



Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapport van het inspectiebezoek aan Hecht GGD Hollands Midden

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1. <i>Aanleiding</i>	3
1.2. <i>Waar keek de inspectie naar?</i>	3
1.3. <i>Hoe voerde de inspectie haar toezicht uit?</i>	3
2. Conclusie.....	4
2.1. <i>Toelichting</i>	4
3. Aanbevelingen en vervolg	6
3.1. <i>Aanbevelingen</i>	6
3.2. <i>Vervolg</i>	6
4. Resultaten.....	7
4.1. <i>Goed bestuur</i>	7
Schaarste als brede uitdaging voor de GGD	7
Inzetten op innovatie en collectieve benadering	7
Bovenregionale samenwerking om kwaliteit te verbeteren	8
Goed werkgeverschap om personeelsleden te binden en boeien	8
4.2. <i>Versterking infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid</i>	10
Uitvoering van de zeven kerntaken.....	10
Vakbekwame en geschoolde IZB-professionals.....	10
Niet - medische professionals	11
(Boven)regionale en landelijke samenwerking.....	11
Toekomstbestendigheid	12
Consequenties voor de inwoners in de regio	12
4.3. <i>Toegankelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg</i>	13
Risicogroepen in beeld	13
Outreachend werken	13
Vakbekwame en geschoolde JGZ-professionals	14
Ketenpartners.....	14
Inzet van GIZ-methodiek	14
Toegankelijkheid en consequenties voor kwetsbare kinderen en gezinnen.	14

1. Inleiding

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (de inspectie) bezocht Hecht GGD Hollands Midden aan de Parmentierweg 49 in Leiden (de GGD) op 4 en 5 november 2024. In dit rapport wordt eerst het kader uiteengezet waarbinnen de inspectie het toezicht heeft uitgevoerd. Vervolgens worden in de volgende hoofdstukken achtereenvolgens de conclusie, de aanbevelingen, het vervolg en de resultaten beschreven.

1.1. Aanleiding

De inspectie bezocht in het najaar van 2024 een aantal GGD'en en Jeugdgezondheidszorg (JGZ)-organisaties. Eerder hebben we geconstateerd dat de uitvoering van de wettelijke taken door de GGD'en vanwege een toenemend tekort aan mensen en middelen onder hoge druk staat. In het najaar van 2024 beoordeelden we daarom in hoeverre de GGD'en beschikken over randvoorwaarden om goede kwaliteit van de publieke gezondheidszorg te leveren (zowel extra financiële middelen als geïmplementeerde verbetermaatregelen). We deden dit door gericht te vragen naar waar het goed gaat en waar niet. En we vroegen naar innovatieve en gezamenlijke oplossingen voor de arbeidsmarktkrapte.

Voor 2024 was "schaarste" een jaarthema voor de inspectie. In bijna alle sectoren is het merkbaar, de krapte op de arbeidsmarkt. Ook in de publieke gezondheidszorg is het tekort aan gekwalificeerd personeel een groeiend probleem. Ondertussen neemt de vraag naar zorg toe en dit zal de komende jaren niet veranderen.

1.2. Waar keek de inspectie naar?

Om transparant te zijn over waar de inspectie tijdens deze bezoeken naar kijkt en wat zij beoordeelt is het toezichtkader opgesteld. Het kader is gebaseerd op wet- en regelgeving, richtlijnen, veldnormen en handreikingen. In dit toezichtkader beschrijft de inspectie de onderwerpen (thema's) waar zij tijdens deze bezoeken naar heeft gekeken en wat zij beoordeelt bij de bezoeken aan de GGD'en en JGZ-instellingen. Het toezichtkader bestaat uit de volgende drie thema's:

1. Goed bestuur
2. Versterking infectieziektebestrijding (IZB)
3. Toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg

1.3. Hoe voerde de inspectie haar toezicht uit?

De inspectie heeft diverse gesprekken gevoerd met verschillende medewerkers, verdeeld over twee dagen. Daarbij is het toezichtkader als leidraad gebruikt voor de vragen. De gesprekspartners van de inspectie waren als volgt:

Dag 1:

Gesprek 1: Directeur Publieke Gezondheid (DPG) en DPG/algemeen directeur

Gesprek 2: Resultaat verantwoordelijke Eenheid (RVE) -manager Gezondheidszorgbescherming, toezicht en GHOR, projectmanager VIP en operationeel manager IZB

Gesprek 3: arts, verpleegkundige, opleidingscoördinator en procescoördinator

Dag 2:

Gesprek 1: twee RVE-managers JGZ en kwaliteitsfunctionaris

Gesprek 2: twee staf (jeugd)artsen JGZ en jeugdverpleegkundige

2. Conclusie

De inspectie is van oordeel dat Hecht GGD Hollands Midden op het moment van toezicht beschikt over de randvoorwaarden om goede kwaliteit van de publieke gezondheidszorg te leveren. In de nabije toekomst staat de GGD wel voor uitdagingen die er liggen door schaarste en aanstaande bezuinigingen. Uitdagingen die de continuïteit en kwaliteit van de zorg onder druk zetten. De GGD is zich hiervan terdege bewust en bereidt zich daar al langere tijd op voor. Er zijn veel inspanningen verricht om de basis op orde te krijgen en een robuuste organisatie neer te zetten. Verder zijn een impactanalyse en twee scenario's gereedgemaakt om de gemeenten in de regio in staat te stellen om goed onderbouwde en verantwoorde keuzes te maken voor de toekomst. Dit alles moet ervoor zorgen dat de GGD ook in de toekomst in staat blijft om zorg te dragen voor kwalitatief goede publieke gezondheidszorg.

