

Conceptprogramma RDOG HM 2015

Concept programma RDOG HM 2015

Inhoud

1. Inleiding	3
1.1 Programma indeling	3
1.2 De opdracht in algemene zin	3
1.3 Missie en ambitie	4
1.4 De RDOG HM in 2020	5
2. Programma Geneeskundige Hulpverlening	7
3. Programma Ambulancezorg	7
4. Programma Openbare Gezondheidszorg; AGZ	9
4.1 Infectieziektebestrijding	9
4.2 Medische milieukunde	10
5. Programma Openbare Gezondheidszorg; OBG	11
5.1 Epidemiologie en Beleid	11
5.2 Gezondheidsbevordering en publieksinformatie	12
6. Programma Openbare Gezondheidszorg; Publieke Zorg voor de Jeugd	14
6.1 Jeugdgezondheidszorg	14
6.2 Basistakenpakket JGZ	16
6.3 Aansluiten op wet op de Jeugdhulp	18
6.4 Toezicht kinderopvang	20
7. Programma OGZ; Zorg voor Kwetsbare Burgers	21
7.1 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	21
7.2 AMHK	22
8. Ontwikkelingen takenpakket RDOG HM 2015	23
8.1 Regionalisering taken GGD HM	23
8.2 Besluiten producten 2015	25
8.3 Wijzigingen organisatiestructuur RDOG HM	26
8.4 Huisvestingsplan 2015	27
8.5 Informatisering en ICT	27
9. Uitgangspunten begroting 2015	28
9.1 Contouren vastgestelde bezuinigingsafspraken periode 2014-2016	28
9.2 Financieel kader gemeenschappelijke regelingen 2015-2018	29
9.3 Beleid indexatie 2015	29
9.4 Keuzes vanwege bezuinigingsopdracht 2015	30
9.5 Prognose Bijdrage per gemeente 2015	31
9.6 Meerjarenontwikkeling gemeentebijdrage	33
Bijlage Basistaken & aanvullende diensten GGD HM 2015	36

1. Inleiding

De RDOG Hollands Midden is een gemeenschappelijke regeling van 23 gemeenten in de regio Hollands Midden. Zij voert voor gemeenten taken uit op het gebied van:

- De Wet Publieke Gezondheid
- De tijdelijke Wet Ambulance Zorg
- De Wet Veiligheidsregio's
- De Wet Kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen
- Het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen
- Wet op de Lijkbezorging.
- De Wet Maatschappelijke Ondersteuning

In de Wet Kinderopvang en in het 'Warenwetbesluit tatoeëren en piercen' wordt de GGD expliciet als uitvoerder genoemd. De Wet Lijkbezorging bepaalt dat de gemeente gemeentelijk lijkschouwers dient aan te wijzen. In de regio Hollands Midden zijn dit artsen van de GGD.

1.1 Programma indeling

De jaarlijkse programmabegroting RDOG kent drie programma's:

- I. Het programma **geneeskundige hulpverlening** voor de sector GHOR (geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio). Voor de uitvoering van de taken van de sector GHOR zijn afspraken gemaakt tussen het bestuur van de Veiligheidsregio Hollands Midden (VRHM) en het bestuur van de RDOG HM. Hierin is vastgelegd dat het budget voor de uitvoering van de taken van de sector GHOR ter beschikking wordt gesteld door het bestuur VRHM. Via de begroting van de RDOG wordt geen bijdrage per inwoner in rekening gebracht. Beide besturen zijn voornemens om deze set van afspraken te herzien in 2014/2015. Deze herziening is in eerste instantie ingezet, omdat de gemeenschappelijke regeling RDOG nog dateert uit 2006 en de wetten waarop deze gebaseerd is, niet meer bestaan. Door de inwerkingtreding van de tijdelijke Wet ambulancezorg is het stelsel van wetgeving rondom de GHOR afgerond. De strekking van de nieuwe afspraken is dat de geneeskundige hulpverlening geïntegreerd blijft binnen de RDOG HM en dat deze rechtstreeks en geheel wordt gefinancierd door een inwonerbijdrage van de gemeenten. De nieuwe afspraken en aanpassing van beide gemeenschappelijke regelingen, heeft als bijkomend voordeel dat besparingen kunnen worden gerealiseerd door verminderde afdracht van btw, waarvan een deel bedoeld is voor de bezuinigingsopdracht aan de sector GHOR.
- II. Het programma **ambulancezorg**, dat wordt uitgevoerd door de sector Regionale Ambulancevoorziening (RAV). De kosten dit programma worden gefinancierd door zorgverzekeraars op basis van beleidsregels van het NZa en afspraken die gemaakt worden in het lokaal overleg met zorgverzekeraars. Via de begroting van de RDOG wordt geen bijdrage per inwoner in rekening gebracht.
- III. Het programma **openbare gezondheidszorg** voor de sector GGD Hollands Midden. Per 2015 is het basispakket voor de gehele regio Hollands Midden gelijk. Voor het grootste deel wordt iedere gemeente in de regio een bijdrage per inwoner in rekening gebracht. De kosten voor de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar worden verdeeld op basis van het aantal kinderen 0-4 jaar per gemeente.

Gelet op de functie van dit conceptprogramma in de beleidscyclus bevat dit conceptprogramma de belangrijkste doelstellingen, de ontwikkelingen in het jaar 2015 en de financiële uitgangspunten.

1.2. De opdracht in algemene zin

De taken, die de sector GHOR in het programma geneeskundige hulpverlening uitvoert, hebben met name betrekking op de geneeskundige hulpverlening in crisissituaties. De taken in het kader van het programma ambulancezorg hebben met name betrekking op acute gezondheidsproblemen, waarvoor snelle medische

en verpleegkundige zorg nodig is en op de verpleegkundige en medische begeleiding van patiënten tijdens vervoer. Het programma openbare gezondheidszorg kent een breder scala aan taken en kan in de vorm van vier beoogde maatschappelijke effecten worden beschreven:

1. Het beschermen van de bevolking en van individuen tegen infectieziekten en tegen stoffen met een gezondheidsbedreigende werking;
2. Het beschermen, bewaken en bevorderen van de gezondheid van de bevolking met accenten gericht op kwetsbare groepen, waaronder kinderen en mensen in achterstandsituaties;
3. Het bewaken van de gezondheid van de bevolking door individuele en collectieve monitoring;
4. Het terugbrengen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen door verbeteren van integraal gezondheidsbeleid en het bevorderen van een gezonde leefstijl.

De hiervoor benodigde taken zijn in 1989 al in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid beschreven, maar uiteraard dient continue nagegaan te worden of deze taken nog effectief zijn en of nieuwe taken aan het takenpakket moeten worden toegevoegd. Dit kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van ontwikkelingen als de verschuiving van verantwoordelijkheden tussen rijk en gemeenten op het gebied van de jeugdzorg, de Participatiewet en de AWBZ, nieuwe infectieziekten of een toename van armoede met daaraan gerelateerde problemen zoals huisuitzettingen.

In het kader van de bezuinigingen waarmee gemeenten worden geconfronteerd is in de afgelopen jaren het takenpakket van met name het programma openbare gezondheidszorg kritisch tegen het licht gehouden en is vastgesteld welke taken in omvang konden worden verminderd zonder dat het bijbehorende maatschappelijke effect onder een aanvaardbaar niveau komt. Dat heeft geleid tot een besluit van het bestuur om afkappunten voor het minimale takenpakket per sector te bepalen. Dat besluit is uitgangspunt geweest bij de beschrijving van de programma's in 2013 en 2014 en ook voor dit conceptprogramma 2015 en de bijbehorende meerjarenbegroting.

1.3 Missie en ambitie

Openbare gezondheidszorg (OGZ) en veiligheid beogen beide te voorkomen dat burgers worden blootgesteld aan bedreigingen van hun gezondheid en welbevinden of proberen de effecten van die blootstelling te voorkomen of te verminderen. Bij beide is zowel sprake van pro-actie (het nemen van structurele maatregelen), preventie (voorkomen van het ontstaan van risico's en / of het verminderen van de gevolgen ervan), preparatie (voorbereid zijn op bedreigingen) als repressie (effectief optreden als bedreigingen aanwezig zijn). Voor de OGZ komt daar nog bij het bevorderen van de toegang tot zorg. Beide domeinen zijn een verantwoordelijkheid van de overheid, zowel de landelijke, de provinciale als de lokale overheid. Samenwerken tussen uitvoerende organisaties is essentieel. OGZ en veiligheid vormen de basis voor de missie van de RDOG en haar afzonderlijke sectoren:

Missie

De RDOG bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid en het welbevinden van de burgers in de regio Hollands Midden in zowel reguliere als crisisomstandigheden. Daarnaast probeert de RDOG de effecten van gezondheidsbedreigingen te beperken. Het is onze missie om die opdracht resultaatgericht op een innoverende manier in samenwerking met betrokkenen vorm te geven.

Ambitie

De RDOG heeft de ambitie om er een bijdrage aan te leveren dat de regio Hollands Midden gaat behoren tot de drie regio's met de hoogste gezondheidsverwachting van Nederland.¹

¹ Zoals bepaald op grond van de gezondheidsscore, de determinantenscore, de preventiescore en de benchmark ambulancezorg.

1.4 De RDOG HM in 2020

De afgelopen jaren heeft de RDOG en daarbinnen met name de GGD HM zich genoodzaakt gezien diverse bezuinigingen door te voeren:

1. In 2010 en 2011 is er sprake geweest van een interne bezuiniging van € 1,3 miljoen euro, teneinde de kosten weer in overeenstemming te brengen met de baten.
2. In 2011 is € 400.000,- bezuinigd, omdat het bestuur de loonindex voor dat jaar op nul heeft gesteld.
3. Vervolgens zijn, op geleide van het advies van het bestuurlijk overleg financieel kader gemeenschappelijke regelingen (werkgroep Strijk) om in de jaren 2012 en 2013 te komen tot een reductie van 10% op de Bijdrage per Inwoner, taakstellingsbesluiten genomen. De door het bestuurlijk overleg geadviseerde 10 % bezuiniging wordt gerealiseerd, maar vanwege bijzondere omstandigheden - allereerst de integratie van de JGZ 0-4 jaar - is de periode die hiervoor wordt uitgetrokken, verlengd.
4. Daar bovenop komt ons besluit om de loonkostenindex voor het jaar 2014 op nul te stellen.
5. Tenslotte is de gemiddelde schaalbezetting de afgelopen jaren gestegen tot inmiddels 96,5% van het schaalmaximum, terwijl (taakstellend) begroot wordt op 95% van het schaalmaximum.

Als gevolg van de punten 3, 4 en 5 staat voor het jaar 2014 een bezuiniging ingeboekt van € 860.000,-, oplopend tot € 2,46 miljoen euro in 2015 en € 2,93 miljoen euro in 2016. Dat is circa 13% van het budget over het jaar 2013. In onderstaande tabel zijn deze gegevens samengevat.

Tabel 1. Huidige taakstelling 2014, 2015 en 2016

Omschrijving	2014	2015	2016
Nullijn 2014 (schatting loonindex 2%)	460.000	460.000	460.000
regionalisering		350.000	350.000
afgesproken bezuinigingsopdracht 2014	70.000	70.000	70.000
afgesproken bezuinigingsopdracht 2015		812.000	812.000
tegenvallers begrotingssystematiek loonkn. 2014	332.000	332.000	332.000
tegenvallers begrotingssystematiek loonkn. 2015		434.000	434.000
tegenvallers begrotingssystematiek loonkn. 2016			470.000
totaal	862.000	2.458.000	2.928.000

In 2012 heeft het bestuur afkappunten bepaald voor de verschillende producten. Uitvoering van de betreffende producten onder het betreffende afkappunt zou naar de mening van het bestuur tot onverantwoorde uitvoering van de betreffende taken leiden. Daarnaast is een recent een benchmark uitgevoerd, waaruit blijkt dat de overhead van de RDOG zich in het onderste kwartiel bevindt van de spiegelgroep van vergelijkbare organisaties en de helft bedraagt van de gemiddelde overhead bij een gemeente.

Van de huidige taakstelling voor 2015 is inmiddels een bedrag van € 1,9 miljoen ingevuld. Voor een belangrijk deel betreft dit een reductie in overhead en materiële lasten, voor een beperkt deel konden nog inhoudelijke keuzes worden gemaakt.

Verdere reductie van het primaire takenpakket acht het bestuur op dit moment niet verantwoord. Het bestuur stelt dan ook vast dat momenteel geen invulling kan worden gegeven aan nog verdere bezuinigingen, die voortvloeien uit het financieel kader van de bestuurlijke werkgroep financieel kader gemeenschappelijke regelingen. Uiteraard blijven bestuur en organisatie zoeken naar mogelijkheden om verdere bezuinigingen door te voeren, aangezien voor het jaar 2016 in het kader van de huidige taakstellingen nog bezuinigingen ter grootte van € 1 miljoen euro moeten worden gerealiseerd en omdat het bestuur maximaal wil meewerken aan de opdracht, die in het nieuwe financieel kader besloten ligt. In die zin heeft dit conceptprogramma dan ook een voorlopig karakter en zal dit in de loop van het komende jaar worden bijgesteld.

Dit bijstelling vraagt echter een verderstreckende benadering en fundamentele keuzes van gemeenten en bestuur. Vandaar dat we als bestuur hebben besloten dat er een onderzoek moet worden uitgevoerd naar de

mogelijkheden om de RDOG HM op middellange termijn nog leaner en meaner en flexibeler te maken, de financiële stand van zaken transparanter te maken en de taken optimaal te laten aansluiten op de maatschappelijke effecten die door de gemeenten worden beoogd. Dit onderzoek wordt getrokken door een ambtelijke projectgroep van gemeenten en bestuurlijk gemonitord door het dagelijks bestuur.

De resultaten van dit onderzoek, gecombineerd met de besluitvorming van gemeenten over rol, taken en positie van de RDOG HM in het kader van de decentralisaties en gecombineerd met de vertaling van het nieuwe basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (dat in het voorjaar 2014 door het kabinet zal worden vastgesteld), zullen ongetwijfeld leiden tot bijstellingen van het programma 2015 en mogelijk ook tot aanpassing van de 'reguliere' bijdrage per inwoner van gemeenten. Daarbij zullen wij uiteraard de gemeenten betrekken.

