



**Andersson
Elffers
Felix**

Capaciteit
Infectieziektebestrijding
in beeld

Eindrapportage

9 januari 2023

Inhoudsopgave



1. Inleiding en scope



2. Inzicht in wettelijke kaders en veldnormen IZB



3. Algemeen zichtbare trends in capaciteit IZB

- Aantal fte in bezetting + inhuur
- Aantal fte inzetbaar in vergelijking tot begroot
- Beschikbare budgetten IZB



4. Geleerde lessen COVID-pandemie in relatie tot capaciteit IZB



5. Kansen voor (boven)regionale samenwerking



6. Kansen voor gerichte inzet, werving en behoud van medewerkers



7. Reflectie, conclusies en adviezen

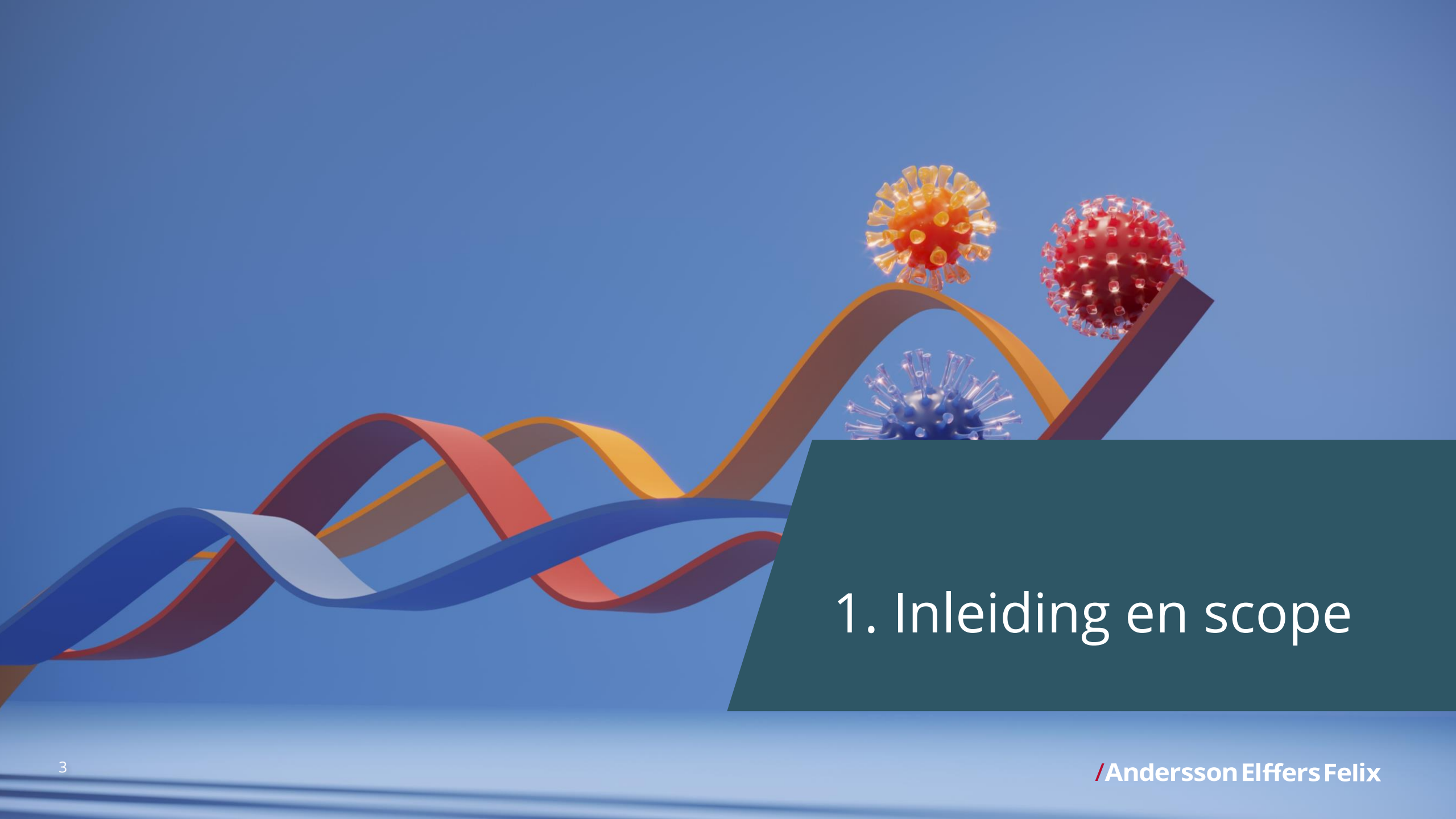


8. Bijlagen

2

Klik op het pictogram om naar het desbetreffende hoofdstuk te gaan





1. Inleiding en scope

Aanleiding en onderzoeksopdracht

Infectieziektebestrijding (IZB) omvat het voorkomen, signaleren en bestrijden van infectieziekten die vanwege hun verspreidingskans een risico vormen voor de volksgezondheid. Het gaat om een grote variëteit aan ziekteverwekkers, zoals hepatitis, kinkhoest, tuberculose (TBC) en nieuwe ziekteverwekkers. Infectieziektebestrijding neemt de laatste jaren toe in complexiteit door o.a. toegenomen antibioticaresistentie, diergerelateerde infectieziekten zoals Q-koorts (zoönosen) en internationale 'emerging infectious diseases' zoals het MERS-coronavirus, Zikavirus en SARS-CoV-2 (de veroorzaker van COVID-19).

De GGD'en spelen een centrale rol in de preventie van infectieziekten en in de IZB. Zij zijn één van de uitvoerders van IZB in opdracht van de gemeenten. De taken van de GGD'en omvatten het voorlichten en adviseren van gemeenten en het Rijk over infectieziekte-erisico's, het adviseren van instellingen met kwetsbare inwoners, en het zorgen voor een adequate aanpak bij (dreiging van) een epidemie.

De coronacrisis heeft laten zien dat een infectieziekte zoals het coronavirus een grote impact heeft op zowel de gezondheid van mensen als op onze maatschappij als geheel. De slagkracht van de GGD'en werd ten tijde van de coronacrisis flink op de proef gesteld en het belang van een goed functionerende infectieziektebestrijding werd onderstreept.

Eén van de conclusies van de coronacrisis was dat de GGD'en in de toekomst structureel versterkt moeten worden om de IZB goed te kunnen uitvoeren. Daarbij moeten uiteraard de geleerde lessen over de capaciteit en organisatie van reguliere IZB en de paraatheid bij crisis meegenomen worden.

Onderzoeksopdracht

Het ministerie van VWS beoogt in 2022, samen met veldpartijen, in beeld te brengen wat benodigd is voor structurele versterking van de GGD'en op het terrein van de infectieziektebestrijding vanaf 2025. Een van de bouwstenen in het versterken van de GGD'en is het uitvoeren van een onderzoek naar de capaciteit (kwantitatief en kwalitatief) van de IZB bij GGD'en over de peiljaren 2019 en 2022. Daarbij wordt gekeken naar het reguliere IZB-takenpakket van de GGD'en, waaronder algemene IZB, Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA), TBC, technische hygiënezorg (THZ) en reizigerszorg.

In dit onderzoek wordt ook gekeken naar geleerde lessen uit de COVID-19-periode voor de capaciteit (kwantitatief en kwalitatief) en organisatie van reguliere IZB en de paraatheid ervan.

In Bijlage 1 wordt de vraag van de opdrachtgever beschreven. Bijlage 2 beschrijft de aanpak van het onderzoek.

Scope van het onderzoek

We kijken naar infectieziektebestrijding in den brede

Dit onderzoek omvat alle infectieziekte-afdelingen van de GGD. We hebben de capaciteit van zowel de algemene infectieziektebestrijding, als TBC, SOA, THZ en overige IZB-taken van GGD'en uitgevraagd. Ook hebben we de geleerde lessen van de coronacrisis over capaciteit IZB van GGD'en zo goed als mogelijk samengevat.

De capaciteit kan niet vergeleken worden met wettelijke kaders en veldnormen

Eén van de vragen was om de huidige formatie en bezetting met wettelijke kaders en richtlijnen te vergelijken. Deze blijken hier echter niet voldoende concreet en actueel voor te zijn (zie ook pagina's 8, 9 en 10). Daarom is het niet zinvol om de resultaten over de huidige capaciteit IZB uit dit onderzoek te vergelijken met bestaande normen. Het rapport kan wel gezien worden als een startfoto, om op een later moment mee te vergelijken.

Opleidingsmogelijkheden zijn geen onderdeel van het onderzoek

Het is voor veel professionals werkzaam bij GGD'en belangrijk om zich bevoegd en bekwaam te voelen voor de taken die van hen worden gevraagd. Goed opleiden is een onderdeel van het zorgen voor het menselijk kapitaal van de GGD'en. We benoemen in dit onderzoek de suggesties die zijn gedaan om via opleidingen de instroom, doorstroom en uitstroom van artsen, verpleegkundigen en andere medewerkers te beïnvloeden. We doen echter geen analyse naar hoe opleidingen nog beter ingericht kunnen worden om voldoende zorgverleners voor de GGD'en te boeien en te binden.

Lessen voor pandemische paraatheid

De basisvragen in het onderzoek gaan over de capaciteit en geleerde lessen voor de tijden dat er geen pandemie is. Onderdeel daarvan zijn reguliere werkzaamheden, zoals activiteiten bij lokale uitbraken of TBC-infecties, maar ook het continu onderhouden van de infrastructuur die nodig is ten tijde van een pandemie. Daarbij speelt veel onzekerheid: je kan nooit klaar zijn voor elke willekeurige pandemie. Vanuit de coronapandemie hebben de GGD'en wel diverse lessen geleerd. Deze zijn opgenomen in het rapport, zodat ze meegenomen kunnen worden in de afwegingen rondom de toekomstige inrichting van het IZB-stelsel.

Dit onderzoek vindt tegelijkertijd plaats met andere trajecten

Dit onderzoek naar de capaciteit IZB bij GGD'en is één van de bouwstenen voor de structurele versterking van de GGD'en op het terrein van IZB. Er zijn meerdere trajecten die parallel lopen en die van belang zijn voor de scope van dit onderzoek:

- Vanuit de **Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI)** vindt een kaderstelling plaats over welke eisen we stellen aan IZB bij GGD'en in de koude fase ten behoeve van de warme fase;
- Er is een traject gestart rondom de **inrichting van de IV/ICT** met als doel te zorgen voor een pandemisch paraat informatievoorzieningslandschap, waaruit ook eisen volgen t.a.v. IZB;
- Vooruitlopend op de structurele versterking is vanuit GGD GHOR NL op verzoek van het Ministerie van VWS de beleidsagenda **Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische Paraatheid GGD'en (VIPP)** opgesteld, gericht op het oplossen van urgente kwetsbaarheden voor pandemische paraatheid op de korte termijn. De focus ligt op een investering in de jaren 2023 en 2024, vooruitlopend op een structurele investering vanuit VWS vanaf 2025;
- Het **opleidingstraject tot arts M+G** is in ontwikkeling. Sinds 2019 is er

sprake van een landelijk werkgeverschap voor o.a. AIOS IZB en M+G. De AIOS is gedurende de opleiding in dienst van de SBOH. De vierjarige opleiding, uitgevoerd door de NSPOH, is verdeeld in twee fasen: een beroepsgerichte fase (leidt tot KNMG-registratie arts IZB) en een fase waarin beleid, management en wetenschappelijk onderzoek centraal staan (leidt tot registratie arts M+G). De Koepel voor Artsen M+G (KAMG) streeft naar een integrale vierjarige opleiding voor artsen M+G.

Tezamen met dit onderzoek vormen de eerste drie trajecten input voor een aanpak voor structurele versterking van de infectieziektebestrijding bij GGD'en en wat daarvoor nodig is.



2. Inzicht in wettelijke kaders en veldnormen IZB

CAPACITEIT INFECTIEZIEKTEBESTRIJDING IN BEELD

Deze factsheet is een tussenresultaat van het onderzoek 'Capaciteit infectieziektebestrijding in beeld' en geeft inzicht in de relevante normen en kaders voor de personele capaciteit die GGD'en op basis van wet- en regelgeving en normen zouden moeten hebben. De bestaande normen en kaders zijn veelal verouderd en aan herziening toe. De coronapandemie heeft dit besef versterkt. Zo wordt momenteel zowel de Wet publieke gezondheid als de normering voor algemene infectieziektebestrijding herzien. Dit bemoeilijkt de vergelijking tussen de normen en de huidige capaciteit bij GGD'en.

Infectieziektebestrijding (IZB) omvat het voorkomen, signaleren en bestrijden van infectieziekten die vanwege hun verspreidingskans een risico vormen voor de volksgezondheid.