2.1. Toelichting

Goed bestuur

Samenwerking en innovatie om continuïteit en kwaliteit te verbeteren

De inspectie is van oordeel dat de DPG zich voldoende bewust is van de uitdagingen die er liggen op financieel en personeelsgebied. Om deze uitdagingen het hoofd te bieden zijn er al stappen gezet in bijvoorbeeld innovatie en samenwerking op lokaal, (boven)regionaal en landelijk niveau. Niet alleen de directie, maar ook professionals investeren veel tijd in samenwerking. Door de grote onderlinge verschillen, zoals bijvoorbeeld bij de forensische zorg waar sprake is van verschillende opdrachtgevers, vergt dit soms veel inspanning van mensen. Desalniettemin onderschrijft de GGD de meerwaarde van samenwerking, zeker gezien de toekomstige schaarste van mensen en middelen.

De GGD is als goed werkgever voorbereid op de toekomst

De inspectie ziet dat de GGD zich inspent om medewerkers te binden en te behouden. De organisatie streeft daarmee naar goed werkgeverschap. Er zijn geen langlopende vacatures en medewerkers krijgen volop kansen om te leren en te verbeteren. Ook zijn maatregelen getroffen om de ervaren werkdruk bij de medewerkers te verminderen. Dit alles draagt ertoe bij dat aan een van de belangrijkste randvoorwaarden die leiden tot adequate publieke gezondheidszorg is voldaan.

Versterking infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid

Het IZB-team kan op dit moment de zeven kerntaken goed uitvoeren

De inspectie ziet dat binnen het team IZB veel inspanningen zijn verricht om de reguliere IZB te versterken. Zo zijn de interne werkprocessen verbeterd. Is de personele bezetting op orde en ligt er een gedegen opleidingssysteem. En is ook op bovenregionaal niveau een actieve samenwerking met drie andere GGD'en. Hierdoor is de GGD in staat de zeven kerntaken goed uit te voeren. Hiermee is een stevige basis voor de toekomst neergezet.

Het IZB-team is versterkt met medische- en niet medische professionals

De inspectie vindt dat de GGD met het programma Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid (VIP) stappen heeft gezet om hun reguliere IZB te versterken en toekomstbestendig te maken. De GGD heeft met de VIP-gelden extra personeel zoals relatiebeheerders, een epidemioloog en verpleegkundigen aangenomen. Tevens is veel energie gestoken in teambuilding en multidisciplinair werken. Inmiddels staat er dan ook een hecht IZB-team klaar om de toekomstige uitdagingen aan te gaan. Het waarborgen van structurele middelen is wel cruciaal voor de GGD om de IZB en pandemische paraatheid te handhaven.

Toegankelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg

De JGZ heeft de risicogroepen goed in beeld

De inspectie is van oordeel dat de GGD goed in staat is kwetsbare kinderen in beeld te krijgen en te houden. De JGZ maakt daarbij gebruik van een reeks instrumenten, zoals bijvoorbeeld JeugdMATCH en houdt goede contacten met de relevante organisaties in de regio. De JGZ steekt veel energie in proactief outreachend werken en is laagdrempelig toegankelijk. De inzet op taakdelegatie en -differentiatie biedt kansen en uitdagingen voor het JGZ-team om zorg op maat te leveren. Als de taken vanuit collectieve preventie daarbij ook verder vorm gaan krijgen is de organisatie in staat om een volwaardig jeugdgezondheidszorg aanbod te bieden.

3. Aanbevelingen en vervolg

3.1. Aanbevelingen

Op basis van de resultaten en conclusies beveelt de inspectie de DPG van Hecht GGD Hollands Midden het volgende aan:

Behoud basistaken bij bezuinigingen

Continueer de proactieve inzet op het behoud van uitvoer van de basistaken met het oog op toename van de arbeidsmarktkrapte en/of afname van financiële mogelijkheden. Neem dit toekomstperspectief steeds mee in de besprekingen met de gemeenten.

Blijf werken aan bovenregionale samenwerking om kwaliteit te verbeteren

Zet de goede bovenregionale samenwerking voort en gebruik de opgedane ervaring voor uitbreiding van die samenwerking en het aanpakken van drempels op het gebied van uniformiteit en scholing.

Blijf investeren in goed werkgeverschap

Ga door op de goede weg om werknemers te blijven binden met een interessante werkinhoud, scholing en stimulerende beroepsomgeving

Behoud toegankelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg

Blijf aansturen op het behoud van goede en veilige JGZ en gebruik hierbij de aanbevolen methoden en werkwijzen. Blijf ook bij taakdelegatie alert op de juiste randvoorwaarden.

3.2. Vervolg

De inspectie vertrouwt erop dat de GGD doorgaat met het oppakken van huidige en toekomstige uitdagingen en dat zij de sterke punten in de samenwerking blijft vasthouden. Daarmee kan de GGD haar missie voortzetten om bij te dragen aan een robuuste publieke gezondheid, die voorbereid is op de toekomst.

