevoerd in plaats van in 2027. Dit is een landelijke beslissing die is genomen om een betere spreiding van onderzoeken onder deze doelgroep te krijgen. Voor het project OKO (Opgroeien in een Kansrijke Omgeving) zal in het najaar van 2025 een OKO-monitor plaatsvinden (via voortgezet onderwijscholen) in de gemeenten Ede, Barneveld, Lingewaard en Nijkerk.

Jongvolwassenmonitor 2024:

De resultaten van de GM Jongvolwassenen zijn in januari 2025 gepubliceerd. De rapporten zijn naar de gemeenten gestuurd en zijn op ons [dashboard](#) te vinden. Alle gemeenten zijn uitgenodigd om met ons (onderzoekers en adviseur PG) over de resultaten van gedachten te wisselen. Een aantal gemeenten heeft deze uitnodiging aangenomen. Mocht een gemeente nog niet hebben gereageerd, maar wel belangstelling hebben, neem dan gerust contact op (onderzoek@VGGM.nl). In maart 2025 wordt een landelijk verdiepend kwalitatief onderzoek gepubliceerd. Dit is uitgevoerd door EMMA (Experts in Media en Maatschappij). Zij hebben interviews gehouden met jongvolwassenen naar aanleiding van de monitorresultaten. Wij zullen de resultaten delen met de gemeenten.

Volwassenen en ouderenmonitor 2024:

Voor de rapportage van de GM Volwassenen en Ouderen 2024 wordt gewerkt aan een 'pagina' op <https://incijfers.ggdgm.nl>. Hier worden alle cijfers voor iedere gemeente overzichtelijk gepresenteerd. Daarnaast ontwikkelen we een beknopte printbare factsheet met de belangrijkste resultaten en handelingsperspectieven. Deze ontvangen de gemeenten samen met de tabellenboeken (alle resultaten per gemeente en waar van toepassing per deelgebied) op dinsdag 17 juni 2025. Dit is de landelijk bepaalde publicatiedatum van de resultaten van de GM Volwassenen en Ouderen.

Panelonderzoeken:

In Oost-Nederland werken de vijf GGD'en (uit Gelderland en Overijssel) al langere tijd samen in het uitvoeren van panelonderzoeken. Met de panelonderzoeken kunnen we tussentijds verdiepend onderzoek doen naar actuele gezondheidsthema's. De resultaten en handelingsperspectieven verwerken we in factsheets en delen we d.m.v. kenniscafés.

Eerder hebben we in samenwerking met de collega's van Milieu en Gezondheid een panelonderzoek uitgevoerd naar klimaatverandering en gezondheid. Momenteel zijn we bezig met de verwerking van de resultaten. In samenwerking met Harriët Jager (Bijzonder hoogleraar Diëtetiek en transmurale

voedingszorg bij het Radboudumc en Lector Malnutrition and Healthy Ageing aan de Hanzehogeschool) voeren we momenteel een onderzoek uit naar (onder)voeding. We informeren gemeenten t.z.t. over de resultaten. Resultaten van eerdere panelonderzoeken zijn [hier](#) te vinden. Mocht een gemeente een suggestie hebben waarnaar wij panelonderzoek naar zouden kunnen uitvoeren, laat het ons dan vooral weten.

IZA/GALA

Centraal Gelderland:

Team onderzoek, informatie en advies is betrokken bij de monitoring van de ketenaanpakken en de RPI (regionale preventie infrastructuur) van de 11 gemeenten in Centraal Gelderland. De ketenregisseurs hebben een terugkoppeling geschreven van hun bevindingen. In overleg met hen kijken we hoe, wat en op welke manier de (regionale/lokale) monitoring per ketenaanpak eruit gaat zien. In het eerste kwartaal van 2025 wordt een gezamenlijk rapport opgeleverd.

Gelderse Vallei:

Team onderzoek, informatie en advies is bezig met het monitoren van het IZA-regioplan en de vijf coalities van het IZA. Het gaat om de monitoring van de overkoepelende doelen die de coalities hebben gesteld. In Q1 wordt de samenwerking binnen de coalities i onderzocht, geanalyseerd en gerapporteerd. Bij de eerste coalitie zijn al de verschillende logisch modellen gemaakt op basis van hun doelen en ambities. Voor de andere coalities wordt dit ook ontwikkeld.

Vragen?

Mocht u vragen hebben over deze informatie, de monitors of over andere onderzoeken, neem dan gerust contact op met de onderzoekers van de GGD via onderzoek@vggm.nl

De resultaten van alle gezondheidsonderzoeken zijn te vinden op [Gelderland-Midden in cijfers](#).

Datum : 03-03-2025
Aan : Ambtelijk overleg PG en JGZ en Bestuurscommissie Gezondheid
Van : Directeur Publieke Gezondheid
Betreft : RSV-immunisatie toegevoegd aan het Rijksvaccinatieprogramma per oktober 2025

Aanleiding

Het RS-virus (RSV) veroorzaakt luchtweginfecties bij baby's en komt vooral voor tussen november en maart. De meeste kinderen raken in hun eerste levensjaar besmet. Een infectie kan ernstig zijn. In Nederland komen jaarlijks 1.500-2.000 kinderen met RSV in het ziekenhuis terecht. Hiervan belandt 5-10% op de intensive care (IC), dit zijn 150-200 kinderen per jaar. Vooral kinder-IC's staan hierdoor jaarlijks zwaar onder druk door RSV-opnames. De RSV-immunisatie helpt om ziekte door RSV te voorkomen. Zo worden de ziekenhuizen minder belast.

Op 8 oktober 2024¹² besloot hierom de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) dat alle baby's in Nederland in hun eerste levensjaar bescherming tegen het RS-virus krijgen via het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Vanaf oktober 2025 wordt de RSV-immunisatie landelijk aangeboden en uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De implementatie en de bijbehorende nieuwe werkzaamheden komen bovenop onze bestaande taken.

Onduidelijke randvoorwaarden vanuit het Rijk maken de implementatie complex, terwijl er nog veel andere taken onze aandacht vragen. In deze memo lichten we de voorbereidingen op implementatie, de uitdagingen, onduidelijkheden, knelpunten en consequenties toe voor het eerste seizoen.

Implementatie

Vanaf oktober 2025 krijgen alle baby's tot 1 jaar een RSV-immunisatie aangeboden. Baby's die geboren zijn tussen 1 april en 30 september in 2025, krijgen een inhaalmoment aangeboden in de periode van eind september tot en met begin oktober 2025.

Om eind september/oktober 2025 te kunnen starten, moeten we in het eerste kwartaal van 2025 de nieuwe werkwijze vastgesteld hebben en implementeren. De voorbereidingen voor de implementatie zijn hierom in volle gang. Dit gebeurt onder hoge tijdsdruk terwijl nog niet alle randvoorwaarden bekend zijn. Zo wordt het kostprijsonderzoek pas eind april 2025 afgerond en is hierdoor onduidelijk welke financiële ruimte er is.

Werkwijze voor komend seizoen (oktober 2025 t/m maart 2026)

We zijn voor komend seizoen genooddakt om te kiezen voor een werkwijze die de minste impact heeft op onze werkwijzen, financiën en capaciteit. Dit ziet er als volgt uit:

- **Pasgeborenen in het RSV-seizoen (oktober – maart)** - De immunisatie wordt aangeboden tijdens het 1^e huisbezoek, dat eerder dan normaal plaatsvindt, namelijk vóórdat de baby 14 dagen oud is.
- **Zuigelingen geboren buiten RSV seizoen (april – september)** - Ouders kunnen een afspraak maken voor de RSV-immunisatie op het consultatiebureau.
- **Inhaalmoment 2025 (zuigelingen geboren van april t/m september 2025)** - Voor deze groep organiseren we eind september/begin oktober 2025 eenmalig kleinschalige vaccinatiesessies op het consultatiebureau. Dit moet volgens de landelijke richtlijn binnen deze 4 weken uitgevoerd worden. We organiseren hiervoor 3 dagdelen.

Uitdagingen bij de implementatie

De invoering van de RSV-immunisatie brengt verschillende uitdagingen met zich mee. De implementatie is extra complex omdat de immunisatie gegeven moet worden op een leeftijd waarop nog geen vaccinatiemoment plaatsvindt. Daarom moet er een nieuwe werkwijze komen. Daarnaast is er tijdsdruk, zijn niet alle randvoorwaarden bekend en is er nog geen kostprijs vastgesteld. Onze

¹ [Nieuwsbericht Rijksoverheid: Kabinet wil in najaar 2025 starten met prik tegen het RS-virus](#)

² [Kamerbrief: Opname RSV in Rijksvaccinatieprogramma](#)

aandachtsfunctionaris RVP en projectleider RVP nemen deel aan alle landelijke en regionale overleggen over de implementatie van de RSV-immunisatie. Daarbij worden alle stukken die vanuit de KPMG en het RIVM rondgestuurd voor feedback ook voorzien van feedback door hen.

De belangrijkste knelpunten zijn:

- **Gebrek aan randvoorwaarden** - zoals landelijke besluiten, kaders voor uitvoering en een kostprijs.
- **Tijdsdruk** – namelijk de korte implementatie periode voor een werkwijze.
- **Capaciteitsproblemen en logistiek** – namelijk extra benodigd personeel, scholing personeel, seizoensgebonden werk (piekbelasting), extra logistieke benodigdheden zoals koelkasten en -boxen en het vervoer van vaccinaties naar een huisbezoek. Dit in een context waarin de JGZ al krap georganiseerd is en de basis (nog) niet op orde.
- **Draagvlak creëren** - bij ouders, voorlichten en het voorkomen van desinformatie. Dit is essentieel omdat de RSV immunisatie bij pasgeborenen het eerste vaccinatiemoment en kennismaking met het RVP is.

Vanwege dit draagvlak, hanteren we bewust de term immuniseren in plaats van vaccineren. Bij immuniseren bouwt het lichaam zelf afweerstoffen op, bij een vaccin krijg je vaak de afweerstoffen toegediend.

Conclusie

We nemen onder tijdsdruk en met veel onzekerheden beslissingen over de uitvoering van de RSV-immunisatie. Daarom is de hierboven beschreven aanpak in eerste instantie bedoeld als korte termijn optie voor aankomend seizoen. We kiezen voor een werkwijze die financieel en qua impact het minste risico oplevert voor de organisatie. Dit brengt echter het risico met zich mee dat we de doelgroep onvoldoende informeren en bereiken, waardoor te weinig zuigelingen tegen het RS-virus beschermd zijn.

Voor opvolgend seizoen (2026/2027) is het hierom noodzakelijk dat de randvoorwaarden en kaders duidelijk zijn en dat we toereikende financiële middelen ontvangen om de doelgroep te bereiken. Het is immers voor veel ouders de eerste keer dat zij in aanraking komen met het RVP. Dit is een cruciaal moment om in te spelen op de dalende vaccinatiegraad en ouders het vertrouwen te geven in de JGZ. Een separaat vaccinatiemoment in de thuissituatie, waarbij voldoende tijd en aandacht is voor voorlichting, advies en vragen is hiervoor de beste optie. Het is echter nog onduidelijk of we hier voldoende financiële middelen voor ontvangen.

In een opvolgend memo zullen wij u hierover verder informeren.

Conceptverslag Bestuurscommissie Gezondheid

Datum	19 september 2025
Tijd	12:00 - 14:15 uur
Locatie	Huis der Provincie – sectiekamer 4-5
Voorzitter	Mevrouw C. Teunissen
Deelnemers	Zie bijgevoegde deelnemerslijst (bijlage 1)

Te gast van 12.00-12.15 uur: Commissaris van de Koning Gelderland, dhr. Lenferink

De voorzitter heet dhr. Lenferink welkom bij dit overleg.

Met de CvdK wordt de financiële situatie besproken en uitdagingen voor wat betreft de jeugdgezondheidszorg en de pandemische paraatheid in de regio Gelderland-Midden. De CvdK roept de bestuurlijke commissie Gezondheid ook vooral op om juist de inhoudelijk te agenderen en minder focus te hebben op de bedrijfsmatige aansturing en financiën van de GGD.

Tevens is gesproken over de congruentie van de regio en bovenregionale samenwerking en hoe Gelderland-Midden daarmee omgaat.

Daarnaast wordt Veilig Thuis besproken en de relatie tot de BC Gezondheid.

Dhr. Lenferink spreekt uit dat hij graag ook het gesprek had willen voeren over inhoudelijke onderwerpen en wenst de BC Gezondheid veel succes in het nieuwe construct.

1. Opening en mondelinge mededelingen

De voorzitter opent de vergadering en meldt dat mevr. Overduin met kennisgeving afwezig is. Zij wordt vertegenwoordigd door dhr. Derksen.

1a. Welkom aan dhr. Verhoeven als nieuwe vertegenwoordiger vanuit Rheden, vandaag voor het eerst bij het overleg aanwezig.

1b. Gebruik Whatsapp: Dhr. Bril licht dit toe. In verband met veiligheid wordt overgegaan op Signal. De whatsapp berichten uit de groepschat BC Gezondheid worden gearhiveerd. Er volgt een instructie voor gebruik van Signal. **Actie.**

2. Schriftelijke mededelingen

De voorzitter geeft het woord aan mevrouw Mulder voor een extra mededeling over de toekomstbestendige JGZ.

Mevrouw Mulder licht toe dat vorige week de ambtelijke werkgroep Toekomstbestendige GGD/JGZ heeft plaatsgevonden en dat hieruit bestuurlijke onrust is ontstaan. In de werkgroep is besproken wat er nodig is om de 'basis op orde' te krijgen. Mevrouw Mulder heeft aangegeven dat de JGZ krap georganiseerd is, de basis nog steeds niet op orde is en dat de dienstverlening momenteel niet altijd volgens de afgesproken standaard geleverd kan worden.

Dit komt onder andere door een hoog ziekteverzuim, een krappe arbeidsmarkt en een toename van de vraag naar JGZ-inzet op andere terreinen. Hierdoor moeten steeds vaker contactmomenten en spreekuren worden geannuleerd of verplaatst. Daarnaast draaien we meer ziekteverzuimspreekuren dan oorspronkelijk afgesproken, zien we kinderen vaker terug vanwege complexe problematiek of wachtlijsten in de jeugdhulp en is er extra inzet op calamiteitszorg binnen de JGZ. Dit leidt er bijvoorbeeld toe dat minder kinderen worden gezien in het onderwijs en dat de druk op de capaciteit verder toeneemt.

De voorzitter geeft aan dat ze niet op de hoogte was van de ernst en omvang van deze problematiek. Afgesproken wordt dat er een onderliggend stuk wordt opgesteld, waarin scenario's worden uitgewerkt ter bespreking in de volgende bestuurscommissie Gezondheid. Hierin moeten niet alleen de mogelijke vermindering van dienstverlening worden belicht, maar ook alternatieve oplossingen en een breder perspectief op de toekomst van de JGZ. **Actie.**

2a. Volksgezondheid Toekomst Verkenning: de voorzitter licht toe dat in afstemming met het AO gestart wordt met de evaluatie over nut en noodzaak van het huidige regionale gezondheidsbeleid. Zodat we met het ontvangen van het Landelijk gezondheidsbeleid direct kunnen doorstappen.

2b. Stand van zaken monitors: een korte schets van de stand van zaken van de verschillende monitors. Voor kennisgeving aangenomen.

2c. Vergaderschema 2025: voor kennisgeving aangenomen.

2d. Informatiebericht verstoring eOCS: Dhr. Slofstra licht dit toe. De verstoring heeft niet geleid tot vervelende incidenten tijdens de jaarwisseling. Men is nu bezig met het zoeken naar een oplossing.

3. Bestuurlijke trekkers

De voorzitter licht het belang van deze functie toe. Onderstaande invulling wordt hiermee vastgesteld. Succes aan alle bestuurlijke trekkers.

Onderwerpen met bestuurlijke aandacht	Bestuurlijk trekker	Linking pin
Ambulancezorg, samenwerking met 112	Mevr. De Heer (Barneveld) Mevr. Overduin (Duiven)	
Vaccineren	Dhr. Vlastuin (Scherpenzeel)	
Basis op orde	Dhr. Van der Beek (Ede)	
Zorg en veiligheid		Dhr. Van Vulpen (Wageningen)
IZA		Mevr. Van Esch (wethouder Arnhem)* Dhr. Van Vulpen (Wageningen)

* Geen deelnemer van het overleg.

4. Reglement van Orde

Dhr. Van Neerijnen geeft een toelichting. In basis is de wens om het reglement van orde gelijk te stellen aan die van de BC Veiligheid.

Artikel 7, lid 4: toevoegen: notulen ook beschikbaar stellen aan de beleidsadviseurs van gemeenten.

Artikel 9, lid 3: dit artikel afzwakken.

Deze reacties zullen worden verwerkt t.b.v. besluitvorming in BCG op 2 april 2025. **Actie.**

5. Plan van aanpak besparingen

Dhr. Janssen licht het proces van het plan van aanpak toe.

De volgende opmerkingen worden vanuit de bestuurders gemaakt:

- De tekst in de oplegnotitie correspondeert niet met de tekst plan van aanpak.
- Pagina 5: *Voorgestelde maatregelen: Taken worden gecontinueerd, de bekostiging wijzigt door aansluiting te zoeken bij specifieke gemeentelijke opbrengsten (denk aan lokale heffingen zoals leges of OZB).* Deze maatregel moet worden verduidelijkt of 'OZB' verwijderen.
- Pagina 5: het wordt niet duidelijk beschreven op welke tafel besluitvorming plaatsvindt.
- In het proces is niet duidelijk wanneer de gemeentelijke adviseurs aan zet zijn.

De opmerkingen worden meegenomen in de verdere uitvoering van het plan van aanpak. **Actie.**

Dhr. Van de Geijn verzoekt om met dit plan van aanpak aan te sluiten bij de P&C cyclus van gemeenten zodat dit meegenomen kan worden in de begroting voor 2026. Mevr. De Heer roept op om met deze besparingen

het proces van 'basis op orde' niet te doorkruisen, de gezonde bedrijfsvoering moet doorgaan. Besparingen zoeken in anders inrichten en innoveren.

Mevr. Rohen geeft in overweging om bij het lokaal aanbod te kijken naar clusteren van gemeenten in relatie tot het inwonersaantal. Mevr. Vink stelt dat in ieder geval kritisch gekeken moet worden naar niet wettelijke taken. Dhr. Van de Geijn roept op om niet een tegengestelde beweging te maken ten opzichte van eerdere proces 'basis op orde'.

Dhr. Bril erkent de discussie van enerzijds de wettelijke en anderzijds de niet wettelijke taken. In de uitwerking en bespreking van het concrete besparingspotentieel zal dit aan de orde komen.

De voorzitter geeft aan dat tijdens de Bestuurseendaagsen op 10 april en 7 mei verder wordt gesproken over de besparingsmogelijkheden. Uiteindelijk hebben de colleges van B&W hierin een integrale afweging te maken en vindt besluitvorming plaats in de bestuurlijke commissies, DB en AB. Voorzien is dat een voorgesteld besluit over voorstellen in de BC van 2 juli genomen kan worden.