Wettelijke kaders

INTERNATIONAL HEALTH REGULATIONS (IHR)

Juridisch bindend instrument opgesteld door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) met als doel het voorkomen van, beschermen tegen en beheersen van internationale verspreiding van ziekten. ¹ De IHR vereist dat alle 196 landen het volgende inrichten:



Detecteren van acute bedreigingen voor de volksgezondheid



Beoordelen en rapporteren aan de WHO



Reageren op risico's en noodsituaties voor de volksgezondheid

De IHR stelt ook eisen aan de kerncapaciteit van een land: ²

OP NATIONAAL NIVEAU

- Toezicht, rapportage, melding, verificatie, reactie en samenwerking (o.a. publieke gezondheid op (lucht-)havens en grensovergangen)
- Beoordeling van gebeurtenissen die een noodsituatie voor de volksgezondheid van internationaal belang kunnen vormen, met onmiddellijke melding bij de WHO ³

OP REGIONAAL NIVEAU

- Status van lokale gebeurtenissen bevestigen, controleren en, indien urgent bevonden, op nationaal niveau melden

In Nederland is het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM aangewezen als National Focal Point, wat betekent dat het RIVM namens Nederland communiceert met de WHO over volksgezondheidsdreigingen met internationale relevantie. ⁴ Een besluit van de Europese Unie in 2013 over grensoverschrijdende gezondheidsbedreigingen leidde tot een formele rol van de EU Health Security Committee. ⁵ Europese lidstaten raadplegen elkaar in dit comité o.a. over internationale urgente gebeurtenissen in overeenstemming met de IHR. ⁶ Het EU-besluit is in 2020 herzien na geleerde lessen door COVID-19. ⁷

24/7 BESCHIKBAAR

- Detecteren van ziektes of bovengemiddeld aantal overlijdens
- Beoordelen en rapporteren aan het juiste niveau van respons
- Beheersmaatregelen bepalen en doorvoeren om verspreiding te voorkomen
- Ondersteuning bieden d.m.v. gespecialiseerd personeel, laboratoriumanalyse van monsters, logistieke hulp en on-site assistentie bij lokale onderzoeken
- Voorzien in een directe operationele link met functionarissen binnen het ministerie verantwoordelijk voor (volks)gezondheid en andere relevante ministeries
- Zorgen voor verbinding met andere domeinen om informatie en aanbevelingen van de WHO te verspreiden
- Opstellen, uitvoeren en onderhouden van een nationaal rampenplan voor de volksgezondheid

WET PUBLIEKE GEZONDHEID (WPG)

De wettelijke kaders voor infectieziektebestrijding zijn sinds 2008 landelijk vastgelegd in de Wpg, opgesteld naar aanleiding van de richtlijnen van de WHO. Momenteel wordt de Wpg herzien, waarbij de eerste voorgenomen wijzigingen een versterkte pandemische paraatheid betreffen. Afhankelijk van de ernst en omvang van een uitbraak van een infectieziekte ligt de verantwoordelijkheid voor de aanpak ervan bij het college van burgemeester en wethouders, de burgemeester, de veiligheidsregio of de minister van VWS. Het college van burgemeester en wethouders is bij wet opgedragen een regionale gezondheidsdienst (GGD) in te stellen en in stand te houden en draagt daarmee zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding. ⁸ Hieronder valt in ieder geval:



Het nemen van algemene preventieve maatregelen tegen infectieziekten



Het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen



Bron- en contactopsporing bij meldingen van infectieziekten

Het is gebruikelijk om bij de infectieziektebestrijding, uitgevoerd door de GGD, onderscheid te maken tussen de vakgebieden: algemene infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, seksuele gezondheid, technische hygiënezorg en reizigerszorg. ⁹ ¹⁰ Al deze vakgebieden richten zich op de bestrijding van infectieziekten en op het voorkomen van de verspreiding ervan. De Wpg stelt dat het college van burgemeester en wethouders er zorg voor draagt dat de GGD algemeen beschikt over deskundigen in sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen. ¹¹ In de Wpg worden geen kaders gegeven voor de capaciteit IZB. Het Besluit Publieke Gezondheid geeft een nadere invulling van de professionals die binnen de GGD'en nodig zijn om aan de wettelijke taken voor IZB te voldoen, waaronder specifieke registratie-eisen volgens de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet Big). ¹²

Veldnormen

Voor het vakgebied algemene IZB zijn negen deeltaken van IZB opgesteld. Deze deeltaken zijn in het kader van het project Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI) in een normering vastgesteld in 2004 en voor het laatst bijgesteld in 2013.¹³ Doel van de normering was GGD'en te ondersteunen bij het vaststellen van de noodzakelijke formatie van het team algemene IZB. De normering geeft advies over de benodigde capaciteit; GGD'en zijn niet verplicht om zich aan de normering te houden. Op grond van deze norm zou in totaal circa 195 fte algemene IZB nodig zijn.⁹ De VISI-normering wordt eind 2022 herzien vanwege nieuwe ontwikkelingen binnen de infectieziektebestrijding, waaronder de coronapandemie.

DEELTAAK	NORMERING *	BIJZONDERHEDEN
1 Surveillance	16 uur /week	GGD met werkgebied van 500.000 inwoners
2 Taken in het kader van de meldingsplicht	18 uur /week	-
3 Beleidsadvisering	9 uur /week	GGD met werkgebied van 500.000 inwoners
4 Preventie	32 uur /week	GGD met werkgebied van 500.000 inwoners
5 Bron- en contactonderzoek	X uur /melding	Afhankelijk van het type melding is een korte of lange inventarisatie nodig (1,75 – 11 uur)
6 Netwerk- en regiefunctie	365 uur /jaar	-
7 Vangnetfunctie	-	Geen normering vastgesteld
8 Outbreakmanagement		
- Outbreakpreparatie	8 uur /week	-
- Scholing/oefening	12 uur pp /jaar	-
- Twee jaarlijkse outbreaks	250 uur /jaar	GGD met werkgebied van 500.000 inwoners
- Voorraadbeheer	24 uur /jaar	-
9 Onderzoek	175 uur /jaar	GGD met werkgebied van 500.000 inwoners

*De normering wordt uitgesplitst naar de tijdsbesteding voor arts, verpleegkundige en administratief medewerker

Binnen elke GGD is een team algemene IZB werkzaam, idealiter bestaande uit artsen M+G/IZB, verpleegkundigen M+G en deskundigen infectiepreventie (DI) die medisch inhoudelijke expertise leveren. Deze expertise wordt GGD specifiek ondersteund door epidemiologen, doktersassistenten, beleidsmedewerkers, management, data-specialisten en communicatieadviseurs. De coronapandemie heeft al langer spelende knelpunten bij de infectieziektebestrijding uitvergroot, zoals het tekort aan artsen M+G/IZB, waarvoor het Capaciteitsorgaan in december 2021 instroomadviezen heeft opgesteld.^{14 15}

Voor het vakgebied TBC bestaat een kwaliteitsprofiel met veldnormen en richtlijnen.¹⁶ Echter, er is geen veldnorm voor de capaciteit bij de GGD'en. Ook voor SOA-bestrijding zijn geen veldnormen voor de capaciteit beschikbaar.



OPSCALEN BIJ CRISIS

Wanneer een uitbraak de dagelijkse infectieziektebestrijding overschrijdt, kan de GGD besluiten om op te schalen. Opschalen kan binnen de GGD volgens het GGD Rampen Opvang Plan (GROP) en volgens de Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdings Procedure (GRIP).¹⁷

DE GGD SCHAALT OP WANNEER ¹⁸

- De crisis een regulier GGD-proces overstijgt of afwijkt van het reguliere werk;
- Er sprake is van een dreiging van maatschappelijke onrust;
- Er een mogelijke dreiging is voor de continuïteit van de GGD;
- Er behoefte is aan bredere capacitaire of inhoudelijke ondersteuning ten aanzien van de crisis (bijv. communicatie of expertise RIVM)

OPSCHALING HEEFT ALS DOEL OM TE ZORGEN VOOR

- Crisisaanpak door afstemming binnen de werkzaamheden van de GGD en de GGD-processen
- Advisering voor besluitvorming richting de DPG en andere betrokken partijen
- Voldoende capaciteit en expertise om de crisis aan te pakken en de nafase te organiseren

Er zijn verschillende varianten in opschaling, afhankelijk van de schaal van de dreiging (binnen de GGD, GROP of GRIP). Voor de GGD is er geen verschil in werkwijze voor de verschillende varianten. Bij opschaling focust het crisisteam op de crisisbeheersing; zij anticipeert op ontwikkelingen van de crisis, communiceert met partners en coördineert de inzet van de GGD in de beheersing. Het uitgangspunt is dat de andere GGD-werknemers zoveel mogelijk hun reguliere taken blijven vervullen, zodat (een deel van) de reguliere GGD-processen kan doorgaan tijdens de crisis. Er zijn geen veldnormen over de benodigde capaciteit ten tijde van crisis. De coronaperiode heeft ons geleerd dat de GGD'en veel moeite hadden met het opschalen van hun capaciteit. Er lopen momenteel verschillende onderzoeken naar geleerde lessen van de coronapandemie en naar nieuwe dreigingen en crises.^{19 20 21} Mogelijk krijgen de GGD'en in de toekomst een andere rol waar ook een andere capaciteit bij past. Ook komt er een Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI) waarin eisen zullen worden gesteld aan opschaling.

Bronnen

- 1 WHA58.3 Revision of the International Health Regulations https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
- 2 WHA58.3 Revision of the International Health Regulations, Annex 1 https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
- 3 WHA58.3 Revision of the International Health Regulations, Annex 2 https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1
- 4 Draaiboek International Health Regulations, RIVM LCI, 2009 <https://lci.rivm.nl/draaiboeken/international-health-regulations-ihp>
- 5 Decision No 1082/2013/EU of the European Parliament and of the Council of 22 October 2013 on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 2119/98/EC
- 6 https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/preparedness-and-response/health-security-committee-hsc_en
- 7 Regulation of the European Parliament and of the Council on serious cross-border threats to health and repealing Decision No 1082/2013/EU (11-11-2020)
- 8 Wet Publieke Gezondheid, artikel 6 lid 1
- 9 Publieke gezondheid borgen, GGD GHOR Nederland, 2016
- 10 Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD, Andersson Elffers Felix, 2013
- 11 Wet Publieke Gezondheid, artikel 15 lid 1
- 12 Besluit Publieke Gezondheid
- 13 Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding en Technische Hygiënezorg (VISI), Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding (2013)
- 14 Nivel – Tussentijdse capaciteitsraming voor de periode 2021-2041 (2021)
- 15 Capaciteitsorgaan – Capaciteitsplan 2021-2024 artsen infectieziektebestrijding en jeugdartsen (2021)
- 16 Kwaliteitsprofiel tuberculosebestrijding, Commissie voor Praktische Tuberculosebestrijding, 2019
- 17 Generiek operationeel draaiboek infectieziektebestrijding, RIVM LCI richtlijnen <https://lci.rivm.nl/draaiboeken/generiek-draaiboek>
- 18 Modelplan GROEP, 2012
- 19 Versterking van de publieke gezondheid, Verwey-Jonker Instituut, 2021
- 20 Fit voor het najaar, advies Maatschappelijk Impact Team (MIT), 2022
- 21 Rijksbrede Risicoanalyse Nationale Veiligheid, Analystennetwerk Nationale Veiligheid, 2022, themarapportage infectieziekten

De huidige wettelijke kaders en normen geven nauwelijks handvatten voor de benodigde capaciteit

Het veld geeft aan dat de beschikbare wettelijke kaders onvoldoende houvast bieden. Zo wordt er in de VISI-normen van 2013 per deeltaak een normering gegeven voor de inzet van een arts, verpleegkundige en administratief medewerker. De teams van algemene IZB zijn al langere tijd uitgebreid met andere professionals, waarvoor geen normering is vastgesteld. Zo ontbreken de inzet van o.a. de deskundige infectiepreventie en epidemioloog, als ook de netwerkfunctie en het bovenregionaal samenwerken in de VISI-normen.

De kerntaken van de VISI-normen zijn herzien

In het advies *'De kerntaken van de infectieziektebestrijding; Adviesrapport Heroriëntatie deeltaken voor een optimale IZB'* van GGD GHOR NL, vastgesteld in oktober 2022, zijn de negen deeltaken uit de VISI-normen uit 2013 herzien naar zeven taken. Deze kerntaken voor algemene IZB zijn als volgt geformuleerd:

1. Bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding
2. Surveillance
3. Beleidsadvisering
4. Preventieactiviteiten
5. Netwerk en regie
6. Voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken
7. Kennis en onderzoek

Bij het opstellen van formatienormen spelen een aantal aandachtspunten

GGD GHOR NL ontwerpt op dit moment een onderzoek naar het opstellen van nieuwe formatienormen, aansluitend bij de kerntaken. Dit zal naar verwachting in 2023 plaatsvinden. VISI-normen zijn veldnormen en worden ook vastgesteld door het veld. Het opstellen van deze veldnorm gaat samen met het voeren van gesprekken over de rolverdeling tussen verschillende functies in de multidisciplinaire teams. Als ook het samenspel tussen taken en mensen die regionaal en bovenregionaal hun bijdrage leveren. Dit vraagt meer inzicht in onderstaande punten, wat mede met het starten van LFI en VIPP ook zal worden gecreëerd:

- de rolverdeling tussen functies binnen GGD'en
- de multidisciplinaire samenwerking van professionals met variërende achtergronden
- het versterken van de ondersteunende diensten, regionaal en bovenregionaal
- de netwerkfunctie van professionals en bestuurders

Ook de beroepsstandaarden verdienen een plaats in het opstellen van formatienormeringen

Diverse beroepsgroepen hebben eigen of juist multidisciplinaire kwaliteitskaders, beroepscode en/of profielen ontwikkeld, die uitspraken doen en normen stellen over de kwaliteitseisen van de betreffende beroepsgroep. Deze standaarden zijn belangrijk voor de interpretatie van de Wet Kwaliteit Klachten Geschillen Zorg (WKKGZ), Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). De documenten doen impliciet een uitspraak over de normen rondom kwaliteit van IZB en spelen daarmee een belangrijke rol in de schattingen van de GGD capaciteit. Daarbij wordt onder andere uitgegaan van:

- De zorgaanbieder biedt goede zorg aan. Onder goede zorg wordt verstaan 'zorg van goede kwaliteit en van goed niveau':
 - die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt;
 - waarbij zorgaanbieders en zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard en de kwaliteitsstandaarden; en
 - waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

Onderstaande bronnen werden onder andere genoemd, waarbij dit geen uitputtend lijstje is:

- LCI [richtlijnen](#) en draaiboeken
- KNMG [gedragscode](#) voor basisartsen, AIOS en specialisten
- [Visiedocument](#) arts M+G IZB
- [Beroepscode](#) Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- [Veldnormen](#) Visitatie Algemene Infectieziektebestrijding, 2015
- Toetsingskaders van de IGJ (w.o. [vaccineren](#), [testen en bron- en contactonderzoek](#))
- (her)registratie-eisen voor professionals, zoals bijvoorbeeld voor [artsen](#) en [verpleegkundigen](#)
- [Arbowetgeving](#) (veilige en gezonde werkomgeving)



3. Algemeen zichtbare trends in capaciteit IZB

Uitgangspunten en aandachtspunten bij de data-analyse

Voor dit onderzoek hebben we bij alle 25 GGD'en gegevens opgevraagd over formatie, budgetten en bezetting van infectieziektebestrijding. We hebben van alle GGD'en informatie gekregen, en een interview gevoerd over de duiding van de gegevens en de inhoudelijke lessen van de coronapandemie. Uiteraard was het niet mogelijk om alle gegevens volledig vergelijkbaar te maken. Specifiek zijn vier aandachtspunten van belang voor een goede interpretatie van de gegevens.