Een dergelijke 'doorlichting' van de RDOG dient gemeenten het vertrouwen te geven dat de RDOG in de toekomst optimaal bijdraagt aan de bezuinigingstaakstelling waar gemeenten zich voor geplaatst zien, zonder dat vooraf al een bepaald percentage kan worden genoemd. Daarnaast zal de doorlichting moeten leiden tot een heldere rol van de RDOG HM ten opzichte van gemeentelijke processen en beleidsterreinen en moeten leiden tot een helder beeld van hetgeen de RDOG HM, mede gezien haar wettelijke taken en haar mogelijkheden als bestuursorgaan, bijdraagt aan de realisatie van de beoogde maatschappelijke effecten binnen de relevante gemeentelijke beleidsterreinen.

De resultaten van dit onderzoek komen niet op tijd om deze te kunnen verwerken in de teksten van dit concept programma 2015. Het bestuur zal in de periode na mei 2014 op basis van de resultaten van het onderzoek een visie op de RDOG HM in 2020 vormgeven.

De ontwikkelingen met betrekking tot de decentralisaties spelen een grote rol in de toekomst van de RDOG HM. In paragraaf 6.3. wordt de inhoudelijke verbinding geschetst tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdhulp/- zorg en in paragraaf 7.2. wordt gepreludeerd op de ontwikkelingen rond het AMHK. (Mede) In het kader van de decentralisatie jeugdzorg wordt ook het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg herzien. Dit nieuwe basistakenpakket zal in de loop van 2014 bekend worden. Daarnaast moeten gemeenten nog besluiten nemen over de bestuurlijke aansturing van functies binnen de jeugdzorg op subregionaal of regionaal niveau en kan de RDOG HM eventueel in beeld komen waar het gaat om het op een efficiënte en effectieve manier uitvoeren van contractmanagement, onderhandelingen met jeugdzorgaanbieders, registratie van beleidsinformatie, beheer verwijsindex en andere organisatorische aspecten. Het is uiteraard in eerste instantie aan gemeenten om aan te geven welke taken iedere gemeente afzonderlijk wil gaan uitvoeren en welke functies men om redenen van efficiency of effectiviteit wil bundelen op subregionaal of regionaal niveau en, in dat laatste geval, wat de rol van de RDOG HM daarin kan zijn. De besluitvorming van gemeenten over deze aspecten wordt dan ook door de RDOG HM met belangstelling tegemoet gezien.

2. Programma Geneeskundige Hulpverlening

Het programma 'geneeskundige hulpverlening' wordt uitgevoerd door de GHOR. De GHOR is belast met de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening in het kader van rampenbestrijding en crisisbeheersing en adviseert andere overheden en organisaties op dat gebied. De zorgketen is opgebouwd uit zeer veel diverse, autonome partijen die allemaal een eigen rol en soms verschillende belangen hebben in de rampenbestrijding en crisisbeheersing. Een vlotte, adequate en eenduidige aansturing van de geneeskundige hulpverleningsketen is dan ook essentieel. De GHOR is hiervoor wettelijk verantwoordelijk. Zij doet dat in opdracht van het openbaar bestuur.

De GHOR is de onmisbare spil tussen zorg, veiligheid en openbaar bestuur in (de voorbereiding op) rampenbestrijding en crisisbeheersing. Deze spilfunctie komt tot uiting in haar taak de verschillende samenwerkende organisaties goed op elkaar te laten aansluiten tot één soepele keten. Deze keten omvat de overgang van reguliere naar opgeschaalde zorg (en vice versa) door zorginstellingen. Daarnaast zorgt de GHOR voor een goede aansluiting tussen de zorgketen, de veiligheidspartners en het openbaar bestuur bij rampen en crises.

Voor de uitvoering van de taken van de sector GHOR zijn afspraken gemaakt tussen het bestuur van de Veiligheidsregio Hollands Midden (VRHM) en het bestuur van de RDOG HM. Hierin is vastgelegd dat het budget voor de uitvoering van de taken van de sector GHOR ter beschikking wordt gesteld door het bestuur VRHM. Via de begroting van de RDOG wordt geen bijdrage per inwoner in rekening gebracht. Beide besturen zijn voornemens om deze set van afspraken te herzien in 2014/2015. Deze herziening is in eerste instantie ingezet, omdat de gemeenschappelijke regeling RDOG nog dateert uit 2006 en de wetten waarop deze gebaseerd is, niet meer bestaan. Door de inwerkingtreding van de tijdelijke Wet ambulancezorg is het stelsel van wetgeving rondom de GHOR afgerond. De strekking van de nieuwe afspraken is dat de geneeskundige hulpverlening geïntegreerd blijft binnen de RDOG HM en dat deze rechtstreeks en geheel wordt gefinancierd door een inwonerbijdrage van de gemeenten.

De nieuwe afspraken en aanpassing van beide gemeenschappelijke regelingen, heeft als bijkomend voordeel dat besparingen kunnen worden gerealiseerd door verminderde afdracht van btw, waarvan een deel bedoeld is voor de bezuinigingsopdracht aan de sector GHOR.

3. Programma Ambulancezorg

Op 1 januari 2013 is de Tijdelijke Wet Ambulancezorg in werking getreden. De RDOG HM is vergunninghouder geworden op grond van deze wet. De sector Regionale Ambulancevoorziening Hollands Midden (RAV HM) biedt verantwoorde ambulancezorg aan de inwoners van onze regio; professioneel, innovatief en transparant.

Het programma 'ambulancezorg' is weergegeven in het Regionaal Ambulanceplan 2013 – 2017 (RAP). De RAV HM verwoordt in het RAP haar meerjarenbeleid voor de komende vijf jaar. Daarvoor is bewust gekozen. Na 2017 ontstaat mogelijk een nieuwe situatie gezien de eindigheid van de Tijdelijke Wet Ambulancezorg (TWAZ). De organisatie wil daar met haar meerjarenbeleid op kunnen aansluiten.

Kern van dit programma is een goede spreiding van ambulancezorg in de regio, het aantal beschikbare ambulances en de verdeling van deze beschikbare ambulances over dagdelen en soort dagen. Prestaties worden zorgvuldig gemonitord, waardoor met de beschikbare middelen optimale zorg wordt geleverd, blijkt uit een prominente plaats in de landelijke benchmark. Waar de aanrijtijd onder druk staat, zijn aanvullende maatregelen genomen, zoals de inzet van brandweer First-Responder eenheden en de inzet van politiefunctarissen met kennis en vaardigheden omtrent levensreddende handelingen en in de beschikking van AED-apparatuur.

Dé unieke kracht van de RAV Hollands Midden is innovatie. Zij is altijd op zoek naar vernieuwde behandelmethoden of recent ontwikkelde apparatuur. Soms zelfstandig, vaak in samenwerking met anderen. Voorop lopen betekent dat de patiënt altijd de best mogelijke zorg krijgt.

De financiering van het programma vindt plaats in het kader van de zorgverzekering.

In 2013 is een transitieakkoord getekend rondom de vorming van een landelijke meldkamerorganisatie met vooralsnog 10 regionale uitvoeringsorganisaties. Voor de RAVHM betekent dit dat de Meldkamer ambulancezorg (MKA) naar verwachting in 2014 zal verhuizen naar gebouw *de Yp* in Den Haag. Voor de overgang van de meldkamertaken naar de Landelijke Meldkamer Organisatie (LMO) moet besloten worden of het huidige personeel van de MKA (wat in dienst is bij de Nationale Politie) in dienst komt bij de RAVHM of in dienst komt bij de LMO.

4. Programma Openbare Gezondheidszorg; AGZ

Hoofdstuk 4 beschrijft de taakgebieden van de GGD die gericht zijn op de bescherming van de gezondheid van de burgers in de regio. De taken worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de medewerkers van de sector Algemene Gezondheidszorg.

4.1 Infectieziektebestrijding

Taakgebied	Infectieziektebestrijding (IZB)
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	College draagt zorg voor de uitvoering van de IZB, w.o. <ul style="list-style-type: none">➤ algemene preventieve maatregelen;➤ bestrijden TBC en SOA-AIDS, inclusief bron- en contactonderzoek➤ bron- en contactonderzoek bij meldingen➤ adviseren burgemeester en uitvoeren maatregelen College bevordert technische hygiënezorg; GGD ontvangt legionella-meldingen en adviseert hierover
Producten in basistakenpakket	<ul style="list-style-type: none">• Infectieziektebestrijding• TBC-bestrijding• SOA-sense• Technische hygiënezorg Totaal
Beoogde maatschappelijke effecten	Het verminderen van de prevalentie van infectieziekten
Normen, richtlijnen en protocollen	Strak landelijk geprotocolleerd, normen artsen en verpleegkundigen per 100.000 inwoners

Visie en/of toelichting

Op het gebied van algemene infectieziektebestrijding wil de overheid (nog) planmatiger werken bevorderen. De draaiboeken SARS en griepandemie zijn hiervan voorbeelden en voorlopers. De overheid stelt hoge eisen aan opleiden, trainen en oefenen op dit gebied. De inspectie voor de gezondheidszorg onderzoekt jaarlijks of organisaties aan deze eisen voldoen. De komende jaren zullen ministeriële aanwijzingen worden gegeven aan GGD- en GHOR-organisaties, die hieraan niet voldoen.

Er is sprake van een grotere alertheid voor wat betreft T.B.C., legionella, hepatitis A en B en seksueel overdraagbare aandoeningen. Deze geeft een opwaartse druk op de noodzakelijke inspanningen van de GGD. Laboratoriumdiagnostiek, curatieve SOA-bestrijding en aanvullende seksualiteitshulpverlening worden aanvullend vergoed uit een landelijke regeling.

Op dit terrein zijn veel landelijke protocollen en richtlijnen van toepassing, waardoor het moeilijk is hierbinnen regionale keuzes te maken. Er wordt vanuit gegaan dat en gemonitord of iedereen deze landelijke richtlijnen en protocollen in acht neemt. Indien de inspectie tekortkomingen vast stelt, worden aanwijzingen gegeven.

4.2 Medische milieukunde

Taakgebied	Medische milieukunde
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	College draagt zorg voor bevorderen medisch milieukundige zorg, die in ieder geval volgende aspecten omvat: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Signaleren ongewenste situaties; ➤ Adviseren van bevolking over risico's; ➤ Beantwoorden van vragen van bevolking en geven van voorlichting; ➤ Verrichten van onderzoek. College vraagt advies aan GGD voordat besluiten worden genomen met gevolgen voor volksgezondheid
Producten in basistakenpakket	Medische milieukunde
Beoogde maatschappelijke effecten	Het voorkomen van gezondheidsklachten als gevolg van bedreigingen vanuit de fysieke omgeving, inclusief straling. Bedreigingen worden zoveel mogelijk, veelal door andere organisaties, aan de bron aangepakt
Normen, richtlijnen en protocollen	Modeltakenpakket dat 5 taakgebieden omvat en normen voor personele inzet per taakgebied

Visie en/of toelichting

Op het gebied van medische milieukunde wordt een opwaartse druk gevoeld door het toenemende aantal klachten en vragen van burgers en gemeenten inzake het binnenmilieu en de particuliere omgeving. Ook de Wet Luchtkwaliteit en de problematiek van UMTS-masten zorgen voor een opwaartse druk op de activiteiten.. Het adviseren over gezondheidsaspecten van ruimtelijke orderings- en infrastructuurplannen wordt een speerpunt in de komende jaren, aangezien de invloed van de gebouwde omgeving op de volksgezondheid en het gedrag van burgers zeer groot is, burgers hierop steeds kritischer worden en de inspectie dit als aandachtspunt heeft geformuleerd. Dit gebeurt in goed overleg met de milieudiensten, aangezien de advisering door GGD en milieudiensten raakvlakken heeft. Het binnenmilieu op scholen staat momenteel ook in de belangstelling; deze activiteiten worden aanvullend gefinancierd door het RIVM. De medisch milieukundigen en de epidemiologen van de GGD kunnen ingezet worden voor clusteronderzoeken; als er in een bepaald gebied veel personen zijn met overeenkomende gezondheidsklachten (leukemie, luchtwegproblemen). Dan wordt onderzocht of die klachten of problemen dezelfde oorzaak hebben en of er bronnen kunnen worden bepaald, die de betreffende klachten geven..

5 Programma Openbare Gezondheidszorg; OBG

Hoofdstuk 5 beschrijft de taakgebieden van de GGD die gericht zijn op de bevordering van de gezondheid van de burgers in de regio. De taken worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de medewerkers van de sector Onderzoek Beleid- en Gezondheidsbevordering.

5.1 Epidemiologie en Beleid

Taakgebied	Epidemiologie en beleid
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aansluiting Openbare (Publieke) gezondheidszorg en curatieve zorg ➤ Verwerven van inzicht in gezondheidssituatie van bevolking ➤ Ten behoeve van het lokale gezondheidsbeleid verzamelen en analyseren van gegevens m.b.t. de gezondheidssituatie van de bevolking ➤ Gezondheidsonderzoek bij rampen ➤ Bewaken van gezondheidseffecten bij bestuurlijke beslissingen
Producten in basistakenpakket	<ul style="list-style-type: none"> • Advisering lokaal gezondheidsbeleid • Epidemiologie <p>Totaal</p>
Beoogde maatschappelijke effecten	Gefundeerde basis bieden voor beleid, dat gericht is op bescherming, bewaking en bevordering van gezondheid, ook in geval van rampen
Normen, richtlijnen en protocollen	Gezondheidspeilingen onder jongeren, volwassenen en ouderen, aansluitend op de landelijke preventiecyclus; Op landelijke gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over de gezondheidssituatie; Gestandaardiseerde vragenlijst t.b.v. landelijke aggregatie; Lokale nota's gezondheidsbeleid iedere vier jaar.

Visie en/of toelichting

Gegevens zijn de basis voor beleid. Periodiek (in principe elke vier jaar) worden gezondheidsspeilingen uitgevoerd onder respectievelijk jongeren, volwassenen en ouderen in de regio Hollands Midden en worden rapportages Regionale Volksgezondheids Toekomstverkenningen (rVTV's) geleverd.