6. Beoordeling ontvangen zienswijze kaderbrief 2026

Dhr. Van Neerijnen licht de zienswijze toe. De zienswijze geldt als input voor bespreking van het DB op 12 maart a.s. Het DB zal in april in de aanbestedingsbrief bij de ontwerpbegroting aangeven op welke wijze de ontvangen zienswijzen zijn betrokken bij de totstandkoming van de ontwerpbegroting 2026.

Mevr. Rohen wijst erop dat de uiteindelijke reactie vanuit de raad van Nijkerk anders is dan het concept die is gebruikt voor het overzicht. Dhr. Van Neerijnen licht toe dat er is voor gekozen is om de conceptreacties vanuit de raden te benoemen in die gevallen waar nog geen formele reactie ontvangen was.

Dhr. Van de Geijn uit zijn zorg over de verschillende standpunten t.a.v. de besparingen die moeten leiden tot één advies. De voorzitter en bestuurlijk trekkers hebben in de voorbereiding voor de agenda van 2 april a.s. hierin een belangrijke rol.

7. Proces ontwerpbegroting 2025

Dhr. Janssen licht het proces van de ontwerpbegroting 2026 toe.

- 12 maart – Dagelijks bestuur VGGM
- 2 april – Algemeen bestuur VGGM
- Vanaf april tot aan de zomer – zienswijze raden
- 10 sep – Algemeen bestuur VGGM – vaststelling begroting 2026 en eventueel (als resultaat van de besluitvorming over besparingsmaatregelen) vaststellen van een gewijzigde begroting 2026 t.b.v. een nieuwe zienswijzeprocedure langs de raden.

8. Toezicht Wmo

Mevr. Makarawung licht dit dossier toe en verduidelijkt dat agendering in de BCG nodig is in het licht van een gezonde bedrijfsvoering GGD en tegengestelde belangen door de wijze waarop Toezicht WMO in deze regio is ingeregeld. Toezicht Wmo is voor gemeenten een wettelijk taak waarbij de uitvoering in Gelderland Midden is belegd bij de GGD. Er zijn 2 soorten contracten voor deze dienstverlening. Via de Inkooporganisatie Centraal Gelderland. De tweede is afzonderlijk maatwerk met de 4 gemeenten. De GGD voert deze taak sinds 2015 uit en is structureel verlieslatend. Daarom wordt nu, mede in het licht van besparingspotentieel, een keuze voorgelegd: ofwel stoppen met de taakuitvoering door de GGD ofwel kostendekkend uitvoeren. Daarbij wordt tevens voorgesteld deze taak te gaan financieren uit de inwonerbijdrage.

Meerdere leden stellen voorop tevreden te zijn met de wijze waarop de GGD uitvoering geeft aan het taakveld toezicht WMO. Tevens wordt gesteld dat met het beleggen van dit taakveld bij een andere partij de opgebouwde expertise mogelijk verloren gaat.

Na een uitwisseling van standpunten concludeert de voorzitter dat er nu geen keuze gemaakt worden tussen scenario 1 of 2. Niet iedere gemeente heeft dezelfde informatiepositie. De voorkeur is om als regio hierin op te trekken met een kostendekkend tarief en een toekomstscenario. De inkooporganisatie Centraal Gelderland heeft contacten met een alternatieve aanbieder. Dhr. Bril adviseert kritisch te kijken naar het tarief van deze aanbieder. Mevr. Rohen wil zich oriënteren op de beste oplossing en dit eerst ambtelijk bespreken. Besloten wordt dat dhr. Slob, tevens voorzitter Inkoopregio Gelderland Midden, eerst benodigde informatie ophaalt en zal de vier afzonderlijke gemeenten hierin ook betrekken. **Actie.**

9. Meerjarenbeleidsplan GGD

Dhr. Bril licht dit toe. Het meerjarenbeleidsplan GGD is ter overbrugging tot de vernieuwing van het VGGM beleidsplan vanaf 2027. Daarom is dit voor twee jaar.

Dit MJBP is het eerste plan waarbij JGZ en AGZ écht samen het plan hebben opgesteld. Dus een mooie eerste stap in de verdere intensivering van de samenwerking tussen JGZ en AGZ.

Dhr. Van der Beek en mevr. Vink verzoeken om bij een volgende cyclus de gemeentelijk ambtenaren meer te betrekken bij de voorbereiding. Dhr. Bril geeft aan dat we, in afwachting van de landelijke nota gezondheidsbeleid, gezamenlijk aan de slag gaan met het regionaal beleid Publieke Gezondheid waaraan het volgende Meerjarenbeleidsplan gekoppeld kan worden.

De voorzitter concludeert dat kennis is genomen van het MJBP GGD. Ingestemd wordt met de beschreven speerpunten. Er is een positief collectief advies voor vaststelling van het plan door het AB.

10. IZA VNG Update

Mevr. Makarawung deelt mee dat er weer gesprekken worden gevoerd. Het mede-overheden overleg staat gepland op 11 maart a.s.

11. Meerjarenbeleidsplan AGM

Mevr. Meerenburgh licht het MJBP AGM toe. De focus ligt op het verbeteren van de prestaties. Dit jaar start het project verbeterplan aanrijtjden. BC Gezondheid 2 april zal ze het project en probleemanalyse verder toelichten. Er is een brief in voorbereiding om de raden proactief te informeren.

De voorzitter concludeert dat kennis is genomen van het MJBP AGM. Ingestemd wordt met de beschreven beleidsvoornemens. Er is een positief collectief advies voor vaststelling van het plan door het AB.

12. Rondvraag en sluiting

Dhr. Van der Beek: In 2023 is gesproken om de vaccinatieconsulten in het regionaal aanbod op te nemen. Is er een reden voor waarom dit niet is gebeurd?

Mevr. Mulder licht toe dat in het adviesrapport TB JGZ destijds is geadviseerd om de vaccinatieconsulten op te nemen in het regionaal aanbod. Hier is echter geen besluit over genomen. Ze neemt dit onderwerp mee in de verdere uitwerking 'basis op orde' en komt eventueel met een voorstel om vaccinatieconsulten op te nemen in het regionaal aanbod.

De voorzitter dankt iedereen voor de inbreng en sluit de vergadering.

Bijlage 1: Deelnemerslijst

Verslag van : Bestuurscommissie Gezondheid
Gehouden op : 19 februari 2025
Plaats : Huis der Provincie – sectiekamer 4-5

Naam	Gemeente	Aanwezig	Afwezig
M. van de Geijn	Arnhem	x	
J. de Heer	Barneveld	x	
B. Elbers	Doesburg	x	
M. Overduin	Duiven		x
B. van der Beek	Ede	x	
A. Slob	Lingewaard	x	
A. Rohen	Nijkerk	x	
C. Teunissen	Overbetuwe	x	
E. Vink	Renkum	x	
R. ter Hoeven	Rheden	x	
T. van der Pas	Rozendaal	x	
H. Vlastuin	Scherpenzeel	x	
G. van Vulpen	Wageningen	x vanaf 12.30 uur	
J. Derksen	Westervoort	x	
S. Bijl	Zevenaar	x	

Naam	Organisatie / Functie	Aanwezig	Afwezig
H. Brill	Directeur Publieke Gezondheid	x	
A. Slofstra	Directeur Brandweer	x	
J. Janssen	Concerncontroller VGGM	x	
E. van Neerijnen	Bestuurssecretaris VGGM	x	
L. Mulder	Afdelingsmanager Jeugdgezondheidszorg	x	
K. Makarawung	Afdelingsmanager Algemene Gezondheidszorg	x	

Actie- en besluitenlijst

Notulen van : Bestuurscommissie Gezondheid
Verslagnummer : 2025-1
Gehouden op : 19 februari 2025
Plaats : Arnhem, Huis der Provincie
Voorzitter : Mevr. Teunissen

Actielijst

Nr.	Ingebracht	Agendapunt	Actie	Actie door	Deadline	Status
1	19-2-2025	1b. Gebruik Whatsapp	De whatsapp berichten archiveren. Instructie voor Signal volgt	Dhr. van Eck	N.v.t.	Lopend
2.	19-2-2025	2. Schriftelijke mededelingen: Toekomstbestendige GGD/JGZ	Uitwerken scenario's 'Basis op orde' toekomstbestendige JGZ	Mevr. Mulder	17-3-2025	Lopend
3.	19-2-2025	4. Reglement van orde	Reacties verwerken en agenderen voor BCG 2 april	Dhr. Van Neerijnen	17-3-2025 (?)	Lopend
4.	19-2-2025	8. Toezicht Wmo	Benodigde informatie ophalen en vier afzonderlijke gemeenten hierbij betrekken.	Dhr. Slob		Lopend
5.	19-2-2025	11. Meerjarenbeleidsplan AGM	Project Aanrijden ambulances agenderen voor BCG 2 april	Mevr. Meerenburgh	17-3-2025	Lopend
6.	19-2-2025	12. Rondvraag	Vaccinatieconsulten: onderwerp meenemen in de verdere uitwerking van 'basis op orde' en komt eventueel met voorstel om vaccinatieconsulten op te nemen in het regionaal aanbod.	Mevr. Mulder		

Besluitenlijst

Nr.	Ingebracht	Agendapunt	Besluit
1.	19-2-2025	3. Bestuurlijke trekkers	Invulling bestuurlijke trekkers wordt vastgesteld.

Onderwerp	Reglement van Orde bestuurscommissie Gezondheid
Ingediend door	Directie
Voorgestelde behandelwijze: ☐ Ter informatie ☐ Ter meningsvorming ☒ Ter besluitvorming ☐ Vertrouwelijk	Planning bespreking: ☐ d.d.: ☒ BC Gezondheid d.d.: 02-04-2025 ☐ BC Veiligheid d.d.: ☐ Dagelijks Bestuur d.d.: ☐ Algemeen Bestuur d.d.:
Inleiding	Inleiding In de vorige vergadering is meningsvormend gesproken over een eerste versie van het reglement van orde. In voorliggende versie zijn deze opmerkingen verwerkt.
Context (financieel, inhoudelijk en bestuurlijk)	De nieuwe gemeenschappelijke regeling VGGM vormt de basis van de werkwijze binnen de verschillende bestuursorganen van VGGM. Bij de totstandkoming van deze regeling heeft het bestuur gekozen voor het instellen van twee bestuurscommissies waarbij veel verantwoordelijkheden vanuit het algemeen bestuur zijn overgedragen aan de bestuurscommissies. Mede gezien de openbaarheid van deze vergaderingen adviseert de directie voor beide bestuurscommissies een Reglement van Orde op te stellen. Beide bestuurscommissies stellen daarbij zelf hun eigen Reglement van Orde vast. Het is wenselijk om voor beide bestuurscommissies een zo gelijkvormig mogelijk Reglement van Orde te hebben maar dat is strikt genomen niet noodzakelijk. Het hebben van een Reglement van Orde op zich is ook geen noodzaak. Gemeend is om kort na de start van de nieuwe bestuurscommissies een eerste versie van een Reglement van Orde beschikbaar te hebben. In het jaar 2025 zullen ervaringen op worden gedaan rondom de feitelijke werking van de bestuurscommissies. Dit kan aanleiding zijn tot aanpassing van het reglement van orde.
Toelichting voorstel	Voorliggend RvO is zoveel mogelijk afgeleid van de oorspronkelijke RvO's voor DB en AB. Hierbij zijn de noodzakelijke aanpassingen als gevolg van de gewijzigde gemeenschappelijke regeling verwerkt. In deze meningsvormend bespreking van voorliggend RvO kunt u een eerste reactie geven op voorliggende versie van het RvO. Deze reacties zullen worden verwerkt tbv de besluitvormende bespreking op 2 april 2025.
Verdere behandeling	Publicatie in het publicatieblad gemeenschappelijke regelingen.
Bijlage(n)	Reglement van Orde bestuurscommissie gezondheid

BESLUIT

De bestuurscommissie gezondheid van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden,

gezien het voorstel van het dagelijks bestuur van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden;

gelet op het bepaalde in artikel 22 van de Wet gemeenschappelijke regelingen en artikel 11, lid 4 en artikel 24, lid 2 en 3 van de gemeenschappelijke regeling Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden, hierna te noemen "de regeling";

gelet op het bepaald in het 'Instellingsbesluit bestuurscommissies Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden'

besluit vast te stellen:

Reglement van orde van de bestuurscommissie gezondheid van Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden

Hoofdstuk 1. Algemene bepalingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

- De voorzitter: de voorzitter van de bestuurscommissie of diens plaatsvervanger.
- De secretaris: degene die de bestuurscommissie en de voorzitter bij de uitoefening van hun taak terzijde staat.
- Amendement: voorstel tot wijziging van een voorgesteld besluit;
- Motie: verklaring over een onderwerp waarmee een oordeel, wens of verzoek wordt uitgesproken;
- Voorstel van orde: voorstel over de orde van de vergadering;
- Initiatiefvoorstel: voorstel van een lid van de bestuurscommissie Veiligheid;
- De regeling: de gemeenschappelijke regeling Veiligheids-en Gezondheidsregio Gelderland-Midden.

Artikel 1. Samenstelling

1. Overeenkomstig de wijze als in artikel 24 van de regeling is bepaald en verder is uitgewerkt in artikel 7 van het Instellingsbesluit bestuurscommissies Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden bestaat de bestuurscommissie Gezondheid uit leden van het college van de deelnemende gemeenten. Elk college van de gemeente kan één collegelid benoemen als lid van de bestuurscommissie.
2. Als adviseurs worden voor de vergadering van de bestuurscommissie Gezondheid uitgenodigd:
 - a. De directeur publieke gezondheid en de directeur brandweer
 - b. Andere functionarissen, van wie de aanwezigheid in verband met de te behandelen onderwerpen van belang is, kunnen door de voorzitter worden uitgenodigd.

Artikel 2. Voorzitter

1. De voorzitter is belast met het leiden van de vergadering, het handhaven van de orde en het toepassen en doen naleven van dit reglement.
2. De bestuurscommissie wijst een van zijn leden aan die de voorzitter bij afwezigheid vervangt als voorzitter van de bestuurscommissie.
3. De voorzitter kan besluiten tot verdaging of schorsing van de vergadering van de bestuurscommissie.
4. De voorzitter is tevens lid van het dagelijks bestuur met de portefeuille gezondheid en kan vanuit die hoedanigheid leden van de bestuurscommissie vragen om op thema's te fungeren als bestuurlijk trekker namens de bestuurscommissie.

Artikel 3. Dagelijks bestuur

1. In overeenstemming met artikel 17 tweede lid onder b van de gemeenschappelijke regeling VGGM is het dagelijks bestuur verantwoordelijk voor de voorbereiding van al hetgeen aan de bestuurscommissie ter overweging en beslissing wordt voorgelegd.
2. Het dagelijks bestuur stelt vóór de aanvang van elk kalenderjaar een bestuurlijke vergaderrooster voor het algemeen bestuur en de bestuurscommissies op.

Hoofdstuk 2. Vergaderingen

Paragraaf 1. Voorbereiding

Artikel 4. Oproep en agenda

1. De secretaris zendt namens de voorzitter tenminste 10 werkdagen voor een vergadering de leden een schriftelijke oproep en de voorlopige agenda met de daarbij behorende stukken. De agenda en vergaderstukken worden digitaal verstrekt.
2. In spoedeisende gevallen kan de voorzitter na het verzenden van een schriftelijke oproep een aanvullende agenda opstellen. Zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk 48 uur voor aanvang van de vergadering wordt deze met de daarbij behorende stukken aan de leden gezonden.
3. Op de stukken, bedoeld in het eerste en tweede lid, is artikel 5, derde lid, van toepassing.
4. De agenda wordt bij aanvang van een vergadering door de bestuurscommissie vastgesteld.
5. De rol van secretaris wordt uitgeoefend door de directeur publieke gezondheid of bij diens afwezigheid door de directeur brandweer.

Artikel 5. Openbare kennisgeving

1. Vergaderingen van de bestuurscommissie worden ter openbare kennis gebracht door aankondiging op de website van VGGM.
2. Stukken die ter toelichting van de onderwerpen of voorstellen op een agenda dienen, worden gelijktijdig met het verzenden van de schriftelijke oproep en agenda op de website van VGGM geplaatst.
3. Informatie van de bestuurscommissie of aan de bestuurscommissie verstrekte informatie waaromtrent geheimhouding is opgelegd, blijft in afwijking van het eerste en tweede lid onder berusting van de secretaris. Deze stukken worden uitsluitend versterkt aan de leden

van de bestuurscommissie en de adviseurs die hiertoe ingevolge de regeling door de voorzitter zijn uitgenodigd aanwezig te zijn.

Artikel 6. Quorum

1. Nadat de voorzitter is gebleken, dat meer dan de helft van het aantal zitting hebbende leden van de bestuurscommissie aanwezig is, opent hij op het bepaalde tijdstip de vergadering.
2. Indien een kwartier na de bepaalde aanvangstijd meer dan de helft van het aantal zitting hebbende leden van de bestuurscommissie niet is opgekomen, heft de voorzitter de bijeenkomst op.
3. Indien in een vergadering minder dan de helft van het aantal zitting hebbende leden van de bestuurscommissie aanwezig is, belegt de voorzitter, onder verwijzing naar dit artikel opnieuw een vergadering tegen een tijdstip, dat tenminste twee weken na het versturen van de oproeping daartoe is gelegen en waarin over de voor de eerste vergadering geagendeerde onderwerpen kan worden besloten ongeacht het aantal aanwezige of vertegenwoordigde leden. Wanneer sprake is van spoedeisendheid kan de tweede vergadering op kortere termijn dan genoemde twee weken worden belegd.
4. Bij toepassing van het gestelde in het derde lid is het gestelde in het tweede lid ten aanzien van de nieuwe vergadering niet van toepassing.
5. Een lid kan zich laten vervangen in de vergadering, op voorwaarde dat vooraf wordt aangegeven wie de vervanger is en dat er een formeel collegebesluit beschikbaar is. In dit besluit wordt vastgelegd welk collegelid het lid vervangt. Als alternatief kan het standpunt van het afwezige bestuurscommissielid via een ander lid in de vergadering worden ingebracht indien voorafgaand aan de vergadering een schriftelijke machtiging hiertoe is overdragen aan de voorzitter.

Artikel 7. Notulen

1. Na de opening en de mededelingen stelt de voorzitter de vaststelling van de notulen van de vorige vergadering aan de orde.
2. De notulen bevatten: a. de datum, tijd van aanvang en plaats van de vergadering; b. de namen van de aanwezige en afwezige leden, met vermelding van een eventueel ontvangen bericht van verhindering; c. een samenvattend verslag van het ter vergadering besprokene en verhandelde; d. een duidelijke omschrijving van de genomen besluiten met vermelding van de wijze waarop elk besluit tot stand is gekomen en welk bestuursorgaan het besluit genomen heeft; e. de volledige uitslag van de gehouden stemmingen.
3. De concept-notulen worden binnen vier weken na de vergadering beschikbaar gesteld aan de deelnemers van de vergadering waarbij de deelnemers vervolgens vier weken de tijd hebben om op- en aanmerkingen of feedback op de notulen te geven.
4. De notulen worden in de eerstvolgende vergadering definitief vastgesteld. Vastgestelde notulen worden door de voorzitter ondertekend en door de secretaris mede-ondertekend en gearhiveerd.
5. Van de vergaderingen van de bestuurscommissie worden geen geluids- en beeldregistraties vastgelegd.