1. De data van alle 25 GGD'en zijn, daar waar dat mogelijk was, meegenomen in de analyses. Bij enkele uitsplitsingen hebben niet alle GGD'en de data ook in de verschillende categorieën kunnen aanleveren. Daardoor is het niet bij elke analyse voor alle 25 GGD'en mogelijk om deze uitsplitsing te maken. Dit komt onder meer terug bij de uitsplitsing van financieringsstromen. Daarom hebben wij ervoor gekozen om deze GGD'en bij de specifieke berekeningen niet mee te nemen. Daar waar data ontbrak van één of meer GGD'en, staat dit vermeld onder de grafiek/tabel.
2. Een AIOS wordt niet volledig meegerekend in het totaal van de formatie, maar voor 50% van de uren, omdat zij voor 50% door de GGD'en worden betaald en het overige deel ruimte hebben voor hun opleiding. Er is géén correctie uitgevoerd voor de uren die opleiders inzetten voor de begeleiding van AIOS'en. Er wordt aangegeven dat dit in de praktijk gaat om ongeveer 6 uur begeleiding per AIOS per week.
3. In de databestanden zien wij dat GGD'en verschillende functies in verschillende mate meenemen onder de noemer overhead, waar onder ook de functies rondom IV/ICT. In het korte tijdsbestek van dit onderzoek was het niet mogelijk om de resultaten op overhead voldoende vergelijkbaar te maken om een algemeen beeld van de omvang en aard van de overhead voor IZB-taken te laten zien.
4. Bij de berekeningen hebben wij gewerkt met een gemiddelde, en niet met een gewogen gemiddelde. Alle GGD'en tellen dus even zwaar mee, onafhankelijk van hun omvang. De reden hiervoor is dat bij een gewogen gemiddelde enkele grote GGD'en dusdanig zwaar zouden meewegen dat ze het landelijk beeld teveel zouden bepalen. Het gemiddelde van alle GGD'en geeft een beter beeld van de capaciteit over het hele land.

Overzicht grafieken data-analyse

In de pagina's hieronder geven wij een cijfermatig inzicht en duiding op de volgende onderdelen. Klik op het paginanummer om naar de betreffende pagina te gaan.

Aantal fte in bezetting + inhuur

1. Gemiddeld aantal fte (bezetting + inhuur) per taakveld [Pagina 18](#)
2. Variatie in bezetting + inhuur per taakveld, per GGD [Bijlage 4](#)

Aantal fte inzetbaar in vergelijking tot begroot

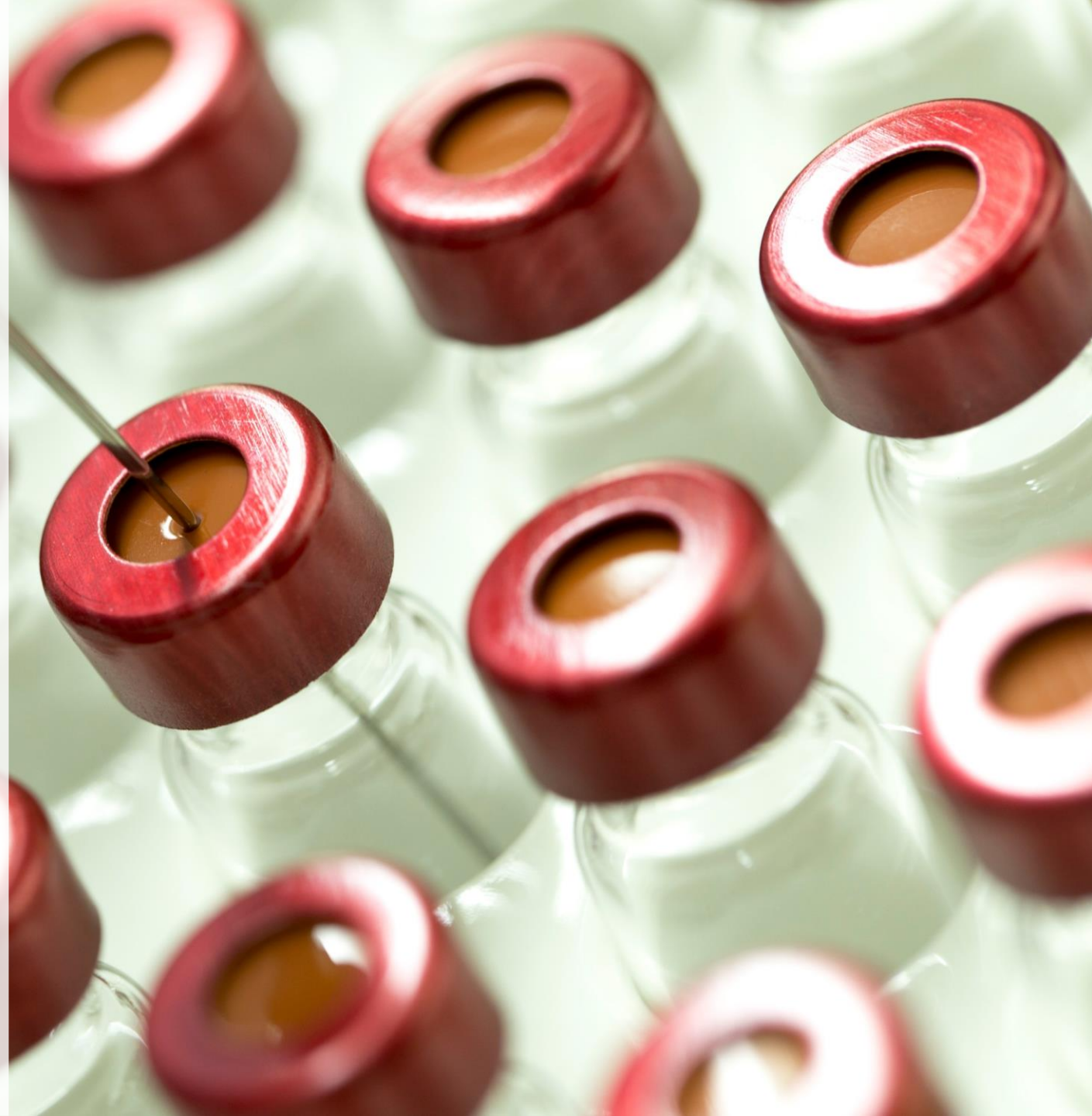
1. Verschil in gemiddelde formatie en bezetting per taak, per 100.000 inwoners [Pagina 22](#)
2. Vergelijking tussen formatie en bezetting op functieniveau [Pagina 23](#)
3. Verschil in fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per GGD per jaar, per 100.000 inwoners [Pagina 25](#)
4. Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie, per jaar, per 100.000 inwoners [Bijlage 5](#)
5. Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en per taakveld [Bijlage 6](#)

Beschikbare budgetten

1. Budget per taakveld per 100.000 inwoners, gemiddeld over alle GGD'en in 1-5-2019 en 1-5-2022 [Pagina 30](#)
2. Verhouding tussen financieringsbronnen voor alle GGD'en [Pagina 32](#)
3. Verhouding inkomsten vanuit gemeenten tot totale inkomsten van GGD voor IZB-taken [Bijlage 7](#)
4. Verdeling budget per financieringsbron en per taakveld, totaal per jaar inclusief extrapolatie van twee GGD'en [Bijlage 8](#)

Klik op het pijltje rechtsboven op de pagina om terug te keren naar dit overzicht

Aantal fte inzetbaar
(bezetting + inhuur)
in vergelijking tot
begroot (formatie)



We kijken naar formatie en bezetting (inclusief inhuur)

De analyses in dit hoofdstuk geven een beeld over hoe de bezetting (inclusief inhuur) er per GGD en per taakveld uit ziet. Dit geeft inzicht in hoe de huidige IZB-teams eruit zien, de verdeling tussen verschillende functies en de verschillen tussen 2019 en 2022.

In dit hoofdstuk werken wij de volgende data-analyses uit

1. [Gemiddeld aantal fte \(bezetting + inhuur\) per taakveld](#)
2. [Variatie in bezetting + inhuur per taakveld, per GGD](#) (bijlage 4)
3. [Verschil in gemiddelde formatie en bezetting per taak per 100.000 inwoners](#)
4. [Vergelijking tussen formatie en bezetting op functieniveau](#)
5. [Verschil in fte inzetbaar \(bezetting + inhuur\) en begroot \(formatie\) per GGD per jaar, per 100.000 inwoners](#)
6. [Gemiddelde formatie en bezetting per taak, per 100.000 inwoners](#) (bijlage 5)
7. [Aantal fte inzetbaar \(bezetting + inhuur\) en begroot \(formatie\) per functie per jaar voor alle GGD'en per taakveld](#) (bijlage 6)

We gebruiken de volgende definities in de uitwerking van de kwantitatieve data over capaciteit

- **Formatie:** dit is de begrote capaciteit voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken, zoals dat in de financiële begroting is goedgekeurd.
- **Bezetting:** dit is de beschikbare capaciteit. Het aantal fte dat op het betreffende moment daadwerkelijk in dienst was bij de GGD voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken.
- **Inhuur:** het aantal fte dat op het betreffende moment ingehuurd of via detachering werkzaam is bij de GGD voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken.

Algemene trend: GGD'en ervaren krapte in capaciteit van medewerkers en financiering vanuit gemeenten

Bijna alle GGD'en ervaren een krapte bij medewerkers

Veel GGD'en geven aan te krap in de formatie te zitten om naast de kern- en uitvoerende taken werkzaamheden op te pakken die belangrijk zijn voor de doorontwikkeling van de IZB. Deze ervaren krapte is vooral ingegeven door beperkte financiële middelen, maar ook voor een aanzienlijk deel door krapte op de arbeidsmarkt.

Surveillance en bestrijding van infectieziekte en voorkomen van verdere verspreiding zijn belangrijke taken die de GGD uitvoert. GGD'en moeten 24 uur per dag paraat zijn om te reageren op potentiële uitbraken. Bij een potentiële uitbraak moet de surveillance en monitoring veelal geïntensiveerd worden en bron- en contact onderzoek uitgevoerd worden. Indien er sprake is van een (potentiële) uitbraak, is vaak alle formatie nodig om deze uitbraak het hoofd te bieden.

Naast voldoende capaciteit op medisch inhoudelijke functies zijn ook ondersteunende functies nodig om de kerntaken goed uit te voeren. Denk aan ICT, P&O, bedrijfsvoering en communicatie. De capaciteit daarvan is in het korte tijdsbestek niet in beeld gebracht, maar is wel randvoorwaardelijk voor een goede uitvoering van IZB.

Bij veel GGD'en is de financiering vanuit gemeenten niet toereikend voor alle kerntaken IZB

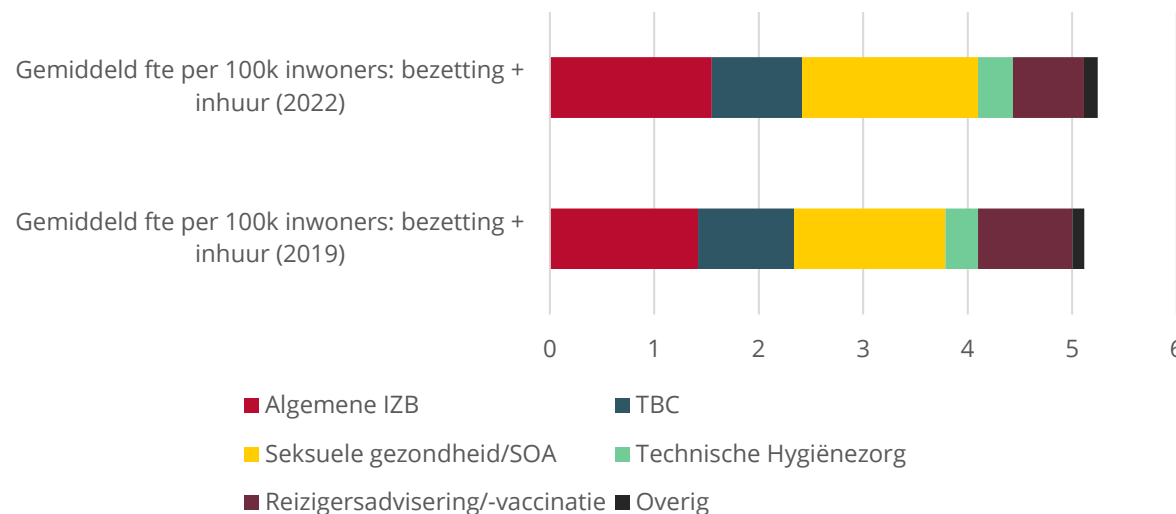
Bij veel GGD'en zijn de financiën niet toereikend voor de kerntaken IZB, waardoor ze zich hoofdzakelijk op uitvoeringstaken kunnen richten. De taken die hieronder lijden zijn vooral het uitvoeren van onderzoek, innovatie en interne kwaliteitsverbetering (zoals het leren en ontwikkelen van individuen en teams), het herkennen van mogelijkheden voor effectievere en efficiëntere dienstverlening maar ook taken gericht op preventie, zoals voorlichting.

Een nog groter aantal GGD'en ervaren te weinig personele ruimte om adequaat te handelen bij een eventuele opschaling bij een uitbraak. Dit komt met name door te weinig duurzame financiering om medewerkers hiervoor aan te nemen en te binden in een krappe arbeidsmarkt. Bij een uitbraak nemen kerntaken van GGD'en in omvang toe. Daar is tijdelijk extra capaciteit voor nodig, maar die flexibiliteit is nu niet beschikbaar. Veelal wordt gewerkt met specifieke regelingen die voor korte termijn financiële ruimte creëren als de crisis er is, zoals bij Apenpokken. Daarmee worden echter de grote landelijke uitbraken voorzien maar wordt er geen structurele capaciteit opgebouwd voor regionale uitbraken. In de praktijk betekent dit dat andere taken niet of minder intensief uitgevoerd worden.