Wij sluiten met dit rapport dit toezichttraject af.

4. Resultaten

4.1. Goed bestuur

Verwachtingen van de inspectie

Goed bestuur is een voorwaarde voor het kunnen leveren van goede zorg. Met goed bestuur wordt bedoeld dat het bestuur de organisatie op verantwoorde wijze bestuurt. De DPG is verantwoordelijk om te voorzien in de juiste randvoorwaarden die leiden tot adequate publieke gezondheidszorg. De huidige schaarste dwingt de DPG tot het maken van soms ingewikkelde keuzes en na te denken over de waarden die daaraan ten grondslag liggen. De inspectie vindt het belangrijk om zicht te krijgen op wat de gemaakte keuzes voor impact hebben op de medewerkers en op de gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering van de inwoners van een GGD-regio. Daarnaast vraagt schaarste bij de GGD'en om steeds meer samen te werken, (boven)regionaal en lokaal, en ook over grenzen tussen disciplines en sectoren heen.

Resultaten

Schaarste als brede uitdaging voor de GGD

De GGD staat er op dit moment goed voor, vertelt de DPG. De organisatie heeft tijdens en na de covid-19-crisis het team IZB fors kunnen uitbreiden met niet-medische professionals, hier de 'versterkers' genoemd, en deze mensen weten te behouden voor de GGD. Een arbeidscampagne heeft veel opgeleverd. Hecht-breed zijn er geen langlopende vacatures. De GGD heeft weinig moeite om personeel te vinden en behouden. Als mogelijke redenen hiervoor geven de gesprekspartners aan dat de regio weinig last heeft van grootstedelijke huisvestingsproblematiek. Daarbij wordt voldoende professionele uitdaging geboden voor potentieel nieuwe medewerkers doordat bijvoorbeeld een groot universitair medisch centrum in de regio zit.

Als het gaat over het schaarste vraagstuk vindt de DPG dat er te veel focus op pandemische paraatheid ligt. Volgens de DPG zijn er veel grotere bedreigingen als gevolg van schaarste en bezuinigingen die nog te weinig belicht worden. De DPG benadrukt dat de voorgenomen bezuinigingen veel breder drukken op het gehele takenpakket van Hecht en niet alleen op de GGD. De combinatie van bezuinigingen op de SPUK-gelden en de verminderde financiering vanuit de gemeenten is dé grote bedreiging voor de publieke gezondheid in de nabije toekomst.

De GGD heeft ook zorgen over de houdbaarheid van de preventieve gezondheidszorg in de nabije toekomst. Dit komt niet alleen vanwege de bezuinigingen voor de GGD zelf, maar vooral ook door problemen met schaarste bij de andere zorgpartijen in het veld. Bij deze partijen vallen subsidies op bijvoorbeeld het programma jongeren op gezond gewicht en verslavingspreventie weg. Dit gaat volgens de GGD zonder twijfel leiden tot meer werk voor de GGD die dat dan met minder personeel moet gaan opvangen.

Inzetten op innovatie en collectieve benadering

De GGD kiest er nadrukkelijk voor niet te bezuinigen met de kaasschaafmethode maar zich te focussen op de uitvoering van de taken. In plaats ervoor te kiezen overal wat terug te schalen in de uitvoering ziet de GGD liever dat er echte keuzes worden gemaakt over welke diensten (mogelijk anders of slimmer) moeten worden uitgevoerd, welke kunnen worden beëindigd, of mogelijk welke diensten zij kunnen beleggen bij andere instanties. Om gemeenten in staat te stellen hierin onderbouwde keuzes te maken is de GGD al twee jaar geleden begonnen met een takendialoog met gemeenten en dit jaar met een impactanalyse. Deze analyse is in samenwerking met de Resultaat verantwoordelijke Eenheid (RVE) managers, medewerkers en een extern bureau uitgevoerd. Doel hiervan was het in kaart te brengen wat de impact is van de verschillende producten en diensten die de GGD uitvoert. De belangrijkste vragen bij het beoordelen van producten en diensten zijn: Bij wie hoort de taak thuis? Wat hebben de burgers eraan, en wat gebeurt er als de betreffende taak niet meer wordt uitgevoerd? Een bijkomend voordeel van de impactanalyse is dat het financiële voordeel van preventie op de langere termijn veel duidelijker in

beeld komt. Als voorbeeld noemt de DPG het project “Nu niet zwanger” waar met een lage investering op termijn veel aan kosten bespaard kan worden.

De impactanalyse is gebruikt in de voorbereidende gesprekken met de verantwoordelijke wethouders. Hier sprak de GGD ook met hen over mogelijke oplossingsrichtingen zoals innovaties en collectieve benaderingen. Bijvoorbeeld bij de JGZ kan veel tijdswinst behaald worden door sommige problematiek niet individueel te benaderen maar met een hele doelgroep tegelijk.

Binnenkort starten gesprekken met alle gemeenten waarbij de GGD twee theoretische gespreks-scenario's voorlegt. Een scenario met een 'standaard' pakket aan diensten die financieel aantrekkelijk is maar weinig flexibel en een scenario met meer individuele maatwerk voor de inwoners van de regio maar die dus ook meer zal gaan kosten.