Artikel 8. Het doen van voorstellen

1. Elk lid van de bestuurscommissie is bevoegd voorstellen te doen.
2. De voorzitter mag, ook tijdens de vergadering en eventueel namens het dagelijks bestuur, voorstellen om een onderwerp te bespreken dat niet op de agenda staat.
3. De vergadering beslist of en wanneer zodanig voorstel in behandeling wordt genomen.

Artikel 9. Amendementen

1. De voorzitter en de leden zijn bevoegd tijdens de vergadering amendementen in te dienen voor zover de amendementen betrekking hebben op belangen die het lid overeenkomstig de regeling behartigt.
2. Amendementen worden schriftelijk ingediend bij de voorzitter.
3. Amendementen moeten bij voorkeur zodanig zijn geredigeerd dat zij naar de vorm direct kunnen worden opgenomen in het voorstel waarop zij betrekking hebben.
4. Vóórdat wordt gevraagd of een amendement wordt ondersteund, stelt de voorzitter de voorsteller desgevraagd in de gelegenheid de strekking daarvan beknopt mondeling toe te lichten.
5. Beraadslaging over amendementen vindt plaats naar rangorde van strekking met dien verstande dat het amendement van de verste strekking de voorrang heeft, en zo vervolgens. Over de draagwijdte van het amendement beslist in geval van twijfel de voorzitter.

Artikel 10. Voorstel van orde

1. De voorzitter en elk lid kunnen tijdens de vergadering mondeling een voorstel van orde doen.

Artikel 11. Het indienen van een motie

1. Elk lid kan tijdens de beraadslaging een voorstel tot het aannemen van een motie indienen betreffende een aan de orde zijnde onderwerp.
2. Een voorstel tot het aannemen van een motie moet schriftelijk bij de voorzitter worden ingediend.

Artikel 12. Beraadslaging en volgorde sprekers

1. Geen lid voert het woord zonder het aan de voorzitter te hebben gevraagd en het van deze te hebben verkregen.
2. De voorzitter verleent het woord in de volgorde waarin het is gevraagd.

3. Van deze volgorde kan worden afgeweken indien een lid het woord vraagt over een persoonlijk feit of om een voorstel van orde in te dienen.
4. De voorzitter beslist of iets een persoonlijk feit vormt.
5. De voorzitter is bevoegd het woord te voeren zo dikwijls het hem wenselijk voorkomt.

Artikel 13. Bepaling van orde voor de leden

1. Een spreker mag in zijn rede niet worden gestoord, behoudens de bevoegdheid van de voorzitter om hem te herinneren aan het in acht nemen van het reglement van orde. Interrupties zijn toegestaan.
2. Indien een spreker van het onderwerp dat in behandeling is, afwijkt, brengt de voorzitter hem zulks onder het oog en roept hem tot de behandeling van het onderwerp terug.
3. Indien een spreker zich beledigende of onvoegzame uitdrukkingen veroorlooft of, op welke wijze ook, de orde verstoort, wordt hij door de voorzitter tot de orde geroepen.
4. Indien een spreker voortgaat met van het onderwerp af te wijken, beledigende of onvoegzame uitdrukkingen te gebruiken, de orde te verstoren of niet voldoet aan de uitnodiging van de voorzitter bedoeld in artikel 12, lid 1, ontnemt de voorzitter hem het woord. Hiervan is beroep op de vergadering niet toegelaten.
5. In de vergadering waarin dit plaats heeft, mag het lid, aan wie het woord is ontnomen, aan de beraadslagingen over het onderwerp dat in behandeling is, niet meer deelnemen.

Artikel 14. Stemming

1. Na de sluiting van de beraadslaging wordt tot stemming overgegaan. Besluiten worden bij acclamatie genomen, tenzij een der leden om een stemming verzoekt. De notulen van de vergadering vermelden de uitslag van de stemming.
2. De leden stemmen als vertegenwoordiger van het college van deelnemende gemeenten.
3. De bestuurscommissie besluit met een gewone meerderheid van de geldig uitgebrachte voor- en tegenstemmen. Elk lid heeft één stem. Als de stemmen gelijk staan, beslist de stem van de voorzitter.
4. Een stemming is alleen geldig indien meer dan de helft van het aantal leden daaraan heeft deelgenomen.
5. Het derde lid is niet van toepassing in een vergadering als bedoeld in artikel 6, lid 3, voor zover het betreft onderwerpen die in de daaraan voorafgaande ingevolge artikel 6, lid 2 opgeheven bijeenkomst aan de orde waren gesteld.
6. Indien stemming plaatsvindt via stembriefjes, worden deze onder toezicht van de voorzitter en de secretaris geteld om transparantie en nauwkeurigheid te waarborgen.
7. Leden hebben de mogelijkheid om een hertelling van de stembriefjes te verzoeken indien zij twijfels hebben over de uitslag.

8. De stemming geschiedt eerst over de amendementen naar rangorde van strekking en vervolgens over het voorstel in zijn geheel, tenzij de bestuurscommissie na stemming over de amendementen de voorkeur geeft aan het stemmen over de onderdelen of artikelen van het voorstel.
9. De voorzitter brengt als laatste zijn stem uit.
10. Elk lid heeft het recht in het verslag te doen aantekenen dat hij zich met een zonder hoofdelijke stemming genomen besluit niet kan verenigen, zonder toevoeging van redenen voor zijn standpunt.

Artikel 15. Stemming over personen

1. Wanneer bij het doen van een keuze, voordracht of aanbeveling van personen het voorstel is beperkt tot één persoon voor elke te vervullen vacature, wordt geen stemming gehouden, tenzij een der leden dit verlangt.
2. Onder het uitbrengen van een stem wordt verstaan het inleveren van een behoorlijk ingevuld gesloten en ongetekend stembriefje.
3. De vertegenwoordiging van elke deelnemende gemeente heeft één stem.
4. Een stemming is alleen geldig, indien de vertegenwoordiging van meer dan de helft van het aantal gemeenten, dat aan de regeling deelneemt, aan de stemming heeft deelgenomen.
5. Het vierde lid is niet van toepassing ingeval opnieuw moet worden gestemd over een voorstel of over een benoeming, voordracht of aanbeveling van een of meer personen ten aanzien van wie in een vorige vergadering een stemming op grond van het vierde lid niet geldig was.
6. Bij een stemming over personen benoemt de voorzitter drie leden tot stembureau, waarvan het eerstbenoemde lid als voorzitter optreedt.
7. Elk lid dat zich niet van stemming dient te onthouden, is verplicht een gesloten stembriefje in te leveren.
8. De stembriefjes worden geteld; het stembureau onderzoekt of het aantal briefjes gelijk is aan het aantal gemeenten dat dient te stemmen.
9. Ieder stembriefje wordt door de voorzitter van het stembureau voorgelezen. De beide andere leden zien de briefjes na en houden aantekening van de inhoud van de briefjes.
10. De voorzitter van het stembureau overhandigt de briefjes aan de voorzitter, die de uitslag van de stemming vaststelt en deze vervolgens aan het algemeen bestuur mededeelt.
11. Bij het staken der stemmen beslist de voorzitter.

Artikel 16. Stembriefjes

1. Niet of niet behoorlijk ingevulde stembriefjes worden niet gerekend tot de geldig uitgebrachte stemmen.

2. Indien meer namen op het briefje zijn gesteld dan er personen te verkiezen zijn, wordt de stem toegerekend aan diegenen die in volgorde het eerste op het briefje genoemd zijn.
3. In geval van twijfel over de inhoud of de geldigheid van het stembriefje beslist de voorzitter.
4. Een stemming is nietig indien zich naar het oordeel van de vergadering onregelmatigheden hebben voorgedaan, die invloed op de uitslag kunnen hebben. Alsdan worden de stembriefjes vernietigd en wordt terstond een nieuwe stemming gehouden.
5. Na vaststelling van de uitslag worden de stembriefjes door de voorzitter vernietigd om de privacy te waarborgen, tenzij er een verzoek tot hertelling is ingediend.

Artikel 17. Interpellatie en vragenrecht

1. Indien een lid tijdens de vergadering aan het dagelijks bestuur inlichtingen wenst te vragen met betrekking tot een onderwerp, dat niet op de agenda van de vergadering is vermeld, heeft het daartoe verlof nodig van bestuurscommissie. Wordt dit verlof verleend, dan worden de gevraagde inlichtingen gegeven.
2. Elk lid van de bestuurscommissie is bevoegd buiten de vergadering aan het dagelijks bestuur schriftelijk kort geformuleerde vragen te stellen.
3. Het dagelijks bestuur beantwoordt de schriftelijke vragen binnen 4 weken.
4. De tekst van de vragen en antwoorden worden aan de leden van bestuurscommissie toegezonden.

Artikel 18. Vergadering met gesloten deuren

1. De deuren van de vergadering worden gesloten wanneer leden van de bestuurscommissie van ten minste één-vijfde van het aantal ter vergadering aanwezige deelnemende gemeenten hierom verzoeken, of wanneer de voorzitter dit nodig acht.
2. De bestuurscommissie besluit vervolgens of met gesloten deuren zal worden vergaderd.
3. Van een vergadering met gesloten deuren wordt een afzonderlijke notulen gemaakt, tenzij anders wordt beslist.
4. De notulen van besloten vergaderingen worden, anders dan bij openbare vergaderingen, voor de leden ter inzage gelegd bij het bestuurssecretariaat. Deze notulen worden in de eerstvolgende vergadering aan de bestuurscommissie ter vaststelling aangeboden.
5. De ter inzage legging wordt tijdig van tevoren aan de leden van de bestuurscommissie kenbaar gemaakt.

Artikel 19. Geheimhouding besloten vergaderingen

1. Voor het einde van de besloten vergadering beslist de bestuurscommissie in hoeverre er geheimhouding aan de leden zal worden opgelegd met betrekking tot het in die vergadering behandelde en de inhoud van de aan hen overgelegde stukken. Deze geheimhouding moet

door alle aanwezigen en iedereen die van het verhandelde of de stukken kennis heeft, in acht worden genomen totdat de bestuurscommissie besluit deze op te heffen.

2. Er wordt een geheimhoudingsregister bijgehouden waarin wordt vastgelegd wanneer de geheimhouding op documenten afloopt.
3. Er zijn sancties voor het schenden van de opgelegde geheimhouding. Degenen die de geheimhouding schenden, zijn verplicht verantwoording af te leggen aan het algemeen bestuur. Het algemeen bestuur kan passende sancties opleggen, afhankelijk van de ernst van de schending.

Artikel 20. Zienswijze vanuit gemeenten en participatie

1. Ingevolge artikel 13 tweede lid onder a van de regeling, worden besluiten die voor deelnemende gemeenten ingrijpende effecten hebben voor de gezondheid of veiligheid, voorafgaand aan besluitvorming voor zienswijze voorgelegd aan gemeenteraden;
2. Ingezetenen van de gemeenten en belanghebbenden worden bij de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van beleid op grond van de regeling betrokken voor zover dat bij of krachtens de wet is vereist, of voor zover door het algemeen bestuur is bepaald, of ingeval van delegatie van bevoegdheden vanuit het algemeen bestuur aan de bestuurscommissie, door de bestuurscommissie is bepaald.
3. Ingevolge artikel 14 van de regeling is de werkwijze geregeld in een participatieprotocol.

Artikel 21. Toehoorders

1. Toehoorders kunnen op de voor hen bestemde plaatsen de vergadering bijwonen.
2. Zij onthouden zich van tekenen van goed- of afkeuring en gedragen zich naar de aanwijzingen van de voorzitter.
3. Wanneer de orde in de vergadering door de toehoorders op enigerlei wijze wordt verstoord, is de voorzitter bevoegd hen die dit doen of alle toehoorders de vergaderzaal te doen verlaten.

Artikel 22. Informatie aan deelnemende gemeenten

De leden dragen zorg voor het in kennis brengen van het colleges van burgemeester en wethouders van de deelnemende gemeenten, waarbij de voorzitter van het college als lid van het algemeen bestuur zorgt voor het in kennis brengen van de raad.

Artikel 23. Overgangs- en slotbepaling

In geval van twijfel omtrent de toepassing of uitleg van enige bepaling van dit reglement, alsmede in gevallen waarin het niet voorziet, beslist de voorzitter.

Artikel 25. Inwerkingtreding

Dit reglement treedt na publicatie met terugwerkende kracht in werking per 1 januari 2025.

Aldus besloten in de openbare vergadering van de bestuurscommissie gezondheid op 2 april 2025.

De bestuurscommissie gezondheid van Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden,

De voorzitter,

De secretaris,

Chantal Teunissen

Henk Bril



Onderwerp	Prestaties responstijden Ambulancezorg Gelderland-Midden
Ingediend door	Henk Bril, Janice Meerenburgh
Voorgestelde behandelwijze: ☐ Ter informatie ☒ Ter bespreking ☐ Ter besluitvorming ☐ Vertrouwelijk	Planning bespreking: ☒ AO PG en JGZ d.d.: 17-03-2025 ☒ BC-G en BC-V d.d.: 02-04-2025 ☐ Financiële Commissie d.d.: ☐ Dagelijks Bestuur d.d.: ☐ Algemeen Bestuur d.d.:
Samenvatting	Binnen ambulancezorg Gelderland-Midden (AGM) gebruiken we gegevens om onze dienstverlening en bedrijfsvoering kwalitatief en kwantitatief te monitoren. Eén van de gegevens is de responstijd van onze ambulances. De norm is dat 95% van de spoedeisende ritten binnen 15 minuten bij de patiënt is. De tendens van de afgelopen jaren bij alle ambulancediensten is dat daarin een (licht) dalende of gelijkblijvende lijn is te zien. De prestatiecijfers van Gelderland-Midden lopen op dit onderdeel de afgelopen jaren ook terug. Deze terugloop is niet wenselijk. Het heeft daarom grote prioriteit om te analyseren op welke vlakken wij deze prestatie kunnen verbeteren, zodat we hier passende en doeltreffende interventies op kunnen plegen. In bijgaand memo staat een korte duiding op de norm beschreven, welke oorzaken wij zien voor het oplopen van onze responscijfers, welke afspraken wij hierover met de zorgverzekeraars hebben gemaakt en hoe wij deze prestatie gaan verbeteren. De verbetering loopt over een drietal lijnen: 1. Optimaliseren van het ambulanceproces 2. Ingroeiplan referentiekader RIVM en strategische capaciteitsplanning 3. Spreiding, dekking en beschikbaarheid van ambulances Ter vergadering wordt het memo mondeling toegelicht. AGM monitort doorlopend haar prestaties. Aankomende periode hechten wij er belang aan om het bestuur goed aangesloten te houden op verdere ontwikkelingen.
Hoofdvraag	De leden van het ambtelijk overleg PG en JGZ, de BC-G en de BC-V wordt gevraagd: ▪ Kennis te nemen van de hierboven beschreven ontwikkelingen. ▪ Aan te geven of de bestuurscommissie nog een aandachtspunt wil meegeven aan AGM.
Afstemming	Dit onderwerp wordt voor het bestuurlijk overleg op 02 april afgestemd met de bestuurlijk trekkers ambulancezorg: mevr. J. de Heer en mevr. M. Overduin.
Collectief advies van:	☐ AO PG en JGZ ☐ BC-G
Procesbeschrijving	
Bijlage(n)	Memo prestaties op responstijden AGM

MEMO

Datum : 27 februari 2025
Aan : Ambtenaren Publieke Gezondheid en Bestuurscommissies Veiligheid en Gezondheid
Van : Henk Bril
Betreft : Ontwikkelingen prestatie ambulancezorg Gelderland-Midden

Inleiding

Ambulancezorg Gelderland-Midden zet zich iedere dag in om op het juiste moment, de juiste zorg door de juiste zorgverlener te leveren. We monitoren zelf onze prestaties. Wij leveren, net als alle andere ambulancediensten, zelf onze gegevens over onze prestaties bij het RIVM en zorgverzekeraars aan voor analyse- en monitoringsdoeleinden. Deze gegevensset is omvangrijk. We gebruiken gegevens om onze dienstverlening en bedrijfsvoering kwalitatief en kwantitatief te monitoren.

Eén van de gegevens die de laatste tijd vaker publiekelijk in de belangstelling staat is de responstijd van onze ambulances. Deze gegevens over deze tijden zijn openbaar en worden jaarlijks door onze branchevereniging Ambulancezorg Nederland (AZN) gepubliceerd in het Sectorkompas¹.

De planningsnorm is dat 95% van de spoedeisende ritten binnen 15 minuten bij de patiënt is. De tendens van de afgelopen jaren bij alle ambulancediensten is dat daarin een dalende of gelijkblijvende lijn is te zien. Ook in Gelderland Midden lopen de prestatiecijfers op dit onderdeel de afgelopen jaren terug. In december 2024 waren onze ambulances gemiddeld in 85% van de spoedeisende gevallen binnen 15 minuten ter plaatse. Deze terugloop vinden wij zelf, en naast ons ook onze zorgverzekeraar, niet wenselijk.

Het heeft daarom prioriteit om te analyseren op welke vlakken wij deze prestatie kunnen verbeteren, zodat we hier passende en doeltreffende interventies op kunnen plegen. In dit memo gaan we hier verder op in. Eerst duiden we kort de responsnorm en de huidige prestatiecijfers. Daarna volgt een duiding op de mogelijke oorzaken van het oplopen van de responstijden. Vervolgens beschrijven we waar we verbeterpotentieel zien en welke afspraken we in de budgetbespreking met de zorgverzekeraars over de toekenning van het budget 2025 maakten over het realiseren van verbeteringen.

In het algemeen stellen we dat goede zorg aan onze patiënten binnen ons dekkingsgebied gegarandeerd is en blijft. De responstijd is geen sluitende indicator voor de vaststelling van de kwaliteit en continuïteit van de patiëntenzorg. Zo scoren we bijvoorbeeld landelijk bovengemiddeld goed op onze acute zorgverlening bij hartfalen of een hersenbloeding.

Opbouw/structuur memo

In deze memo geven we een beeld van de huidige situatie, en analyseren we de problematiek van de responstijden in Gelderland Midden. Op basis van die analyse zijn eerste aangrijpingspunten voor optimalisatie geformuleerd. Hierop wordt, zoals benoemd staat, het komende jaar maximale aandacht en focus gelegd.

¹ Sectorkompas: bevat informatie over ambulancezorg en is gebaseerd op gegevens aangeleverd door de Regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). Zie voor meer informatie: [Sectorkompas | Ambulancezorg Nederland](#)

Beeld: Huidige prestaties

Volgens de norm moet de ambulance in 95% van de A1²-inzetten binnen 15 minuten ter plaatse zijn. De norm is onderverdeeld in 2 minuten meldtijd, 1 minuut uitruktijd en 12 minuten rijtijd. De norm is initieel door het RIVM als planningsnorm bedacht. Hiermee wordt in een model berekend hoeveel ambulances in ieder gebied beschikbaar moeten zijn. Tegelijkertijd wordt deze norm gebruikt om een prestatie op de aanrijdtijd te meten. Om die prestatiecijfers te genereren kijkt de methodiek naar het totale ambulancezorgproces, vanaf melding op de meldkamer tot aankomst bij de patiënt. Die totale tijd noemen we de responstijd.