In 2010 hebben de gemeenten de rapportages Regionale Volksgezondheids Toekomstverkenningen (rVTV's) ontvangen en in 2011 de publicaties Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid. Mede op basis hiervan heeft de GGD samen met ambtenaren de Regionale Nota Gezondheidsbeleid 2013-2016 opgesteld.

Op de website van de GGD onder de menuknop Gezonde Gemeente is actuele informatie te vinden over landelijk en regionaal gezondheidsbeleid, waaronder maatregelen en GGD-interventies. In 2012 is conform landelijke afspraken een monitor onder volwassenen en ouderen uitgevoerd. In 2013 heeft de GGD een peiling uitgevoerd onder jongeren van 12 t/m 18 jaar. Aan de landelijke harmonisatie en standaardisatie van de jongerenpeiling wordt de komende jaren gewerkt. De GGD Hollands Midden volgt deze ontwikkelingen op de voet.

In relatie tot de komende transitie zijn de verwachtingen ten aanzien van preventie groot. Een scheiding tussen Wpg en Wmo lijkt daarbij in toenemende mate kunstmatig. Gezondheids- en Wmo-beleid kunnen meer dan nu in elkaars verlengde uitwerking krijgen binnen gemeentelijk beleid.

Ondanks bezuinigingen op de formatie biedt de GGD de gemeenten ook in 2015 op diverse manieren beleidsondersteuning. De GGD zal in 2014 in nauw overleg met gemeenten starten met de planvorming voor een nieuwe rVTV in 2015, mede in relatie tot de nieuwe taken als gevolg van de decentralisaties in het sociale domein.

De informatie voor Gezonde Gemeente wordt geactualiseerd als er nieuwe cijfers en interventies beschikbaar komen. Actuele gezondheidsgegevens zijn daarnaast online beschikbaar via www.gezondheidsatlashollandsmidden.nl.

5.2 Gezondheidsbevordering en publieksinformatie

Taakgebied	Gezondheidsbevordering en publieksinformatie	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor gezondheidsbevordering ➤ In stand houden structuur voor samenwerking tussen instellingen die taken vervullen op het gebied van gezondheidsbevordering 	
Producten in basistakenpakket	<ul style="list-style-type: none"> • Gezondheidsbevordering 18 plus • Informatie- en documentatiecentrum • Digitale sociale kaart (Aanvullende Dienst ZHN) <p>Totaal</p>	
Beoogde maatschappelijke effecten	<p>Het bevorderen van de gezondheid van burgers door:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Het bevorderen en behouden van gedragsverandering bij burgers t.a.v. een gezonde leefstijl met als resultaat gezondheidswinst en reductie in zorg- en maatschappelijke kosten ○ Het bevorderen van preventie in de zorg ○ Het bevorderen en faciliteren van samenwerkingsverbanden / netwerken op de verschillende speerpunten van het Rijk ○ Het geleiden van burgers naar adequate zorg 	
Normen, richtlijnen en protocollen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Speerpunten uit VWS-nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij (2011) ▪ Toetsingskader van inspectie 	

Visie en/of toelichting

Onderzoek waaruit blijkt dat burgers uit de lagere sociaal-economische groepen gemiddeld 7 jaar eerder overlijden en 12 jaar meer gezondheidsproblemen ervaren en het gegeven dat het verschil de afgelopen jaren groter is geworden, baart bestuurders en professionals in de publieke gezondheidszorg zorgen. Mensen uit de lagere sociaaleconomische groep hebben 50% meer kans om vóór hun 65^{ste} te overlijden. Interventies, die erop gericht zijn om deze gezondheidsverschillen te verkleinen, moeten integraal zijn en zich binnen het hele publieke domein afspelen. Gezondheidsbevordering kan daaraan een substantiële bijdrage leveren.

Gezondheidsbevordering wordt gefaciliteerd door een actief beleid van de Rijksoverheid, vanuit de gedachte dat preventie de toekomstige kosten van de gezondheidszorg zal beperken. Betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid moet leiden tot meer effect. De landelijke nota Gezondheidsbeleid 'Gezondheid Dichtbij' noemt vijf speerpunten: overgewicht, roken, diabetes, schadelijk alcoholgebruik en depressie. Wijk- en buurtgericht werken is daarbij het devies, aangezien van werken op dat 'kleinschalige' niveau effecten zijn te verwachten. Het regionale en gemeentelijke (lokale) gezondheidsbeleid sluit, mede op basis van epidemiologische gegevens, bij deze thema's aan.

Gezondheidsbevordering gaat om gedragsgerichte preventie van vermijdbare aandoeningen die mens en diens directe omgeving, werkring en gezondheidszorg belasten. De meeste gezondheidswinst wordt behaald wanneer er sprake is van een interventiemix waarin zowel voorlichting en educatie (gericht op het aanleren en behouden van gezond gedrag) als de instrumenten wet- en regelgeving, economische maatregelen en een gezonde leefomgeving (gericht op het wegnemen van barrières die gezond gedrag in de weg staan) essentiële onderdelen zijn. Naast de wijk, zorg en welzijnsorganisaties, sector ruimtelijke ordening en sport, biedt de werksetting aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering. Er wordt gebruik gemaakt van evidence based interventies .

Het Informatie- en documentatiecentrum biedt een ondersteunende en adviserende rol bij de contactmomenten jeugdgezondheidszorg, in de wachtkamers van CJG en GGD, en bij activiteiten in het kader van groepsgerichte gezondheidsbevordering , met een groot bereik bij burgers. Via het Informatie- en Documentatiecentrum wordt een omvangrijke informatiestroom voor de klanten toegankelijk en beheersbaar gemaakt. Waar mogelijk worden de informatiefolders en onderwijsleermaterialen digitaal aangeboden. Bijvoorbeeld via de GGD-website en de website van Gezonde School.

Het veld van zorg, welzijn en wonen is zeer breed. Veel instellingen presenteren hun gegevens en dienst- en productaanbod op internet. Het is voor een individuele burger of verwijzer vaak moeilijk om overzicht te houden over het totale aanbod. Een complete en betrouwbare sociale kaart is dan ook heel belangrijk in de informatieverstrekking aan burgers en intermediairs. De GGD biedt de gemeenten in ZHN laagdrempelige, goed bereikbare en actuele sociale kaartgegevens op internet met informatie over zorg, wonen en welzijn in Zuid-Holland Noord. Deze actuele data zijn beschikbaar voor gebruik op VCJG's, gemeentelijke websites, WMO-applicaties, andere thema-specifieke websites. Deze aanvullende dienst wordt in ieder geval tot en met 2015 afgenomen door alle gemeenten in ZHN.

6 Openbare Gezondheidszorg; Publieke Zorg voor de Jeugd

Hoofdstuk 6 beschrijft de taakgebieden van de GGD die gericht zijn op de bescherming van de gezondheid van jeugdigen in de regio. De taken worden hoofdzakelijk uitgevoerd door de medewerkers van de sector Publieke Zorg voor de Jeugd (PZJ) binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin

6.1 Jeugdgezondheidszorg

Taakgebied	Jeugdgezondheidszorg
Tekst van de Wet en (voorgenomen) besluiten (steekwoorden)	<p>Gemeenten zijn op basis van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) verantwoordelijk voor de JGZ. Het JGZ aanbod is vastgelegd in het Basistakenpakket (BTP), dat wettelijk zijn beslag heeft gekregen in het Besluit Publieke Gezondheid. Het uniforme deel van het BTP bestaat uit werkzaamheden, die gestandaardiseerd en aan alle kinderen moeten worden aangeboden. Daarnaast heeft de sector PZJ te maken met wetgeving en beleid op het gebied van digitaal dossier (DDJGZ), Verwijsindex/Jeugdmatch, Inspectie kinderopvang en centra voor Jeugd en gezin (WMO prestatieveld 2).</p> <p>In de loop van 2014 zal naar verwachting een aanpassing plaats vinden in de WPG. Staatssecretaris van Rijn stelt in zijn brief aan de tweede Kamer d.d. 25 juni 2013 (kenmerk 123736-105142-PG) de volgende aanpassingen voor in lijn met het advies van de commissie de Winter: "voorlichting, advisering, instructie en begeleiding van ouders en jeugdigen komt in het uniforme basispakket JGZ alsmede het normaliseren van zorgen en vragen en (beleids)advisering over de jeugd. Indien problemen die de JGZ signaleert niet door de JGZ opgelost kunnen worden dan moet tijd extra zorg/hulp ingeschakeld worden en JGZ toeleiden naar jeugdhulp.</p> <p>Structureel wordt het aanbod vanaf 14 jaar (Werkwijze contactmoment 15/16 jarigen inclusief groepsvoorlichting en beleidsadvisering school), omdat juist op deze leeftijd er veel vragen en/of gezondheidsrisico's zijn rond o.a. middelengebruik en leefstijl.</p> <p>Kindermishandeling, internetgebruik en schoolverzuim/ziekteverzuim/schooluitval worden in de wetwijziging expliciet als thema's opgenomen. Deze thema's worden samen met de kernpartners vanuit het CJG opgepakt</p>
Producten, afgeleid van de Wet Publieke Gezondheid	<ul style="list-style-type: none"> • Prenatale voorlichting • Contactmomenten 0-18 jaar: signaleren, screenen, inschatten zorgbehoefte • Voorlichting, advisering, instructie en begeleiding risicokinderen en -gezinnen • Toeleiding en Zorgcoördinatie (VVE, 1Gezin1Plan) • Rijksvaccinatieprogramma • Gezondheidsbevordering en opvoedingsondersteuning • Gezondheidsbedreigingen • Beleidsadvisering jeugd
Beoogde maatschappelijke effecten	Het bewaken, bevorderen en beschermen van de lichamelijke en psychische gezondheid en de sociale ontwikkeling van alle jeugdigen in Hollands

	<p>Midden.</p> <p>Alle kinderen zijn in beeld en (op) tijd voor elk kind is er actie. Bij opvoeders en jongeren staat het normaliseren (1) van zorgen en vragen voorop en herstel van de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid.</p> <p>Het uniforme deel van het Basistakenpakket van de Jeugdgezondheidszorg telt inmiddels 38 interventies waarvan de effectiviteit bewezen is. Van de overige taken is zeer aannemelijk dat ze effectief zijn maar dit moet nog door onderzoek worden bevestigd.</p>
Normen, richtlijnen en protocollen	WPG en Wet Kinderopvang, alsmede besluit basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Zie verder tekst van de Wet.

Toelichting

Binnen de JGZ zijn een aantal belangrijke, deels overlappende onderwerpen voor de komende jaren te onderscheiden:

- ❑ Per 2015 heeft PZJ dezelfde producten in het basistakenpakket in de beide subregio's. De uitdaging is om verder te harmoniseren en verschillen in werkwijzen weg te nemen.
- ❑ Flexibilisering en integratie van het basistakenpakket JGZ 0-18 jaar en de ontwikkeling van JGZ naar Publieke Zorg (Public Health) voor de Jeugd (PZJ) verankeren en aansluiten op de nieuwe ontwikkelingen in het sociale domein.
- ❑ Het verder ontwikkelen van Centra voor Jeugd en Gezin en de discussies in dit kader over de rol van de JGZ 0-18 jaar daarin. Aansluiting op de sociale teams/jeugd en gezinsteams in samenhang met de verdere ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin.
- ❑ De realisatie en verbetering van het huidige Digitaal Dossier JGZ, meewerken aan landelijke uitwisseling van de dossiers en de door ontwikkeling van een regionaal jeugd- en gezinsdossier in samenwerking met de CJG-partners en afgestemd op de transformatie van de jeugdhulp.
- ❑ Aansluiting van de ontwikkeling van Publieke Zorg voor de Jeugd op die van het Passend Onderwijs en Veiligheidshuis
- ❑ Het verbinden van gezondheidsbevorderende en opvoedingsondersteunende activiteiten met betrekking tot jeugdigen met de buurt, in samenhang met CJG en in samenwerking met het primair en voortgezet onderwijs.
- ❑ Het verbinden van de aanpak kleinschalige calamiteiten (product gezondheidsbedreigingen in 1/2^e milieu) en crisissituaties met de nieuwe GROU/OTO ontwikkeling.

De boven genoemde onderwerpen hebben met elkaar gemeen dat de JGZ 0-18 door haar publieke functie - om op tijd elk kind met risicofactoren op te sporen en door het feit dat zij alle kinderen in beeld dient te houden - de ruggengraat vormt van de Centra voor Jeugd en Gezin en schakel met onderwijs (primair, voortgezet en speciaal), kinderopvang, dorp/wijk, ambulante hulpverlening (vb. jeugd- en gezinteam) en curatieve gezondheidszorg (huisartsen, kinderartsen en jeugdGGZ).

Wat betreft deze laatste streeft de PZJ ernaar dat de jeugdartsen hun schakelfunctie inzetten in het afstemmen met de huisartsen en specialisten bij het toeleiden naar zorg van die jeugdigen waarvoor dat nodig is. Daarnaast streeft PZJ ernaar dat een aantal senior jeugdverpleegkundigen kwetsbare gezinnen met complexe en meervoudige problematiek vroegtijdig gaat ondersteunen vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin en de verbindende schakel vormt met de Jeugd- en gezinsteams dan wel sociale wijkteams. Om dit te realiseren is een experiment "*gezinsverpleegkundige*" gestart. Dit zal naar verwachting tot een herschikking van taken tussen senior jeugdverpleegkundigen leiden. In de loop van 2014 zal de werkwijze m.b.t. deze *gezinsverpleegkundigen* verder vorm krijgen afhankelijk van de uitkomsten van het lopende experiment en de verdere vormgeving van de Jeugd- en gezinsteams dan wel sociale wijkteams.

6.2 Basistakenpakket JGZ

De sector Publieke Zorg voor de Jeugd (PZJ) kent drie hoofdtaken: de uitvoering van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, de coördinatie en uitvoering van CJG werkzaamheden (aanvullende diensten) en de uitvoering van de Inspectie Kinderopvang. De sector werkt vanuit een aantal hoofddoelen en uitgangspunten, die naadloos aansluiten bij de per 1-1-2015 in te voeren Jeugdwet.