Bovenregionale samenwerking om kwaliteit te verbeteren

Van oudsher werkt de GGD al veel op provinciaal niveau samen met de GGD'en Haaglanden, Rotterdam-Rijnmond en Zuid-Holland Zuid. Dit geldt met name voor de disciplines IZB, medische milieukunde (MMK) en forensische geneeskunde (FG). Deze samenwerking was in eerste instantie uit personele schaarste geboren maar de meerwaarde ervan wordt inmiddels door de GGD onderschreven (zie de toelichting bij 3.2).

De GGD pleit voor nog bredere bovenregionale en landelijke samenwerking maar geeft tegelijkertijd aan dat dit door de grote onderlinge verschillen een forse uitdaging blijft. Vooral op de FG is de druk nog erg hoog, mede doordat deze discipline veel opdrachtgevers heeft. Dit maakt de (potentiële) samenwerking extra complex. Daarbij geeft de GGD aan dat er vaak onvoldoende budget is voor deze wettelijke taak waardoor de gemeenten het financiële gat moeten dichten. Voor de toekomst ziet de GGD dit probleem niet snel opgelost.

De instroom bij de opleidingen dit jaar is opnieuw laag. Dit zorgt vooral voor tekorten aan IZB-artsen en jeugdartsen. Volgens de GGD komt dit vooral door de geringe aandacht voor deze vakken in de basisopleiding, de geringe vergoedingen voor de artsen in opleiding, de organisatie van de opleiding en de plaatsingsystematiek van de SBOH. De GGD pleit in dit verband sterk voor het intern opleiden van mensen waarbij zowel een beter salaris als een gegarandeerde werkplek in de regio geleverd kan worden.

Goed werkgeverschap om personeelsleden te binden en boeien

In het laatste medewerkertevredenheidsonderzoek (MTO) uit 2023 werd aangegeven dat de werkdruk bij het personeel nog steeds als erg hoog werd ervaren. Als reactie hierop hebben de RVE-managers een plan van aanpak gemaakt om per thema uit het MTO oplossingen aan te dragen. Daarbij stonden drie vragen centraal: 1. Is dit jouw taak? 2. Kan het ook anders of minder? 3. Kan de taak ook elders worden belegd?

Daarnaast is ook ingezet op digitalisering en de individuele begeleiding van medewerkers in het 'leren loslaten'. Daarbij is de 'span of control' van de managers verlaagd van ruim 60 naar 40-50 medewerkers en zijn er 'peoplemanagers' aangetrokken. Volgens de gesprekspartners is inmiddels de ervaren werkdruk verminderd, is er minder verzuim en is er meer veerkracht binnen de organisatie.

Binnen de organisatie is veel aandacht voor de ontwikkeling van de medewerkers. De GGD investeert veel in opleidingen en nascholing. Wel geven gesprekspartners aan dat door de wet transparante en voorspelbare arbeidsvoorwaarden (wet TVA) een groot deel van het scholingsbudget opgaat aan de opgeleide artsen (profielartsen en artsen M+G) wat ten koste gaat van de extra scholing van basisartsen en verpleegkundigen. De organisatie heeft een goed werkend leermanagementsysteem (AVAS -LMS) waarin via een persoonlijk leerplein de GGD de ontwikkeling van de medewerkers bijhoudt.

De organisatie vindt het belangrijk om alle medewerkers een stem te geven. Hecht-breed is er een Medische Adviesraad en Verpleegkundige Adviesraad in oprichting. De lijnen in de organisatie zijn

kort en vanuit het management is veel oog voor de inhoud. De professional staat centraal waardoor de medewerkers met plezier en voldoening bij de GGD werken. Volgens de gesprekspartners is de GGD een organisatie die zich blijft ontwikkelen en waar medewerkers kansen krijgen om te leren en te verbeteren.

4.2. Versterking infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid

Verwachtingen van de inspectie

De regionale GGD'en zijn verantwoordelijk voor de algemene infectieziektebestrijding (IZB) in hun regio. De versterking van de IZB en pandemische paraatheid is belangrijk gebleken tijdens de coronapandemie. Het programma Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische paraatheid GGD (VIP) loopt van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2024 en geeft GGD'en de mogelijkheid om de basis van de reguliere IZB te versterken en (gezamenlijk) te bouwen aan een toekomstbestendige infectieziektebestrijding. De inspectie vindt het belangrijk om te beoordelen of de GGD'en op dit moment voldoende zijn toegerust om de IZB kwalitatief goed uit te voeren en goed zijn voorbereid op een nieuwe infectieziekte-uitbraak met (potentieel) landelijke impact.