Gemiddeld aantal fte (bezetting + inhuur) per taakveld

Gemiddelde bezetting + inhuur per 100.000 inwoners per taakveld



De grafiek links toont het **gemiddelde aantal fte dat GGD'en per 100.000 inwoners hebben op verschillende taakvelden** op 1 mei 2022 en 1 mei 2019.

In de grafiek is te zien dat het gemiddeld aantal fte per 100.000 inwoners aan bezetting + inhuur in 2022 t.o.v. 2019 iets is toegenomen van 5,36 fte naar 5,47 fte per 100.000 inwoners.

- Bij algemene IZB is een stijging te zien van 1,42 fte in 2019 naar 1,55 fte in 2022 per 100.000 inwoners.
- Het aantal fte bij TBC is juist licht afgenomen, van 0,92 fte 2019 naar 0,86 fte in 2022 per 100.000 inwoners.
- Daarnaast is de inzet op seksuele gezondheid toegenomen met 0,24 fte en de inzet op reizigersadvisering/-vaccinatie is in 2022 ten opzichte van 2019 afgenomen met 0,22 fte.
- De inzet op THZ is nagenoeg gelijk gebleven over de jaren 2019 en 2022 (0,02 fte toegenomen in 2022). In algemene zin wordt hier gezien dat THZ een klein onderdeel uitmaakt van de inzet van GGD'en ten opzichte van andere taakvelden.

Gemiddeld aantal fte (bezetting + inhuur) per taakveld | duiding van mogelijke verschillen

Op de vorige pagina stond het landelijke beeld van de capaciteit infectieziektebestrijding. Tussen GGD'en bestaan echter forse verschillen. In **bijlage 4** is de variatie in bezetting + inhuur per taakveld per GGD (2019 & 2022) weergegeven.

In algemene zin kan een deel van de variatie worden verklaard door een krapte op de arbeidsmarkt komen. Hieronder worden specifiek de mogelijke verklaringen per vakgebied benoemd:

- **Algemene IZB:** de toename van inzet is deels te verklaren door uitbraken van COVID-19 en meer recent rondom het Apenpokkenvirus. Regionale verschillen zijn met name te zien rondom surveillance en voorlichting, bijvoorbeeld door het zijn van een grensregio of gebieden/wijken met een lage vaccinatiegraad. Ook de aanwezigheid van veel veehouderijen is van invloed op een verhoogde inzet op algemene IZB.
- **TBC:** GGD'en geven aan dat er in de jaren 2021 en 2022 actiever is samengewerkt op TBC-taken, waardoor in gemiddelde zin de bezetting + inhuur van taken is afgenomen. Daarnaast is bij enkele GGD'en de capaciteit per 100.000 inwoners flink afgenomen. Regionaal worden grote verschillen gezien door bijvoorbeeld de aanwezigheid van een grote stad of AZC (met name aanmeldcentrum en tijdelijke opvang).

- **Seksuele Gezondheid:** De verhoogde inzet op Seksuele Gezondheid wordt hoofdzakelijk verklaard door de inzet voor de regeling specifieke uitkering PrEP, die sinds 2019 door GGD'en wordt gecoördineerd. Met name de aanwezigheid van een grote stad, en daarmee hoger aantal contactmomenten, is van invloed op een verhoogde inzet op Seksuele Gezondheid.
- **Reizigersadvisering- vaccinatie:** de afname van bezetting en inhuur voor dit taakveld wordt grotendeels verklaard doordat deze medewerkers in de COVID-19 pandemie niet/nauwelijks zijn ingezet voor dit taakveld en nu nog (deels) actief zijn in de coronaprogramma organisaties.

Daarnaast zijn er regionale verschillen tussen GGD'en te benoemen die van invloed zijn op de benodigde capaciteit voor reguliere IZB. Zie de tabel op de volgende pagina voor een samenvatting van regionale verschillen en hoe deze van invloed zijn op de benodigde capaciteit.

Een aantal kenmerken per regio maken dat de omvang van inzet op taken verschilt

Verskil	Gevolgen voor taken
Aanwezigheid van een grote stad	Hogere aanwezigheid van TBC en SOA problematiek en daarmee is een grotere inzet vereist op outreach en surveillance.
Aanwezigheid van groepen met een verhoogd risico op besmetting en/of ernstig verloop van infectieziekten, door o.a. sociaaleconomische positie in de samenleving	Veel inwoners met een niet-westerse migratieachtergrond en/of lage SES. Hierdoor is er meer capaciteit vereist voor outreach en voorlichting.
Aanwezigheid van een AZC (m.n. bij aanmeldcentrum en tijdelijke opvang)	Grotere inzet op TBC en aansluiting bij mensen met uiteenlopende migratieachtergronden, waardoor meer inzet gevraagd is voor surveillance en voorlichting
Aanwezigheid van veel veehouderijen	Hoger risico op zoönose-uitbraken en onderhoud van veterinair netwerk. Daardoor is er meer inzet op surveillance, medische milieukunde en beleidsadvisering/netwerkfunctie.
Aanwezigheid van een (lucht)haven	Sprake van groot aantal internationale contactmomenten en binnenkomende producten. Hierdoor is een grotere inzet op surveillance en ship sanitation zichtbaar.
Aanwezigheid gebieden met lage vaccinatiegraad	Meer inzet vereist op wijkgerichte aanpak en daarmee capaciteit voor onder andere voorlichting.
Het zijn van een grensregio	Meer afstemming en communicatie met buurlanden over wettelijke kaders en coördinatie van uitbraken.



Vershil in gemiddelde formatie en bezetting per taak per 100.000 inwoners

De tabel laat zien hoeveel **fte per 100.000 inwoners gemiddeld aan een bepaalde taak** zijn toegewezen en wat het verschil is tussen de formatie en de bezetting + inhuur.

Deze eenheid per 100.000 inwoners is niet geheel representatief, maar is wel een manier is om verschillen te duiden. Dit komt omdat niet alle taken evenredig verdeeld zijn qua omvang aan inwoneraantal, maar bijv. een vaste deelcapaciteit (e.g. waakvlamondersteuning) kennen. Er is daarom ook niet gewerkt met een gewogen gemiddelde.

- De **formatie** per 100.000 inwoners is in 2022 gemiddeld ongeveer gelijk gebleven t.o.v. 2019. Wel is er een lichte toename te zien op het gebied van Seksuele Gezondheid/SOA (+0,11 fte) en algemene IZB (+0,12 fte).
- Groene cellen in de tabel laten zien wanneer er gemiddeld een hoger aantal fte aan bezetting + inhuur is dan de formatie. Dit is voor de meeste taakvelden het geval. Enkel voor THZ in 2019 en Reizigersadvisering in 2022 blijkt het gemiddelde aantal fte aan bezetting + inhuur lager te zijn dan de formatie (rode cellen).

Taakveld	Gemiddeld 2019			Gemiddeld 2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Vershil (bezetting en inhuur - formatie)	Formatie	Bezetting + inhuur	Vershil (bezetting en inhuur - formatie)
Algemene IZB	1,41	1,42	0,01	1,52	1,55	0,03
TBC	0,82	0,92	0,10	0,82	0,86	0,04
Seksuele gezondheid/SOA	1,41	1,45	0,04	1,52	1,69	0,16
Technische Hygiënezorg	0,35	0,31	-0,03	0,31	0,33	0,03
Reizigersadvisering/-vaccinatie	0,80	0,90	0,10	0,73	0,68	-0,05
Overig	0,07	0,11	0,04	0,07	0,13	0,07

Berekening: aantal fte per taakveld per GGD gedeeld door aantal inwoners per GGD keer 100.000
Negatieve waarden bij 'verschil bezetting en inhuur - formatie' betekenen een grotere formatie dan bezetting en inhuur (een 'tekort').
AIOS zijn voor 50% meegerekend in deze gemiddelden, omdat zij deels boventallig zijn gezien hun opleiding.
Detachering maakt geen onderdeel uit van deze cijfers, omdat dit wisselend is aangegeven door GGD'en.



Vergelijking tussen formatie en bezetting op functieniveau

Deze tabel laat het **totaal aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar** voor alle GGD'en zien. De fte in de corona programmaorganisatie is hierin niet meegenomen. In **bijlage 6** is de vergelijking per functie uitgesplitst naar de taakvelden.

- ▶ Het aantal fte dat wordt ingehuurd is vrij laag t.o.v. het totaal fte: in 2019 was dit gemiddeld 1,9 fte per GGD, en in 2022 1,8 fte per GGD.
- ▶ De bezetting inclusief inhuur is zowel in 2019 als in 2022 hoger dan de formatie. De formatie is over de afgelopen jaren drie jaar meer gestegen dan dat de bezetting is gestegen.
- ▶ De grootste krapte is zichtbaar in de functies arts M+G en post hbo verpleegkundige. Het aantal fte van zowel formatie als bezetting van ANIOS, artsen KNMG registratie, doktersassistenten en hbo-verpleegkundigen neemt toe.
- ▶ Het aantal epidemiologen en datamanagers is nog niet gestegen in 2022 t.o.v. 2019, terwijl GGD'en wel aangeven dat ze deze medewerkers meer in dienst willen hebben. Deze medewerkers zijn nu vaak nog geplaatst bij de corona programmaorganisaties en daarom niet meegenomen in het onderzoek.

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Vershil (bezetting en inhuur - formatie)	Formatie	Bezetting + inhuur	Vershil (bezetting en inhuur - formatie)
Administratief medewerker	21,1	20,9	-0,2	15,8	18,2	2,4
AIOS	8,1	11,6	3,5	10,1	13,5	3,4
ANIOS	3,6	3,6	0,1	2,7	27,2	24,6
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), e.g. IZB of TBC	49,1	39,5	-9,6	51,9	49,3	-2,6
Arts Maatschappij + Gezondheid	90,3	89,3	-0,9	105,9	81,7	-24,3
Arts NNG	5,2	6,3	1,1		4,1	4,1
Beleidsadviseur	21,8	20,7	-1,1	16,8	18,5	1,8
Datamanagement	0,0	1,1	1,1	0,7	1,5	0,9
Deskundige infectiepreventie (DIP)	24,6	24,6	0,0	36,0	42,1	6,1
Doktersassistent(e) of equivalent	155,1	181,9	26,9	162,3	176,2	13,9
Epidemioloog	2,5	5,0	2,5	3,5	5,0	1,5
Hbo-verpleegkundige	362,2	388,0	25,8	380,7	404,1	23,4
Inspecteur THZ	16,2	14,8	-1,4	17,1	17,4	0,4
Mbo-verpleegkundige	7,4	15,1	7,6	12,8	10,3	-2,5
Medewerker preventie	11,3	12,7	1,4	11,2	5,0	-6,2
Medewerker THZ	10,6	11,8	1,2	3,1	2,0	-1,1
Onderzoeker	9,6	20,9	11,3	8,6	22,1	13,5
Post-hbo verpleegkundige, e.g. M+G	46,9	33,9	-13,0	52,4	39,5	-12,9
Projectleider	2,9	2,5	-0,4	1,7	2,7	1,0
Projectmedewerker	0,0	0,7	0,7	0,0	0,8	0,8
Verpleegkundig specialist / MANP	6,3	4,8	-1,5	4,6	4,6	-0,1
Overig	9,6	13,8	4,2	15,1	11,7	-3,4
Eindtotaal	864,2	923,7	59,5	913,1	957,6	44,5

*AIOS zijn 50% meegerekend, omdat zij deels boventallig horen te zijn i.v.m. hun opleiding.

** Arts NNG staat voor Niet Nader Gespecificeerd. Uit de brondata bleek het niet mogelijk om deze gegevens te duiden naar opleidingsniveau

Vergelijking tussen formatie en bezetting | duiding van gegevens

In algemene zin laat het tabel op de vorige pagina zien dat er bij enkele functies problemen zijn om de bezetting op peil te houden, met name bij artsen M+G en bij post-hbo verpleegkundigen. Daarbij zien we juist dat enkele functies in omvang toenemen, waaronder de ANIOS, hbo-verpleegkundigen en DIP'ers. GGD'en benoemen hier een tweetal mogelijke verklaringen voor:

1. De aanwezigheid van opleidingsplaatsen AIOS en gevraagde begeleiding van opleiders drukt op de capaciteit

Veel GGD'en bieden opleidingsplaatsen aan voor AIOS'en tot artsen infectieziektebestrijding en artsen M+G/infectieziektebestrijding. Het aantal opleidingsplaatsen neemt momenteel, en in de komende jaren, toe in navolging van de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Dit heeft ook effect op de gevraagde en beschikbare capaciteit van opleiders. De AIOS'en zijn niet volledig inzetbaar voor het primaire proces. Een deel van hun tijd zijn AIOS bezig met theoretisch onderwijs bij de NSPOH en (stage)opdrachten ter ondersteuning van het theoretische onderwijs. De verhouding inzetbaarheid van AIOS is 50% voor opleidingsdagen en 50% voor productie. Voor de begeleiding en supervisie van deze AIOS'en worden andere artsen ingezet als opleider. Daarmee zijn zij ook minder inzetbaar t.b.v. het primaire proces. In de formatie wordt rekening gehouden met 6 uur per week per arts M+G/IZB die één AIOS begeleidt.