De sector PZJ werkt vanuit de volgende uitgangspunten:

- preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden (eigen kracht) van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
- de-medicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
- eerder de juiste hulp op maat te bieden om het beroep op dure gespecialiseerde hulp te verminderen;
- integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'; door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen;
- meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk; betrokken professionals die sociale netwerken in de omgeving van het gezin weten in te schakelen en die kunnen samenwerken met vrijwilligers en familieleden en hun kracht weten te benutten.

De Jeugdgezondheidszorg is publieke gezondheidszorg, die veelal ongevraagd wordt aangeboden aan alle kinderen. De JGZ richt zich op preventie door bescherming en bevordering van de gezondheid van de jeugd. De JGZ kijkt naar het kind en de jongere in zijn gezin en omgeving en maakt een integrale beoordeling van de gezondheid en welbevinden van de kinderen. De JGZ beoordeelt of groei en ontwikkeling verlopen binnen vastgestelde grenzen, signaleert problemen en normaliseert. Er vindt een beweging plaats van niet alleen kijken naar ziekte en aandoeningen, maar naar gezondheid en wat kinderen en ouders nodig hebben om gezond te kunnen opgroeien en opvoeden. Het nieuwe basistakenpakket zet in op flexibilisering van de JGZ. De contactmomenten zijn niet meer vanzelfsprekend voor iedereen hetzelfde maar er is meer ruimte voor maatwerk en extra aandacht voor risico kinderen. Voor de inhoud is de vraag leidend wat kinderen nodig hebben om gezond op te kunnen groeien. Dit houdt in dat voor een deel van de populatie meer contactmomenten nodig zijn en dat een ander deel voldoende heeft aan minder contactmomenten. Zo is bijvoorbeeld voor het bepalen van de visus (maar ook voor andere activiteiten) regelmatig een hernieuwde afspraak nodig. Voor het motiveren tot deelname aan de JGZ en voor het zoeken van (gespecialiseerde) hulp bij (zorgmijdende) gezinnen zijn vaak extra gesprekken nodig. Daarnaast zijn er gezinnen met bijvoorbeeld een tweede of derde kind voor wie bepaalde onderdelen van de JGZ minder noodzakelijk kunnen zijn (bijvoorbeeld algemene voorlichting over voeding).

In het besluit d.d. 11 december 2013 heeft het bestuur de indeling voor de contactmomenten zoals die worden uitgevoerd door de JGZ HM vastgesteld inclusief nieuwe werkwijzen om bovenstaande uitgangspunten te realiseren.

Gezamenlijk inschatten zorgbehoefte (GIZ)

GIZ helpt de professional bij het maken van die inhoudelijke afweging. De GIZ-werkwijze is een innovatieve taxatiemethodiek waarmee de zorgprofessional de ontwikkelbehoeften en zorgbehoefte van een ouder/jeugdige snel in kaart brengt: *samen met de betreffende ouder of jeugdige*. Dat wordt gedaan met behulp van een gestructureerd, motiverend gesprek. Deze begint met een gezamenlijke analyse van de aard en de kracht van de ontwikkeling van de ouder/jongere in relatie tot zijn opvoeding en omgeving. Het eindigt met een gezamenlijke inschatting van het niveau en het type zorg die het beste past bij de geïdentificeerde krachten en behoeften. Vandaar de naam van de werkwijze: Gezamenlijk Inschatten zorgbehoefte. Eind 2013 is de implementatie van de GIZ begonnen.

Stevig Ouderschap pre- en postnataal²

Stevig Ouderschap is kortdurende laagdrempelige steun voor gezinnen met een verhoogd risico op opvoedproblemen gericht op het versterken van het gezonde opgroeien en opvoeden en normaliseren van problemen. Het doel van Stevig Ouderschap is het verkleinen van het risico op ernstige opvoedingsproblemen en kindermishandeling. Gedurende de zwangerschap worden circa drie huisbezoeken afgelegd en tijdens de eerste twee levensjaren van een kind worden circa zes bezoeken afgelegd door een hiertoe getraind JGZ-verpleegkundige. Tijdens de huisbezoeken wordt aandacht besteed aan het ouderschap, verwachting en kennis omtrent de ontwikkeling van het kind, beleving van de ouderrol in het perspectief van de eigen ontwikkelingsgeschiedenis, de vorm en kwaliteit van het sociale netwerk van het gezin en de noodzaak van aanvullende hulpverlening bij aanwezigheid van specifieke problematiek binnen het gezin. In een groot gerandomiseerd onderzoek is aangetoond dat het risico op opvoedingsproblematiek afneemt en de verwachtingen die ouders van hun kinderen hebben realistischer worden als gevolg van de huisbezoeken. De fysieke en psychosociale ontwikkeling van de kinderen verbetert zodanig dat deze vergelijkbaar wordt met die van kinderen in een laag-risico vergelijkingsgroep. Ouders zelf waarderen de huisbezoeken met een gemiddelde 8,5. Op grond van deze resultaten is Stevig Ouderschap opgenomen in de Databank van Effectieve Interventies (NJI) als één van de vier meest effectieve interventies in Nederland. Door de aansluiting op de bestaande visie en werkwijze is het draagvlak voor de methode zeer groot: 98% van de verpleegkundigen noemt de methode een waardevolle aanvulling voor de JGZ, zij waarderen het permanent werken met de methode met een 8,9. Dit maakt Stevig Ouderschap een geschikt programma voor het CJG. Inmiddels wordt in bijna één derde van Nederland (circa 130 gemeenten) met Stevig Ouderschap gewerkt.

Flexibiliseren.

De GGD HM gaat door met het implementeren van het innovatiescenario, waartoe eerder door het bestuur is besloten. In april 2014 begint de tweede fase. Het blijkt een stevige veranderopgave die diep ingrijpt op de primaire werkprocessen en daarvan afgeleide systemen. De ervaring leert dat het hele jaar 2015 nog in het teken zal staan van alle veranderingen. Het duurt even voordat de nieuwe werkwijzen voldoende zijn ingesleten bij alle medewerkers en systemen optimaal hierop zijn afgestemd. In 2015 ligt de nadruk daarom op borging van gemaakte afspraken, fine tunen van de nieuwe werkwijzen en systemen en effectmeting. Flexibilisering is geen bezuinigings-, maar een verbetermaatregel. De GGD HM kan het leer- en implementatietraject in 2015 met de huidige beschikbare middelen realiseren. Eventuele nieuwe bezuinigingen brengen de implementatie in gevaar.

Samenwerking

De JGZ voert haar taken uit in samenwerking en afstemming met andere organisaties en professionals, waarbij de samenwerking varieert per leeftijdsfase. Naast het basistakenpakket kan de JGZ op basis van de expertise ook activiteiten uitvoeren die buiten het basispakket liggen. De activiteiten uit het basispakket van de JGZ zijn anders van aard zijn dan die van jeugdhulp. JGZ-activiteiten worden veelal ongevraagd aangeboden aan alle kinderen vanuit het publieke belang, gericht op preventie van risico's, of ziekten. Daarbij is preventie vooral primaire preventie en in sommige gevallen secundaire of tertiaire preventie zoals bij de hielprik of bij onderzoek op verzoek na signalering door derden.

De activiteiten vanuit de jeugdhulp worden vooral aangeboden als er een risico(situatie) of probleem gesignaleerd is en/of er een vraag is vanuit het kind of de omgeving van het kind en Jeugdgezondheidszorg niet toereikend is.

Belangrijke onderdelen, waarop de samenwerking versterkt kan worden met als basis 1Gezin1Plan, zijn o.a.:

- zwangerschap, bevalling en het jonge kind: de JGZ is onderdeel van de keten rondom het jonge kind. Samenwerking betreft landelijke en lokale afspraken met verloskundigen, kraamzorg, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen omtrent signalering van risicozwangeren en gezinnen met jonge kinderen, informatieoverdracht over (ongeboren) kinderen en gezinnen, voorlichting en advisering en begeleiding van risicokinderen en –gezinnen.

² Stevig Ouderschap is een aanvullende dienst. Zie ook paragraaf 8.1.

- gezondheidszorg: de JGZ is onderdeel van de gezondheidszorgketen en werkt nauw samen met paramedici en medici (huisartsen, kinderartsen en andere klinisch specialisten).
- Jeugdhulp: de JGZ en sociale teams dan wel jeugd en gezinsteams werken samen in het CJG en in de zorgstructuren in het onderwijs en treffen elkaar rondom individuele gezinnen.
- Onderwijs en kinderopvang. de JGZ heeft reguliere contacten met school , voorschool en kindercentra over individuele kinderen en aan de hand van thema's. De JGZ onderzoekt kinderen op verzoek van school, verzorgt en neemt deel aan de zorgstructuren. Ook leidt de JGZ kinderen toe naar VVE-scholen en geeft de JGZ adviezen a.h.v. gezondheidsprofielen op populatieniveau.

6.3 Aansluiten op wet op de Jeugdhulp

Positie van de JGZ.

De JGZ is een basisvoorziening voor alle jeugdigen in de regio. De JGZ spreekt alle ouders en kinderen op een aantal momenten gedurende het opgroeien.

Samen met de ouders of jongeren maakt de JGZ professional een inschatting van de mate van zelfredzaamheid, van hun eigen kracht³, verhouding van draagkracht/last, mate van gezondheid, opvoedingscompetenties en sociale factoren. Vaak weten mensen goed wat ze nodig hebben, maar wil het niet altijd slagen in het concrete handelen. Is de JGZ niet toereikend, dan hebben ouders en/of jongeren een jeugdhulpverlener nodig die op een open en oprechte manier vraagt en luistert, iemand die meekijkt en meedenkt en iemand die via de werkwijze 1Gezin1Plan hulp kan verlenen, totdat zij het weer op eigen kracht kunnen.

De jeugdgezondheidszorg ambieert een directe verbinding met de jeugdhulpvoorzieningen, zonder daar zelf onderdeel van uit te maken. JGZ en Jeugdhulpvoorzieningen hebben elkaar nodig om de hulpverlening aan ouders en jongeren te verbeteren en versterken.

Visie op aansluiting JGZ en jeugdhulp

Inspanningen zullen gericht moeten worden op het gestalte geven aan samenwerking tussen JGZ, preventieve CJG projecten en de Jeugd- en Gezinsteams(ZHN) en/of sociale wijkteams (MH). Vanwege de preventieve wettelijke taken zal de jeugdgezondheidszorg een ingang houden naar voorliggende voorzieningen zoals scholen en kinderdagverblijven. Deze samenwerking bestaat al jarenlang, is verankerd en dient gecontinueerd te worden. De jeugdgezondheidszorg en de diverse jeugdhulpvoorzieningen kunnen elkaar versterken op in ieder geval de volgende aspecten:

a) *De jeugdgezondheidszorg is een vertrouwd gezicht voor ouders, jeugd, scholen, kinderdagverblijven en andere aanpalende voorzieningen.*

De jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen van de JGZ genieten van oudsher het vertrouwen van opvoeders en kinderen. Gezinnen met jonge kinderen worden vanaf het allereerste begin preventief ondersteund met de monitoring van groei en ontwikkeling, maar ook via screening, vaccinaties en steun bij de opvoeding.

b) *Voor de meeste ouders is de drempel naar het CJG niet hoog.*

Mede gezien de positie die de jeugdgezondheidszorg heeft als basisvoorziening vanaf de geboorte van elk kind –soms al tijdens de zwangerschap- en waar nagenoeg elk kind/jeugdige en zijn of haar ouders gebruik van maakt, is de drempel niet hoog. De drempel naar hulpverlening ligt hoger. Toeleiding is en blijft een belangrijke taak van de JGZ.

³ Zie de eerdere noties over het GIZ- instrument

c) *Het is effectief en efficiënt om bestaande informatie en netwerken te benutten.*

JGZ medewerkers hebben een sterke positie in de zorgstructuur van kinderopvang, scholen voor primair en voortgezet onderwijs. Onder andere door die positie, maar ook door het digitaal dossier en de continuïteit in haar infrastructuur en dienstverlening bezit de JGZ een schat aan informatie over kinderen, hun gezinnen, zowel op collectief als op individueel gebied.

d) *De JGZ blijft, als de jeugdhulp is afgesloten.*

Het is van belang om de aansluiting met de door de JGZ gesignaleerde gezinnen met aanvullende, complexe zorgbehoeften structureel te borgen. Snelle overdracht en samenwerking vanuit de JGZ met de jeugd- en gezinsteams is juist bij deze gezinnen essentieel.

De jeugdhulp is eindig. Via de (gezins)verpleegkundigen⁴ kan na afsluiting van de hulpverlening van het jeugd- en gezinsteam een overdracht plaatsvinden en kan ontzorgen en normaliseren georganiseerd worden.

e) *De expertise van de jeugdarts benutten*

De jeugdarts is de sociaal medische vertegenwoordiging binnen het CJG. En is in staat met een integrale kijk (ook ten aanzien van de geestelijke gezondheid) een zorginschatting te doen aan het begin van de keten. Een gezamenlijke analyse is van belang voor oordeelsvorming in het jeugd- en gezinsteam. De jeugdarts kan bij verwijzing op een aantal gebieden informatie verstrekken. De jeugdarts kan rechtstreeks doorverwijzen naar de GGZ jeugd en medische specialisten. De jeugdartsen kunnen een belangrijke rol vervullen in de schakel naar huisartsen. Huisartsen krijgen in het nieuwe jeugdstelsel een wettelijke verwijzingsbevoegdheid (evenals de jeugdarts en de medisch specialist). Uit onderzoek blijkt, dat huisartsen nu vooral doorverwijzen naar de GGZ, een van de duurste vormen van jeugdzorg.

f) *Gebruik maken van preventieve activiteiten*

Het CJG biedt preventieve opgroei- en opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen van 0-19 jaar, zowel individueel (mondeling, schriftelijk, telefonisch en digitaal) als in groepsverband. Het cursusaanbod wordt door de verschillende CJG partners uitgevoerd (cotraining) om zo de aanwezige expertise maximaal te kunnen benutten. Het activiteitenpakket is laagdrempelig, outreachend, flexibel en innovatief in werkwijze. Het opvoeden van kinderen brengt vragen met zich mee. We moeten ervoor waken dat we opvoedvragen niet te snel problematiseren. Zelfredzaamheid staat binnen het CJG centraal. Eerst wordt gekeken, wat iemand zelf kan en met ondersteuning van zijn sociale netwerk kan bereiken. Als ondersteuning in de eigen leefwereld onvoldoende is, dan wordt specialistische hulp ingezet. Het gaat om het aanschuiven van deskundigen met hun specialistische kennis en niet om doorschuiven.