Figuur 1: opbouw van de responstijd

Het inzetten van ambulances gaat op basis van een urgentieclassificatie. Door het toepassen van die classificatie kunnen we onderscheid aanbrengen in spoedritten en niet-spoedritten. Voorheen had de hoogste urgentie de classificatie A1. Op basis van de criteria vielen hier ritten onder waarbij de factor tijd van invloed is op de overlevingskansen van de patiënt, maar ook spoedritten waarbij dat niet het geval is.

Omdat een beter onderscheid wenselijk is, is medio 2024 een nieuwe urgentieclassificatie ingevoerd³. Tot 2024 waren er voor spoedeisende ambulancezorg twee urgenties (A1 en A2). Voor de hoogste spoed is nu de A0 categorie geïmplementeerd. Dit zijn acuut levensbedreigende situaties zoals een reanimatie, verstikking of verbloeding waarbij elke minuut telt. In 2024 waren onze ambulances in 85% van de gevallen binnen de A1 urgentieclassificatie binnen 15 minuten ter plaatse. Op de A0 zijn we in 2024 bij 93% van de gevallen binnen 15 minuten ter plaatse.

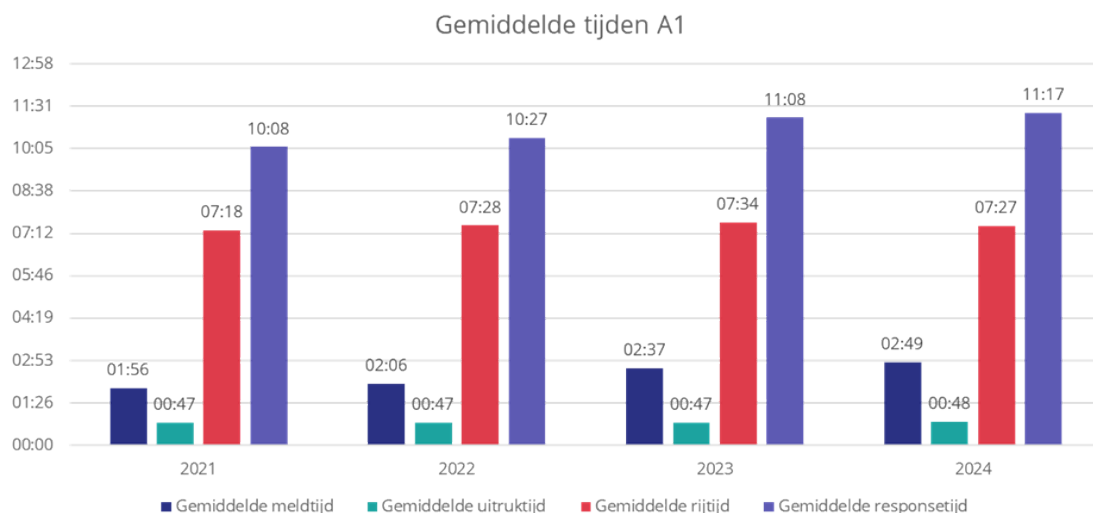
Oplopen van Responstijden: kenmerken van de problematiek

Sinds 2021 lopen de responstijden op de A1 meldingen op. Deden we er in 2021 nog 10.08 minuten over, in 2024 is dat gemiddeld met ruim een minuut toegenomen. In 2023 zien we dat de gemiddelde responstijd naar verhouding meer oploopt dan in de andere jaren: We gaan van gemiddeld 10.27 minuten in 2022, naar 11.08 minuten in 2023.

Zoals in navolgend figuur te zien is, is de responstijd opgebouwd uit de componenten: 'meldtijd', 'uitruktijd' en 'aanrijtijd'. In onderstaande grafiek is te zien dat met name de component 'meldtijd' sterker opgelopen is de afgelopen jaren. Ook hierbij zien we met name een toename in 2023 ten opzichte van 2022.

² A1: is een urgentieclassificatie..

³ Omdat deze classificatie recent is ingevoerd, is deze nog niet apart terug te zien in het sectorkompas.



Figuur 2: analyse van de gemiddelde responstijd Gelderland-Midden

De verschillende componenten (meldtijd, uitruktijd, rijtijd) zijn onderdeel van het ambulancezorgproces en verdienen een nadere analyse op variabelen die deze tijden in meer of mindere mate beïnvloeden. Pas na goede analyse op oorzakelijke verbanden, is het mogelijk 'het juiste middel voor de juiste kwaal' te formuleren en in te zetten. Onderstaand volgt een eerste beeld op oorzaken en hoe deze te beïnvloeden zijn.

De meldtijd

De meldtijd is de tijd op de meldkamer vanaf het beantwoorden van de 112 oproep, tot de alarmering van de ambulance (in figuur 1: aanname + uitgifte). We zien dat deze tijd in 2023 meer dan in andere jaren toeneemt. Daar kunnen verschillende oorzaken voor zijn:

- De samenvoeging van de meldkamer naar Apeldoorn
- Er zijn na de samenvoeging veel nieuwe centralisten en andere werkwijzen waardoor de ervaring weer opgebouwd moet worden
- Het werkproces van de centralist rondom triage, het koppelen van de ambulance aan de melding en de uitgifte.

Onder meer door benchmark met de andere ambulancediensten in de meldkamer gaan we na welke oplossingen passen en werkbaar zijn om de toename van de meldtijd te stoppen en terug te brengen.

Uitruktijd

De uitruktijd is de tijd vanaf de alarmering van de ambulance tot het moment dat de ambulance onderweg gaat. De uitruktijd is nagenoeg gelijk gebleven en past in het patroon. Wij zien hier geen aanleiding in om deze nader te onderzoeken.

Rijtijd

De rijtijd is de tijd dat de ambulance daadwerkelijk onderweg is naar de zorgvrager. Ook de rijtijd is door de jaren heen nagenoeg gelijk gebleven. In tegenstelling tot de eerdere veronderstelling, lijkt het erop dat toenemende verkeersdrukke een minder grote invloed heeft op een toename. Wel gaan we na of de rijtijd teruggebracht kan worden. Extern onderzoek (Q4 2024) wijst uit dat we vanuit de meldkamer onze ambulances 'slimmer' kunnen aansturen, wat een positief effect kan hebben op de rijtijd van spoedambulances.

Uit cijfers van datzelfde onderzoek blijkt dat we onze roosters en diensten zeer goed hebben afgestemd op de afzonderlijke posten en de vraag naar ambulances. Daar is geen tijdswinst meer te

behalen. Wel kunnen we verbeteren door beschikbare ambulances door de dag heen sneller en dynamischer vanuit de meldkamer te verplaatsen, bijvoorbeeld van een vaste post als Barneveld of Arnhem naar een voorwaardenscheppende post als respectievelijk Ter Schuur of Dieren.

Tegelijkertijd laten de cijfers zien dat in de meer landelijke gebieden waarbij er een langere aanrijdtijd is vanaf een post, de responstijd van 15 minuten per definitie onder druk staat. Daarbij is het goed om te realiseren dat we niet in elk gebied een ambulance 'stand-by' kunnen houden (een dekkend AED-netwerk is voor de spoedhulpverlening dan aantoonbaar effectiever).

Toenemende vraag naar ambulancezorg

De afgelopen jaren hebben we de vraag naar ambulancezorg hard zien stijgen. In 2024 reed AGM 51.052 spoedritten. Dat zijn 1.638 ritten meer dan in 2023. Bij deze stijging zien we met name de spoedritten toenemen en zien we ook onze mobiele zorgconsulten toenemen. Bij mobiele zorgconsulten vervoeren we de patiënt niet naar het ziekenhuis. Door goede medische zorgverlening van onze ambulancezorgprofessionals, kunnen patiënten met een zelfzorgadvies en een goede verwijzing naar bijvoorbeeld een huisarts thuisblijven. Deze hulpverlening duurt gemiddeld genomen iets langer. De ambulance kan dan niet ingezet worden voor een andere (spoed)melding. Dat kan betekenis hebben voor de inzetbaarheid van de ambulance voor een volgende rit; als alle ambulances bezet zijn moet een 112-beller iets langer wachten tot een beschikbare ambulance met spoed kan komen. Het feit dat we zien dat ambulances steeds vaker en langer bezet zijn, heeft daarmee zichtbaar effect op de responstijd.

Aangrijpingspunten om te verbetering zijn gelegen in maatregelen die ervoor zorgen dat spoed ambulances vrij blijven voor echte spoedmeldingen. En dat meldingen die minder spoed hebben vaker worden gereden door andere vormen van ambulancehulpverlening. De nieuwe urgentie-indeling die recent is geïmplementeerd, kan hier positief aan bijdragen. Effecten daarvan zijn vermoedelijk in de loop van het jaar pas te zien.

Verbetering van prestaties

In het algemeen is te stellen dat de responstijden samenhangen met verschillende variabelen die deze kunnen beïnvloeden. De juiste registratie met de juiste definities door de tijd heen maakt duidelijk waar we in tijd oplopen. En in welke onderdeel van ons proces aangrijpingspunten voor verbetering zitten.

Met de zorgverzekeraars hebben we afgesproken dat 2025 in het teken staat van het verbeteren van onze prestatie op de responstijd. In Q4 van 2025 willen we een stijgende lijn laten zien op de ritten met een A0 en A1 classificatie. Hierover maken we een concrete afspraak met de zorgverzekeraars. Samen met hen monitoren we gedurende het jaar de voortgang periodiek en richten we onze inspanningen op het verbeteren van de prestatie. We zetten de verbeteracties in op de volgende drie lijnen:

1. Optimaliseren van het ambulanceproces (inzicht en werkproces)
2. Ingroeiplan referentiekader RIVM en strategische capaciteitsplanning (altijd voldoende medewerkers)
3. Spreiding, dekking en beschikbaarheid van ambulances

Daarbij past het om de stuurinformatie op orde te brengen en te houden, zodat we scherp aan de wind kunnen zeilen op onze prestaties.

Optimaliseren ambulanceproces

Binnen de responstijd zien we met name het component meldtijd toenemen. Dat geeft aanleiding om dit onderdeel nader te onderzoeken en te bepalen welke maatregelen kunnen leiden tot een afname

van de gemiddelde meldtijd. Dit doen we onder andere met behulp van data. Tijdens het ambulancezorgproces wordt veel informatie vastgelegd. Het beter kunnen analyseren van deze data op afzonderlijke handelingen en tijdsintervallen zal ons helpen om te achterhalen waar tijd verliezen. Daarbij vergelijken we onszelf eveneens met regio's die andere cijfers laten zien. Met de opbouw van een goede registratie die leidt tot valide en betrouwbare data, kunnen we gerichte interventies uitvoeren om het ambulanceproces verder te optimaliseren en scherp monitoren of deze effect bereiken.

Ingroeiplan Referentiekader RIVM en strategische capaciteitsplanning

We leveren aan de zorgverzekeraars ook een ingroeiplan op om volgens het referentiekader van het RIVM om het beoogd aantal diensten te kunnen leveren. Van het RIVM ontvangen we jaarlijks het Landelijk Referentiekader Spreiding & Beschikbaarheid. Het RIVM berekent hoeveel ambulances er nodig zijn om aan de vraag naar ambulancezorg te voldoen. Opvolgend worden hier de benodigde diensten per week mee berekend. De afgelopen jaren zijn de benodigde diensten gestegen.

Krapte op de arbeidsmarkt en tegenvallende resultaten in opleidingstrajecten hebben er in 2022 en 2023 voor gezorgd dat vacatures voor ambulancemedewerkers niet adequaat ingevuld konden worden. Hierdoor is het deels gelukt om uitbreiding van de diensten set te realiseren. Het kunnen voldoen aan de kaders rondom spreiding en beschikbaarheid zorgt ervoor dat we meer ambulances op de weg kunnen krijgen, hetgeen naar verwachting positief bijdraagt aan het verkorten van onze aanrijtijden.

Om deze diensten in te kunnen vullen zijn er voldoende ambulancezorgprofessionals en ambulances nodig. In 2023 en 2024 hebben we te maken gehad met personele onderbezetting bij de meldkamer en rijdende dienst. In 2024 hebben we veel nieuwe collega's geworven, geselecteerd en opgeleid. We verwachten deze lijn te kunnen voortzetten komende jaren, zodat we zowel op de meldkamer, als binnen de rijdende dienst goed op formatie komen. Daarom wordt komende jaren verder ingezet op het werven en opleiden van personeel. Dat zal met het oog op de arbeidsmarktkrapte op momenten best uitdagend zijn.

Spreiding, dekking en beschikbaarheid

De plekken waar onze ambulances in de regio staan hebben invloed op hoe snel ambulances bij een hulpverlening ter plaatse kunnen zijn. Bekend is dat er delen in de regio zijn, waar de dekking beter is dan in andere delen. Hiervoor kijken wij naar onze huisvesting in de regio, ook is het relevant te onderzoeken welke andere fysieke en omgevingsfactoren invloed hebben op de rijtijden. Denk bijvoorbeeld aan de filedruk, infrastructurele maatregelen die gepaard gaan met de invoering van 30 km zones, omrijden vanwege wegwerkzaamheden, etc.

Ook de manier waarop we 'dynamisch' om kunnen gaan met het plaatsen en verplaatsen van ambulances als delen van de regio niet goed gedekt kunnen worden, houden we tegen het licht. In het operationeel proces wordt ook vanuit schaarste gewerkt. Er is veel vraag naar zorg, maar het aanbod is beperkt. De centralist is continue bezig om met de schaarse capaciteit de spreiding in de regio zo optimaal mogelijk te organiseren. We kunnen op dit vlak verbeteren door beschikbare ambulances door de dag heen sneller en dynamischer vanuit de meldkamer te verplaatsen.

Kortom

Het terugbrengen van de meldtijd op onze meldkamer, een effectiever inzet van onze mensen en ambulances, onderzoek naar de beste spreiding, dekking en aansturing van onze eenheden en het scherper bepalen van de juiste urgentie zorgt ervoor dat ambulances snel en met de juiste spoed de

MEMO



weg op gaan en we onze schaarse capaciteit zo effectief mogelijk inzetten om daarmee patiënten - snel en medisch gezien- de beste hulp te verlenen.

Vervolg

AGM is aan de slag met het formuleren en in gang zetten van de verbeteringen, deze monitoren we doorlopend. Daar waar minder effect is dan verwacht, sturen we bij. De verbeteringen hebben een structureel karakter. Dit is opgenomen en na te lezen in ons jaarplan en in ons meerjarenbeleidsplan.

Aankomende periode hechten wij er belang aan om het bestuur goed aangesloten te houden op verdere ontwikkelingen. Vanuit diverse gemeenten horen wij dat er behoefte is om op de hoogte te blijven van deze ontwikkelingen.

Aan leden van de Bestuurscommissie Gezondheid en Bestuurscommissie Veiligheid wordt gevraagd om:

- Kennis te nemen van de hierboven beschreven ontwikkelingen.
- Aan te geven welke aandachtspunten de commissies willen geven aan AGM.

MEMO

Datum : 28 oktober 2024

Aan : leden BOPG, leden ambtelijk overleg PG en JGZ

Van : Henk Bril, Janice Meerenburgh

Betreft : Bestuurlijke governance Ambulancezorg Gelderland-Midden

Inleiding

Ambulancezorg Gelderland-Midden (AGM) maakt onderdeel uit van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (VGGM). De VGGM is een gemeenschappelijke regeling tussen 15 gemeenten. In juli 2022 is de nieuwe Wet op de gemeenschappelijke regelingen (Wgr) in werking getreden. Als gevolg van deze wijziging was het noodzakelijk om de Gemeenschappelijke Regeling Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden (hierna te noemen GR) te actualiseren. In de nieuwe GR¹ is een aantal bepalingen opgenomen die gaan over de bestuurlijke governance van Ambulancezorg Gelderland-Midden (AGM). Daarnaast is de Wet op de Ambulancevoorziening in 2021 in werking getreden, ook hierin zijn bepalingen opgenomen ten aanzien van die governance. De bepalingen en de consequenties daarvan voor de bestuurlijke governance AGM worden in dit memo beschreven.

AGM binnen de Gemeenschappelijke Regeling van VGGM

Het juridisch kader voor Ambulancezorg Gelderland Midden wordt gegeven door:

1. Wet op de ambulancezorgvoorzieningen (Wazv)
2. Gemeenschappelijke Regeling (Wgr in het algemeen en de uitwerking daarvan in de GR VGGM).

AGM is een publiekrechtelijke zorginstelling.

Het juridisch kader spreekt over de volgende gremia binnen de bestuurlijke governance van AGM:

- Intern toezichthouder (op de zorginstelling) = Algemeen Bestuur (AB) VGGM
- Bestuur = Dagelijks Bestuur (DB) VGGM
- Directie = directeur RAV (Regionale Ambulance Voorziening)
- Bestuurscommissies VGGM = Bestuurscommissie Veiligheid en Gezondheid.

De Wazv regelt welke besluiten voor goedkeuring aan de interne toezichthouder (oftewel het AB VGGM) zijn onderworpen. De Wazv belegt toezicht op de zorginstelling (incl. toezicht op het bestuur) in het AB van de publieke instelling waartoe de zorginstelling is ondergebracht.

In de GR VGGM is vastgelegd wat tot het AB VGGM en het DB VGGM behoort. Een aantal van de taken en bevoegdheden als beschreven in die GR VGGM staat hieronder weergegeven:

Algemeen Bestuur	Dagelijks Bestuur
▪ Vaststelling begroting, bestuursverslag, jaarrekening, resultaatsbestemming, strategische beleidsplannen en het bestuursreglement.	▪ Voortdurend toezicht op al wat VGGM aangaat.
▪ Vaststelling van de randvoorwaarden en waarborgen voor een adequate invloed van belanghebbenden.	▪ Voorbereiden van al hetgeen aan het algemeen bestuur respectievelijk de bestuurscommissies veiligheid en gezondheid ter overweging en beslissing zal worden voorgelegd.
▪ Het aangaan of verbreken van een duurzame samenwerking van de RAV met andere rechtspersonen of vennootschappen, indien deze	▪ Uitvoeren van de besluiten van het algemeen bestuur respectievelijk de bestuurscommissies veiligheid en gezondheid en het mededeling doen

¹ Gemeenschappelijke regeling VGGM 2025 – ontwerpversie februari 2024. Waar in dit memo gesproken wordt over de Gemeenschappelijke Regeling VGGM (of GR VGGM) wordt deze versie bedoeld.

samenwerking of verbreking van ingrijpende betekenis is voor de RAV.	aan de gemeenschappelijke regeling deelnemende gemeenten.
Gelijktijdige beëindiging of beëindiging binnen een kort tijdsbestek van de arbeidsovereenkomst van een aanmerkelijk aantal werknemers, of van het verbreken van een overeenkomst met een aanmerkelijk aantal personen dat als zelfstandige of als samenwerkingsverband werkzaam is voor de RAV.	Benoemen, schorsen en ontslaan van personeel alsmede alle overige beheersmatige bevoegdheden betreffende het personeel, waaronder ook verstaan personeel werkzaam voor die onderdelen waarvoor de bestuurscommissies veiligheid en gezondheid binnen de geldende wettelijke grenzen verantwoordelijkheid draagt.