2. We zien een tekort aan artsen M+G en post-hbo verpleegkundigen IZB, dat deels gecompenseerd wordt door de inzet van een lager kwaliteitsniveau en uiteenlopende achtergronden

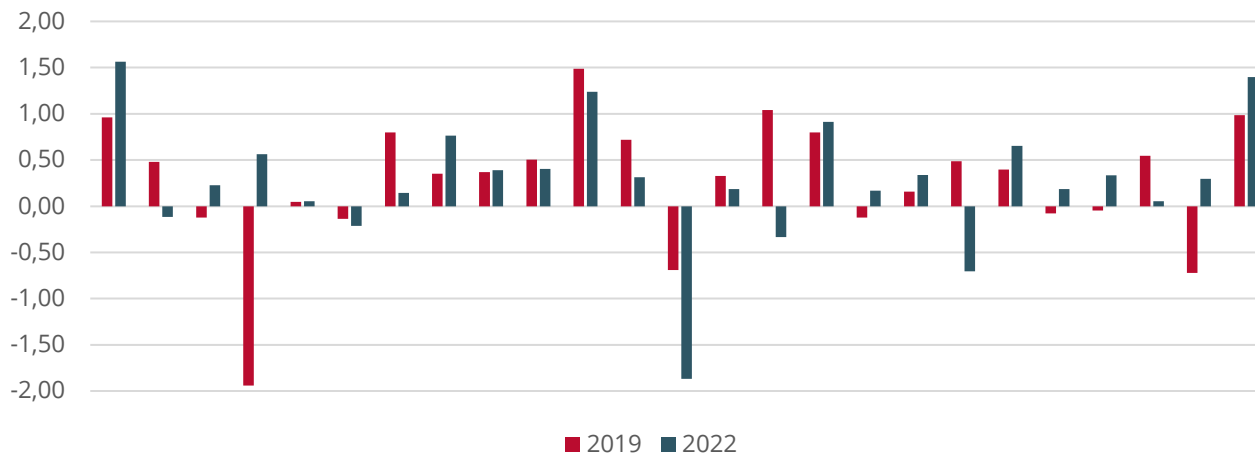
Bij de artsen M+G zien we dat de formatie hoger is dan de bezetting incl. inhuur. Dit geldt ook voor de post-hbo verpleegkundigen. Een mogelijke verklaring is dat de formatie wordt ingevuld met een lager kwaliteitsniveau, bijvoorbeeld dat er een basisarts wordt aangesteld in plaats van een profiel arts of arts M&G. Dit wordt ondersteund door de cijfers, waar we zien dat er een flinke toename is in de bezetting incl. inhuur van basisartsen (ANIOS). Dit zelfde geldt voor de inzet van hbo-verpleegkundigen ten opzichte van post-hbo verpleegkundigen. Daarnaast zien wij ook dat er in de breedte een toename is van de inzet van type professionals, zoals bijvoorbeeld de DIP'ers en doktersassistenten. Dit laat zien dat de multidisciplinariteit van teams is toegenomen ten opzichte van eerdere jaren.



Vershil in fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per GGD per jaar per 100.000 inwoners

Het verschil tussen formatie en bezetting is niet voor alle GGD'en hetzelfde. De grafiek hieronder laat zien wat **het verschil is tussen het aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie), per jaar, per 100.000 inwoners**. Iedere staaf representeert een GGD, waarbij tevens de uitsplitsing over 2019 en 2022 is gemaakt. Een negatief getal, de staven aan de onderkant van de grafiek, laat zien dat de formatie groter is dan de bezetting + inhuur.

Vershil in formatie vs. bezetting+inhuur per 100.000 inwoners per GGD



De tabel toont bij hoeveel GGD'en sprake is van een hogere of juist lagere bezetting + inhuur ten opzichte van de formatie, uitgesplitst over de taakvelden. De totaalrij onderaan de tabel geeft het totaal aantal GGD'en weer waarbij de bezetting hoger of juist lager is dan de formatie.

Aantal GGD'en	Gemiddeld 2019		Gemiddeld 2022	
	Bezetting + inhuur < Formatie	Bezetting + inhuur > Formatie	Bezetting + inhuur < Formatie	Bezetting + inhuur > Formatie
Algemene IZB	9	16	11	13
TBC	10	15	6	15
Seksuele gezondheid/SOA	8	15	5	19
Technische Hygiënezorg	9	4	6	6
Reizigersadviesing/-vaccinatie	6	16	11	9
Overig	0	3	0	4
Totaal aantal GGD'en	8	17	5	20

Verskil in fte inzetbaar en begroot (formatie) | duiding van gegevens

De grafiek en tabel op de vorige pagina laten de volgende cijfers zien:

- In 2019 werd gemiddeld 0,26 fte per 100.000 inwoners meer ingezet dan begroot in de formatie, en in 2022 is er 0,28 fte per 100.000 inwoners meer ingezet dan in de formatie stond.
- Opvallend genoeg is er maar bij 8 GGD'en in 2019 en 5 GGD'en in 2022 een tekort in bezetting + inhuur ten opzichte van de formatie.

Op basis van deze cijfers lijkt het beeld over capaciteit bij IZB gunstig. Tegelijkertijd geven GGD'en in de gesprekken aan dat deze cijfers vertekend worden in de praktijk en dat er wel degelijk krapte wordt ervaren. GGD'en geven hierbij het volgende aan:

1. De formatie wordt begroot op de huidige bezetting bij GGD'en en beweegt onvoldoende mee met ontwikkelingen in het veld

Veel GGD'en maken een begroting op basis van de huidige bezetting, die historisch gezien soms gebaseerd is op de VISI-normen van 2013. In de VISI-normen is er geen rekening gehouden met de arbeidsmarktkrapte, bezuinigingen, andere taakinvulling en nieuwe taken. Omdat de normering al langere tijd, al voor de COVID pandemie, verouderd is, en er tekorten zijn in beschikbaar personeel en financiële middelen, geven GGD'en aan niet aan de norm te (kunnen) voldoen.

De begrotingen zijn vaak gebaseerd op begrotingen van eerdere jaren. Zo wordt de capaciteit begroot op de huidige bezetting. Hierdoor worden de tekorten vaak niet meegenomen in de nieuwe begroting. Daarnaast is de begroting beleidsarm. GGD'en moeten ruim van tevoren hun begroting indienen bij de gemeenten, waardoor de situatie niet actueel is, er geen bestuurlijke ruimte is voor nieuwe taken en GGD'en van binnenuit uithollen.

2. De aanwezigheid van professionals in functies als arts/verpleegkundige M+G/IZB is laag

Enkele GGD'en geven aan dat de kwaliteit van het personeelsbestand achteruit is gegaan de afgelopen jaren. Dit komt onder andere door de versnipperende taken en werkzaamheden van medewerkers. De inzet van 1 fte wordt vaak onderverdeeld over verschillende taken zoals supervisie en regionale samenwerking waardoor de capaciteit voor kerntaken schaarser is. Daarnaast is het aantal professionals in superviserende/ medisch inhoudelijke functies (zowel artsen als verpleegkundigen M+G/IZB) binnen GGD'en laag. Dit heeft bij een aantal GGD'en te maken met vergrijzing van deze functies en beperkte investering in instroom. Deze functies blijven nodig voor het invullen van begeleiding en supervisie, bovenregionale functies en kwaliteitsbewaking op de werkvloer.

Vershil in fte inzetbaar en begroot (formatie) | duiding van gegevens

3. Detachering en ziekteverzuim zijn van invloed op de bezetting

Binnen GGD'en worden regelmatig vanuit de huidige bezetting medewerkers gedetacheerd naar bovenregionale verbanden zoals LFI, GGD GHOR NL en het RIVM (o.a. Regionaal Arts Consulenten). Daarnaast worden GGD-medewerkers gedetacheerd naar andere GGD'en om schaarste (tijdelijk) op te vangen of voor het delen van expertise. Ook worden detacheringen gedaan om professionals te behouden voor het werkveld. Vanuit de brondata hebben wij de mate van detachering niet kunnen kwantificeren en blijkt de impact vooral uit de kwalitatieve gegevens.

Daarnaast is ziekteverzuim ook van invloed op deze cijfers. In 2019 was het ziekteverzuim gemiddeld 5,5% (o.b.v. 19 GGD'en). In 2022 was het ziekteverzuim hoger, gemiddeld 5,7% (o.b.v. 20 GGD'en). Waar er in 2019 meer spreiding was tussen GGD'en in het ziekteverzuim en er zelfs twee GGD'en waren met 0% verzuim, was er in 2022 minder spreiding in het ziekteverzuim en lag het minimum op 2,3% verzuim. Het ziekteverzuim is echter nog relatief laag ten opzichte van andere sectoren. De angst bestaat echter dat de rek er steeds meer uit is en een nieuwe opleving of andere reden voor opschaling tot uitval van medewerkers zal leiden.

Beschikbare
budgetten IZB



IZB-taken worden op verschillende manieren gefinancierd

GGD'en worden uit verschillende bronnen gefinancierd. Dit maken we op de volgende pagina's inzichtelijk. We splitsen de gegevens uit naar de volgende financieringsbronnen.

- ▶ **Gemeentelijke bijdrage of contracttaak:** GGD'en ontvangen van gemeenten een bedrag om het basistakenpakket uit te voeren. Dit bedrag is vaak niet 1 op 1 gekoppeld aan specifieke taken, maar is een totaalbedrag voor de gehele inzet van de GGD in het basistakenpakket. De gemeentelijke bijdrage wordt doorgaans berekend op basis van een bijdrage per inwoner, met soms aanvullend een bijdrage per jeugdige. Een andere manier waarop GGD'en gemeentelijk gefinancierd worden, met een hoge mate van zekerheid, zijn diensten op basis van een vast bedrag (lumpsumovereenkomst of subsidie). De kosten van de dienst worden op voorhand bepaald, alhoewel er in sommige gevallen óók sprake kan zijn van nacalculatie.
- ▶ **Inspanningsgerichte taak van gemeenten of uit de markt:** hieronder vallen alle taken die per eenheid worden gefinancierd. Het bedrag wordt bepaald op basis van het aantal geproduceerde eenheden of gewerkte uren. Ook kan er betaald worden per individuele verrichting. Inspanningsgerichte taken kunnen ook commercieel zijn, zoals reizigersadvisering en -vaccinatie, eigen bijdrage PrEP, controle en vergunningen aan tatoeages, piercings en permanente make-up. Ook vergoedingen vanuit de zorgverzekeraar en Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) nemen we hiermee, zoals bijvoorbeeld voor TBC en THZ.
- ▶ **Rijkssubsidie:** de taak wordt gefinancierd door de Rijksoverheid, waarbij verdeling en afrekening soms verloopt via een landelijke instantie zoals de NZa, het RIVM of ZonMw. Er is specifieke subsidiewetgeving waaraan voldaan moet worden bij het uitvoeren van de taak. De afdeling Seksuele Gezondheid kent onder andere een eigen subsidie, de regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG), en er is ook de Regeling specifieke uitkering PrEP.
- ▶ **Overig:** Onder deze categorie vallen inkomsten die GGD'en zelf opvoeren onder de noemer 'overig, incidenteel of divers'. Een voorbeeld is inkomsten voor detachering. Echter ontbrak de toelichting vaak

In dit hoofdstuk hebben wij een uitwerking gegeven van:

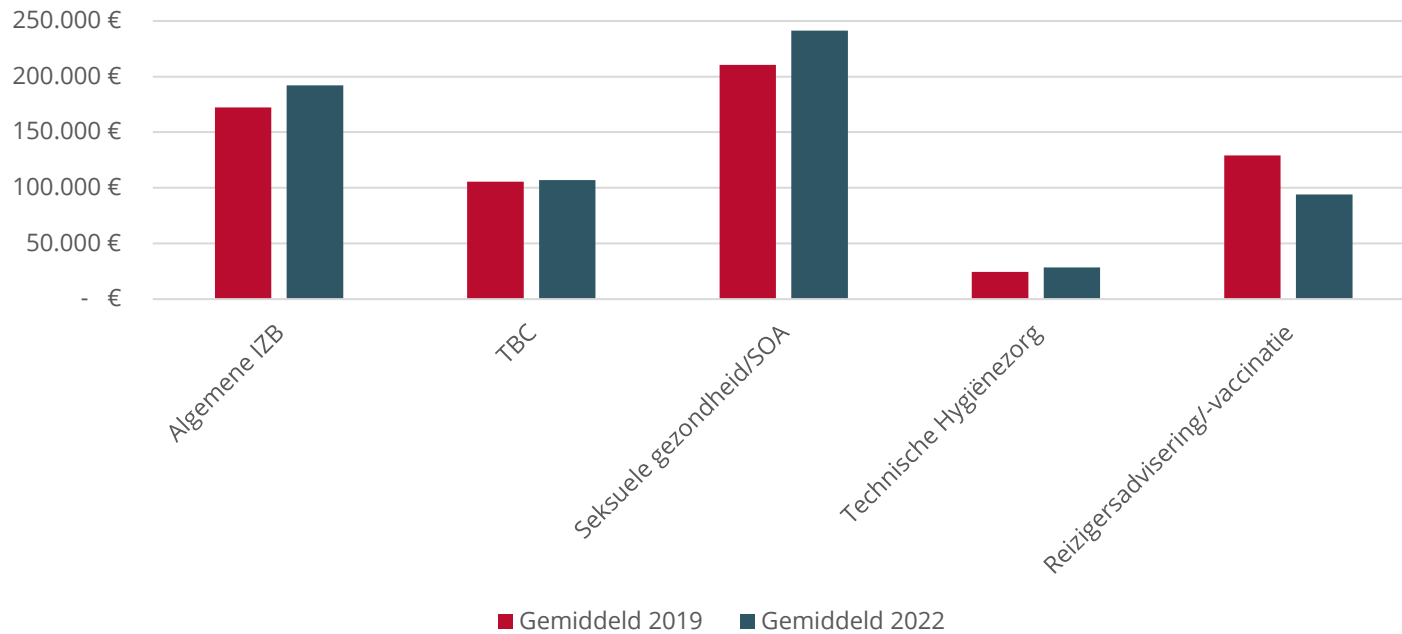
1. [Budget per taakveld per 100.000 inwoners, gemiddeld over alle GGD'en op 1-5-2019 en 1-5-2022](#)
2. [Totaal budget per financieringsbron op 1-5-2019 en 1-5-2022](#)
3. [Verhouding tussen financieringsbronnen voor alle GGD'en](#)
4. [Verhouding inkomsten vanuit gemeenten tot totale inkomsten van GGD voor IZB-taken \(bijlage 7\)](#)



Algemeen zichtbare trends in capaciteit IZB

Budget per taakveld per 100.000 inwoners, gemiddeld over alle GGD'en op 1-5-2019 en 1-5-2022

Gemiddeld budget per 100.000 inwoners (alle financieringsbronnen)



Deze grafiek laat het **gemiddeld totaal budget voor alle GGD'en zien per 100.000 inwoners.**

Het totaal **gemiddelde** per 100.000 inwoners voor alle IZB-taken bij elkaar in 2019 was € 651.000. In 2022 was dit € 669.000.