Kortom, het is in het belang van de gemeenten dat er geïnvesteerd is in de aansluiting tussen de JGZ en de nieuwe voorzieningen voor jeugdhulp.

⁴ In 2014 start de JGZ met een nieuwe invulling van de taken van senior jeugdverpleegkundigen, die gezinnen gedurende langere tijd kunnen begeleiden. Zij vormen de “stut en steun” ofwel “waakvlam” wanneer hulpverlening wordt afgebouwd dan wel afgeschaald en basiszorg gecontinueerd wordt.

6.4 Toezicht kinderopvang

Taakgebied	Toezicht kinderopvang
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	De Wet Kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen en de hieruit voort gekomen maatregel van bestuur en onderliggende wet-, en regelgeving.
Producten	Inspectie kinderopvang
Beoogde maatschappelijke effecten	De Wet kinderopvang en kwaliteitseisen peuterspeelzalen bevordert een basis kwaliteitsniveau. Kinderopvang die voldoet aan de kwaliteitseisen draagt o.a. bij aan veilige, gezonde en pedagogisch verantwoorde kinderopvang.
Normen, richtlijnen en protocollen	<p>Protocollen voor het (her)inspecteren van alle kinderopvanglocaties en peuterspeelzalen in het werkgebied Op basis daarvan het sturen van kinderopvangorganisaties en peuterspeelzalen in het werkgebied;</p> <p>Resultaat Er zijn Inspectierapportages beschikbaar op basis van het uniforme (landelijke) toetsingskader . Naast inspecties geven de inspecteurs ook sturing (bijv. rondom de bouw en verbouw van kinderopvanglocaties en peuterspeelzalen) en voorlichting (bijv. ten aanzien van veilig en hygiënisch werken in peuterspeelzalen en kinderopvang)</p>

7 Programma OGZ; Zorg voor Kwetsbare Burgers

Verschillende producten van de GGD zijn gericht op Zorg voor de kwetsbare burgers in onze samenleving. De vormgeving en de positionering van het nieuwe AMHK is een eigenstandig traject binnen de transitie Jeugdzorg. Als het AMHK binnen de RDOG wordt ondergebracht zoals geformuleerd in de plannen van de gemeenten in Hollands Midden voor de jeugdzorg, zal een nieuwe sector ontstaan met de werktitel “zorg voor kwetsbare burgers”. De OGGZ producten van de GGD worden samen met het nieuw te vormen AMHK in dit organisatieonderdeel ondergebracht. Vooralsnog wordt in dit hoofdstuk uitgegaan van de huidige taken.

7.1 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Taakgebied	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	
Tekst van de Wet en besluiten (steekwoorden)	De Wmo wordt vernieuwd, geplande inwerkingtreding 1 januari 2015.	
Producten in basistakenpakket	<ul style="list-style-type: none"> • Meldpunt Zorg en Overlast • OGGZ preventie en beleid • Basiszorg coördinatie Kwetsbare kinderen 	
	Totaal	
Beoogde maatschappelijke effecten	Het voorkomen van maatschappelijke uitsluiting en het bevorderen van maatschappelijk herstel/voorkomen van terugval van sociaal kwetsbare burgers	
Normen, richtlijnen en protocollen	t.z.t. voortkomend uit nieuwe WMO	

Visie en/of toelichting

Tot 2006 was de taak Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) opgenomen in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Vanaf 2006 werd deze vertaald in de prestatievelden 7, 8 en 9 van de Wet maatschappelijke ondersteuning. In de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning komt het begrip OOGZ niet voor, maar worden gemeenten belast met algemene en maatwerkvoorzieningen voor burgers, die problemen in de maatschappelijke participatie ondervinden als gevolg van psychische of psychosociale problemen. De wettelijke taken die voorheen letterlijk omschreven waren (signaleren en bestrijden risicofactoren, bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ) zijn vervallen. Los van deze begripsverandering kan in de praktijk worden vastgesteld dat de betreffende problematiek de afgelopen jaren niet is verminderd. De activiteiten die binnen het product Meldpunt Zorg en Overlast en OGGZ preventie en beleid worden uitgevoerd zijn ook noodzakelijk in het nieuwe sociale domein en passen goed binnen de nieuwe taken en de nieuw geformuleerde taken van de gemeenten.

Gemeentelijke opdracht in de nieuwe Wmo

De uitdaging blijft de meest kwetsbare groepen in beeld te krijgen en te bereiken.

De belangrijkste risicofactoren voor sociale uitsluiting zijn een gering psychisch welbevinden, een slechte lichamelijke gezondheid, een laag inkomen en werkloosheid. Naarmate er meer risicofactoren worden gecombineerd, wordt het risico op, of de mate van, sociale uitsluiting steeds groter. Vroegtijdige signalering en tijdige aanpak van problemen kan (verergering van) problemen voorkomen. Veel problematiek zal in de

toekomst opgevangen worden door de sociale wijkteams en de jeugd- en gezinsteams, en andere (boven) lokale voorzieningen die gemeenten nog met elkaar gaan organiseren.

Het Meldpunt Zorg en Overlast werkt al volgens een aantal principes die in de nieuwe wet beschreven zijn: afgaan op signalen, integrale analyse op alle levensdomeinen, ondersteunen waar nodig (meestal hard nodig), direct contact met de burger. Het betreft bij het Meldpunt veelal de meest kwetsbare en zorgmijdende burgers. Gemeenten worden nu geacht deze werkwijze voor alle burgers met ondersteuningsvragen toe te passen. Als de problematiek te complex wordt voor wijkteams kan het Meldpunt, binnen de nieuwe structuur van het AMHK, de vangnetfunctie vervullen met consultatie en complexe zorgcoördinatie.

Binnen het product OGGZ, preventie en beleid worden gemeenten op beleidsmatig niveau ondersteund om samen met betrokken organisaties de maatschappelijke uitsluiting van burgers in de regio Hollands Midden te minimaliseren en het participeren van kwetsbare burgers in de maatschappij te versterken.

Samenhang met ontwikkelingen op andere terreinen:

- *Decentralisatie begeleiding*
- *Extramuralisering langdurige zorg & afbouw klinische bedden GGZ*
- *Wet verplichte GGZ*
- *Vorming AMHK*

7.2 AMHK

De Advies- en Steunpunten Huiselijk Geweld en de Advies- en Meldpunten Huiselijk Geweld gaan samengevoegd worden tot een front-office in de aanpak van huiselijk geweld en kindermishandeling. Vooralsnog gaat deze front-office het AMHK heten: Advies- en Meldpunt Huiselijk Geweld en Kindermishandeling.

Op welke wijze het AMHK in Hollands Midden definitief vorm krijgt is nog niet bepaald. Wel is een opdracht gegeven aan Bureau Jeugdzorg en de RDOG HM om een projectorganisatie in te richten voor de uitwerking van het AMHK in de regio Hollands Midden per 2015 en is door gemeenten het principe 'mens volgt werk' als vertrekpunt voor de integratie meegegeven.

De inhoudelijke visie op het AMHK is uitgewerkt in de notitie *Veiligheid en Kind*, Hierin zijn de volgende aanbevelingen opgenomen:

- Voorstel om AMHK bij RDOG HM onder te brengen (pagina 14);
- De Holland Rijnland en Midden Holland gemeenten formuleren gezamenlijk beleid ten aanzien van jeugdbescherming en jeugdreclassering (pagina 23)
- De regio ZHN en MH worden elk apart opdrachtgever van de hoofdaannemer (pagina 23);
- Landelijke richtlijnen over financiering en organisatie van jeugdzorg afwachten (pagina 32);
- Onderzoek hoe het Jeugd Preventie Team na 2015 het best geborgd kan worden (pagina 33);
- Voorstander van bovenregionale aanpak van plaatsingscoördinatie (zorggebied Zuidwest) (pagina 33);
- Onderzoek naar diverse crisisdiensten en de mogelijkheden om efficiencywinst te boeken (pagina 33);
- Heldere afspraken van gemeenten met politie over het doen van zorgmeldingen (pagina 34)

Gemeenten beslissen komende periode over bovenstaande voorstellen.

8 Ontwikkelingen takenpakket RDOG HM 2015

8.1 Regionalisering taken GGD HM

Het AB RDOG HM heeft in december 2011 besloten tot het regionaal uitvoeren van de basistaken van de GGD HM per 2015. Onder andere vanwege de kostenvoordelen (geschat op €350.000,-) die dit met zich meebrengt.

Onderdeel van de opdracht tot regionalisering is dat de resterende inhoudelijke en financiële verschillen die in het basistakenpakket van de beide subregio's bestaan zijn weggewerkt per 2015. Het AB heeft geconstateerd dat die verschillen overbrugbaar zijn en voornamelijk de taken op het terrein van de jeugdgezondheidszorg betreffen.

Om dit uit te werken is in 2012 een ambtelijke werkgroep ingesteld die in december 2012 advies heeft uitgebracht aan het AB over de keuzes voor het GGD pakket per 2015. Dit advies is in maart 2013 vastgesteld als basispakket GGD HM 2015.

Samenvatting startfoto takenpakket JGZ 2015

Door het AB besluit uit maart 2013 om de startfoto takenpakket JGZ 2015 vast te stellen zijn diverse deelbesluiten genomen.

- Diverse administratieve verschillen tussen de subregio's worden opgelost. De belangrijkste administratieve keuze is het besluit om een deel van de kosten toe te rekenen op basis van het aantal kinderen 0-4 jaar in plaats van op basis van het aantal inwoners. Het betreft de kosten voor de JGZ 0-4 jaar, de kosten voor het wettelijk maatwerk JGZ en de kosten voor prenatale zorg.
- Er is besloten dat de product definitie van de subregio ZHN per 2015 het vertrekpunt is voor de afbakening van de JGZ producten per 2015.
- Er is besloten welk deel van de huidige maatwerk JGZ producten ZHN vanaf 2015 basistaak zijn voor de gehele regio Hollands Midden. Van de 12 producten waarvoor per gemeente subsidie wordt aangevraagd tot 2014 worden er per 2015 zes basistaak. Het betreft de producten zoals weergegeven in onderstaande figuur.

De criteria om deze taken tot basistaak te maken zijn;

- Opvatting Inspectie voor de Gezondheidszorg(IGZ); De activiteiten worden gezien als invulling van het wettelijk verplichte basistakenpakket JGZ
- Collectieve afname; De aanvullende diensten worden al collectief in redelijk gelijke mate afgenomen,
- Borgen flexibiliseringstraject; De verwachting is dat de grens tussen het wettelijke maatwerk en de contactmomenten zou gaan verschuiven. Door een aantal onderdelen ook in financiële zin gelijk te stellen werden drempels in het flexibiliseringstraject beperkt (denk hierbij bv aan de toeleiding naar zorg).

Bijkomend effect is dat de taken die basistaak worden 10 % goedkoper worden dan als ze aanvullende dienst zouden blijven. Dit door de eenvoudiger werkwijze voor de GGD rondom begroting en beschikking van de financiën.

- Er is daarnaast geconcludeerd dat het in navolging van de subregio Midden Holland voor de hand ligt om het product prenatale voorlichting en -zorg en basistaak te laten zijn voor de hele regio Hollands Midden vanaf 2015.
- Eveneens is geconcludeerd dat het in navolging van de subregio Zuid-Holland Noord voor de hand ligt om het product Basiszorgcoördinatie Kwetsbare Kinderen (BKK) basistaak te laten zijn voor de hele regio Hollands Midden vanaf 2015.
- De gemeente Leiden heeft aangekondigd per 2015 Tegelijkertijd met de het omvormen van het product BKK tot basistaak voor de gehele regio HM een aanvullende subsidie voor BKK stop te zetten. Onderdeel van de startfoto van het takenpakket GGD 2015 is de keuze om het effect hiervan te compenseren. De bijdrage van gemeenten stijgt hierdoor €0,17 per inwoner. Omdat tegelijkertijd

een taakstelling van 10 % is opgelegd (-€0,09 per inwoner), is de resulterende stijging van de kosten BKK 2015 uiteindelijk beperkt tot €0,08 per inwoner.

Figuur 1 Samenvatting startfoto m.b.t. taken JGZ, maart 2013

JGZ producten met verschil in 2014	Wordt/blijft in voorstel	Wordt/blijft in voorstel
	Aanvullende dienst	Basistaak GGD
Prenatale voorlichting en Zorg		X
Non - Bereik		X
Stevig Ouderschap		X
Stevig Ouderschap Plus		X
Bemoeizorg		X
Spraak-Taal interventie	X	
Zorgcoördinatie / 1Gezin1Plan		X
Zorg advies teams (ZAT)		X
Multidisciplinair overleg in het CJG	X	
Integrale vroeghulp (IVH)		X
Triple P niveau 3	X	
CJG Opvoedbureau	X	
Preventieve Logopedische zorg	X	
Basiszorgcoördinatie kwetsbare kinderen		X

Op verzoek van de gemeenten in ZHN is in het najaar van 2013 getoetst of de ontwikkelingen rondom de Jeugdwet, de decentralisaties jeugdzorg en de herziening van de Wet Publieke Gezondheid aanleiding zijn om het besluit uit maart 2013 te herzien. Het advies van de betreffende ambtelijke werkgroep luidde dat er beperkt aanleiding was om het pakket te herzien. Dit advies leidde in december 2013 tot het besluit van het bestuur om:

- o het product BKK niet te positioneren als basistaak JGZ, maar als taak die nauw gerelateerd is aan het meldpunt Zorg en overlast en het AMHK. De financiën 2015 en 2016 voor BKK worden wél via de RDOG begroting gereserveerd.
- o de producten Stevig Ouderschap en Stevig ouderschap plus te positioneren als aanvullende CJG dienstverlening. Als overgangsmaatregel wordt voor deze twee taken wél gekozen voor collectieve inkoop 2015 + 2016 en bekostiging d.m.v. een vergoeding per kind 0-4 jaar.
- o om voor alle overige onderdelen van het geregionaliseerd basistakenpakket JGZ 2015 niets aan te passen. De ontwikkelingen m.b.t. de decentralisatie jeugdzorg of de veranderingen in wetgeving geven daar vooralsnog geen aanleiding toe.