Nieuwe GR VGGM

Volgens de nieuwe GR, beschikt VGGM over twee bestuurscommissies: Veiligheid en Gezondheid. Hoewel de RAV raakvlakken heeft met beide commissies, is gekozen deze primair onder te brengen in de bestuurscommissie gezondheid. Dit omdat de ambulancevoorziening een zorginstelling is en zij, net als andere dienstverlening door VGGM op het gebied van gezondheid, valt onder de verantwoordelijkheid van het Ministerie van VWS. Een beperkt aantal zaken worden belegd in de bestuurscommissie Veiligheid, waarbij de verantwoordelijkheden van de burgemeesters ten aanzien van het multi meldkamerdomein² leidend zijn. De verdeling ziet er als volgt uit:

Bestuurscommissie Veiligheid	Bestuurscommissie Gezondheid
- Beroepsmatig verlenen ambulancezorg – meldkamerfunctie: aanneming en uitgifte van alle 112 meldingen, inclusief opgeschaalde zorg (mono en tijdens GRIP incident). - Sluiten convenant over uitvoering van meldkamerfunctie.	- Beroepsmatig verlenen van ambulancezorg – meldkamerfunctie: aanneming en uitgifte van overige lijnen, niet zijnde 112 of opgeschaalde zorg. - Beroepsmatig verlenen van ambulancezorg - rijdende dienst - Systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit, inclusief de inbedding van medische verantwoordelijkheid.

Bekostiging, beleid en kwaliteit ambulancezorg

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de GGD of de brandweer ligt voor AGM niet alle verantwoordelijkheid en zeggenschap bij het lokaal bestuur. Zo loopt de financiering van AGM via de zorgverzekeraars en op het gebied van beleid en kwaliteit zijn andere partijen richtinggevend. Denk bijvoorbeeld aan het ministerie VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de IGJ, het RIVM en Ambulancezorg Nederland (AZN).

Bekostiging

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor de inkoop van de ambulancezorg. De zorgverzekeraars beschikken over het landelijke macrobudget dat door de minister wordt vastgesteld. Zorgverzekeraars maken afspraken met de RAV over kwaliteit, prijs en beschikbaarheid van de zorg. Dit gebeurt op basis van de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Het doel van deze beleidsregel is het beleid van de NZa vast te leggen met betrekking tot de vaststelling van prestaties en tarieven voor ambulancezorg geleverd door de RAV's. Daarnaast gaat het over de opbrengstverrekening tussen de RAV's en zorgverzekeraars.

De permanente beschikbaarheid van ambulancezorg is een van de belangrijkste kenmerken van de ambulancezorg. Deze beschikbaarheid staat centraal in de bekostiging. Meer of minder inzetten is slechts heel beperkt van directe invloed op de hoogte van het beschikbare budget.

Beleid en medisch management (kwaliteit)

Ambulancezorgverleners, het medisch management en beleidsmedewerkers maken gebruik van sectorale kwaliteitskaders, protocollen en richtlijnen om de kwaliteit van ambulancezorg te borgen. De belangrijkste zijn:

- Nota goede ambulancezorg
- Kwaliteitskader ambulancezorg
- Landelijk Protocol Ambulancezorg

² Om dit te borgen is een kleine tekstuele aanpassing nodig van het instellingenbesluit Bestuurscommissies VGGM. De bevoegdheid genoemd onder artikel 5 lid 1 sub a Wavz moet ook toegewezen worden aan de bestuurscommissie Veiligheid.

Het gebruik van dergelijke kaders en protocollen geeft een waarborg voor eenduidig handelen binnen de ambulancezorg en maakt de zorg transparant en toetsbaar. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) controleert of ambulancezorgaanbieders goede zorg leveren. Dergelijke kaders en protocollen worden landelijke voorbereid en opgesteld door de branche organisatie Ambulance Zorg Nederland waar de directeur RAV lid van is.

In opdracht van het ministerie van VWS maakt het RIVM jaarlijks een aantal analyses en berekeningen met betrekking tot de ambulancezorg. Hiermee is het RIVM kaderstellend met betrekking tot de spreiding en beschikbaarheid van ambulancezorg. In het rapport 'Referentiekader spreiding en beschikbaarheid ambulancezorg' berekent het RIVM hoeveel ambulances in Nederland jaarlijks nodig zijn. Hiermee wordt per RAV vastgesteld hoeveel ambulances er minimaal nodig zijn om aan de beschikbaarheidsvraag te voldoen. Het referentiekader wordt jaarlijks geactualiseerd op basis van productiecijfers van de ambulancezorg van het voorgaande jaar. Ook maakt het RIVM een inschatting van het benodigd aantal centralisten ten behoeve van de meldkamer. Momenteel is dit ook onderwerp van gesprek tussen AGM en de zorgverzekeraars. In Oost Nederland hebben de vijf ambulancezorgpartijen met elkaar afspraken gemaakt over de beschikbaarheid van ambulancezorgcentralisten in de Meldkamer Oost Nederland. Bij deze afspraken zijn de zorgverzekeraars betrokken, omdat zij zorg dragen voor de financiering en (als verlengde arm van de NZa) zicht op de algehele zorgkwaliteit.

Vraag aan leden BOPG

De leden van het BOPG wordt gevraagd:

- Kennis te nemen van het wettelijk kader rondom de bestuurlijke governance AGM.
- In te stemmen met de hierboven beschreven invulling van dat wettelijk kader.

Onderwerp	Jeugdgezondheidszorg onder druk: Noodzakelijke maatregelen en toekomstbestendige oplossingen
Ingediend door	Loes Mulder, afdelingsmanager JGZ
Akkoord bevonden per 11-3-2025 door:	Dhr. Van der Beek, Bestuurlijktrekker (Wethouder gemeente Ede)
Voorgestelde behandelwijze: ☐ Ter informatie ☒ Ter bespreking ☐ Ter besluitvorming ☐ Vertrouwelijk	Planning bespreking: ☒ AO PG en JGZ d.d.: 17 maart 2025 ☒ Bestuurscommissie d.d.: 2 april 2025 ☐ Financiële Commissie d.d.: ☐ Dagelijks Bestuur d.d.: ☐ Algemeen Bestuur d.d.:
Samenvatting	Oplegger bij de Notitie Jeugdgezondheidszorg onder druk De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) staat onder toenemende druk door financiële, maatschappelijke en organisatorische uitdagingen. Hierdoor komt de basisdienstverlening steeds verder onder druk te staan, terwijl de zorgvraag tegelijkertijd complexer wordt. Verschillende visies en zorgakkoorden, waaronder de Hervormingsagenda Jeugd, het IZA, GALA, de Visie Eerstelijnszorg 2030 en NL 2040, benadrukken de noodzaak om de huidige situatie te verbeteren en aan te passen om verdere knelpunten te voorkomen. Ondanks de recente extra middelen van gemeenten in Gelderland-Midden vanuit het traject Toekomstbestendige GGD/JGZ, blijkt dat de basis van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) nog niet op het gewenste niveau is. De beschikbare middelen zijn op dit moment niet toereikend om de stijgende vraag en de druk op de jeugdzorg op te vangen. Dit blijkt uit nieuwe inzichten, praktijkervaringen en de complexiteit van het werk binnen een context van personeelstekorten en hoog ziekteverzuim (2%-punt boven begroting). Tijdens de bespreking van de verschillende modules JGZ begin vorig jaar is door de bestuurders aangegeven dat er behoefte is aan inzicht in wat er nodig is om de basis verder op orde te krijgen en de JGZ toekomstbestendig te maken. Dit verzoek heeft geleid tot een herziening van prioriteiten en werkwijzen, waarbij niet alleen de onderliggende processen, maar ook de bedrijfsvoering opnieuw zijn geëvalueerd. Uit de analyse blijkt dat additionele tijd en middelen nodig zijn om de basis te versterken. Tegelijkertijd spelen nieuwe uitdagingen een belangrijke rol, zoals wijzigingen in gemeentelijke begrotingen, aanpassingen in het Rijksvaccinatieprogramma, de aanbesteding van het digitale kinddossier JGZ en de overgang van Samen Starten naar GIZ. Om de focus te behouden op het versterken van de basis, is besloten om verschillende innovatieve projecten die in het kader van Toekomstbestendige JGZ waren gestart, tijdelijk on hold te zetten. Dit creëert de ruimte om eerst de basis te versterken, zodat vervolgens gericht kan worden doorontwikkeld. Deze keuze is besproken en toegelicht via verschillende presentaties en een notitie in zowel het Ambtelijke Overleg Publieke Gezondheid (AOPG) als de Bestuurscommissie Gezondheid (BG). Hoewel de opdracht helder is – ‘nooit meer afschalen’ zoals in 2022 gebeurde – is de realiteit dat het op dit moment niet altijd lukt om de basisdienstverlening volledig te bieden. De huidige uitdagingen, zoals beperkte capaciteit en structurele knelpunten, vereisen voortdurende afwegingen binnen de beschikbare middelen. Middelen die, in vergelijking

	met andere GGD'en, relatief beperkt zijn. Zowel ad-hoc als structurele maatregelen zijn genomen om de werkdruk te beheersen en de continuïteit van de dienstverlening zo goed mogelijk te waarborgen. Desondanks blijkt dat de basisdienstverlening niet volledig gerealiseerd kan worden, met directe gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Deze problematiek is reeds besproken in de Ambtelijke Werkgroep Toekomstbestendige GGD/JGZ en in de Bestuurscommissie Gezondheid van 19 februari jl. In de komende vergaderingen van het AOPG op 17 maart en de Bestuurscommissie Gezondheid op 2 april zal hier verder op worden ingegaan. De Bestuurscommissie Gezondheid heeft op 19 februari gevraagd om een notitie waarin verschillende scenario's, maatregelen en een breder perspectief worden geschetst. Deze notitie is bijgevoegd. Samen met de gemeenten wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om een toekomstbestendige JGZ te realiseren, die beter in staat is de gezondheid en het welzijn van jeugdigen en gezinnen te waarborgen. Door te werken aan een solide basis wordt de veerkracht en flexibiliteit van de JGZ versterkt, zodat beter kan worden ingespeeld op veranderingen en nieuwe uitdagingen. Dit traject is reeds doorlopen. Destijds lag de nadruk vooral op de inhoudelijke doorontwikkeling en innovatie van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Wat daarbij echter onvoldoende aandacht heeft gekregen, en niet in de aanpak is meegenomen, zijn de onderliggende processen en de inrichting van de bedrijfsvoering die nodig zijn om de JGZ toekomstbestendig te maken. Dit, in combinatie met recente maatschappelijke ontwikkelingen, zorgt dat de dienstverlening van de JGZ steeds verder onder druk komt te staan. Het belang van een solide basis was destijds al duidelijk, maar de omvang van de benodigde veranderingen wordt nu pas volledig zichtbaar. Dit onderstreept de noodzaak om de basis stevig neer te zetten, zodat de organisatie en de dienstverlening op lange termijn kunnen worden versterkt. Deze notitie vormt de basis voor verdere gesprekken en besluitvorming in de Bestuurscommissie Gezondheid. Gemeenten en andere betrokken partijen worden uitgenodigd om hierover het gesprek aan te gaan.
Hoofdvraag	Korte termijn: Om op korte termijn de dienstverlening te kunnen blijven bieden, moeten we gerichte tijdelijke noodmaatregelen nemen om ongecontroleerde afschaling te voorkomen. Dit betekent dat bepaalde werkzaamheden worden afgezegd, gericht worden afgeschaald of op een andere manier worden ingericht. Tegelijkertijd moeten we onderzoeken waar extra financiering een oplossing kan bieden. Het ziekteverzuim ligt momenteel, gemiddeld genomen, 2%-punt hoger dan in de begroting is aangenomen. Een interne taskforce is opgericht om het verzuim structureel omlaag te brengen. Uit een eerste analyse blijkt dat de oorzaken van het verzuim niet eenvoudig op te lossen zijn. De verwachting is dat het verzuim pas in de loop van 2026 gaat dalen. Om geen noodmaatregelen te hoeven treffen is meer formatie nodig dan in de begroting is voorzien, het financiële effect hiervan in 2025 en 2026 is in totaal € 800.000,-. Extra financiering leidt echter niet direct tot een oplossing, omdat het vinden van geschikt personeel een uitdaging blijft. We kunnen als organisatie dan ook geen garanties geven dat extra middelen direct leiden tot meer personele inzet.

	Concreet vragen wij in deze notitie aan gemeenten om een fundamentele keuze te maken uit de volgende opties: • Zijn gemeenten bereid om gezamenlijk tijdelijke (t/m 2026) extra financiering van € 800.000 vrij te maken, zodat de voorgestelde noodmaatregelen niet doorgevoerd hoeven te worden en tevens ongecontroleerde afschaling wordt voorkomen? • Zo niet, dan is de JGZ niet in staat het volledige basisdienstverleningspakket aan te bieden en moeten de noodmaatregelen als volledig pakket worden doorgevoerd. Zijn de gemeenten akkoord met het volledige pakket aan voorgestelde noodmaatregelen om ongecontroleerde afschaling te voorkomen? Indien wordt gekozen voor extra financiering of het invoeren van noodmaatregelen, hanteren wij de volgende uitgangspunten: 1. Aanvullende noodmaatregelen bij verslechtering van de situatie: Mocht de situatie verder verslechteren en de huidige maatregelen niet toereikend blijken, dan kan het nodig zijn aanvullende stappen te zetten om de continuïteit van de dienstverlening te waarborgen totdat een structurele oplossing is gevonden. 2. Flexibiliteit in de keuze en uitvoering van maatregelen: De voorgestelde maatregelen zijn tijdelijk en kunnen waar nodig worden aangepast op basis van de ontwikkelingen en de voortgang van de implementatie. 3. Duurzaam inzetten van extra financiering: Indien de situatie verbetert, blijft de toegekende financiering gericht op het versterken en stabiliseren van de dienstverlening. Extra geworven capaciteit kan niet direct worden afgebouwd, omdat het personeel onder contracten valt. Wel streven we ernaar in dat geval transparant te verantwoorden hoe de extra middelen bijdragen aan een betere en efficiëntere dienstverlening. Lange termijn: Daarnaast vragen wij gemeenten om actieve betrokkenheid, via het ambtelijke overleg PG (of indien gewenst in een werkgroep in opdracht van de Bestuurscommissie Gezondheid). bij:. • Het herijken van het collectieve en lokale JGZ-aanbod. • De doorontwikkeling van de JGZ-strategie voor 2026 en verder.
Collectief advies van: ☐ AO PG en JGZ ☐ Bestuurscommissie Gezondheid	
Procesbeschrijving	
Bijlage(n)	

Jeugdgezondheidszorg onder druk

Noodzakelijke maatregelen en toekomstbestendige oplossingen

Deze notitie wordt aangeleverd op verzoek van de Bestuurscommissie Gezondheid.

GGD Gelderland Midden
maart 2025

Managementsamenvatting

Inleiding

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) staat voor grote uitdagingen door een toenemende zorgvraag, maatschappelijke veranderingen en financiële beperkingen. Om de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen, is het noodzakelijk om structurele verbeteringen door te voeren. Dit rapport schetst de huidige situatie en biedt aanbevelingen om de JGZ toekomstbestendig te maken.

Huidige uitdagingen en context

De JGZ kampt met een stijgende zorgvraag, een vastlopende zorgketen en een krappe arbeidsmarkt. De complexiteit van maatschappelijke problematiek neemt toe, wat resulteert in een grotere vraag naar jeugdgezondheidszorg. Tegelijkertijd zorgen tekorten aan personeel en financiële middelen ervoor dat de JGZ structureel onder druk staat. Diensten worden momenteel al afgezegd wanneer er geen arts of verpleegkundige beschikbaar is, wat op langere termijn niet houdbaar is. Mogelijke bezuinigingen vanaf 2027 verergeren deze problematiek. Eerdere maatregelen om de werkdruk te verlagen, zoals efficiëntere werkwijzen en taakverschuivingen, hebben slechts tijdelijk verlichting gebracht. Afschaling van de JGZ zou een averechts effect hebben: door minder in te zetten op preventie nemen gezondheidsproblemen toe, wat de druk op de zorg verder verhoogt. Daarnaast ontbreekt verandercapaciteit om structurele verbeteringen door te voeren, terwijl de JGZ gelijktijdig moet inspelen op landelijke en lokale beleidsveranderingen.

De inwonersbijdrage die GGD Gelderland-Midden ontvangt, is structureel lager dan bij andere GGD'en met JGZ 0-18. Uit de benchmark van Lysias-Advies (2022) blijkt dat GGD Gelderland-Midden de op één-na-laagste inwonersbijdrage ontvangt van de 18 GGD'en met JGZ 0-18. Dit beperkt de financiële ruimte om in te spelen op de groeiende zorgvraag en noodzakelijke vernieuwingen.

Korte termijn: Noodzakelijke maatregelen

Om op korte termijn de dienstverlening te kunnen blijven bieden, moeten we gerichte tijdelijke noodmaatregelen nemen om ongecontroleerde afschaling te voorkomen. Dit betekent dat bepaalde werkzaamheden worden afgezegd, gericht worden afgeschaald of op een andere manier worden ingericht. Tegelijkertijd moeten we onderzoeken waar extra financiering een oplossing kan bieden.

Het ziekteverzuim ligt momenteel, gemiddeld genomen, 2%-punt hoger dan in de begroting is aangenomen. Een interne taskforce is opgericht om het verzuim structureel omlaag te brengen. Uit een eerste analyse blijkt dat de oorzaken van het verzuim niet eenvoudig op te lossen zijn. De verwachting is dat het verzuim pas in de loop van 2026 gaat dalen. Om geen noodmaatregelen te hoeven treffen, is meer formatie nodig dan in de begroting is voorzien; het financiële effect hiervan in 2025 en 2026 is in totaal € 800.000,-. Extra financiering leidt echter niet direct tot een oplossing, omdat het vinden van geschikt personeel een uitdaging blijft. We kunnen als organisatie dan ook geen garanties geven dat extra middelen direct leiden tot meer personele inzet.

Concreet vragen wij in deze notitie aan gemeenten om een fundamentele keuze te maken uit de volgende opties:

- Zijn gemeenten bereid om gezamenlijk tijdelijk (t/m 2026) extra financiering van € 800.000 vrij te maken, zodat de voorgestelde noodmaatregelen niet doorgevoerd hoeven te worden en tevens ongecontroleerde afschaling wordt voorkomen?
- Zo niet, dan is de JGZ niet in staat het volledige basisdienstverleningspakket aan te bieden en moeten de noodmaatregelen als volledig pakket worden doorgevoerd. Zijn de gemeenten akkoord met het volledige pakket aan voorgestelde noodmaatregelen om ongecontroleerde afschaling te voorkomen?

Daarnaast ronden we in het tweede kwartaal van 2025 de onderzoeksfase van het project 'Herijken Collectief Regionaal Aanbod JGZ' af. Dit traject geeft inzicht in hoe de JGZ het best kan inspelen op de veranderende omstandigheden en waar structurele aanpassingen nodig zijn. Na afronding van deze fase willen we met de gemeenten in gesprek over de resultaten en de mogelijke vervolgstappen. Dit vraagt om actieve betrokkenheid van gemeenten bij de doorontwikkeling van de JGZ-strategie voor 2026 en verder.