Resultaten

Uitvoering van de zeven kerntaken

De afgelopen twee jaar is veel energie gestoken in het werken met taakgroepen. Er is gekozen voor zes verschillende taakgroepen waarbij taakgroep 1 'het primaire proces' er één van is, naast bijvoorbeeld taakgroep 5 'opleiding en deskundigheid' of taakgroep 4 'preventie, regie, netwerk en beleid'. Iedere taakgroep bracht onder andere in kaart wat nodig is om de kerntaken uit te voeren, welke kerntaken eventueel overlappen, welke taken samengevoegd kunnen worden, en wie wat hierin doet. Inmiddels is dit structureel goed neergezet, de werkzaamheden zijn belegd waar nodig en regelmatig vindt evaluatie en eventuele bijstelling plaats van de werkprocessen. Volgens de gesprekspartners lukt het daardoor om proactief alle kerntaken uit te voeren, in plaats van reactief. De taakgroepen gaan nu aan de slag met het maken van plannen voor de toekomst en staan daarvoor nauw in contact met het management en de directie.

Medewerkers konden hun interesse uitspreken voor deelname aan bepaalde taakgroepen. De taakgroepen zijn multidisciplinair ingericht en bestaan uit een aantal leden, waaronder een inhoudelijke voorzitter en een procescoördinator. De taakgroepen komen voorsnog tweewekelijks bij elkaar. Om iedereen van het IZB-team aangesloten te houden vindt in het teamoverleg een terugkoppeling plaats vanuit iedere taakgroep. Gesprekspartners vertellen dat door het werken met taakgroepen, naast de taken die behoren bij hun functie, hun werk meer divers is geworden en het werkplezier is toegenomen. Ook spreken gesprekspartners vol enthousiasme over het project "Focus, Flow en Werkplezier" en wat dat de organisatie en hen heeft opgeleverd.

Vakbekwame en geschoolde IZB-professionals

Door taakgroep 5 'opleiding en deskundigheid' is volgens de gesprekspartners een goed en gedegen opleidingssysteem neergezet. Er zijn verschillende inwerkprogramma's gemaakt, deels voor iedereen (inclusief de groep niet-medische professionals) en deels functiespecifiek. Verder kunnen medewerkers deelnemen aan verschillende scholingen. Zo is er een (e-learning) basismodule infectieziektebestrijding beschikbaar voor de groep versterkers en kan een specifieke doelgroep deelnemen aan een 'verkenning publieke gezondheidszorg' die wordt aangeboden door NSPOH.

Ook is een leermanagementsysteem ontwikkeld dat afgelopen zomer live is gegaan. In dit systeem wordt alles geregistreerd zoals de bevoegdheid- en bekwaamheidsverklaringen en de verplichte trainingen voor bepaalde functies. Hierdoor is er meer grip gekomen op scholing en deskundigheid. De komende tijd vindt verdere aanscherping plaats zoals een betere registratie van het onderdeel bevoegd/bekwaam waarbij wordt nagedacht over wat nodig is om je bekwaamheid te behouden. Daarbij kijken ze ook naar hoe de collega's van het JGZ-team dit hebben ingericht.

Het resultaat van al deze inspanningen heeft er volgens de gesprekspartners toe geleid dat de GGD steeds meer artsen in opleiding tot specialist (AIOS) is gaan opleiden. Het aantal coassistenten en HBO-V-stagiaires is gelijk gebleven. Binnen het team is nu ook meer duidelijkheid over wat ieders rol is op het gebied van opleiden. Er is grip op de planning en een nieuwe manier van werken wat zorgt voor rust en draagvlak onder de medewerkers.

Niet-medische professionals

Het IZB-team is afgelopen twee jaar flink uitgebreid door de inzet van de gelden uit het programma VIP. Niet alleen zijn artsen en verpleegkundigen aangenomen maar ook doktersassistenten, deskundigen infectiepreventie, een epidemioloog, een procescoördinator, een medewerker communicatie, relatiebeheerders en een beleidsmedewerker.

De niet-medische professionals zijn van grote meerwaarde voor het IZB-team. De gesprekspartners noemen als voorbeeld de relatiebeheerder die afgelopen periode druk bezig was om de contacten met de huisartsen te versterken. De medische/zorgprofessionals van de IZB-afdeling sluiten daarvoor nu aan in een breed overleg met de huisartsen. Voorheen organiseerden deze professionals dit zelf wat veel tijd en energie kostte. Voor het onderdeel opleiding en deskundigheid (taakgroep 5) is de opleidingscoördinator verantwoordelijk geworden. De epidemioloog heeft een nadrukkelijke rol bij het bekijken van databronnen en monitoring.

Naast de inzet van de niet-medische professionals is ook gekozen voor taakdifferentiatie. In taakgroep 1, die zich bezighoudt met het primaire proces, is kritisch gekeken naar het meldingenproces. Waar voorheen de verpleegkundige de spin in het web was bij de gehele behandeling en afhandeling van een melding is gekozen voor de inzet van een doktersassistent. De doktersassistent is nu degene die de triage uitvoert, het dossier aanmaakt, het voorraadbeheer doet en de administratie afhandelt. Dit ontlast de verpleegkundige die zich nu ook met andere inhoudelijke taken bezig kan houden. Bij vragen kan de doktersassistent altijd terecht bij één van de artsen die die dag als achterwacht dient. De achterwacht is ook degene die aan het eind van de dag alle binnengekomen telefoongesprekken naloopt. En daarmee zicht houdt op wat er binnenkomt, maar ook hoe zaken afgehandeld zijn. Ook werken ze met het vierogenbeleid waarbij altijd een andere persoon het dossier afsluit. Er zijn werkinstructies gemaakt zodat voor alle professionals duidelijk is welke taken bij welke professie horen.