- ▶ Het gemiddeld budget voor Seksuele Gezondheid/SOA wordt omhoog getrokken door één GGD. De ASG-regeling is licht toegenomen en bij sommige GGD'en is ook de gemeentelijke bijdrage toegenomen voor Seksuele Gezondheid/SOA.
- ▶ De lage bedragen voor Technische Hygiënezorg hebben o.a. te maken met het relatief kleine aandeel THZ bij de taken van GGD'en ten opzichte van bijvoorbeeld algemene IZB, SG/SOA en TBC (zie ook pagina 19).
- ▶ De daling voor reizigersadviesering/-vaccinatie is te verklaren door de afname van deze taak gedurende de coronapandemie.

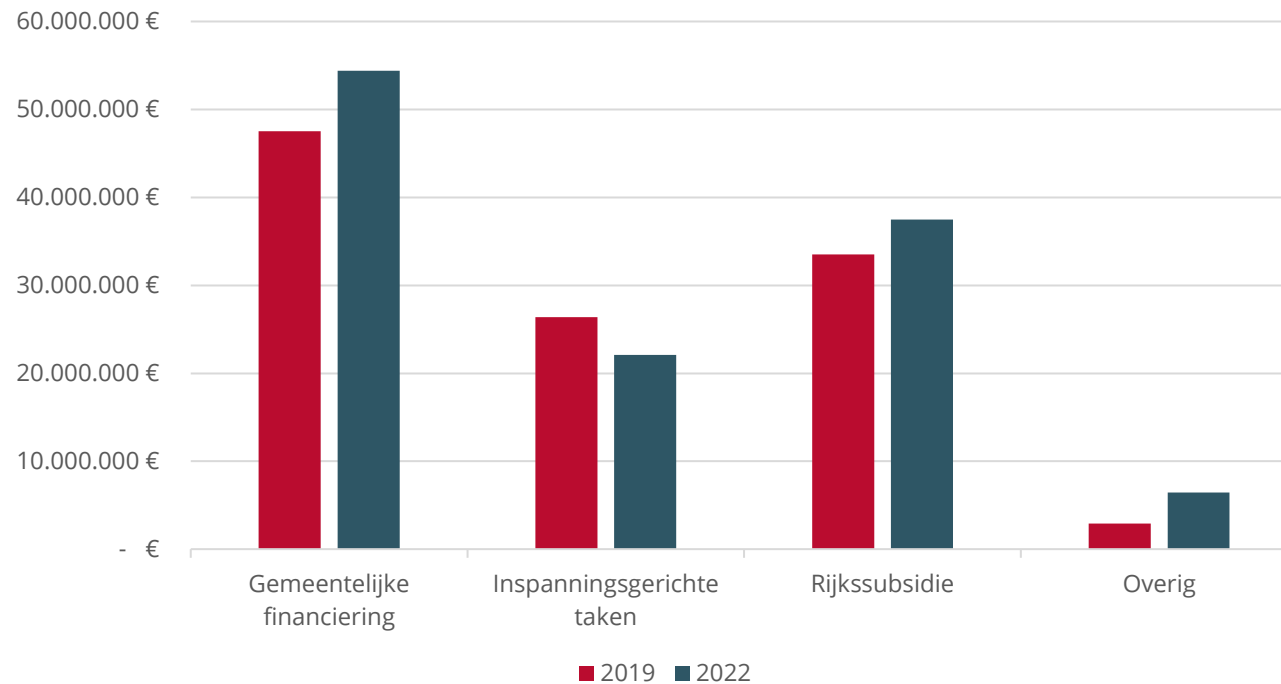
*Exclusief 1 GGD die de taakvelden niet heeft uitgesplitst

** Er is gerekend met een gemiddelde per 100.000 inwoners. Deze bedragen kunnen daarom niet vermenigvuldigd worden met het (landelijk) aantal inwoners om tot een totaalbudget te komen.



Totaal budget per financieringsbron voor 23/25 GGD'en op 1-5-2019 en 1-5-2022

Verdeling financieringsbronnen in totaal* per jaar



Deze grafiek laat het **totaal budget per financieringsbron voor 23 van de 25 GGD'en zien**, per 1-5-2019 en 1-5-2022.

In de grafiek is te zien dat voor drie taakvelden de budgetten zijn toegenomen**:

- De gemeentelijke financiering is toegenomen met € 6.9 miljoen ten opzichte van 2019. Het totaalbudget bedroeg in 2022 € 54.4 miljoen
- De rijkssubsidie is toegenomen met € 4.0 miljoen ten opzichte van 2019. Het totaalbudget bedroeg in 2022 € 37.5 miljoen.
- De categorie 'overig' is toegenomen met € 3.5 miljoen ten opzichte van 2019. Het totaalbudget bedroeg in 2022 € 6.4 miljoen.

De budgetten voor de inspanningsgerichte taken zijn afgenomen met € 4.3 miljoen ten opzichte van 2019. De COVID-19 pandemie is hier de grootste verklaring voor, waar met name de reizigersadvisering/-vaccinatie sterk is teruggelopen. Het totaalbudget bedroeg in 2022 €22.1 miljoen.

* Exclusief 2 GGD'en die financieringsbronnen niet hebben uitgesplitst
** Afronding naar € 100.000 euro



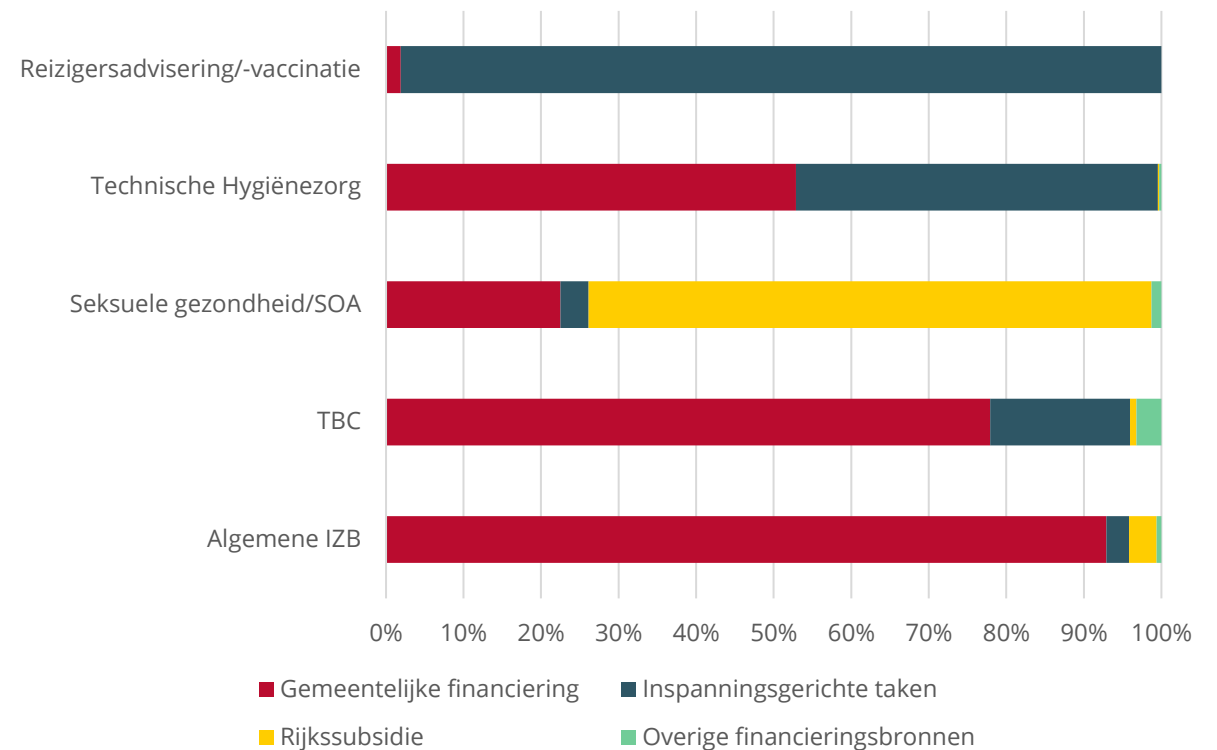
Verhouding tussen financieringsbronnen voor alle GGD'en

De grafiek rechts toont het **gemiddeld aandeel per financieringsbron van de totale financiering van het taakveld (2022)**.

- ▶ **Reizigersadvisering/- vaccinatie** wordt voor 98% gefinancierd uit inspanningsgerichte taken uit de markt. Er is één GGD die een deel inkomsten uit gemeentelijke financiering heeft opgevoerd
- ▶ **Technische hygiënezorg** wordt voor 47% gedekt uit inspanningsgerichte financiering, waaronder voor instellingen als Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI).
- ▶ Bij **seksuele gezondheid/SOA** vormt de rijkssubsidie de belangrijkste financieringsbron (ASG). Daarnaast maakt een verplichte gemeentelijke bijdrage voor bron en contactonderzoek hier ook onderdeel van uit.
- ▶ **TBC** wordt hoofdzakelijk vergoed vanuit de gemeentelijke inkomsten (78%) en inspanningsgerichte taken (18%) vanuit de zorgverzekeraar.
- ▶ **Algemene IZB** wordt voor 93% vergoed vanuit gemeentelijke inkomsten, waar tevens voor 4% rijkssubsidie uit onderzoeksgelden te zien is.

Deze verhoudingen zijn nauwelijks veranderd tussen 2019 en 2022.

Gemiddeld aandeel van totale financiering IZB-taken per taakveld, per financieringsbron





Geleerde lessen COVID-pandemie in relatie tot capaciteit IZB

De inzet van de corona programmaorganisatie heeft invloed op de capaciteit van IZB bij GGD'en

De COVID-periode startte met de overheveling van eigen GGD-medewerkers, waarna vaak een aparte coronaorganisatie werd ingericht

Bij de COVID-19 uitbraak werd in eerste instantie opgeschaald door alle IZB medewerkers en gedeeltelijk andere afdelingen coronataken op te laten pakken. Dit ging niet alleen om medewerkers van algemene IZB, maar ook om medewerkers uit andere teams zoals de JGZ en reizigerszorg. Door deze wijze van opschaling kwamen deze taken tijdelijk te vervallen.

Kort daarop hebben GGD'en nieuwe medewerkers geworven en ingehuurd, zowel medische professionals als medewerkers met een niet-medische functie. Het merendeel van de nieuwe medewerkers had geen medische achtergrond. Dit kwam deels doordat opgeleide artsen en verpleegkundigen moeilijk te werven waren door personeelskrapte, en deels doordat voor de corona-aanpak medewerkers met een andere achtergrond (buiten de zorg) van meerwaarde bleken (zoals bijvoorbeeld de coördinatie van opschaling).

De samenstelling van de medewerkers van de corona programmaorganisatie vroeg om een andere werkwijze dan men eerder gewend was

In de nieuwe teams waren te weinig (ervaren) artsen M+G/IZB en (ervaren) verpleegkundigen om het werk op gebruikelijke manier te kunnen uitvoeren. De nieuwe artsen in de coronateams moesten nog worden opgeleid en waren nog niet op het niveau dat ze zelfstandig konden functioneren. De reeds

aanwezige artsen, verpleegkundigen en deskundigen infectiepreventie kregen daarom vaak een superviserende rol, met extra verantwoordelijkheden, naast de extra taken die ze al oppakten. De focus kwam voor hen dus minder te liggen op de uitvoering en meer op opleiden, supervisie en coördinatie. De verschillen tussen medewerkers in achtergrond, opleiding, cultuur, attitude en daarmee de verschillen in werkwijze, leidden bij sommige GGD'en tot frictie tussen de bestaande teams en de nieuwe corona programmaorganisatie. Er zijn GGD'en die aangeven dat deze frictie bijgedragen heeft aan uitstroom van medewerkers. Echter, deze oorzaak van uitstroom is moeilijk los te zien van andere oorzaken zoals de langdurige overbelasting van medewerkers die nu zijn tol eist.

De opgebouwde kennis in de corona programmaorganisatie zit deels bij de nieuwe medewerkers en loopt risico verloren te gaan bij uitstroom

De coronawerkzaamheden en 'coronaspecifieke' medewerkers zijn niet ingebed in de reguliere teams. Medewerkers hebben veelal nog tijdelijke contracten en het is nog niet duidelijk of zij behouden kunnen worden. Binnen de reguliere budgetten zal dat veelal niet mogelijk zijn. Daarmee is er een groot risico dat deze kennis (deels) verloren gaat als de medewerkers uit de corona programmaorganisatie uitstromen. Het is belangrijk dat een deel van de gekwalificeerde en nu ervaren medewerkers, zowel met een medische als zonder medische achtergrond, uit de coronaorganisatie behouden blijven.

De COVID-19 pandemie heeft inzichten opgeleverd met betrekking tot de capaciteit en samenstelling van teams (1)

GGD'en geven aan dat de COVID-19 pandemie tot diverse inzichten heeft geleid, die in de toekomst mogelijk implicaties hebben voor de capaciteit en samenstelling van teams. Er worden op hoofdlijnen drie trends herkend:

1. **Bij een grote uitbraak is een periode van opschaling nodig en veelal mogelijk, maar de flexibiliteit van de interne organisatie kent grenzen**
2. **De inzet van nieuwe functies in de coronateams heeft haar waarde bewezen; GGD'en willen deze daarom graag behouden**
3. **De samenstelling van de coronateams en daaruit voortvloeiende taakdifferentiatie van medewerkers biedt mogelijkheden voor de toekomst**

We lichten deze drie punten kort toe:

1. Bij een grote uitbraak is een snelle opschaling nodig, maar de flexibiliteit van de interne organisatie kent grenzen

De verwachting is dat er steeds vaker sprake zal zijn van een benodigde piekinzet bij uitbraken, vanwege een toename van reisbewegingen (globalisering) en klimaatverandering. Beide kunnen nieuwe ziekten en uitbraken met zich mee brengen. Het is daarom gewenst om geleerde lessen van de COVID-19 pandemie te internaliseren en GGD'en daarmee voor te bereiden op nieuwe grote uitbraken in de toekomst.