8.2 Besluiten producten 2015

Enkele producten die door de GGD HM worden uitgevoerd zijn niet als zelfstandige producten herkenbaar in de begroting, terwijl het taken betreft die in de gehele regio Hollands Midden op verzoek van gemeenten worden uitgevoerd, of dat het om taken gaat die essentieel zijn voor het goed functioneren van de GGD HM. Ter bevordering van het inzicht in de activiteiten van de RDOG HM is het voorstel om enkele van deze activiteiten vanaf 2015 in de productbegroting van de GGD HM te presenteren als zelfstandig product.

Taak	Voorstel
<p><i>Contactmoment adolescenten JGZ</i> Afspraak is dat in juni 2014 gerapporteerd wordt over de implementatie van het contactmoment voor adolescenten en dat op basis van dit besluit wordt besloten over de toekomst van het contactmoment voor adolescenten.</p>	<p>Omdat inmiddels duidelijk is dat het contactmoment een wettelijke basis krijgt in het nieuwe basistakenpakket, dat ingaat per 1 januari 2015, wordt het contactmoment vooruitlopend op de besluitvorming over de genoemde rapportage per 2015 behandeld als een wettelijke basistaak. Dit is echter nog afhankelijk van besluitvorming in het najaar 2014. Geen wijziging in bijdrage van de gemeenten.</p>
<p><i>OTO</i> Deelname aan opleidingen, trainingen en oefeningen door GGD medewerkers ter voorbereiding op crisissituaties (OTO). Een deel van het scholingsbudget GGD is specifiek hiervoor gereserveerd. De inzet is niet vrijblijvend.</p>	<p>Het budget voor OTO wordt onderdeel van het product GGD rampenopvangplan (i.p.v. concernoverhead). Geen wijziging in bijdrage van de gemeenten</p>
<p><i>Bestuursondersteuning gemeenten.</i> Bestaande taak; betreft faciliteren overleg tussen en met gemeenten. Het betreft taken als het voorbereiden van de bestuursvergaderingen, het ondersteunen van de ambtelijke besprekingen in beide subregio's en het ambtelijk overleg financien RDOG HM. Nu zijn deze activiteiten voornamelijk begroot als concernoverhead.</p>	<p>De inzet voor bestuursondersteuning als zelfstandig product laten terugkomen in de begroting GGD. Geen wijziging in bijdrage van de gemeenten. Optisch zal het percentage overhead t.o.v. inzet primair proces hierdoor worden verlaagd.</p>
<p><i>Academische werkplaatsen</i> De GGD ontvangt diverse subsidies voor het doen van wetenschappelijk onderzoek rondom de academische werkplaatsen Publieke gezondheid en Jeugd.</p>	<p>De inzet voor specifieke onderzoeksactiviteiten in het kader van de academische werkplaatsen als zelfstandige aanvullende dienst opnemen in de productbegroting GGD. Geen wijziging in bijdrage van de gemeenten</p>
<p><i>Stevig Ouderschap</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stevig Ouderschap; (doelgroep 0-4 jarigen)</i> • <i>Stevig ouderschap plus (doelgroep 4+)</i> 	<p>Positioneren als aanvullende dienst die gedurende 2015 en 2016 wordt bekostigd in de vorm van bijdrage per kind 0-4 jaar. Geen wijziging bijdrage gemeente t.o.v. harmoniseringsafspraken maart 2013.</p>
<p><i>Basiszorg coördinatie kwetsbare kinderen.</i></p>	<p>Positioneren als product behorende bij het cluster "zorg voor kwetsbare burgers in plaats van bij het onderdeel Publieke zorg voor de jeugd". die gedurende 2015 en 2016 wordt bekostigd in de vorm van een BPI. Geen wijziging bijdrage gemeente t.o.v. harmoniseringsafspraken maart 2013.</p>

8.3 Wijzigingen organisatiestructuur RDOG HM

Onderdeel van de regionalisering per 2015 is het doorvoeren van een reorganisatie.

De uitwerking van deze reorganisatie is nog met enkele onzekerheden omgeven.

De belangrijkste onzekerheden

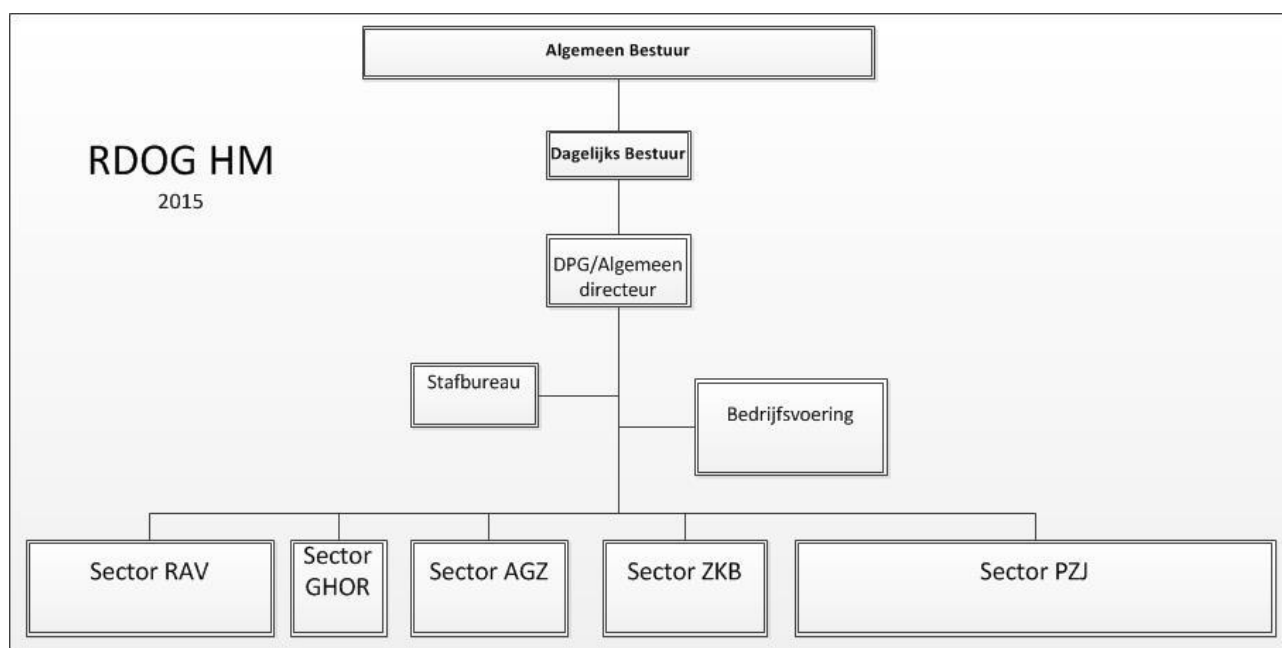
- De besluitvorming over het AMHK
- De besluitvorming in de regio HM over de wijzigingen in aansturing van de GHOR taken
- De besluitvorming over omvang van de bezuinigingen vanaf 2015.

Ondanks deze onzekerheden is het mogelijk om de contouren van de organisatiestructuur 2015 te schetsen.

Voorgenomen wijzigingen:

- Alle sectoren krijgen een eenhoofdige aansturing.
- De tweekoppige directie wijzigt op termijn in eenhoofdige aansturing.
- De taken op het gebied van onderzoek, beleidsadvisering, kwaliteit, communicatie en bestuursondersteuning worden ondergebracht in een stafbureau.
- Beide ondersteunende afdelingen (Financiële en algemene Zaken en Personeelszaken) gaan onderdeel uitmaken van een afdeling bedrijfsvoering.
- De besluitvorming over het AMHK leidt naar verwachting tot de vorming van een nieuwe sector Zorg voor Kwetsbare Burgers. In deze sector worden zowel de OGGZ taken van de GGD als het AMK van bureau jeugdzorg ondergebracht. Hoe de organisatiestructuur binnen de sector precies vorm zal krijgen is onderdeel van de verdere uitwerking in 2014.
- De organisatiestructuur van de sector PZJ zal worden aangepast. Hoe de organisatiestructuur precies vorm zal krijgen is onderdeel van de verdere uitwerking in 2014. De contouren zijn als volgt
 - Vorming van één cluster van waaruit de ondersteuning voor management en medewerkers is georganiseerd (staftaken; planning, secretariaat, klantencontactcentrum)
 - Verminderen operationeel management; verbeteren mogelijkheden teams voor zelfsturing
 - Team gezondheidsbevordering jeugd positioneren binnen de sector PZJ.

Dit voorgenomen besluit resulteert in onderstaande organisatiestructuur per 2015.



8.4 Huisvestingsplan 2015

De GGD HM werkt hoofdzakelijk vanuit de twee hoofdvestigingen in Gouda en Leiden plus de diverse CJG locaties in de regio Hollands Midden.

De kosten voor de huisvesting in een bepaalde gemeente voor uitvoerende JGZ/CJG medewerkers worden gedragen door de betreffende gemeente.

Het pand aan de Parmentierweg te Leiden is eigendom van de RDOG HM

De locatie aan de Thorbeckelaan te Gouda wordt gehuurd van de ISMH,

Ontwikkelingen:

- De RDOG HM heeft een brief ontvangen van de ISMH waarin wordt aangekondigd dat het wenselijk is om in overleg te gaan over het gebruik van de locatie aan de Thorbeckelaan. Het principebesluit komt op het volgende neer: de eigendom van het pand (Midden-Holland Huis) wordt overgedragen aan het ODHM, onder gelijktijdige verlening van het huurcontract van de GGD waarbij de omvang aangepast wordt. Uitgangspunt hierbij is dat een beperking van het ruimtegebruik van de GGD uiterlijk per 1-1-16 gerealiseerd is. Conclusie is ook dat een voor publiek bekende en geschikte locatie in MH blijvend noodzakelijk is.
- De GGD is bezig met een grote bezuinigingsoperatie. Efficiënter gebruik van huisvesting is daarbij een goede optie. De vermindering van ruimtegebruik leidt naar verwachting tot een besparing van €180.000 per 2016 die wordt gebruikt voor invulling van de al afgesproken bezuinigingen.
- Belangrijk huisvestingsvraagstuk voor de GGD HM is waar de medewerkers voor het nieuw te vormen AMHK ondergebracht zullen worden. De uitwerking hiervan gebeurt in samenspraak met bureau jeugdzorg vanuit de projectorganisatie die daarvoor wordt ingericht.
- Als onderdeel van de herschikking van taken zullen er enkele verschuivingen tussen Gouda en Leiden plaatsvinden.

8.5 Informatisering en ICT

Vanaf 2006 tot 2012 is de RDOG HM door overnames en fusies gegroeid naar ruim 950 (parttime) medewerkers. Door de snelheid waarmee dit gerealiseerd moest worden, is er weinig tijd geweest om de organisatie er op aan te passen. Hierdoor is de automatisering van de RDOG HM niet optimaal ingericht in relatie tot de doelen van de organisatie.

De Informatisering doelstellingen van de RDOG HM voor de komende periode zijn gericht op:

- Het aanpassen/herontwerpen/digitaliseren van diverse werkprocessen, waardoor deze beter zullen aansluiten bij de klant, medewerker en financier/opdrachtgever.
- het verbeteren van de interne informatieverzameling en de bijbehorende inrichting applicaties.
- Het vervangen/standaardiseren en aanpassen van een aantal belangrijke ICT systemen.

Het zal noodzakelijk zijn om in de komende periode te investeren in automatisering en de hier geschetste doelstellingen. De interne werktitel voor het programma en de bijbehorende deelprojecten is "kubus". Bij de incidentele besparingen door uitstellen van investeringen is rekening gehouden met een investering hiervoor van €150.000. In de komende periode zal blijken in hoeverre dit toereikend is.

9. Uitgangspunten begroting 2015

De onderstaande beschrijving beperkt zich tot de begroting van het programma openbare gezondheidszorg. De kosten van het programma ambulancezorg worden gefinancierd door zorgverzekeraars, de begroting van het programma geneeskundige hulpverlening bereikt u via de ontwerpbegroting van de gemeenschappelijke regeling Regionale Brandweer en GHOR Hollands Midden.

9.1 Contouren vastgestelde bezuinigingsafspraken periode 2014-2016

In 2011 heeft de RDOG HM bezuinigingsscenario's uitgewerkt voor de gemeentelijke bijdrage aan de RDOGHM. Op basis hiervan heeft het bestuur afkappunten per sector vastgesteld en zijn de begrotingen vanaf 2012 uitgewerkt. De besluitvorming betreft niet alleen de nominale bedragen, maar ook de manier waarop de bezuinigingen vanaf 2012 worden ingevuld. Het bestuur heeft per product bepaald welke reducties nog verantwoord zijn en heeft op grond daarvan afkappunten per sector vastgesteld. Verdere reductie leidt naar de mening van het bestuur tot onaanvaardbare maatschappelijke consequenties in de context van de wettelijke opdracht van gemeenten en GGD.

De relatief lange periode die voor de uitvoering van deze taakstelling beschikbaar was, had twee oorzaken: ten eerste moesten de interne bezuinigingen in de periode 2011 – 2014 eerst worden gebruikt voor de delging van € 2,6 miljoen frictiekosten, samenhangend met de integratie JGZ 0 -4 jaar en ten tweede besloot het bestuur dat pas met ingang van 2015 de subregionale bestuurscommissies opgeheven dienden te worden en de subregionale basistakenpakketten dan geüniformeerd dienden te worden.

Door dit laatste besluit wordt in 2015 een bezuiniging bereikt van € 350.000,-. Tenslotte heeft het bestuur voor het jaar 2014 tot een taakstelling van circa € 430.000,- besloten door de loonkostenindex op nul te zetten. De totale taakstelling die voortgekomen is uit het bezuinigingstraject 2012 - 2017 bedraagt circa € 2,9 miljoen (zie de tabel in paragraaf 1.4).