De gesprekspartners zien nog een verdere groeipotentie in taakdifferentiatie. Er wordt nu gekeken naar welke volgende stap een inmiddels ervaren doktersassistent zou kunnen zetten. Taken die nu nog door de verpleegkundige worden gedaan zoals het bestellen van vaccins en het afhandelen van bepaalde casuïstiek zouden wellicht belegd kunnen worden bij de doktersassistent.

Er is veel energie gestoken in teambuilding, het werken met een multidisciplinaire aanpak en een passend takenpakket. De gesprekspartners zijn trots op het hechte team wat ze met elkaar vormen. 'Je doet het met en voor elkaar' volgens één van de gesprekspartners. Het maakt het werk niet alleen leuker en uitdagender maar zorgt ook voor focus, rust en tijd voor het uitvoeren van de kerntaken.

(Boven)regionale en landelijke samenwerking

Het IZB-team onderhoudt op regionaal niveau goede contacten met laboratoria. De samenwerking met de ziekenhuizen verloopt wat moeizamer. Dit komt mede doordat de ziekenhuizen de AVG nog vaak als reden gebruiken om essentiële informatie niet te hoeven delen. Dit bemoeilijkt de samenwerking met de IZB-afdeling.

Op bovenregionaal niveau werkt het IZB-team actief samen met IZB-teams van GGD Haaglanden, GGD Rotterdam-Rijnmond en GGD Zuid-Holland Zuid. Deze bovenregionale samenwerking vindt op strategisch, tactisch en operationeel niveau plaats. Voorbeelden die door de gesprekspartners zijn genoemd zijn de 5-minutendagstart (een dagelijks afstemmingsmoment tussen artsen dat is voortgekomen uit de mazelenuitbraak bij GGD Haaglanden), een werkgroep die zich behoudt met het inrichten van een bovenregionaal dashboard en een afdelingshoofdenoverleg IZB. In deze laatste overlegvorm wordt bijvoorbeeld gekeken hoe medewerkers van andere GGD'en tijdelijke toegang kunnen krijgen in HPZone van de desbetreffende GGD waardoor ze kunnen helpen bij een casus zonder dat er data versnipperd worden over beide GGD'en. In 2024 vonden twee Bovenregionale ontwikkelmiddagen (BOM) plaats. In deze sessies wordt met name gekeken naar wat de IZB-afdelingen van de verschillende GGD'en met elkaar kunnen doen om zaken efficiënter

en effectiever te maken. Voorbeelden die de afgelopen tijd zijn opgepakt zijn de vertaling van een kinkhoestfolder, het gezamenlijk opleiden van AIOS en het harmoniseren van data. Daarnaast vinden ook ad hoc uitwisselingen plaats waarbij medewerkers bij elkaar in de 'keuken' komen kijken. Bijvoorbeeld een medewerker van de GGD Zuid-Holland Zuid die komt kijken naar hoe de diensten bij GGD Hollands Midden zijn geregeld. Of deelname aan een onderzoeksproject schurft dat vanuit GGD Rotterdam-Rijnmond is opgezet.

De bovenregionale samenwerking vindt nu nog vooral informeel plaats. De intentie is om deze samenwerking meer te formaliseren. Vanaf volgend jaar gaat een bovenregionaal coördinator vanuit de 4 GGD'en aan de slag met een bedrijfsmatige en inhoudelijke uitwerking hiervan. De gesprekspartners zijn positief over deze bovenregionale samenwerking en zien het als een meerwaarde, zeker in het licht van de toekomstige bezuinigingen. Ook hun positie richting RIVM, vooral middels de Regionaal Epidemiologie Consulent (REC'ers) en Regionaal artsen consulent (RAC'ers) wordt hiermee verstevigd.

Op landelijk niveau vindt samenwerking plaats met de vier andere bovenregionale teams en de GGD GHOR Nederland. Gesprekspartners geven aan dat de wil om samen te werken bij alle partijen aanwezig is maar dat door de verscheidenheid in bovenregionale teams en het ontbreken van landelijke coördinatie het soms lastig maakt. Ook de samenwerking met het LFI is volgens de gesprekspartners complex doordat het erg abstract is waar het LFI mee bezig is en gaat zijn. De aansluiting ontbreekt nog met het IZB-team waardoor het LFI nu als extra schakel wordt ervaren door hen. Een nog te ontwikkelen duidelijke programmastructuur kan zorgen voor een beter draagvlak bij de GGD inzake het LFI.

De gesprekspartners signaleren een risico met betrekking tot de ontwikkeling van het nieuwe ICT-systeem ter vervanging van HPZone. Dit project ligt momenteel stil. Een gezamenlijk systeem met voldoende capaciteit is essentieel in de bestrijding van grotere regionale uitbraken en zeker onmisbaar bij een nieuwe pandemie. De ontwikkeling van dit systeem wordt op landelijk niveau georganiseerd en ligt dus buiten de invloed van de GGD.