Een aantal zaken is belangrijk bij opschaling:

- Een **flexibele schil** van medewerkers die kan worden ingezet bij toenemende taken en/of opschaling. Dit gebeurde bij aanvang van de coronapandemie vooral door de inzet van medewerkers uit andere GGD-teams, zoals de JGZ en reizigerszorg. Maar het verschuiven van mensen kent grenzen, zeker als de krapte ook in die teams verder toeneemt.
- **Coördinatiecapaciteit bij opschaling** is nodig naast operationele functies en medisch inhoudelijke expertise. Procescoördinatie van grootschalig BCO, testen en vaccineren vraagt om andere expertise en is een dermate belangrijke en tijdconsumerende taak dat hier extra capaciteit voor nodig is.
- Pandemische paraatheid vraagt **voorbereiding en parate systemen en netwerken** waarvan medewerkers weten hoe deze te kunnen gebruiken. Dat geldt voor de hele keten, GGD'en en ook de bestaande bovenregionale structuren zoals LCI, RAC/REC en het LOI. Bepaalde processen dienen daarom op regelmatige basis te worden geoefend. Tegelijkertijd zijn er ook altijd werkzaamheden die niet aan de voorkant voorspeld kunnen worden. Dit vergt competenties en capaciteit om adaptief te kunnen improviseren.

De COVID-19 pandemie heeft inzichten opgeleverd met betrekking tot de capaciteit en samenstelling van teams (2)

2. De inzet van diverse nieuwe functies en meer capaciteit op bestaande functies is vereist voor pandemische paraatheid en oppakken achterstallige kerntaken

De omvang en maatschappelijke impact van de COVID-19 pandemie vroeg om een andere aanpak dan men, in zijn algemeenheid, bij de GGD'en bij eerdere uitbraken van infectieziekten gewend was. Vanzelfsprekend werkten de IZB-teams al langer multidisciplinair met, naast artsen en verpleegkundigen, ook deskundigen infectieziektepreventie, communicatieadviseurs en epidemiologen. Tegelijkertijd was er gedurende de COVID-19 pandemie behoefte aan nieuwe expertises en meer capaciteit op bestaande functies, waaronder:

- Logistiek, facilitaire capaciteit, (crisis-)coördinatie, planners, (locatie-)managers en projectleiders (o.a. voor vaccinatiecampagnes)
- Epidemiologen, onderzoekers, dataspecialisten, -analisten en -managers t.b.v. data-analyse en dashboard ontwikkeling
- Communicatieadviseurs en -medewerkers t.b.v. het callcenter, voorlichting van inwoners en instellingen;
- Beleidsadviseurs en -medewerkers

GGD'en willen deze nieuwe functies graag behouden

Deze functies hebben hun waarde bewezen. GGD'en zouden deze functies graag behouden en verder ontwikkelen. Dit vraagt echter wel structurele middelen.

Voor de waarde van het bouwen van een data-omgeving wordt door de GGD'en onderstreept. Het behouden van datascientists en BI-specialisten (evt. op bovenregionaal niveau) met betrekking tot het inrichten van een dataomgeving voor brede IZB vlak is een investering in een GGD van de 21^{ste} eeuw. Deze data is vervolgens belangrijk voor beleid, waardoor de beleidscapaciteit hieraan verbonden moet zijn voor de uitvoering.

Ook op het vlak van communicatie worden de benodigde ontwikkelingen gezien. Onder andere de doelgroepgerichte informatievoorziening (populatiegericht en soms gebiedsgericht), met gebruik van nieuwe kanalen (acties in wijken, netwerkactivatie sleutelpersonen) en middelen (meer visueel/infographics).

De GGD'en zullen daarnaast waarschijnlijk bepaalde taken (deels) blijven uitvoeren, bijvoorbeeld als vaccinatie-expertisecentrum, waarvoor bepaalde logistieke en coördinerende functies belangrijk zijn om te behouden.

De COVID-19 pandemie heeft inzichten opgeleverd met betrekking tot de capaciteit en samenstelling van teams (3)

3. De samenstelling van de coronateams, en daaruit voortvloeiende differentiatie van taken en functies van medewerkers, biedt mogelijkheden voor de toekomst

De COVID-19 pandemie dwong medewerkers om de samenwerking in teams te herzien en taken anders te verdelen. Binnen de coronateams leidde dit o.a. tot de verschuiving van de rollen van artsen, verpleegkundigen en deskundigen infectiepreventie. O.a. door verschuiving van uitvoering naar opleiden, supervisie en coördinatie. Ook kwamen er extra taken bij zoals de adviesfunctie bij landelijke organisaties waarvoor m.n. artsen en verpleegkundigen werden gedetacheerd. Deze adviesfuncties blijven **langdurig** noodzakelijk, gezien de oprichting van onder meer het LFI en de bovenregionale functies die er zijn¹.

De verandering van rollen van de artsen, verpleegkundigen en deskundigen infectiepreventie heeft op verschillende manieren effect op de capaciteit en behoud van medische professionals:

- De inzet van medische professionals in een meer superviserende rol kan noodzakelijk zijn door bestaande en toekomstige personeelstekorten.
- De inzet van nieuwe rollen, zie pagina 44, maakt dat het opschalen bij een

potentiële uitbraak sneller georganiseerd kan worden. Deze taken liggen nu vaak (noodgedwongen) bij medische professionals, wat een nog grotere druk geeft op capaciteit.

- De nieuwe rollen van medische professionals worden ook gezien als een kans om hen te blijven boeien en binden aan de GGD'en. Een aandachtspunt daarbij is dat niet alle mensen gelukkig worden van een rol op meer afstand van de uitvoering. Er is dus ruimte nodig om medewerkers optimaal te positioneren in rollen die bij hun passen om hen ook echt te behouden.



Kansen voor (boven)regionale samenwerking

Meer inzicht in welke taken zich lenen voor uniforme uitvoering en welke taken lokaal blijven is nodig

Bepaalde taken lenen zich voor uniforme en bovenregionale uitvoering, terwijl andere taken juist beter door de lokale GGD gedaan kunnen worden

Er zijn diverse taken die zich lenen voor uniforme uitvoering en deels al meer landelijk gebeuren, zoals richtlijnontwikkeling, landelijke werkinstructies en ontwikkelen van breed toepasbare voorlichtingsmaterialen. Bovendien maakt het voor sommige taken vanuit het burgerperspectief niet uit door welke GGD zij geholpen worden, zoals specifieke call centers. Tegelijkertijd zijn er taken waarin de lokale inbedding heel belangrijk is en de GGD versterkt wordt in haar rol, maar ook daarin kunnen GGD'en elkaar bij bovenregionale samenwerking versterken. Dit zijn in ieder geval advisering van lokaal bestuur, lokale analyse infectieziektedruk, steun van instellingen met kwetsbare populaties, netwerksamenwerking rondom wijken met inwoners in extra kwetsbare omstandigheden door financiële stress en crowding, of netwerksamenwerking rondom werkgevers met verhoogd risico op infectieziekten. Dus lokaal uitvoeren, maar elkaar bovenregionaal ondersteunen met planvorming.

GGD'en willen graag meer gezamenlijke informatievoorziening en kennisdeling, echter komt dit niet altijd goed van de grond

Meer gezamenlijk optrekken in het ontwikkelen van nieuwe initiatieven, in informatievoorziening verbeteren en kennisdeling wordt aangegeven als

belangrijk door veel GGD'en, zoals ook beschreven in het Versterken Infectieziektebestrijding en Pandemische Paraatheid GGD'en (VIPP) van de GGD GHOR NL¹. Ze zien kansen in het bovenregionaal/landelijk organiseren van uitwisseling van protocollen, nieuwsbrieven, werkwijzen bij nieuwe infectieziekten en landelijke databeheer. Deels gebeurt dit wel, maar iedere GGD heeft ruimte om hiervan af te wijken en het duurt soms langere tijd voordat nieuwe initiatieven zichtbaar zijn voor, en omarmd worden door, GGD'en. Daardoor ontstaan soms parallelle processen tussen GGD'en, waardoor het wiel meerdere keren opnieuw wordt uitgevonden.

De meeste GGD'en geven aan dat er veel onderdelen lokaal (door)ontwikkeld worden, en dat dit vaak efficiënter kan en meer in afstemming met elkaar. Zo hebben veel GGD'en zelf een dashboard ontwikkeld in de coronapandemie, wat ook nodig was gezien de urgentie en crisissituatie. Echter heeft dit veel GGD'en extra werk gekost. Voor apenpokken hebben veel GGD'en weer zelf met een (tijdelijk) zelf ontworpen systeem gewerkt. Landelijk ontwikkelen en afstemmen kost in het begin extra tijd, maar kan in de doorontwikkeling wel winst opleveren. Het RIVM en Clb vervullen al een rol in het voorzien in de kennisdeling naar en tussen professionals, maar toch lijkt het moeilijk om deze trend door te zetten. Het vraagt inzicht in de belemmeringen die er zijn om de kennisdeling en informatievoorziening landelijk/bovenregionaal beter te organiseren.

Bovenregionale samenwerking kost tijd en vraagt ook om enkele voorwaarden

Meer bovenregionale samenwerking en uniforme werkwijze vraagt een gecoördineerde aanpak, tijd, investeringen en een cultuurverandering op diverse vlakken

De coronapandemie heeft laten zien dat de samenwerking verbeterd kan en moet worden om zo goed mogelijk om te gaan met de infectieziektedreigingen die op ons af komen. Daarbij rekening houdend met de schaarste van professionals, ook in de publieke gezondheidszorg. Het is vaak lastig om tussen GGD'en tot consensus te komen over de best passende reactie op nieuwe uitbraken/ afnemende vaccinatiegraad/benodigde voorbereiding, laat staan op landelijk niveau. Een meer uniforme aanpak kan soms helpen, maar het vraagt een voorinvestering om dit te bereiken. Om stappen te zetten in meer samenwerking en een uniforme werkwijze is het helpend als afspraken gemaakt worden over kennisontwikkeling, onderzoek, kennisdeling, wie welke rol daarin pakt en welk mandaat heeft.

Structurele samenwerking in capaciteit vraagt afspraken in overleg met het bestuur van de GGD

Elke GGD is verantwoordelijk voor haar eigen capaciteit. Echter verschilt de basiscapaciteit per GGD vanwege de verschillen in inwonerbijdragen voor dezelfde taken. Daarmee is de gemeentelijke bijdrage een bepalende factor in de capaciteit die een GGD kan inzetten. Daarnaast wordt er soms een hoge drempel ervaren om een andere GGD om hulp te vragen. Andersom gaat de hulp die je als GGD biedt ten koste van eigen capaciteit, wat in tijden van krapte en achterstanden een probleem vormt.

Een structurele capaciteitsinzet bij andere GGD'en vraagt dus overleg met het gemeentelijk bestuur. Zij zijn als gemeenten immers verantwoordelijk voor de uitvoering van infectieziektebestrijding.

Er zijn diverse kansen voor samenwerking en bovenregionale functies

Samenwerking kan helpen in kwaliteitsborging en gericht inzetten van capaciteit IZB maar heeft investering nodig die aanvankelijk ook capaciteit kost

Niet elke GGD hoeft alle kennis en diensten in dezelfde mate in huis te hebben. Er kan gekeken worden naar taken waarvoor iedereen een minimale bezetting en expertise nodig heeft en waarvoor sommige activiteiten ook geclusterd (boven)regionaal vormgegeven kunnen worden. Momenteel wordt er met name in de GGD-regio's samengewerkt, maar zitten daar soms nog grote verschillen in type werkzaamheden. Er liggen kansen in meer thematisch samenwerken op aandachtsgebieden van GGD'en, zoals op basis van regionale kenmerken. In het kader van versterken van capaciteit IZB kan het helpen als er op specifieke functies meer wordt samengewerkt om de kwaliteit en uniformiteit te versterken, en tegelijkertijd ook om de krapte minder te laten drukken op de taken. Dit kan helpen in kwaliteitsborging onderling, het opschalen van best practices en gericht inzetten van schaarse middelen en mensen. Dit vraagt wel bereidheid om iets collectief aan te pakken.

De GGD met veelvoorkomende problematiek kan een expertrol vervullen t.o.v. GGD met minder voorkomende problematiek, of dit kan bovenregionaal worden geborgd

Bepaalde regionale kenmerken leiden ertoe dat GGD'en meer of minder taken hebben op bepaalde onderdelen (zie pagina 9 en 10). Voor sommige onderdelen geldt dat GGD'en allen de kennis en enige expertise nodig hebben,

maar wisselende capaciteit en expertrollen. Dit is afhankelijk van de mate waarin de problemen bij hun GGD voorkomen. Dit geldt onder andere voor aanwezigheid van grote gebieden met een lage vaccinatiegraad, veel TBC/SOA, een AZC, groepen met een verhoogd risico op besmetting en/of ernstig verloop van infectieziekten, door o.a. sociaaleconomische positie in de samenleving, veel bijzondere instellingen (THZ), en een groter risico op zoönosen. Op specifieke onderdelen als het zijn van een grensregio en het hebben van een (lucht)haven hebben niet alle GGD'en expertise nodig.