Hiervan moeten in de periode 1 januari 2015 tot 1 januari 2017 de volgende taakstellingen nog worden gerealiseerd:

1. Taakstelling in het kader van de taakstelling 2011 – 2017 voor de sector PZJ. Dit betreft circa € 812.000,- per 2015; De taakstelling 2015 voor de sector PZJ betreft een bezuiniging van 5%. De motivering voor de bezuiniging ligt in de inschatting uit 2011 dat dit voordeel behaald zou kunnen worden ten gevolge van de integratie van de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19 jaar.
2. Taakstelling ten gevolge van de opheffing van de subregionale organisatiestructuur van de GGD, circa € 350.000,- per 2015.

Naast deze bezuinigingsopdrachten is er sprake van een aantal tegenvallers in de bedrijfsvoering die moeten worden opgevangen. De belangrijkste zijn de volgende punten:

- De gemiddelde personeelskosten per medewerker worden in de programmabegroting op basis van een bestuursbesluit begroot op 95% van het maximum van de salarisschaal. Door het beperkte personeelsverloop zijn de feitelijke personeelslasten 2013 uitgekomen op circa 96,5 % van het maximum van de salarisschaal. Dit loopt naar verwachting op naar 98 % van het maximum van de salarisschaal in 2015. De extra lasten 2015 voor de RDOG zijn circa € 434.000,-. Dit bedrag is structureel en loopt in de periode na 2015 verder op.
- Daarnaast is er sprake van forse kosten van de extra tijdsinvestering samenhangend met het gebruik van het Digitaal Dossier JGZ (DD JGZ). Het productieverlies bedraagt circa € 600.000,-. Mede daarom heeft het AB RDOG in juni 2013 besloten tot vermindering van het aantal contactmomenten, waardoor minder personeel nodig is. Dit compenseert het tijdverlies ten gevolge van het DD JGZ in belangrijke mate. Al op korte termijn is minder inhuur bij ziekte en vakantie nodig.

De potentiële opbrengsten worden echter pas gerealiseerd bij afvloeiing van het personeel of bij inzet binnen de begroting voor andere producten.

- Tot slot is er bij verschillende aanvullende diensten sprake van teruglopende inkomsten.

De bezuinigingsopdracht per 2015 die voor de RDOG HM is vastgesteld bedraagt daarmee - met circa 11% - beduidend meer dan 5 % van de gemeentelijke bijdrage.

9.2 Financieel kader gemeenschappelijke regelingen 2015-2018

In de brief van de werkgroep financieel kader gemeenschappelijke regelingen Hollands Midden van 1 november 2013 worden bezuinigingen van circa 10 % voor de jaren 2015 en 2016 voorgesteld. Deze bezuinigingen komen binnen de GGD-sector van de RDOG bovenop de in de vorige paragraaf geschetste reeds lopende bezuinigingstrajecten en taakstellingen. Opgeteld gaat het in de periode 2014–2016 over € 5 miljoen, in personeelsplaatsen over 60 - 70 fte.

Het Algemeen Bestuur heeft in zijn vergadering van 11 december 2013 geconstateerd dat deze bezuinigingen niet mogelijk zijn zonder onverantwoorde keuzes in het basistakenpakket te maken. Ook voor de overhead geldt dat het vet van de botten is geschraapt. Daarnaast zijn de volgende overwegingen geformuleerd:

- Vanuit de decentralisaties wordt relatief meer ingezet op preventie (een kerntaak van de GGD)
- De hoogte van de decentralisatie uitkering CJG (DU CJG) wordt niet gekort.
- Bij verregaande bezuinigingen wordt niet voldaan aan de wettelijk minimale eisen.

Het standpunt van het Algemeen Bestuur is dan ook dat de RDOG HM niet anders kan dan afwijken van het financieel kader GR'en 2015-2018.

9.3 Beleid indexatie 2015

Het Algemeen bestuur van de RDOG HM heeft voor wat betreft de indexering en de nacalculatie de werkgroep Financieel kader Gemeenschappelijke regelingen te volgen, evenals de overige vier Gemeenschappelijke regelingen in de regio Hollands Midden (GR'en).

De indexering voor GR'en in Hollands Midden is gebaseerd op de publicatie van de nominale ontwikkeling (gebaseerd op het BBP uit de MEV) in de septembercirculaire (T-2) van het nieuwe begrotingsjaar. Het percentage wordt op basis van het kader in het begrotingsjaar zelf nog eenmaal bijgesteld op basis van de septembercirculaire (T-1).

Dit betekent voor de index van het jaar 2015 het volgende:

Index begroting 2015 Gemeenschappelijke Regelingen

- | | |
|--|---------------|
| • Index 2015 o.b.v. pBBP | 1,27 % |
| • Nacalculatie index 2014 | 0,14 %+ |
| Index gemeentelijke bijdrage begroting 2015 RDOG HM | 1,41 % |

Het programma Ambulancezorg hanteert de voorgeschreven index van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA).

9.4 Keuzes vanwege bezuinigingsopdracht 2015

Een fors deel van de afgesproken bezuinigingsopdracht kan worden ingevuld door maatregelen op het gebied van overhead en materiële kosten. De keuzes op het gebied van materiële kosten en overhead zorgen voor een organisatie zonder enig vet op de botten.

Toch zijn ook enkele inhoudelijke keuzes nodig zijn voor het invullen van de bestaande bezuinigingsafspraken 2015. Belangrijkste consequentie van deze keuzes is dat hierdoor de bezuinigingsdruk op de contactmomenten jeugdgezondheidszorg wordt beperkt.

Prenatale voorlichting en zorg € 83.000

Prenatale zorg valt sinds 2010 onder de WPG en omvat

- samenwerking met verloskundigen en gynaecologen
- aanpak risicovolle zwangerschappen
- prenataal Stevig Ouderschap

Prenatale voorlichting vormt per 2015 als product een basistaak in de gehele regio HM. Tot 2015 is prenatale voorlichting en zorg uitsluitend in de regio MH een basistaak. De argumentatie voor het noemen van deze bezuinigingsmogelijkheid van €83.000 is niet gelegen in inhoudelijke overwegingen maar is gebaseerd op korte termijn financiële overwegingen. Het bedrag voor deze taak dat volgt uit de startfoto JGZ 2015 voor de gehele regio HM is €100.000, hoger dan in 2014. Dit budget voor de extra investering zou vrijgemaakt moeten worden binnen de bestaande budgetten (nieuw beleid voor oud beleid). De voorgestelde bezuiniging is om deze investering te beperken. De verbeterslag die in ZHN gerealiseerd zou worden, wordt beperkt. Voor de subregio MH resulteert dit in een verschraving van het aanbod t.o.v. 2014.

Basiszorg coördinatie kwetsbare kinderen. €61.000

BKK vormt per 2015 als product een basistaak in de gehele regio HM. Tot 2015 is BKK uitsluitend in de regio ZHN een basistaak. De argumentatie voor het noemen van deze bezuinigingsmogelijkheid van € 61.000 is niet gelegen in inhoudelijke overwegingen, maar is gebaseerd op korte termijn financiële overwegingen. Het bedrag voor deze taak dat volgt uit de startfoto JGZ 2015 voor de gehele regio HM is € 90.000 hoger dan in 2014. De voorgestelde bezuiniging is om deze investering te beperken tot € 29.000,- ook al betekent dit dat de beschikbare begeleiding over meer gezinnen moet worden verdeeld.

Verdere keuzes 2015

Voor 2015 geldt dat er sprake is van verschillende ontwikkelingen waarvan de consequenties nog niet volledig duidelijk zijn. Dit betreft onder andere

- de vorming van het AMHK
- de vernieuwing van de Wet Publieke Gezondheid
- de doorvoering van verschillende interne organisatiewijzigingen.

De financiële consequenties hiervan zijn nog niet volledig uitgewerkt. Het zou kunnen dat in de loop van 2014 duidelijk wordt dat er verdere inhoudelijke keuzes nodig zijn om te waarborgen dat de RDOG binnen het financieel kader 2015 blijft zoals geschetst in hoofdstuk 9.

9.5 Prognose Bijdrage per gemeente 2015

De tabel op de volgende pagina schetst de gemeentelijke bijdrage 2015 op basis van de afspraken tot en met januari 2014. De in de tabel geschetste gemeentebijdrage heeft betrekking op de basistaken van de GGD per 2015 + die aanvullende diensten waarvan is afgesproken dat deze in 2015 voor de gehele regio HM collectief worden afgerekend. De tabel schetst daarmee ook de doorrekening per gemeente van de wijzigingen in het kader van de harmonisering van het basispakket van de beide subregio's per 2015 zoals vastgesteld in het bestuur in maart 2013.

Een toelichting:

- A. Een deel van de producten wordt bekostigd op basis van een bijdrage per kind 0-4 jaar
 - Prenatale voorlichting en zorg (basistaak)
 - JGZ 0-4 jaar (basistaak)
 - Het wettelijk maatwerk JGZ 0-4 jaar (basistaak)
 - In de jaren 2015 en 2016 de aanvullende taak Stevig Ouderschap. (collectieve aanvullende dienst)
- B. Het merendeel van de GGD producten wordt bekostigd op basis van een bijdrage per inwoner.
 - a. Alle basistaken van het programma Openbare Gezondheidszorg die niet per kind worden bekostigd.
 - b. De vergoeding voor de ICT kosten JGZ 0-4 jaar die in ZHN tot 2015 per locatie worden afgerekend is vanaf 2015 een BPI.
- C. De bezuinigingskeuzes die zijn geformuleerd in paragraaf 9.4 van dit conceptprogramma zijn verwerkt in de tabel.
- D. Vanwege de toets van het basistakenpakket aan de nieuwe jeugdwet en de ontwikkelingen in de regio's en de daarop volgende besluiten in het AB RDOG op 11 december worden de kosten voor basiszorg coördinatie kwetsbare kinderen en Stevig ouderschap weliswaar getypeerd als aanvullende diensten, maar wel collectief afgerekend.
- E. De overige aanvullende diensten van de GGD lopen uiteen per subregio en per gemeente. De bedragen zijn niet weergegeven in de tabel.
- F. De eventuele huisvestingskosten JGZ die de RDOG HM in 2015 betaalt, worden jaarlijks apart afgerekend per locatie per gemeente. De RDOG brengt de werkelijke huisvestingskosten vermeerderd met een administratieve opslag van 5 % in rekening bij de betreffende gemeente. Voor de regio Midden Holland zit deze opslag tot en met 2014 in de BPI. Deze 5% op de huisvestingskosten JGZ, die ongeveer overeenkomt met 0,10 per inwoner is voor 2015 in mindering gebracht op het BPI. Dit daalt dan ook voor midden Holland sterker dan voor Zuid Holland Noord. Diverse gemeenten kiezen er overigens voor om huisvesting JGZ /CJG in eigen beheer vorm te geven.
- G. De bijdrage 2014 in de tabel is voor ZHN samengesteld uit zowel middelen die al waren opgenomen in de RDOG begroting 2014 alsook een deel van de subsidiebeschikkingen voor het maatwerk jeugdgezondheidszorg en de ICT-kosten voor de JGZ 0-4 die in 2014 afzonderlijk in rekening worden gebracht. Dit zodat de vergelijking 2014 met 2015 een vergelijking van gelijke grootheden betreft.
- H. De tabel laat zien dat de ten opzichte van 2014 de gemeentebijdrage met € 1.082.000,- daalt. Dit is inclusief het effect van de taakmutaties die volgen uit de harmonisering van het takenpakket JGZ en inclusief de effecten van verandering in het aantal kinderen 0-4 jaar (krimp) en de verandering van het aantal inwoners (toename).