Toekomstbestendigheid

De gesprekspartners geven aan dat afgelopen twee jaar hard is gewerkt om de GGD-organisatie toekomstbestendig te krijgen. Het IZB-team is bewuster na gaan denken over hoe je keuzes kunt maken en wat dat betekent voor de inzet van personeel (zie voor meer toelichting ook de tekst onder uitvoering van de zeven kerntaken). Er ligt een uitgebreid pakket aan procesomschrijvingen en werkinstructies. Ook is veel energie gestoken in opleiding en deskundigheid. De basis voor de toekomst is daarmee stevig neergezet. Wel maken de gesprekspartners zich zorgen over het toekomstige financiële budget en de gevolgen daarvan. De gesprekspartners vrezen dat alles wat ze afgelopen periode hebben opgebouwd weer teniet kan worden gedaan. Desondanks hebben ze ook geleerd dat niet alles wat je nu doet op dezelfde manier hoeft en je daarin bewustere keuzes kunt maken.

Consequenties voor de inwoners in de regio

Door de inzet in de VIP-gelden is niet alleen intern veel bereikt maar ook extern levert het voordelen op, volgens de gesprekspartners. Voorbeelden die men noemt zijn de grotere inzet op collectieve preventie, het sneller en adequater helpen bij vragen van burgers of professionals van andere organisaties en de betere signalering naar ketenpartners door het gebruik van data afkomstig van de ontwikkelde dashboards. Momenteel is men bezig om te kijken welke signalen actief gedeeld kunnen worden met verpleeghuizen of laboratoria. Alle gesprekspartners maken zich zorgen over de toekomst en de gevolgen die de financiële bezuinigingen zullen hebben voor de inwoners in de regio. Het risico bestaat dat de ingezette actieve verbreding op alle kerntaken wegvalt en het accent weer komt te liggen op de kerntaken 1 en 2.

4.3. Toegankelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg

Verwachtingen van de inspectie

Het uitgangspunt is dat iedereen die in Nederland opgroeit preventieve zorg krijgt en daarvoor meerdere keren een consultatiebureau en jeugdarts bezoekt. Deze zorg valt onder de JGZ. Verschillende organisaties bieden JGZ aan, waaronder de GGD. Door de preventieve inzet op de kinderen die dit het meest nodig hebben creëer je een gezonde generatie die minder zorg en jeugdhulp nodig heeft. En juist dat is belangrijk in een tijd van schaarste aan mensen en middelen in de zorg. De inspectie wil daarom beoordelen of de JGZ voldoende zicht heeft op de kwetsbare kinderen en gezinnen in hun regio en ervoor zorgen dat het preventieve JGZ-aanbod toegankelijk is voor deze doelgroep.

Resultaten

Risicogroepen in beeld

De GGD is een regio met grote verschillen tussen de onderlinge gemeenten. De risicogroepen binnen de JGZ zijn daardoor ook per deelgebied verschillend. Zo ziet de GGD bijvoorbeeld grootstedelijke problematiek in Leiden, religie gerelateerde problematiek in de Krimpenerwaard, verborgen onzekerheid bij de jeugd in Oegstgeest en overgewicht in een gemeente als Katwijk. Vanuit de werkvloer wordt aangegeven dat men vooral risico ziet bij de nieuwkomers (zoals statushouders en arbeidsmigranten), zorgmijdende gezinnen en de wijken met veel gezinnen onder de armoedegrens.

De GGD heeft verschillende instrumenten om de kwetsbare kinderen en gezinnen goed in beeld te krijgen. Bij de reguliere basistest (gehoortest) komt men bij vrijwel alle gezinnen achter de voordeur. Het schriftelijk bereik van deze screening is vrijwel 100% en bij 98% komt de verpleegkundige daadwerkelijk voor intake op huisbezoek. Daarnaast is er een goed contact met de verloskundigen. Hierbij merken de JGZ-professionals wel een verschil tussen het noorden van de regio, waar verloskundigen meer georganiseerd zijn, en het midden en zuiden. Er zijn vijf gezinsverpleegkundigen die gekoppeld worden aan gezinnen die het nodig hebben. Verder gebruikt de JGZ ook het netwerk om gezinnen beter in beeld te houden (met medeweten van ouders en kinderen). Veel organisaties in de regio maken gebruik van de digitale verwijsindex JeugdMATCH. Dit is een tool waarbij signalen van verschillende zorgprofessionals over dezelfde jeugdige op een eenvoudige wijze gekoppeld kunnen worden waardoor men beter met elkaar kan samenwerken. De grootste uitdaging voor de GGD zit in het in beeld krijgen van de nieuwkomers die niet via de reguliere routes aangemeld worden.

Het JGZ-team werkt met een groep aandachtfunctionarissen kwetsbare kinderen en kindermishandeling. Deze groep komt maandelijks bij elkaar voor overleg, waar ook de stafarts aanschuift. Bij vragen kunnen JGZ-professionals altijd bij hen terecht en weten, indien nodig, met welke partijen het beste geschakeld kan worden. Dit wordt door de gesprekspartners als heel plezierig ervaren.