Lange termijn: Een toekomstbestendige JGZ

Voor de lange termijn is het noodzakelijk om de JGZ te versterken en voor te bereiden op de toekomst. Dit betekent dat we een stevig fundament moeten leggen door structurele verbeteringen door te voeren. Dit willen we doen op basis van een roadmap voor de JGZ. Deze moet de volgende bouwstenen bevatten:

- **Investeren in digitalisering en sturingsinformatie:** Een robuuste digitale infrastructuur is essentieel om de zorg kwalitatief te verbeteren. Betrouwbare en real-time data ondersteunen onderbouwde beleidskeuzes en versterken de preventieve en adviserende rol van de JGZ.
- **Organisatorische hervormingen:** Een efficiëntere inrichting van beleid, bedrijfsvoering en projectorganisatie is noodzakelijk, evenals het creëren van verandercapaciteit.
- **Financiële herijking:** De huidige financieringsstructuur sluit onvoldoende aan bij de werkelijke behoeften van de JGZ. We vragen gemeenten om in te stemmen met een meerjarenafpraak over de financiering, zodat duurzame verbeteringen en innovatie mogelijk worden.

Om deze transitie succesvol te laten verlopen, stellen we voor om deze plannen nader uit te werken en te bespreken in het ambtelijke overleg Publieke Gezondheid (of indien gewenst in een werkgroep, in opdracht van de Bestuurscommissie Gezondheid). We willen gemeenten actief meenemen in onze plannen en gezamenlijk toewerken naar een gedragen en duurzaam meerjarenplan.

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	2
1. Inleiding: De uitdaging en de weg vooruit	5
2. Context: groeiende uitdagingen in de JGZ	6
3. Stand van zaken	8
4. Korte termijn: Noodmaatregelen en herijking collectief regionaal aanbod	13
4.1 Verkenning van aanvullende maatregelen binnen het Collectief Regionaal Aanbod	13
4.2 Verkenning van aanvullende maatregelen binnen Lokaal Aanbod	16
5. Lange termijn: Vooruitkijken naar een Toekomstbestendige JGZ met de Basis op Orde	19
5.1 Digitalisering en inzicht in sturingsinformatie	19
5.2 Organisatorische hervormingen en personeelsbeleid	20
5.3 Financiële herijking en structurele aanpassingen	21

1. Inleiding: De uitdaging en de weg vooruit

De afgelopen jaren hebben we als organisatie ingrijpende maatregelen moeten nemen om de continuïteit van onze dienstverlening te waarborgen. Wat ooit als 'krap, maar knap' werd omschreven, is steeds meer onder druk komen te staan. De getroffen maatregelen waren noodzakelijk om de werkdruk beheersbaar te houden en de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) draaiende te houden binnen beperkte middelen. Tegelijkertijd kunnen we niet ontkennen dat veel van deze maatregelen in essentie verkapte afschalingen zijn geweest, met directe gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van zorg.

De druk op de organisatie blijft onverminderd hoog. De zorgketen loopt vast, de zorgvraag stijgt, ziekteverzuim blijft hoog en de arbeidsmarkt is krap. Dit wordt verergerd door een besparingsopgave vanaf 2027, zowel gemeentelijk als landelijk. Het verder afschalen van de JGZ is paradoxaal: door minder inzet op vroegsignalering en preventie worden problemen te laat opgepakt, waardoor de druk op de JGZ in de toekomst alleen maar verder stijgt. Bovendien is er onvoldoende verandercapaciteit om de bedrijfsvoering op orde te krijgen te midden van voortdurende wijzigingen vanuit het landelijke beleid en lokale veld.

In het traject Toekomstbestendige JGZ (TB JGZ) lag de nadruk op inhoudelijke doorontwikkeling en innovatie. Hoewel belangrijk, werd onvoldoende aandacht besteed aan de onderliggende processen en de inrichting van de bedrijfsvoering, die cruciaal zijn om de JGZ toekomstbestendig te maken. Zonder een stevige organisatorische basis kunnen inhoudelijke innovaties niet effectief worden doorgevoerd of duurzaam ingebed. Het is daarom essentieel om eerst de basis op orde te krijgen, zodat de JGZ zowel inhoudelijk als organisatorisch in staat is om flexibel in te spelen op toekomstige veranderingen.

De Bestuurscommissie Gezondheid heeft verzocht om een notitie waarin verschillende scenario's worden uitgewerkt, inclusief een toekomstperspectief met mogelijke oplossingsrichtingen. Dit document beschrijft welke maatregelen de afgelopen jaren zijn genomen, wat er nu nodig is, en welke stappen nog mogelijk zijn om te komen tot een toekomstbestendige JGZ. Verdere noodmaatregelen bieden geen structurele oplossing, maar houden ons vast in kortetermijnoplossingen zonder de kern van het probleem aan te pakken. Willen we voorkomen dat we in de toekomst belangrijke onderdelen van de dienstverlening niet meer kunnen uitvoeren, dan moeten we investeren in een stevige basis: een goed ingerichte, toekomstbestendige JGZ die in staat is om zich aan te passen aan veranderingen en nieuwe uitdagingen. Een veerkrachtige en flexibele JGZ is essentieel voor de lange termijn.

Investeren in jeugdgezondheidszorg betaalt zich ruimschoots terug. Uit het rapport 'Kosteneffectiviteit van de jeugdgezondheidszorg' (Dam, 2012) blijkt dat elke euro die in de JGZ wordt geïnvesteerd, minimaal 11 euro oplevert. Ook het rapport 'Investeren in opvoeden en opgroeien loont!' (Prinsen, 2025) bevestigt dit: vroegtijdig ingrijpen is effectiever en kostenefficiënter dan interventies op latere leeftijd. Preventieve maatregelen bij beginnende problematiek zijn aanzienlijk goedkoper dan ingrijpen wanneer problemen verergeren.

De keuzes die we nu maken, bepalen of we de jeugdgezondheidszorg niet alleen kunnen behouden, maar ook kunnen versterken en toekomstbestendig maken. Het is tijd om proactief te investeren in een sterke JGZ, zodat we met vertrouwen de toekomst tegemoet kunnen gaan, zonder telkens geconfronteerd te worden met noodmaatregelen om ongecontroleerde afschaling te voorkomen.

2. Context: groeiende uitdagingen in de JGZ

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) staat onder toenemende druk door de complexiteit van de samenleving, een groeiende zorgvraag en budgettaire beperkingen. In eerdere Toekomstbestendige JGZ (TB JGZ) financieringsscenario's is gekozen voor scenario 2 met een flexibele personeelsschil, met de veronderstelling dat afschaling in de toekomst niet nodig zou zijn. De ontwikkelingen in de afgelopen periode zorgen ervoor dat de eerder voorgestelde maatregelen niet voldoende zijn. In de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat de flexibele schil vanaf het begin volledig benut wordt, zonder voldoende extra capaciteit in tijden van krapte. Dit tekort aan extra capaciteit heeft geleid tot zowel operationele als strategische knelpunten, die zich op de volgende terreinen manifesteren:

• Maatschappelijke complexiteit en toenemende problematiek

De samenleving wordt gekarakteriseerd door snel veranderende en complexere vraagstukken, zoals armoede, psychische aandoeningen en vraag naar opvoedondersteuning. Deze ontwikkelingen vereisen een toenemende, intensievere en flexibelere inzet van de JGZ, waarvoor de huidige capaciteit onvoldoende is. Bovendien loopt de huidige zorgketen vast, wat leidt tot een grotere druk op de JGZ. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat dossiers langer door de JGZ gemonitord moeten worden vanwege het uitblijven van passende zorg of doorverwijzing. Initiatieven zoals Integraal Zorgakkoord (IZA) en Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) stimuleren regionale samenwerking, terwijl gemeenten lokaal maatwerk verlangen. Dit zorgt ervoor dat de JGZ op twee niveaus moet opereren: regionaal en lokaal. Ondanks dat lokaal aanbod separaat gefinancierd wordt, blijft de beschikbare capaciteit voor de benodigde inzet en coördinatie een uitdaging.

• Dynamiek in de onderwijssector en monitoring van jeugdigen

Veranderingen in het onderwijs, zoals flexibelere doorstroommogelijkheden, toenemend aantal zittenblijvers en een groeiend aantal leerlingen met extra ondersteuningsbehoefte, maken het steeds lastiger om jeugdigen structureel in beeld te houden. Dit vraagt om extra inzet van de JGZ, met name bij het monitoren van schoolverzuim en het bieden van passend advies en zorg. Door de toename van leerlingen met langdurig of frequent verzuim is er een grotere vraag naar verzuimspreekuren en consulten bij de jeugdarts. Dit gaat ten koste van de capaciteit voor reguliere preventieve contactmomenten, waardoor vroegsignalering en preventieve ondersteuning onder druk komen te staan. Zonder extra middelen en personele inzet wordt het steeds moeilijker om alle jeugdigen tijdig en adequaat te bereiken.

• Hoge werkdruk en hoog ziekteverzuim

De werkdruk binnen de JGZ is de afgelopen jaren aanzienlijk toegenomen door een groeiende en complexere zorgvraag en beperkte personeelscapaciteit. Hoewel er extra financiële middelen zijn toegewezen voor de toekomstbestendigheid van de JGZ, blijkt het meer tijd en middelen te kosten om de basis van de organisatie op het gewenste niveau te brengen. Door deze onvolledige basis is de inrichting van de JGZ niet in lijn met de vereiste zorg en processen, wat leidt tot inefficiënt werken en operationele tekorten. Bovendien is de beschikbare verandercapaciteit te klein, zowel in termen van beschikbare middelen als de benodigde vaardigheden om de noodzakelijke verbeteringen effectief door te voeren. Het tekort aan extra capaciteit verhoogt niet alleen de werkdruk, maar draagt ook bij aan een structureel hoog ziekteverzuim onder medewerkers.

• Diversiteit en complexiteit van het aanbod

Met meer dan 100 verschillende producten en interventies verspreid over 15 gemeenten, vraagt de JGZ om een veelzijdige aanpak. Deze diversiteit vereist een grotere personele en logistieke capaciteit dan momenteel beschikbaar is. De complexiteit van het huidige financieringsmodel leidt tot versnippering, waarbij zowel regionale als lokale financieringsstromen steeds meer verweven raken. Dit maakt het moeilijk om een stabiele begroting op te stellen, aangezien tijdelijke financiering meer administratieve lasten met zich meebrengt (aanvragen en verantwoorden), en de kwaliteit van de JGZ-dienstverlening per gemeente kan verschillen.

Een van de grootste uitdagingen is het werven van personeel met tijdelijke middelen uit lokaal maatwerk, terwijl de financiering jaarlijks wordt herzien. Dit maakt het lastig om medewerkers aan te trekken en te behouden, omdat professionals vaak niet kiezen voor een tijdelijke aanstelling. Tegelijkertijd voeren we binnen het regionale basispakket steeds meer taken uit waar geen vergoeding tegenover staat. Dit gaat ten koste van de capaciteit voor lokaal maatwerk, waardoor we soms niet volledig kunnen voldoen aan de gemaakte afspraken met gemeenten en in sommige gevallen zelfs middelen moeten terugbetalen. Dit spanningsveld zet de continuïteit van onze dienstverlening onder druk en vraagt om structurele oplossingen. Het is daarom essentieel om zowel het lokaal maatwerk als het collectief regionaal aanbod te herijken en gezamenlijk te bepalen hoe beide beter op elkaar kunnen aansluiten en toekomstbestendig ingericht kunnen worden.

• Gebrek aan sturingsinformatie

Om effectief te kunnen sturen en verantwoorden, heeft de JGZ behoefte aan betere en meer gerichte sturingsinformatie. Dit omvat data over zorgbehoeften, prestaties en het gebruik van middelen, die niet alleen helpen bij de dagelijkse operatie, maar ook bij strategische beslissingen. Het gebrek aan adequate en actuele sturingsinformatie bemoeilijkt het nemen van goed geïnformeerde beslissingen, wat de organisatie belemmert in het realiseren van haar doelen en het optimaal inzetten van de beschikbare capaciteit.

• Relatief lage financiering

De JGZ van VGGM moet haar taken uitvoeren met een relatief lage financiële bijdrage, wat de kwaliteit en continuïteit onder druk zet. De inwonersbijdrage die GGD Gelderland-Midden ontvangt, is structureel lager dan bij andere GGD'en met JGZ 0-18. Uit benchmarkonderzoek van Lysias-Advies (2022) blijkt dat GGD Gelderland-Midden een lage inzet in fte heeft en structureel minder financiële middelen ontvangt dan vergelijkbare GGD'en. Specifiek voor de JGZ blijkt dat VGGM, in vergelijking met andere GGD'en die de volledige JGZ 0-18 uitvoeren, vrijwel onderaan staat qua inwonerbijdrage (17^e van 18). Daarnaast is VGGM sterk afhankelijk van variabele inkomsten, terwijl de kosten grotendeels vastliggen. Dit maakt het lastig om zich te ontwikkelen en te blijven voldoen aan het Landelijk Professioneel Kader.

In de volgende hoofdstukken worden de noodzakelijke noodmaatregelen verder verkend, met als doel deze capaciteitsproblemen zowel incidenteel als structureel aan te pakken en de JGZ toekomstbestendig te maken.

3. Stand van zaken

Onder invloed van de coronapandemie (2020–2022), maatschappelijke ontwikkelingen zoals de instroom van vluchtelingen (inclusief de situatie rondom Oekraïne), de krappe arbeidsmarkt en de hoge uitvoeringsdruk, kwam de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) onder enorme druk te staan, waardoor in 2022 het afschalen van werkzaamheden onvermijdelijk werd. In samenwerking met de gemeenten werd destijds afgesproken dat een dergelijke situatie in de toekomst zoveel mogelijk voorkomen dient te worden. Om dit te realiseren zijn diverse maatregelen getroffen om de organisatie efficiënter in te richten. Hoewel deze ingrepen hebben bijgedragen aan een meer doelmatige werking, blijken de structurele maatregelen niet afdoende om de dienstverlening in de huidige vorm vol te kunnen houden. De basis van de JGZ is nog niet op orde en dit leidt regelmatig tot afwegingen en daaruit voortvloeiende noodmaatregelen die het wettelijk vastgestelde basispakket onder druk zetten.

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de structurele en tijdelijke maatregelen die de afgelopen jaren zijn doorgevoerd. In eerste instantie volgt een overzicht van de reeds genomen maatregelen, waarna per categorie de specifieke interventies worden toegelicht.

3.1 Overzicht reeds genomen maatregelen

Om de impact op het zorgaanbod voor inwoners/jeugd te beperken, is de afgelopen jaren gekozen voor diverse structurele maatregelen, noodoplossingen en aanpassingen in de bestaande werkwijzen. De maatregelen kunnen grofweg worden ingedeeld in de volgende categorieën

A. Structurele Maatregelen 0-4

Dit zijn structurele maatregelen voor 0-4 die zijn doorgevoerd in de periode van 2019-2024:

Maatregel	Jaar van invoering	Effect op dienstverlening	Gevolgen voor werkdruk
Afschaffen standaard 4-maanden contactmoment (CM).	2019	Minder standaard contactmomenten voor ouders	Minder consulttijd, verhoogde druk op andere contactmomenten
Planverlies/onvoorzien is voor medewerkers uit de capaciteitsberekening gehaald	2019	Verminderde flexibiliteit in planning	Hogere werkdruk bij onvoorziene situaties
Terugbrengen huisbezoek 2-weken van 120 naar 90 min	2020	Kortere consulttijd	Hogere werkdruk, minder ruimte voor zorg op maat
CHAT-toepassing is toegevoegd aan de reguliere takenpakket van de jeugdverpleegkundige (JV)	2021	Gevarieerder aanbod dienstverlening en laagdrempeligere zorg voor ouders.	Deze maatregel wordt sindsdien meegenomen in capaciteitsberekening. Hogere werkdruk. Er staat geen financiering tegenover
Afschaffen 7-maanden CM	2022	Minder preventieve signaleringen minder standaard contactmomenten voor ouders	Verhoogde druk op overige reguliere contactmomenten en extra zorg hoger dan normering
Afschaffen 18-maanden CM. Indicatief cm was mogelijk voor peuters. Dit werd voor 59% van de kinderen 1-2 jarigen berekend t/m 2022, en is vanaf 2023 naar 25% gegaan.	2022	Minder preventieve signalering	Verhoogde druk op overige reguliere contactmomenten en extra zorg hoger dan normering

Afschaffen indicatief 4 maanden CM bij zuigelingen	2022	Minder contactmomenten ouders	Mogelijk latere signalering van problematiek
De huidige no-show berekening van 10% voor lage sociaal economische status (SES)-wijken is onvoldoende	2023-2024	Doordat vaak de meest kwetsbare gezinnen als "no show" worden geregistreerd, is er noodzaak deze contacten alsnog in te halen.	Hogere werkdruk
De taken van de jeugdartsen (JA) zijn zoveel mogelijk overgeheveld naar JV om de beperkte capaciteit van de JA efficiënter in te zetten.	2023-2024	Dit laat weinig ruimte voor consultmogelijkheden voor de JV bij vragen aan de JA.	Dit resulteert in een krap georganiseerde organisatie. Bij het uitvallen van JA zijn er direct grote gevolgen omdat bepaalde taken niet door de JV kunnen worden overgenomen.

B. Structurele maatregelen 4-18

Dit zijn structurele maatregelen die zijn doorgevoerd voor 4-18 in de periode 2022 – 2023:

Maatregel	Jaar van invoering	Effect op leerlingen	Gevolgen voor personeel
Stopzetten Publiek Gezondheidsonderzoek (PGO) 14-jarigen in voortgezet speciaal onderwijs(VSO)	2022	Geen periodiek onderzoek voor deze groep	Minder werkdruk, maar mogelijk gemiste problematiek
Alleen kinderen <18 jaar op ROC gezien	2022	Jongeren 18+ ontvangen geen JGZ-zorg, wat kan leiden tot gemiste zorg voor deze groep.	Lagere werklust voor personeel, doordat de zorg niet meer gericht is op jongeren 18+.
Publiek Gezondheidsonderzoek bij 10- en 11-jarigen in speciaal basisonderwijs (SBaO)/speciaal onderwijs (SO) wordt niet meer standaard uitgevoerd	2023	Minder screenings op gezondheidsrisico's	Lagere werklust, maar risico op late signalering
Overgang naar triage in VMBO klas 1 en 3	2023	Niet alle leerlingen worden gezien	Efficiëntere inzet van middelen

C. Noodmaatregelen 0-4 zomer 2022

Dit zijn tijdelijke noodmaatregelen die zijn doorgevoerd voor kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar in de zomer van 2022. Deze maatregelen zijn allemaal weer teruggedraaid.