Bijdrage GGD 2015	0 t/m 3 jarigen	totaal aantal inwoners	Bijdrage 2014	Opbouw bijdrage 2015										
	begroting 2015	begroting 2015	Totaal 2014	GGD alles bekostigd dmv BPI exclusief index 2015	Bijdrage JGZ 0- 4 2015 (basistaak)	Bijdrage prenatale zorg (basistaak)	deel maatwerk JGZ (basistaak)	SO & SO+ (AD HM)	Digitale sociale kaart (AD ZHN)	Totaal 2015	Index 2015 BPI	Index 2015 kindprijs	Totaal 2015 inclusief index	verschil tussen 2015 exc. index en 2014
				Incl ICT 04 en contactm 14+	vergoeding per inwoner	vergoeding per kind 0-4	vergoeding per kind 0-4	vergoeding per kind 0-4	Vergoeding per kind 0-4	Vergoeding per inwoner				
				€ 18,39	€ 227,66	€ 4,47	€ 23,67	€ 15,06	€ 0,24		0,26	3,78		
Bergambacht	485	9.938	322.109	182.760	110.415	2.168	11.482	7.302	0	314.127	2.584	1.833	318.544	-7.982
Nederlek	537	14.131	454.880	259.869	122.253	2.400	12.713	8.085	0	405.321	3.674	2.030	411.025	-49.559
Ouderkerk	382	8.147	261.673	149.823	86.966	1.708	9.044	5.751	0	253.292	2.118	1.444	256.854	-8.381
Schoonhoven	517	11.864	384.073	218.179	117.700	2.311	12.240	7.784	0	358.214	3.085	1.954	363.252	-25.859
Vlist	376	9.730	317.720	178.935	85.600	1.681	8.902	5.661	0	280.778	2.530	1.421	284.729	-36.942
Subtotaal K5	2297	53.810	1.740.455	989.566	522.935	10.268	54.380	34.583	0	1.611.731	13.991	8.683	1.634.405	-128.724
Alphen ad Rijn	4.953	106.685	3.385.209	1.961.937	1.127.600	22.140	117.259	74.571	25.604	3.329.111	27.738	18.722	3.375.572	-56.098
Bod-reeuwijk	1.471	32.817	1.067.433	603.505	334.888	6.575	34.825	22.147	0	1.001.940	8.532	5.560	1.016.032	-65.493
Gouda	3.366	70.904	2.327.512	1.303.925	766.304	15.046	79.688	50.677	0	2.215.639	18.435	12.723	2.246.798	-111.873
Hillegom	873	20.868	653.792	383.763	198.747	3.902	20.668	13.144	5.008	625.232	5.426	3.300	633.957	-28.560
Kaag en Braassem	1.043	25.715	776.415	472.899	237.449	4.662	24.692	15.703	6.172	761.577	6.686	3.943	772.206	-14.838
Katwijk	3.281	62.688	2.109.767	1.152.832	746.952	14.666	77.676	49.398	15.045	2.056.569	16.299	12.402	2.085.270	-53.198
Leiden	5.032	119.800	3.793.873	2.203.122	1.145.585	22.493	119.129	75.760	28.752	3.594.842	31.148	19.021	3.645.010	-199.031
Leiderdorp	1.081	26.743	826.188	491.804	246.100	4.832	25.592	16.275	6.418	791.022	6.953	4.086	802.061	-35.166
Lisse	914	22.393	700.097	411.807	208.081	4.086	21.638	13.761	5.374	664.748	5.822	3.455	674.025	-35.349
Nieuwkoop	1.041	27.082	842.016	498.038	236.994	4.653	24.645	15.673	6.500	786.503	7.041	3.935	797.479	-55.513
Noordwijk	957	25.671	762.104	472.090	217.871	4.278	22.656	14.408	6.161	737.464	6.674	3.617	747.756	-24.640
Noordwijkerhout	585	15.740	464.541	289.459	133.181	2.615	13.849	8.808	3.778	451.689	4.092	2.211	457.993	-12.852
Oegstgeest	945	23.153	701.590	425.784	215.139	4.224	22.372	14.228	5.557	687.303	6.020	3.572	696.895	-14.287
Teylingen	1.512	35.800	1.112.114	658.362	344.222	6.759	35.796	22.764	8.592	1.076.494	9.308	5.715	1.091.518	-35.620
Voorschoten	1.106	24.658	779.812	453.461	251.792	4.944	26.184	16.652	5.918	758.950	6.411	4.181	769.541	-20.862
Waddinxveen	1.069	25.217	821.852	463.741	243.369	4.778	25.308	16.094		753.290	6.556	4.041	763.887	-68.562
Zoeterwoude	272	8.122	246.460	149.364	61.924	1.216	6.439	4.095	1.949	224.987	2.112	1.028	228.127	-21.473
Zuidplas	1.745	40.779	1.322.279	749.926	397.267	7.800	41.312	26.272	0	1.222.577	10.603	6.596	1.239.775	-99.702
Midden Holland	9.948	223.527	7.279.531	4.110.662	2.264.762	44.468	235.512	149.774	-	6.805.177	58.117	37.603	6.900.897	-474.354
ZHN	23.595	545.118	17.153.977	10.024.720	5.371.638	105.470	558.596	355.238	130.828	16.546.490	141.731	89.189	16.777.410	-607.487
Totaal	31.246	768.645	24.433.508	14.135.382	7.636.399	149.937	794.108	505.012	130.828	23.351.667	199.848	126.793	23.678.307	-1.081.842

9.6 Meerjarenontwikkeling gemeentebijdrage

Onderstaande tabellen schetsen de meerjarenontwikkeling van de gemeentebijdrage 2010-2018. Consequentie van de harmonisering van het takenpakket van beide subregio's per 2015 is dat er in beide regio's het een en ander wijzigt in de pakketsamenstelling en voor de subregio MH ook in de gehanteerde verdeelsleutel voor een deel van het pakket Jeugdgezondheidszorg. Dit maakt dat ontwikkeling van de jaren 2010-2014 en de jaren 2015-2018 in aparte tabellen wordt weergegeven.

Bij interpretatie van de tabellen met de meerjarenontwikkeling zijn de volgende punten van belang.

- In de periode 2010-2014 is het takenpakket van de beide subregio's nog niet volledig gelijk. De verschillen hebben betrekking op het maatwerk JGZ, BKK, prenatale zorg en de digitale sociale kaart.
- Onderdeel van de besluitvorming over het basispakket 2015 is de afspraak de kostenontwikkeling van de taken bekostigd door middel van een vergoeding per kind in afzonderlijk weer te geven.
- Vanaf 2015 wordt er niet meer per subregio wordt begroot. Daarnaast wijzigt de organisatiestructuur. Dit leidt – bij gelijke omvang van de taakuitvoering- tot verschuivingen in de verdeling van de BPI over producten. Ten tijde van opstellen van dit concept programma is de doorrekening nog niet gereed. De verdeling van de BPI over de taken in 2015 is indicatief.
- In beide tabellen is rekening gehouden met de (incidentele en structurele) kosten voor het extra contactmoment 14-15-16-jarigen. Daar zal voor het jaar 2015 en volgende jaren eerst op basis van de evaluatie in 2014 een besluit over worden genomen.
- In de tabel Ontwikkeling gemeentelijke bijdrage subregio MH 2010-2014 is geen rekening gehouden met de bekostiging van de huisvesting JGZ in de jaren 2010-2013 via de gemeentelijke bijdrage.
- De meerjarenbegroting over de periode 2015-2018 wordt, conform de voorschriften van de werkgroep Financieel kader Gemeenschappelijke regelingen weergegeven op basis van constante prijzen. In de bijlagen van de programmabegroting zullen de meerjarenbegrotingen van de drie programma's en het totaal daarvan in lopende prijzen weergegeven
- De bijdrage 2015-2018 is exclusief het product digitale sociale kaart zoals die voor de regio ZHN wordt geleverd. Voor de digitale sociale kaart wordt voor de gemeenten in Holland Rijnland in 2015 € 0,24 per inwoner in rekening gebracht

Tabel ontwikkeling gemeentebijdrage per subregio 2010-2014

Zuid-Holland Noord

	2010	2011	2012	2013	2014
AGZ	4,00	4,00	3,80	3,80	3,80
Lijkschouw en HV-online	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
BOPZ-online				0,10	0,10
Saldering risico-opslag	-	-0,35	-0,15	-0,15	-0,15
Compensatie verhoging BTW				0,04	0,04
OBG	3,37	3,37	3,26	3,14	3,14
AGZ + OBG	7,68	7,33	7,22	7,24	7,24
* PZJ 4-19	8,77	8,77	8,77	8,65	8,53
* DD JGZ	0,99	1,08	1,08	1,08	1,08
* PZJ 0-4 +)	10,77	10,70	10,15	10,21	10,20
Extra contactmoment 14-15-16-jarigen				0,54	0,88
PZJ totaal	20,53	20,55	20,00	20,48	20,69
Totaal exclusief index	28,21	27,88	27,22	27,72	27,93
Loon- en prijscompensatie JGZ 0-4			0,21	0,42	
Loon- en prijscompensatie			0,26	0,64	1,06
Totaal BPI	28,21	27,88	27,69	28,78	28,99
BPI vergelijking t.o.v. 2009	16,45	16,10	15,99	15,89	15,77

+) Naderhand heeft nog een correctie naar kindprijs plaatsgevonden. Deze bedroeg voor 2013 € 0,04 per inwoners bedroeg voor 2014 € 0,08 per inwoner.

Midden Holland

	2010	2011	2012	2013	2014
AGZ	4,00	4,00	3,80	3,80	3,80
Lijkschouw en HV-online	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
BOPZ-online				0,10	0,10
Compensatie verhoging BTW				0,04	0,04
OBG	3,56	3,58	3,40	3,22	3,22
AGZ + OBG	7,87	7,89	7,51	7,47	7,47
* PZJ 4-19	11,13	11,18	11,18	8,50	8,50
* DD JGZ	incl	incl	incl	incl	incl
Extra contactmoment 14-15-16-jarigen				0,54	0,88
* PZJ 0-4	14,11	14,17	14,17	14,47	14,47
PZJ totaal	25,24	25,35	25,35	23,51	23,85
Totaal exclusief index	33,11	33,24	32,86	30,98	31,32
Loon- en prijscompensatie JGZ 0-4			0,27	0,55	
Loon- en prijscompensatie			0,30	0,64	1,19
Totaal BPI exclusief huisv. JGZ	33,11	33,24	33,43	32,17	32,51
Huisvestingskosten JGZ	2,15	2,17	2,19	1,94	
Totaal BPI	35,26	35,41	35,62	34,11	32,51

Tabel: ontwikkeling gemeentebijdrage Hollands Midden 2015-2018

	2015	2016	2017	2018
Bekostigd per inwoner (BPI)				
AGZ: basistaken incl lijkschouw	3,95	3,95	3,95	3,95
OBG basistaken incl OGGZ excl digitale sociale kaart	2,96	2,96	2,96	2,96
HV-online en BOPZ-online	0,20	0,20	0,20	0,20
BKK	0,68	0,68	0,68	0,68
AMHK	pm	pm	pm	pm
Compensatie BTW	0,04	0,04	0,04	0,04
<i>Subtotaal GGD exclusief PZJ</i>	<i>7,83</i>	<i>7,83</i>	<i>7,83</i>	<i>7,83</i>
PZJ: JGZ basistaken 4-19, inclusief Toezicht kinderopvang en DD JGZ	8,50	8,42	8,42	8,42
PZJ: JGZ extra contactmoment 14-15-16-jarigen	0,88	0,87	0,87	0,87
PZJ ICT locaties	0,54	0,54	0,54	0,54
<i>Subtotaal PZJ</i>	<i>9,92</i>	<i>9,83</i>	<i>9,83</i>	<i>9,83</i>
Totaal BPI Basistaken exclusief indices	17,75	17,66	17,66	17,66
Index t/m 2014	0,64	0,64	0,64	0,64
Index 2015	0,26	0,26	0,26	0,26
Totaal BPI Basistaken inclusief indices	18,65	18,56	18,56	18,56
Bekostigd per kind (incl index tm 2014)				
PZJ: JGZ basistaken 0-4	227,66	225,38	225,38	225,38
PZJ: Prenatale voorlichting	4,47	4,47	4,47	4,47
PZJ: nieuwe basistaak maatwerk JGZ 0-4	23,67	23,67	23,67	23,67
PZJ: Stevig ouderschap	15,06	15,06	15,06	15,06
Totaal vergoeding per kind exclusief index	270,86	268,58	268,58	268,58
Index 2015	3,78	3,75	3,75	3,75
Totaal vergoeding per kind inclusief index	274,64	272,33	272,33	272,33
Vergoeding per kind omgerekend naar <i>gemiddelde</i> BPI	11,99	11,88	11,88	11,88
Indicatie gemiddelde BPI	30,64	30,44	30,44	30,44

Bijlage Basistaken & aanvullende diensten GGD HM 2015

1 Onderzoek en beleidsadvisering GGD HM

- 1.1 Basistaken onderzoek en beleidsadvisering
 - 1.01 Epidemiologie: Groepsgerichte monitoring
 - 1.02 Advisering Gezondheidsbeleid
 - 1.03 Gezondheidsbevordering 18-plus
 - 1.05 GGD Rampenopvangplan /OTO
 - 1.06 Deelname academische werkplaatsen
 - 1.07 Bestuursondersteuning gemeenten

- 1.2 Aanvullende taken onderzoek en beleidsadvisering:
 - 1.21 Monitor Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
 - 1.22 Digitale Publieksinformatie
 - 1.23 Lokaal gezondheidsbeleid Leiden (Hara)
 - 1.24 Overige producten stafbureau GGD

2 Sector Algemene Gezondheidszorg

- 2.1 Basistaken Algemene Gezondheidszorg
 - 2.01 Infectieziektebestrijding
 - 2.02 Soa/Sense
 - 2.03 Tuberculosebestrijding (TBC)
 - 2.04 Medische Milieukunde (MMK)
 - 2.05 Technische hygiënezorg (THZ)
 - 2.06 Lijkschouw

- 2.2 Aanvullende taken AGZ
 - 2.20 Forensische Geneeskunde
 - 2.21 Sociaal medische advisering
 - 2.22 Medische adviseurschappen
 - 2.23 Reizigerszorg
 - 2.24 Groepsvaccinaties
 - 2.25 Besmettingsaccidenten
 - 2.26 Preventiekracht
 - 2.27 Overige producten AGZ

3 Sector Publieke zorg voor de jeugd

- 3.1 Basistaken Publieke zorg voor de jeugd
 - 3.01 Prenatale voorlichting en zorg
 - 3.02 JGZ Contactmomenten 0-19 jaar
 - 3.03 Rijksvaccinatieprogramma 0-19
 - 3.04 Extra zorg / risicokinderen
 - 3.05 Gezondheidsbevordering en opvoedingsondersteuning jeugd inclusief info- en documentatiecentrum GB
 - 3.06 Zorgcoördinatie
 - 3.07 Gezondheidsbedreigingen inclusief beleidsinformatie
 - 3.08 Inspectie kinderopvang

- 3.2 Aanvullende taken Publieke zorg voor de jeugd
 - 3.21 Stevig Ouderschap
 - 3.22 CJG cursusbureau en opvoedadvies
 - 3.23 Jeugdmatch
 - 3.24 Preventieve Logopedische Zorg
 - 3.25 Diensten voor centra voor Jeugd en Gezin MH
 - 3.26 Diensten voor Centra voor Jeugd en Gezin ZHN
 - 3.27 Administratie en beheer huisvesting JGZ
 - 3.28 Verslavingspreventie Katwijk
 - 3.29 Verslavingspreventie ZHN
 - 3.30 Verslavingspreventie MH
 - 3.31 JOGG Leiden
 - 3.32 Overige producten PZJ

4 Sector Zorg voor kwetsbare burgers

- 4.1 Basistaken Zorg voor Kwetsbare burgers (voor zover bekend in november 2013)
 - 4.01 OGGZ preventie en beleid
 - 4.02 Meldpunt Zorg & Overlast
 - 4.03 Basiszorgcoördinatie kwetsbare kinderen
 - 4.04 BOPZ- online
 - 4.05 Huisverbod- online

- 4.2 Aanvullende taken Zorg voor Kwetsbare burgers
 - 4.21 Steunpunt Huiselijk Geweld
 - 4.22 Multi problem gezinnen (Leiden, Katwijk, Alphen aan den Rijn, Midden Holland)
 - 4.23 Inzet ten behoeve van het Veiligheidshuis HM
 - 4.24 Coördinatieteam MH
 - 4.25 Toeleidingsteam Leiden
 - 4.26 Signaleringsoverleg Katwijk
 - 4.27 Overige producten ZKB