Outreaching werken

Om multiprobleemgezinnen, die niet uit zichzelf naar de JGZ komen, beter te bereiken maakt het team gebruik van een veeltalig aanbod van flyers en digitale middelen. Vaak speelt ook, naast de JGZ-professional, de verloskundige of de kraamverzorgende een belangrijke rol in het in beeld krijgen en houden van kwetsbare kinderen. Soms komt een kind in beeld via scholen, voorschoolse voorzieningen, welzijnsorganisatie of andere JGZ-organisatie. In dat soort gevallen probeert de JGZ-professional altijd een huisbezoek te doen. Wanneer een kind/gezin meerdere keren niet verschijnt na een uitnodiging voor een contactmoment wordt daar actief op geacteerd. Bij nieuwkomers zien de medewerkers bijvoorbeeld vaker dat er sprake is van onbekendheid met het Nederlandse systeem, en dat zij daarom niet op bezoek komen. De JGZ-professional neemt dan telefonisch contact op en/of gaat (meerdere keren) op huisbezoek bij het gezin. Soms benadert de verpleegkundige ook de school om te achterhalen wat de status van het kind is.

Vakbekwame en geschoolde JGZ-professionals

Binnen de JGZ is al jaren geleden ingezet op taakdelegatie en –differentiatie. Verpleegkundigen krijgen steeds meer een rol aan de voorkant waardoor artsen vooral ingezet kunnen worden bij gezinnen met complexere situaties. Hiervoor ontvangen alle verpleegkundigen trainingen waardoor zij specifieke taken van artsen kunnen overnemen. Inmiddels heeft meer dan de helft van de ca. 175 verpleegkundigen deze opleiding tot JV⁺ voltooid. De aanvankelijke aarzeling bij veel artsen is naar aanleiding van de resultaten van de eerste groepen grotendeels weggenomen en zij zien nu ook voordelen. Het uitgangspunt van taakdelegatie “Pluis-niet Pluis”, waarbij artsen ruimte krijgen voor taken buiten de spreekkamer voor het oppakken van collectief gerichte taken, wordt nog nauwelijks behaald. Als goed voorbeeld noemt de JGZ-afdeling de “Pluis-niet Pluis” training van de NSPOH waarin verpleegkundigen de vaardigheden aanleren om alle consulten uit te voeren bij gezonde kinderen, inclusief delen van het lichamelijk onderzoek. Artsen worden in één dagdeel ‘getraind om te trainen’: zij leiden de verpleegkundige binnen hun team in de praktijk op.

Ketenpartners

Het team JGZ werkt onder meer samen met verloskundigen, kinderartsen, huisartsen, scholen (basis, speciaal en voortgezet onderwijs), GGZ, Veilig Thuis, Jeugd & Gezin teams en de sociale wijkteams. De wachtlijst voor jeugdzorg is lang, waardoor benodigde hulp soms niet op tijd geboden kan worden. Dit probleem speelt bij alle gemeenten in de regio, waardoor het systeem vastloopt. Oorzaken hiervoor zijn de versnippering in het ‘wijkteam’ landschap, de continue verandering van samenstelling en werkwijze van deze teams als gevolg van de periodieke aanbesteding van deze diensten door de gemeenten. Het team JGZ vindt het belangrijk om te blijven investeren in de laagdrempelige contacten met de wijkteams. Er wordt dan ook veel energie gestoken in het elkaar leren kennen en het toelichten van de rol en taken van de JGZ. In de samenwerking met ketenpartners ondervinden medewerkers soms belemmeringen door de strenge interpretatie van de AVG bij de uitwisseling van gegevens. Als voorbeeld wordt de GGZ genoemd waar de ouder als cliënt in behandeling is. Er vindt dan geen gegevensuitwisseling plaats met de JGZ over de situatie van het kind in dit (kwetsbare) gezin.

Inzet van GIZ-methodiek

Om de zorgbehoefte van kwetsbaren kinderen ook goed in kaart te brengen en te houden wordt gebruikgemaakt van het door de GGD ontwikkelde GIZ-methodiek (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften). Het instrument wordt vanaf de geboorte tot het 18^e jaar gebruikt. De JGZ-afdeling vindt het een heel goede tool om gezamenlijk met ouders en/of kind in gesprek te gaan en om inzichtelijk te maken welke factoren belangrijk zijn voor een goede ontwikkeling van het kind. Daardoor kan de JGZ-professional ook meer gericht en met meer begrip het gesprek met de ouders voeren tijdens het consult. De verpleegkundigen en artsen worden geschoold in het gebruik van GIZ. Inmiddels werken in grote delen van Zuid-Holland en daarbuiten JGZ en jeugdteams met de GIZ-methodiek. Ook zijn medewerker staf en beleid en het NCJ bezig deze methodiek breder uit te dragen richting verloskundigen en scholen.

Toegankelijkheid en consequenties voor kwetsbare kinderen en gezinnen.

De GGD doet veel moeite om ervoor te zorgen dat de bereikbaarheid van de organisatie zo laagdrempelig mogelijk is. De inwoners van de GGD-regio kunnen, indien gewenst anoniem, chatten met de GGD via de website. Of zij kunnen via het klant contactcentrum (KCC) direct een afspraak maken. Ook zijn er inloopsprekuren. Daarnaast probeert de GGD ook de minder proactieve en/of digitaal vaardige groepen te bereiken middels folders in meerdere talen. Bij signalen over kwetsbare kinderen en gezinnen probeert de verpleegkundige altijd aan te sturen op een huisbezoek, en indien dat niet mogelijk is schakelt deze het netwerk in.