Maatregel	Effect op kinderen en ouders	Gevolgen voor personeel
Telefonische Vragenlijn 0-4 sluiten	Minder directe toegang voor ouders van kinderen van 0-4 jaar tot de JGZ, mogelijk verminderde toegankelijkheid voor vragen.	Verminderde werkdruk voor personeel van de telefonische lijn, maar verhoogde druk op alternatieve communicatiekanalen zoals de 'groeigids chat' en contact met het eigen CB.
Huisbezoek bij 2 weken na de geboorte niet voor alle kinderen in de thuissituatie uitvoeren	Risico's op gemiste signalen bij kinderen die geen huisbezoek krijgen.	Tijdwinst voor medewerkers door vervangende contactmomenten via beeldbellen of op het bureau, minder fysiek werk.
Samenvoegen contactmomenten 3 jaar en het 3 jaar 9 maanden contactmoment tot 1 contactmoment met 3 jaar en 6 maanden.	Betreft alleen de reguliere lijn (=70% van de kinderen die zich goed ontwikkelen). De combinatie van het 3 jaar en het 3 jaar 9 maanden contactmoment kan leiden tot een gemiste kans voor vroegtijdige signalering bij specifieke groepen.	Verminderde werkdruk voor medewerkers doordat minder contactmomenten worden uitgevoerd.
Verminderen voorlichtingen en overleggen niet-kind gebonden	Ouders krijgen minder informatie en ondersteuning, wat gevolgen kan hebben voor preventieve zorg. Reductie met 50%.	Lagere werkdruk voor medewerkers door minder voorlichtingsavonden en overleggen, maar mogelijk gemiste kansen voor ouderbetrokkenheid.
Minder uitbreiding prenataal huisbezoek dan voorgesteld	Beperktere toegang voor zwangere vrouwen tot prenatale huisbezoeken, wat de kans op vroegtijdige signalering vermindert.	Verminderde werkdruk door het niet uitvoeren van extra prenatale huisbezoeken, met focus op toeleiding door prenatale zorg en het sociale domein.
Verminderde inzet lokaal aanbod	Minder zorg en ondersteuning voor specifieke lokale behoeften in overleg met gemeenten. Reductie van inzet 25%	Werkdruk verschuift naar meer regionaal aanbod, mogelijk met een effect op de flexibiliteit in de uitvoering van lokaal aanbod.

D. Noodmaatregelen 4-18 voor schooljaar 2022-2023

Dit zijn tijdelijke noodmaatregelen die zijn doorgevoerd voor kinderen in de leeftijd van 4-18 jaar voor schooljaar 2022-2023.

Maatregel	Effect op leerlingen	Gevolgen voor personeel
Het SO entreeonderzoek is verkort	Minder uitgebreide screening van nieuwe leerlingen in het SO, wat kan leiden tot gemiste signalen.	Tijdwinst voor medewerkers die het entreeonderzoek uitvoeren, maar met minder gedetailleerde gegevens.
De indicatiecriteria klas 2 zijn aangescherpt	Minder leerlingen worden uitgenodigd voor screening, wat kan leiden tot onderdiagnose van bepaalde gezondheidsproblemen.	Verminderde werkdruk door minder uitnodigingen.
In klas 3 is overgestapt van 100% screening naar triage	Minder leerlingen krijgen een volledige screening, wat kan leiden tot het missen van risicoleerlingen.	Lagere werkdruk voor medewerkers, doordat de triage minder tijdrovend is dan de volledige screening.

Het PGO voor klas 4 wordt niet uitgevoerd	Leerlingen in klas 4 ontvangen geen persoonlijk gezondheidsoverzicht, wat kan leiden tot een gemiste kans voor preventieve zorg.	Verminderde werkdruk voor medewerkers die normaal gesproken het PGO uitvoeren..
Voor leerlingen niet-verschenen zonder bericht (NVZB) wordt direct een brief verstuurd in plaats van herhaalde uitnodigingen	Leerlingen krijgen minder kans om te reageren, wat kan leiden tot lagere betrokkenheid en vertraging in het contact.	Verminderde werklast door minder herhaalde uitnodigingen, maar mogelijk meer werk om de juiste communicatie en administratie te beheren.

E. Noodmaatregelen 4-18 voor schooljaar 2023–2024

Dit zijn tijdelijke noodmaatregelen die zijn ingevoerd voor kinderen van 4 tot 18 jaar voor het schooljaar 2023-2024. Ondanks de getroffen maatregelen is het helaas niet gelukt om alle leerlingen te bereiken. In totaal zijn er 900 leerlingen minder gezien, met betrekking tot leerjaar 1 van het VMBO en leerjaar 2 van het MHV. Dit komt neer op ongeveer 6% van het totaal aantal leerlingen. Het is niet mogelijk om de gemiste gezondheidsonderzoeken in het volgende schooljaar in te halen, aangezien er dan nieuwe cohorten leerlingen zijn die ook gezien moeten worden. Ouders en scholen hebben echter altijd de mogelijkheid om leerlingen waar zorgen over zijn alsnog aan te melden, zodat een contactmoment kan worden ingepland.

Maatregel	Effect op leerlingen	Gevolgen voor personeel
De JA richt zich uitsluitend op complexe en medische problematiek, terwijl de JV de meeste overige taken overneemt, ook voor VSO-scholen.	Beperkte toegang voor leerlingen met niet-medische zorgbehoeften tot JA. VSO-scholen krijgen mogelijk minder ondersteuning voor bredere zorgbehoeften.	Minder JA nodig, maar verhoogde werkdruk voor JA door dat ze alleen nog maar kinderen met complexe problematiek zien. Verhoogde werkdruk voor JV-medewerkers die een groter aantal taken moeten afhandelen, inclusief voor VSO-scholen.
Vervolgonderzoeken bij leerlingen in klas 1 t/m 4 worden selectiever uitgevoerd.	Minder vervolgonderzoeken voor leerlingen, wat kan leiden tot een verhoogd risico op gemiste zorgbehoeften bij risicoleerlingen.	Verhoogde druk op medewerkers die de selectie voor vervolgonderzoeken moeten maken, omdat het criterium selectiever wordt. Er kan ook meer administratieve afstemming nodig zijn om de juiste leerlingen te selecteren.

F. Noodmaatregelen voor schooljaar 2024–2025

Dit zijn tijdelijke noodmaatregelen die zijn doorgevoerd voor leerlingen in de leeftijd van 4-18 jaar voor schooljaar 2024-2025.

Maatregel	Effect op leerlingen	Gevolgen voor personeel
In het voortgezet onderwijs (VO) bij VMBO-klassen 1 en 3: leerlingen krijgen wel 100% van een screening (Check), maar obv triage wordt 30% daadwerkelijk gezien.	Minder leerlingen krijgen een daadwerkelijk face-to-face contact, wat kan leiden tot gemiste signalen bij risicoleerlingen.	Verhoogde werkdruk voor de medewerkers die de screenings uitvoeren, aangezien ze beperkt tijd hebben voor de face-to-face contacten.
In het (VO) zijn de indicatiecriteria voor uitnodigingen aangescherpt, waardoor het percentage uitgenodigde leerlingen is gedaald van 35% naar 28%. Op het MAVO/HAVO/VWO (MHV) 2 zijn ook de criteria aangescherpt, waardoor meer leerlingen met relatief complexere problemen door DA worden gezien in plaats van door JV.	Minder leerlingen worden uitgenodigd, wat kan leiden tot een lagere dekking van de zorg. Risico dat kwetsbare leerlingen niet worden bereikt. Werkdruk voor DA toegenomen.	We hebben minder capaciteit op afdelingsniveau nodig. De werkdruk verandert niet, of wordt juist hoger omdat de kinderen die gezien worden door de JV complexere problemen hebben welke in dezelfde tijd moeten worden opgelost.
Kinderen met stabiel overgewicht worden niet meer standaard opgeroepen.	Kinderen met stabiel overgewicht kunnen geen preventieve zorg of begeleiding ontvangen, wat kan leiden tot gemiste kansen voor gezondheidspreventie.	Minder administratieve belasting en afname van het aantal oproepbezoeken voor het personeel.
Ouders die geen triageformulier hebben ingevuld, worden niet langer twee keer benaderd; zij ontvangen slechts één brief met de optie om zelf contact op te nemen. Bij onderwijsachterstandenbeleid (OAB)-scholen wordt echter nog wel telefonisch contact opgenomen door de jeugdverpleegkundige, omdat de kans groter is dat ouders daar de brief niet kunnen lezen of de taal niet machtig zijn. Dit is bedoeld om kansengelijkheid te bevorderen.	Ouders worden minder goed bereikt, wat de betrokkenheid en tijdige zorg voor het kind kan verminderen.	Verminderde werkdruk voor medewerkers die normaal gezien meerdere keren contact opnemen, maar mogelijk meer onvolledige dossiers en reacties.

4. Korte termijn: Noodmaatregelen en herijking collectief regionaal aanbod

4.1 Verkenning van aanvullende maatregelen binnen het Collectief Regionaal Aanbod

Binnen de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) bevinden we ons al geruime tijd in een uitdagende situatie. Ondanks de maatregelen die in de afgelopen jaren zijn genomen (zie hoofdstuk 3), blijkt het moeilijk om de basisdienstverlening op het gewenste niveau te behouden binnen de beschikbare capaciteit en financiering. Voor de komende periode blijkt het niet mogelijk om de planning rond te krijgen.

Dit gaat verder dan incidenteel een contactmoment afzeggen of een spreekuur verplaatsen; er zijn meer langdurige maatregelen nodig. Hoewel eerder is uitgesproken dat we 'nooit meer mogen afschalen', blijkt dat we op sommige onderdelen op dit moment tijdelijk de dienstverlening zullen moeten beperken, totdat hier een structurele oplossing voor is. Sinds dit jaar zijn we bijvoorbeeld in de capaciteitsberekening rekening gaan houden met hogere normering voor Extra Zorg van de jeugdartsen. In het verleden namen we 1 extra contactmoment mee voor 15% van alle kinderen 0-4, maar we zien al een aantal jaar dat dit in de praktijk naar de 19% gaat. We hebben onderzocht of hierop gestuurd kon worden, maar hieruit bleek dat door de toenemende complexiteit van de zorg en groeiende zorgvraag geen verlaging mogelijk is.

Om realistisch te plannen is sinds dit jaar deze normering verhoogd naar 19% terwijl we hier geen extra financiering voor ontvangen. Daarnaast ligt het ziekteverzuim momenteel, gemiddeld genomen, 2% hoger dan in de begroting is aangenomen. Een interne taskforce is opgericht om het verzuim structureel omlaag te brengen. Uit een eerste analyse blijkt dat de oorzaken van het verzuim niet eenvoudig op te lossen zijn. De verwachting is dat het verzuim pas in de loop van 2026 gaat dalen. Dit samen zorgt voor krapte binnen de beschikbare capaciteit en leidt ertoe dat we op dit moment andere maatregelen moeten nemen om dit gat op te vullen.

De maatregelen die in dit hoofdstuk worden besproken, zijn tijdelijke noodmaatregelen die we liever niet zouden nemen, maar die we overwegen omdat we bepaalde kernactiviteiten niet meer kunnen uitvoeren. Deze maatregelen betreffen onderdelen van de dienstverlening die, hoewel belangrijk, op dit moment de minste impact hebben op de continuïteit van zorg. Het doel is om de werkdruk te verlichten en tegelijkertijd onze basisdienstverlening zo veel mogelijk op peil te houden, met de intentie om deze diensten in de toekomst weer volledig te hervatten zodra de situatie dat toelaat.

Voor de middellange termijn gaat onze voorkeur uit naar een herijking van zowel het regionale als het lokale aanbod, zodat onze dienstverlening op lange termijn effectief en duurzaam kan blijven bestaan. Dit is ook afgesproken in het traject Toekomstbestendige GGD/JGZ. Gezien de reeds afgesloten contracten voor dit jaar zal dit echter pas effect kunnen sorteren vanaf 2026. In paragraaf 4.2 gaan we verder op deze voorstellen in.

Voorgestelde noodmaatregelen 0–4 jaar

Om de jeugdgezondheidszorg op dit moment met de huidige middelen voort te zetten, moeten we kiezen: óf we schalen bepaalde werkzaamheden tijdelijk af, óf we zoeken extra financiering om de capaciteit tijdelijk uit te breiden. Het totale pakket aan noodmaatregelen die we hieronder hebben beschreven, zorgen ervoor dat we binnen de bestaande capaciteit kunnen blijven werken, maar dat betekent wel een aangepaste dienstverlening.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de voorgestelde noodmaatregelen voor de JGZ in de leeftijd van 0-4 jaar, inclusief de verwachte effecten op kinderen en ouders, evenals de gevolgen voor het personeel.

Maatregel	Effect op kinderen en ouders	Gevolgen voor personeel
C-attenties (medische brieven) door JV in plaats van JA. Dit gaat om de afhandeling van ontvangen medische brieven van zorgprofessionals bijvoorbeeld in reactie op een verwijzing.	Mogelijk langere doorlooptijd bij afhandeling van C-attenties in digitaal dossier.	Taakherschikking verlaagt werkdruk voor jeugdartsen, maar JV's hebben minder medische expertise, waardoor extra scholing of afstemming met jeugdartsen nodig kan zijn.
De Telefonische Vragenlijn 0-4 sluiten	De toegankelijkheid van de JGZ is een cruciale pijler. Dit kan echter voor een deel opgevangen worden door de 'groeigids chat' en door het contact met het eigen CB (via mail, whatsapp, of het inloopsprek uur) te verhogen. Dit kan de druk op het CB en huisartsen verhogen.	Vermindering van directe vragenafhandeling verlaagt werkdruk, maar kan leiden tot meer consulten en een verschuiving van de werkdruk.
12 mnd contactmoment inkorten van 20 naar 10 minuten voor kinderen in de reguliere zorglijn (70% van de kinderen). Voor deze kinderen alleen een vaccinatieconsult.	Voor kinderen in de G-lijn (voor wie extra medische aandacht nodig is) geen verandering. Voor andere kinderen alleen vaccinatieconsult, geen gelegenheid voor het stellen van vragen. Dit kan de druk op het CB op andere momenten verhogen en de druk op huisartsen verhogen. Door het ontbreken van lichamelijk onderzoek verhoogd risico dat gezondheids- of ontwikkelingsproblemen niet tijdig worden gesignaleerd bij deze groep.	Tijdsbesparing in deel van contactmomenten maar hogere werkdruk door veel 10 minuten contactmomenten en het moeten afwijzen/verplaatsen van vragen van ouders.
Verkorting van het 3 maanden CM jeugdarts (JA) van 30 naar 20 min	Kortere gesprekken maar gespreksstof blijft hetzelfde.	Meer consulten per spreekuur, hogere werkdruk

Taakherschikking extra zorgcontacten bij de indicatie spraaktaalontwikkeling (STO) structureel aangepast. Het beoordelen van de STO kan in veel gevallen ook door de JV gebeuren.	Ze komen bij JV en niet bij de JA voor een extra CM voor deze indicatie.	Efficiëntere inzet van expertise. Verminderde belasting voor jeugdartsen, betere spreiding van taken
---	--	--

Voorgestelde noodmaatregelen 4–18 jaar voor schooljaar 2024-2025

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de voorgestelde noodmaatregelen voor het schooljaar 2024-2025 voor leerlingen van 4-18 jaar, inclusief de verwachte effecten op de leerlingen en de gevolgen voor het personeel.

Maatregel	Effect op leerlingen	Gevolgen voor personeel
In het SBaO worden geen 10- en 11-jarigen meer standaard gezien.	Verhoogd risico dat gezondheidsproblemen niet tijdig worden gesignaleerd bij deze doelgroep.	Verminderde belasting voor het personeel.
In het SO worden geen entreeonderzoeken uitgevoerd en ook geen 10- en 11-jarigen meer benaderd.	Verhoogd risico dat gezondheidsproblemen niet tijdig worden gesignaleerd bij deze doelgroep.	Verminderde belasting voor het personeel.
In het VSO worden geen 14-jarigen meer gezien.	Verminderde gezondheidsmonitoring voor deze groepen, mogelijk mislopen van belangrijke signalen van fysieke of mentale problemen.	Besparing in tijd voor het personeel.

Conclusie

Het ziekteverzuim ligt momenteel, gemiddeld genomen, 2%-punt hoger dan in de begroting is aangenomen. Een interne taskforce is opgericht om het verzuim structureel omlaag te brengen. Uit een eerste analyse blijkt dat de oorzaken van het verzuim niet eenvoudig op te lossen zijn. De verwachting is dat het verzuim pas in de loop van 2026 gaat dalen. Om geen noodmaatregelen te hoeven treffen is meer formatie nodig dan in de begroting is voorzien, het financiële effect hiervan in 2025 en 2026 is in totaal € 800.000,-. Extra financiering leidt echter niet direct tot een oplossing, omdat het vinden van geschikt personeel een uitdaging blijft. We kunnen als organisatie dan ook geen garanties geven dat extra middelen direct leiden tot meer personele inzet.

Gevraagd besluit

In de huidige situatie is het leveren van alle diensten zoals de JGZ dat nu doet, niet meer haalbaar. Er zal een keuze gemaakt moeten worden:

- Willen we de dienstverlening aanpassen aan de beschikbare capaciteit door het totale pakket aan voorgestelde noodmaatregelen door te voeren?
- Of wordt er extra financiering toegekend voor 2025 en 2026 om (waar mogelijk) capaciteit uit te breiden?

Beide keuzes hebben consequenties voor de JGZ en vragen om een bewuste afweging van prioriteiten en haalbaarheid. We vragen de gemeenten om hier een beslissing over te nemen.

Indien wordt gekozen voor extra financiering of het invoeren van noodmaatregelen, hanteren wij de volgende uitgangspunten:

1. **Aanvullende noodmaatregelen bij verslechtering van de situatie:** Mocht de situatie verder verslechteren en de huidige maatregelen niet toereikend blijken, dan kan het nodig zijn aanvullende stappen te zetten om de continuïteit van de dienstverlening te waarborgen totdat een structurele oplossing is gevonden.
2. **Flexibiliteit in de keuze en uitvoering van maatregelen:** De voorgestelde maatregelen zijn tijdelijk en kunnen waar nodig worden aangepast op basis van de ontwikkelingen en de voortgang van de implementatie.
3. **Duurzaam inzetten van extra financiering:** Indien de situatie verbetert, blijft de toegekende financiering gericht op het versterken en stabiliseren van de dienstverlening. Extra geworven capaciteit kan niet direct worden afgebouwd, omdat het personeel onder contracten valt. Wel streven we ernaar in dat geval transparant te verantwoorden hoe de extra middelen bijdragen aan een betere en efficiëntere dienstverlening.

4.2 Verkenning van aanvullende maatregelen binnen Lokaal Aanbod

Om de basis op orde te krijgen zijn we onder het programma Toekomstbestendige JGZ gestart met het project Herijken Collectief Regionaal Aanbod JGZ.

De doelstellingen van dit project zijn als volgt:

- Het verkrijgen van inzicht in de ontwikkeling van de productenportefeuille en de impact hiervan op de JGZ-processen.
- Het maken van onderbouwde keuzes voor de noodzakelijke bijstellingen binnen de productenportefeuille.
- Het realiseren van een breed regionaal verankerd aanbod, aangevuld met lokale producten die niet in een regionale context kunnen worden georganiseerd.

Op basis van de huidige analyse is een gedetailleerd overzicht opgesteld van de omvang en categorisering van de producten binnen het lokale aanbod. Dit biedt de mogelijkheid om, met het oog op 2026, weloverwogen keuzes te maken over producten die niet langer binnen het lokale aanbod zullen worden uitgevoerd. Hierbij wordt de schaalgrootte van de uitvoering als belangrijke afwegingsfactor beschouwd.

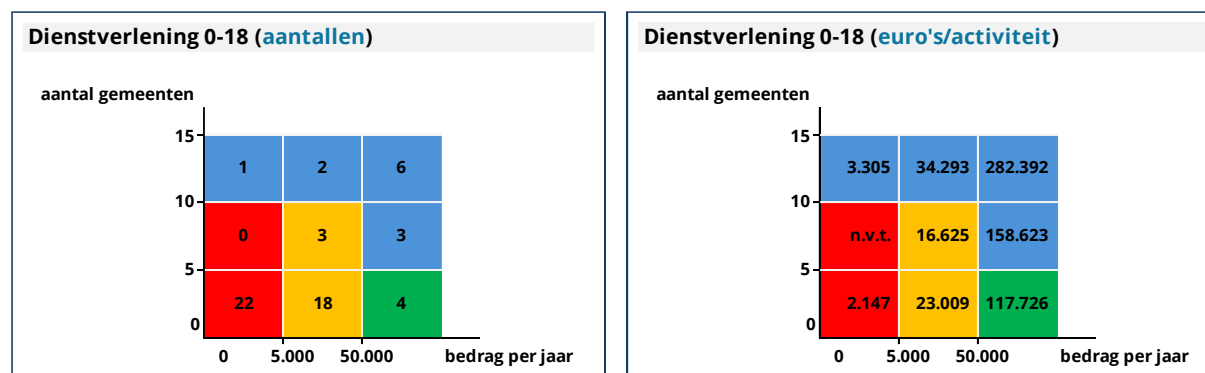
Uit de analyse blijkt dat er 22 producten zijn die slechts in vijf gemeenten worden uitgevoerd (gemarkeerd in rode cellen in figuur 1). Deze producten hebben een gemiddelde inkoopwaarde van minder dan 5.000 euro. Gezien de beperkte afname en de hoge uitvoeringskosten, wordt geadviseerd om deze producten per 2026 niet meer uit te voeren. Voorbeelden hiervan zijn Boekstart, lokale cursussen en kleinschalige overleggen voor enkele gemeenten.

Voor 21 andere producten (oranje cellen in figuur 1) wordt voorgesteld om te heroverwegen of deze activiteiten, gezien het beperkte aantal afnemende gemeenten, doorgang moeten vinden. Hierbij kan gedacht worden aan Vve activiteiten, logopedische activiteiten en videohometraining.

Daarnaast zijn er 12 producten (blauwe cellen in figuur 1) die substantieel zijn in omvang, zowel in het aantal afnemende gemeenten (>2/3 van de gemeenten) en/of de bijbehorende kosten. Het is te overwegen om deze producten over te hevelen naar het regionale aanbod, aangezien dit kan leiden tot aanzienlijke kostenbesparingen door een efficiëntere en effectievere organisatie van de processen. Hierbij kan gedacht worden aan Voorzorg, indicatiehuisbezoeken en spreekuur uren.

Er zijn 4 producten (groene cellen in figuur 1) die een omvang hebben die kostendekkend is in de overheadkosten (meer dan €50.000) en zijn daarmee financieel duurzaam binnen het lokale aanbod. Deze producten vervullen een belangrijke rol in de lokale context en bieden waarde die niet eenvoudigweg kan worden overgenomen door het regionale aanbod.

Figuur 1: Overzicht Lokale dienstverlening 0-18: Herijking en Advies



Legenda

- Advies is om met deze activiteiten te stoppen omdat de administratieve lasten niet opwegen tegen de baten
- Heroverweging plaats laten vinden of activiteit uitgevoerd moet worden door JGZ gezien het beperkt aantal afnemers
- Heroverwegen of deze activiteit binnen het lokaal aanbod plaats moeten vinden of in het regionale aanbod gezien omvang in euro's en aantal afnemers
- Behouden in het lokaal aanbod

In het overzicht is gewerkt met verschillende financiële trappen: €0 - €5.000, €5.000 - €50.000 en >€50.000. Dit betekent dat minimaal €5.000 aan bijkomende kosten nodig is om de uitvoering van een product kostendekkend te laten zijn, exclusief de personele kosten van de betrokken professionals. Dit bedrag kan worden bereikt door de schaal waarop het product wordt aangeboden (het aantal deelnemende gemeenten) en/of de kosten van het product zelf.

De noodzakelijke herijking van het lokale aanbod is een belangrijke stap in het versterken van het regionale aanbod en het bevorderen van een efficiëntere JGZ. De JGZ wordt zowel regionaal als lokaal gefinancierd, wat leidt tot versnippering, verschillen tussen gemeenten en hogere administratielasten. Dit bemoeilijkt structurele investeringen in personeel, preventie en innovatie. Herijking van het regionale aanbod is essentieel voor een sterk basisaanbod, lokaal maatwerk en duurzame financiering, ondersteund door meerjarenafspraken. Dit sluit aan bij het IZA en GALA, die gelijke toegang tot preventieve zorg bevorderen en tegelijkertijd regionale samenwerking vragen.

Hoewel gemeenten hebben besloten dit jaar niet te investeren in collectieve preventie, samenwerking in het sociaal domein en de adviesfunctie van de JGZ via keuzemodules, zijn deze bouwstenen essentieel voor de toekomstbestendigheid van de JGZ en vergen additionele financiering. De belangrijkste bouwstenen zijn:

- **Meer inzet op collectieve preventie:** JGZ en AGZ moeten risicogroepen identificeren en preventieve maatregelen nemen, wat de samenwerking binnen de GGD versterkt en gezondheidsverschillen verkleint.
- **Sterkere samenwerking sociaal en medisch domein:** Intensieve samenwerking tussen JGZ, sociaal domein (jeugdhulp, onderwijs) en medisch domein (huisartsen, jeugd-GGZ) is nodig om gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren en integraal aan te pakken, wat duurdere zorg voorkomt.
- **Adviesfunctie gemeenten:** Gemeenten vragen steeds vaker om gegevens en analyses van de JGZ om het preventie- en jeugdbeleid te ondersteunen. Dit vraagt niet alleen om het verzamelen en aanleveren van data, maar ook om diepgaande analyses en adviezen op maat. Hoewel deze taak van cruciaal belang is voor het toekomstbestendig maken van het beleid, leidt de toenemende vraag naar data en advies tot een stijging van de werkdruk binnen de JGZ. Onze rapportages en monitors voor gemeenten worden steeds uitgebreider en professioneler maar de ontwikkelingen en capaciteit die dit vergt wordt tot nu toe onvoldoende doorberekend naar gemeenten.

Bovenstaande bouwstenen zijn onmiskenbaar verbonden met het IZA, GALA en de Hervormingsagenda Jeugd, die streven naar een integrale aanpak van jeugdzorg en gezondheid, met de JGZ als verbindende schakel.

Gevraagd besluit

Wij vragen gemeenten om actieve betrokkenheid, via het ambtelijke overleg PG (of indien gewenst in een werkgroep in opdracht van de Bestuurscommissie Gezondheid), bij de implementatie van de adviezen vanuit het project 'Herijken Collectief Regionaal Aanbod'. In het tweede kwartaal van 2025 ronden we de onderzoeksfase van het project 'Herijken Collectief Regionaal Aanbod JGZ' af en stellen voor om daarna met de gemeenten in gesprek te gaan over de resultaten en vervolgvorstellen.

5. Lange termijn: Vooruitkijken naar een Toekomstbestendige JGZ met de Basis op Orde

Een toekomstbestendige Jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan alleen worden gebouwd op een solide fundament. Op dit moment ontbreekt dat fundament: de basis is niet op orde.

In het recente verleden is de inhoud altijd leidend geweest in de besluitvorming. De dienstverlening aan inwoners heeft daardoor de prioriteit gekregen zonder dat de bedrijfsvoering hierin voldoende heeft kunnen meegroeien. Tot op heden heeft de inwoner weinig hinder ondervonden van het niet op orde zijn van de basis. Dit is echter niet langer houdbaar. We komen nu op een punt waarop we steeds vaker contactmomenten en gesprekken moeten afzeggen of inkorten vanwege een tekort aan middelen – zowel in tijd als financiële ruimte.

Wat betekent het dat de basis niet op orde is? Er is onvoldoende sturingsinformatie om weloverwogen beslissingen te nemen, de organisatiestructuur is niet optimaal ingericht, en de financiële randvoorwaarden zijn ontoereikend. Dit leidt niet alleen tot inefficiëntie, maar vormt dus ook een risico voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Het betekent dat elke innovatie of doorontwikkeling in feite wordt opgebouwd op een wankelende basis, wat de effectiviteit en duurzaamheid ervan in gevaar brengt. De prioriteit moet daarom liggen bij het op orde brengen van de basis, voordat verdere stappen in ontwikkeling en innovatie kunnen worden gezet.

Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen welke aspecten versterkt moeten worden om een stabiele basis te creëren.

5.1 Digitalisering en inzicht in sturingsinformatie

De JGZ kampt momenteel met een gebrek aan sturingsinformatie. Zonder duidelijke data over wat er gebeurt binnen het regionale aanbod, waar knelpunten liggen en hoe middelen effectief worden ingezet, is het lastig om de zorg en processen bij te sturen. Digitalisering en een robuuste informatie-infrastructuur vormen de kern van een toekomstbestendige JGZ.

Belangrijke bouwstenen binnen dit aandachtsgebied:

- **Technisch fundament op orde brengen:** Op dit moment is de manier waarop gegevens over de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) zijn opgeslagen en georganiseerd verouderd en omslachtig. Dit zorgt ervoor dat het veel tijd kost om de juiste informatie op te halen en dat het lastig is om nieuwe inzichten te ontwikkelen. Hierdoor kunnen belangrijke vragen vanuit de JGZ en adviesvragen vanuit de gemeenten niet goed beantwoord worden en moeten sommige rapportages nog steeds handmatig worden gemaakt.

Om dit op te lossen, is het nodig om een overzichtelijke en goed gedocumenteerde dataomgeving te creëren. Dit betekent dat alle gegevens op één centrale plek komen te staan, met duidelijke afspraken over definities en structuren. Zo wordt het makkelijker om snel betrouwbare informatie te leveren en betere besluiten te nemen.

- **JGZ-informatievoorziening:** De JGZ werkt dagelijks aan de gezondheid en ontwikkeling van kinderen. Om dit goed te kunnen doen, is het belangrijk dat medewerkers op een slimme en soepele manier van informatie voorzien kunnen worden. Op dit moment lopen we tegen beperkingen aan: veel digitale oplossingen zijn in de afgelopen jaren los van elkaar bedacht, waardoor systemen niet goed samenwerken en processen onnodig ingewikkeld zijn geworden. Dit maakt het lastiger om efficiënt te werken en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen. Daarom is een duidelijke digitale strategie nodig, met een stapsgewijze aanpak om deze te realiseren.

Een van de belangrijkste verbeterpunten is het versterken van de sturingsinformatie. Er is een grote behoefte aan overzichtelijke en toegankelijke data, ondersteund door duidelijke meetbare doelen. Dit helpt beleidsmakers en managers om beslissingen te baseren op feiten, risico's beter te beheersen en tijdig bij te sturen waar nodig. Door betrouwbare en real-time informatie beschikbaar te maken, kunnen we de JGZ beter afstemmen op de realiteit en zorgen voor effectievere zorg en ondersteuning.

In 2025 wordt vanuit VGGM onderzocht welke verbeteringen nodig zijn om ons digitale systeem toekomstbestendig te maken. Dit gaat niet alleen over het digitale kinddossier, maar o.a. ook over de manier waarop we gegevens uitwisselen, planningen maken en samenwerken met scholen. Een concreet voorbeeld hiervan is het gebruik van digitale vragenlijsten in het basisonderwijs. Door deze vragenlijsten direct en veilig te koppelen aan de JGZ-systemen, kunnen we efficiënter werken, beter inspelen op de behoeften van kinderen, op een veilige manier, en AVG-compliant, omgaan met de gegevens van kinderen (en hun privacy) en tijd besparen voor zowel scholen als JGZ-medewerkers.

Een robuuste, veilige en wendbare digitale ondersteuning helpt JGZ-medewerkers om zich te focussen op hun kerntaak: het begeleiden en ondersteunen van kinderen en gezinnen. Technologische verbeteringen moeten altijd een middel zijn om de JGZ-dienstverlening te versterken en administratieve lasten te beperken. Door digitalisering slim in te zetten, zorgen we ervoor dat professionals hun werk met meer gemak en plezier kunnen doen, terwijl de JGZ als geheel klaar is voor de toekomst.

5.2 Organisatorische hervormingen en personeelsbeleid

De organisatie van de JGZ functioneert momenteel onder hoge druk. Het ziekteverzuim is structureel te hoog en de werkdruk blijft stijgen. Dit wordt deels veroorzaakt door een inefficiënte organisatiestructuur, maar ook door externe factoren zoals het vastlopen van de zorgketen en de huidige situatie op de arbeidsmarkt, waar het vinden van voldoende en geschikt personeel een uitdaging blijft.

Belangrijke bouwstenen binnen dit aandachtsgebied:

- **Verlagen van het ziekteverzuim:** Een te hoog verzuim heeft niet alleen directe impact op de werkdruk en kwaliteit van zorg, maar beïnvloedt ook de algehele stabiliteit van de organisatie. Daarom zijn verbeteringen in sturing en capaciteitsbeheer noodzakelijk. Er is reeds een taskforce opgericht om het ziekteverzuim te verlagen door een juiste werkcultuur te creëren, ondersteuning te bieden waar nodig, en motivatie en betrokkenheid te verhogen. Deze taskforce zal dit jaar en in de toekomst een belangrijke rol spelen bij het implementeren van gerichte maatregelen, het monitoren van voortgang en het continu verbeteren van beleid om een duurzaam lagere verzuimdruk te realiseren.

- **Herinrichten van de JGZ-organisatie:** Dit omvat een herziening van de managementstructuur en een efficiëntere inrichting van het beleidsteam, de bedrijfsvoering en de projectorganisatie. Het toepassen van projectmatig en procesmatig werken binnen de organisatie is essentieel om processen beter te structureren, de werkdruk te verlagen en doelgericht te kunnen inspelen op veranderingen.
- **Creëren van verandercapaciteit:** Veranderingen binnen de JGZ vragen om structurele middelen en expertise, zodat deze veranderingen niet ad-hoc maar planmatig kunnen worden doorgevoerd. Het ontbreken van verandercapaciteit belemmert duurzame verbeteringen en innovaties.

5.3 Financiële herijking en structurele aanpassingen

Het regionale pakket bevat alle kerntaken van de JGZ, zowel wettelijk als niet-wettelijk, die gemeenten regionaal willen uitvoeren. Zorg wordt afgestemd op de individuele behoeften van elk kind, in overleg met de ouders of jeugdige. Alle regionale producten zijn beschikbaar voor de hele regio. Gemeenten kunnen aanvullende lokale diensten afnemen, met financiering per product vastgelegd in een dienstverleningsovereenkomst, hetzij als lumpsum, hetzij per jeugdige of inwoner.

De financiering van de JGZ sluit echter niet goed aan op de werkelijke behoeften, wat leidt tot structurele onderfinanciering van kerntaken. Dit beperkt niet alleen de ruimte voor innovatie en doorontwikkeling, maar ook de ruimte voor gemeenten om de noodzakelijke randvoorwaarden te creëren voor zorg op maat door de JGZ. Om hier beter op in te spelen, is het belangrijk om de mogelijkheden voor meerjarenafspraken over financiering te onderzoeken. Dit maakt het mogelijk om toekomstgericht te plannen en te investeren in duurzame oplossingen, wat de continuïteit en kwaliteit van de JGZ versterkt. Bovendien vermindert dit de tijd en capaciteit die nu besteed wordt aan het telkens opnieuw afstemmen van financiering met gemeenten.

Belangrijke bouwstenen binnen dit aandachtsgebied:

- **Herijken van het collectief regionaal aanbod:** Er moet meer inzicht komen in de ontwikkeling van de productenportefeuille van de GGD en de impact van deze portefeuille op de processen. Dit inzicht moet vervolgens leiden tot verbeteringen voor een uniformer en transparanter aanbod, waarbij er een efficiënt en kwalitatief hoogstaand regionaal aanbod geleverd kan worden en lokaal maatwerk waar dat logisch is. Daarnaast moet er een proces worden ontwikkeld voor toekomstige veranderingen in de productenportefeuille, zodat de GGD adequaat kan inspelen op veranderende zorgbehoeften.
- **Herzien van normeringen:** De huidige uitgangsnormeringen voor de spreekuren zijn verouderd en gebaseerd op een onderbouwing daterend uit 2017. Het herijken van de normeringen moet leiden tot een realistische inkoop en verantwoording, die zo veel als mogelijk afgestemd is op de daadwerkelijke zorgvraag.

- **Kostenneutraal kunnen werken voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP):** Kostenneutraal kunnen werken voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) vereist dat de financiering in lijn wordt gebracht met de werkelijke uitvoeringskosten. Dit maakt het mogelijk om het RVP op een verantwoorde manier uit te voeren, zonder dat dit ten koste gaat van andere JGZ-diensten. De focus moet liggen op kleinschaligere, persoonlijker en toegankelijker vaccinatiesessies, zoals in de wijk en op scholen, die beter aansluiten bij de beleving van jeugdigen. Deze mensgerichte, laagdrempelige aanpak vraagt om extra middelen voor een efficiënte kostenneutrale uitvoering. Een gecoördineerde regionale aanpak is essentieel om de vaccinatiegraad te verhogen en de uitvoering van het RVP te optimaliseren. Door als GGD collectief samen te werken met gemeenten binnen het programma Vaccineren, kunnen we effectievere maatregelen inzetten en de druk op bestaande middelen verlichten.

Op basis van de inzichten uit dit hoofdstuk willen we een roadmap opstellen voor de JGZ. Deze roadmap moet ons de komende jaren richting geven om stapsgewijs de basis op orde te brengen en een toekomstbestendige, stabiele organisatie te creëren. Door structureel te werken aan digitalisering, organisatorische verbeteringen en een realistische financiële basis, leggen we een stevig fundament waarop we kunnen bouwen. Dit vraagt om een lange termijn-aanpak, waarbij we in samenwerking met gemeentes en andere betrokken partijen zorgen voor duurzame oplossingen die bijdragen aan een sterke en wendbare JGZ.

Gevraagd besluit

Wij vragen gemeenten om actieve betrokkenheid, via het ambtelijke overleg PG (of indien gewenst in een werkgroep in opdracht van de Bestuurscommissie Gezondheid), bij de doorontwikkeling van de JGZ-strategie voor 2026 en verder. We willen de gemeenten actief meenemen in onze plannen en gezamenlijk toewerken naar een gedragen en duurzaam meerjarenplan.

GGD Gelderland-Midden

is onderdeel van de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden



GGD Gelderland-Midden

Postbus 5364

6802 EJ ARNHEM

T 0800 8446 000

E ggd@vggm.nl

I www.ggdgm.nl



Gelderland-Midden