Enkele regio's hebben al een jarenlange samenwerkingsrelatie opgebouwd, waar dit bij andere regio's nog minder is ingericht

Sinds 2006 wordt er bovenregionale expertise ingezet door de Regionale Arts Consulenten (RAC); in 2021 aangevuld met Regionale Epidemiologie Consulenten (REC). De 7 RAC/REC zijn de liaison met het RIVM en bevorderen kwaliteit en uniformiteit van werken op de GGD'en in de 7 IZB-regio's. Ook binnen de TBC wordt bovenregionale expertise ingezet, waar de Regionale Tuberculose Consulenten (RTC'ers) een rol hebben bij uitvoer van TBC-bestrijding op meerdere GGD'en.

De meeste GGD-regio's hebben aandachtsgebieden als TBC, SOA onderling verdeeld. Een bijkomende complexiteit dat de regio-indeling verschillend is voor algemene IZB (7 regio's), Regionale expertisecentra TBC (4 regio's), Soa (8 regio's) en Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie (ABR – 10 regio's).

De samenwerking kan op sommige onderdelen geïntensiveerd worden, dit vraagt coördinatie

Op het vlak van uitwisseling van functies bij schaarste en/of kleine uitbraken liggen er kansen voor het intensiveren van bestaande samenwerking, maar dit vraagt wel coördinatie van de samenwerking en wederzijdse afspraken:

De 24/7 telefonische bereikbaarheid. Een deel van de GGD'en werkt nog niet samen op het gebied van bereikbaarheid van artsen M+G/IZB (en AIOS) in de ANW-uren, waardoor er landelijk nog vele artsen tegelijkertijd diensten draaien. Dat kan mogelijk efficiënter georganiseerd worden, gezien het veelal bereikbaarheidsdiensten zijn en artsen de meldingen telefonisch kunnen beantwoorden. Diverse GGD'en verdelen reeds naar tevredenheid deze diensten met wisselend twee á vier GGD'en; dit gebeurt bijvoorbeeld in regio Oost en Zeeland/Brabant.

Tijdelijke ondersteuning door een collega-GGD. Bij, of juist na, een lokale uitbraak (bijv. bij opstart van bron- en contactonderzoek) kan tijdelijke ondersteuning door een collega-GGD helpen om een reservecapaciteit te creëren. Dit is alleen bij kortdurende en lokale uitbraken mogelijk, want veel infectieziekten kunnen al snel een 'grote' uitbraak zijn die meer GGD'en betreft. GGD'en geven aan dat bij o.a. legionella-uitbraken of toenemende taken als zoönosen tijdelijk een groot deel van het IZB team wordt ingezet voor deze taken, waardoor andere structurele taken blijven liggen. Op deze momenten zou bijspringen van medewerkers uit andere GGD'en een mogelijkheid zijn.

Tegelijkertijd zal de GGD die bijspringt, zonder dat er extra capaciteit is, vaker andere kerntaken (4,5,6 en 7) tijdelijk moeten laten liggen.

De ondersteuning vanuit collega-GGD'en gebeurt al door onder meer artsen TBC die worden ingezet bij GGD'en die geen artsenformatie voor TBC beschikbaar hebben. Ook bij de algemene IZB wordt er soms bijgesprongen door collega's, maar tegelijkertijd lukt dit vaak ook niet door krapte bij de eigen GGD.



Kansen voor gerichte inzet, werving en behoud van medewerkers

Tijdens de coronapandemie is er op verschillende manieren ingezet op overheveling van taken en functiedifferentiatie

Door de coronapandemie en krapte vindt meer overheveling van taken plaats

Alle GGD'en waren door krapte in de coronacrisis genoodzaakt om meer taken te verschuiven tussen vaste team en ingehuurde medewerkers. Dit heeft bij sommige GGD'en geleid tot inzichten dat voor meer werkzaamheden dan voorheen medewerkers zonder medische achtergrond ingezet kunnen worden. Bijvoorbeeld:

- Bron- en contactonderzoek voor COVID-19 werd ingevuld door niet-medisch geschoolde medewerkers.
- Meer inzet van ondersteunende functies kan helpen met het faciliteren van ander professionals.

Tegelijkertijd is het overhevelen van taken naar andere functies geen één op één oplossing voor de schaarste. Door krapte is dit noodgedwongen ingezet. Het vraagt echter uitwerking of een taak, bevoegdheid en verantwoordelijkheid ook overgedragen kan worden op langere termijn en voor andere infectieziekten. Het blijft daarmee van groot belang om de basis van de GGD'en te versterken door meer professionals op te leiden en te werven, omdat een gedegen vooropleiding en voldoende vlieguren essentieel zijn voor bijv. tijdige signalering van potentiële dreigingen, uitvoering van infectieziektebestrijding en effectieve preventie.

GGD'en hebben daarnaast op functiedifferentiatie ingezet

Veel GGD'en zijn zich gaan oriënteren om ook reguliere werkzaamheden op een andere manier in te vullen door gedeelde taken te creëren die bij verschillende functies belegd worden. Dit vergt doordachte aanpassingen en investeringen, niet alleen financieel, maar vooral ook van de huidige (schaarse) menskracht. Daarnaast geven GGD'en ook aan dat ze meerwaarde zien in kwaliteit en efficiëntie van inzet van andere professionals; gedragsdeskundigen, epidemiologen, data-analisten zitten nu vaker in functiehuis bij vooral de grotere GGD'en.

- GGD'en zijn meer basisartsen gaan werven sinds de COVID-19 pandemie. Waardoor meer kerntaken werden uitgevoerd door basisartsen. Ook zijn verpleegkundig specialisten, physician assistants en verpleegkundigen werden aangetrokken en zijn autonoom gaan werken dan voorheen.
- Artsen M+G kregen meer dan voorheen een superviserende rol naast basisartsen en AIOS'en.
- GGD'en hebben hun formatie van deskundigen infectiepreventie (DIP'er) uitgebreid.
- Er zijn meer epidemiologen, datascientists en -managers in dienst gekomen die voor nieuwe taken werden geworven.

Vanwege uitstroom, detachering en (boven)regionale samenwerking is er een sterke roep om werving en behoud van diverse medewerkers

De krapte in capaciteit is om verschillende redenen in verschillende regio's toegenomen. O.a. door vergrijzing in personeel, meer inzet op (boven)regionale samenwerking, detachering/uitstroom naar landelijke/regionale functies en door een hoger ziekteverzuim.

Veel GGD'en geven in de interviews aan dat het steeds moeizamer is om de interne formatie rond te krijgen voor de taken die nodig zijn. Dit komt onder andere door een gefragmenteerde inzet van het huidige personeel voor diverse taken en de gevraagde inzet bij (boven)regionale samenwerking. GGD'en geven aan dat er wisselend sprake is geweest van detachering en vertrek van medische professionals richting landelijke gremia. De bijbehorende cijfers hebben wij niet kunnen kwantificeren uit de uitvraag. Een bijkomstig ziekteverzuim naar aanleiding van de COVID-pandemie maakt dat de druk op de huidige capaciteit groot is.

Door deze ontwikkelingen vraagt het werven en behouden van medewerkers om nieuwe strategieën.

GGD'en benadrukken de urgentie om op een meer innovatieve wijze te kijken naar werving en behoud van personeel. Er worden diverse opties benoemd:

- Inzet van medewerkers zonder medische achtergrond, bijvoorbeeld voor de inzet van administratieve ondersteuning of uitvoering van beleidstaken.
- Het onderling (tussen GGD'en) benutten van de inzet van artsen M+G en verpleegkundigen M+G/IZB. Dit gebeurt nu reeds bij de TBC-bestrijding en de 24-uurs bereikbaarheidsdiensten
- De GGD'en verwachten eind dit jaar een rapport van het capaciteitsorgaan, waarin wellicht ook aandacht zal zijn voor (verkorte) zijinstroom vanuit andere medische disciplines. Het behouden van medische professionals uit andere sectoren kent duidelijke baten, zoals het hebben van een medische achtergrond (basiskennis), andere praktijkervaring met nieuwe inzichten en wellicht mogelijkheden voor een versnelde opleiding tot arts M+G/ IZB.
- Meer inzet op functie- en taakdifferentiatie kan helpen in het aantrekkelijk maken van bepaalde schaarse functies. Door zowel taken te hebben in de uitvoering, als in beleid en supervisie, wordt een functie meer divers en kunnen professionals eigen aandachtsgebieden hebben.

Er liggen kansen voor loopbaanontwikkeling en andere inzet van professionals om hen te boeien, binden en behouden

Vanuit enkele GGD'en zijn er zorgen over het behoud van artsen M+G

Hierbij worden door GGD'en diverse mogelijke factoren benoemd als redenen voor uitstroom van basisartsen, dan wel artsen M+G.

- Takenpakket van artsen (AIOS) M+G past onvoldoende bij de opleiding en ambities van artsen M+G.
- Het huidige (landelijke) opleidingssysteem wordt door enkele GGD'en ervaren als belemmerend in het binden van artsen aan hun organisatie. Met name perifere regio's hebben hier last van; zij veronderstellen een relatie tussen het landelijk werkgeverschap en daardoor minder (economische) binding met de regio (o.a. zou tijdelijk werkgeverschap een belemmering vormen om hypotheek te krijgen). Eén regio met enkele GGD'en heeft daarom het streven om een eigen groep AIOS IZB aan te nemen en hun opleiding te bekostigen. Daarmee komen zij niet in aanmerking voor de subsidieregeling, maar hopen zij de artsen meer financiële zekerheid en daarmee binding aan de regio te bieden.

Funciedifferentiatie kan helpen in het bereiken van:

- **Behoud van medische professionals:** bijvoorbeeld door ruimte vrij te maken voor bovenregionale taken, onderzoek, supervisie, teamcoördinatie

en beleidsadvies. Dit zijn vaak taken die het werk voor artsen, verpleegkundigen en DIP'ers gevarieerd maken en werken in de publieke gezondheidszorg aantrekkelijk. Ook helpt dit in het gevoel bij te dragen aan een toekomstbestendig IZB, incl. noodzakelijke netwerksamenwerking. Tegelijkertijd kan een stapeling/versnippering van taken, die 'er boven op komen' ook bijdragen aan het gevoel van 'teveel werk'.

- **Betere kwaliteit IZB:** vanuit het oogpunt dat taken beter verdeeld worden en daardoor niet blijven liggen. Als ook doordat specifieke expertise in personen (o.a. door vliegreun) gerichter inzetbaar is voor meerdere GGD'en.
- **Meer efficiëntie:** bijvoorbeeld medewerkers met een andere achtergrond kunnen ondersteunende taken van de verpleegkundigen en artsen overnemen en soms gerichter/sneller uitvoeren, waardoor er ruimte ontstaat. Denk aan administratieve, logistieke en ICT activiteiten, die bijdragen aan het noodzakelijke teamwerk, maar een andere (voor)opleiding vergen en bijdragen aan de juiste professional voor de juiste taak.



Reflectie, conclusies en aanbevelingen

De conclusies van het onderzoek en onze
aanbevelingen

Reflectie ten aanzien van versterking infectieziektebestrijding

Infectieziektebestrijding is netwerkzorg

De samenwerking die ontstaat tussen GGD'en, zorgverleners en het openbaar bestuur (gemeenten, veiligheidsregio's en Rijksoverheid) bepaalt de mate waarin infectieziekten kunnen worden voorkómen, dreigingen kunnen worden gesignaleerd en maatregelen tijdig kunnen worden getroffen. Het mensenwerk dat nodig is om uitbraken te voorkomen, tijdig te signaleren en te bestrijden kan worden versterkt door organisatiestructuren en technische middelen, waaronder infrastructuur voor surveillance en monitoring, het delen van kennis en de mogelijkheden om al doende samen te leren van de eigen ervaringen. Kortom: de kwaliteit van infectieziektebestrijding is dus afhankelijk van de slagkracht van het netwerk als geheel.

We hopen dat dit rapport bijdraagt aan het versnellen van het gesprek over 'wat goede IZB is en wat dit vraagt van professionals en bestuurders'

Het al langer lopende gesprek over 'hoe werken we zo slagvaardig mogelijk samen' is door de COVID crisis versterkt. Het heeft o.a. geresulteerd in het herijken van de kerntaken van de IZB (door GGD GHOR NL) en de start van het programma Versterking Infectieziektebestrijding en Pandemische Paraatheid GGD'en (VIPP) door GGD GHOR NL.

Hieronder liggen fundamentele bespreekpunten over **wat** goede IZB (zorg) is, vervolgens **wie** – in tijden van personeelsschaarste – over prioriteiten om zo goed mogelijke IZB vorm te geven en op welke **wijze** en op welk **niveau** (extra) sturing gewenst is (vanuit het netwerk, regionaal of landelijk)? Als sturing op

uniformiteit en/of landelijk niveau gewenst is, *kan* een formatienorm voor specifieke functies in de IZB helpend zijn, net als het door ontwikkelen van de toetsingskader(s) van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Om de goede discussie op de juiste (professionele en bestuurlijke) tafels te kunnen voeren, is het daarom van belang om te bepalen met welk doel de VISI-normen worden opgesteld. Het is daarbij aannemelijk dat het doorontwikkelen van de verouderde VISI-normen (2013) tijd zal kosten, om recht te doen aan de door COVID gegroeide wens om in multidisciplinaire teams te werken, de continu veranderende infectieziektedruk en de variëteit van organisatievormen van de GGD'en. In dit project werd echter ook zichtbaar dat er op verschillende plekken eigenlijk geen tijd te verliezen is. We hoorden meermaals de roep om én al doende te versterken én de fundamentele gesprekken te versnellen.

Helderheid op versterking van IZB op zowel strategische invoering als operationele uitvoering

Betrokkenen geven aan behoefte te hebben aan meer helderheid over (het samenspel tussen) de verschillende trajecten die in gang zijn gezet om IZB te versterken. Dit zowel op strategisch niveau (wat is goede IZB, wie geeft welke sturing en hoe ziet die sturing eruit in de praktijk) als op operationeel niveau (welke normen gelden er voor welke rollen op formatieniveau). Met het zuiver voeren van dit gesprek kunnen professionals en bestuurders op strategisch en uitvoerend niveau gericht adviseren over/bijdragen aan de benodigde capaciteit (mensen, middelen en methoden om samen te werken) voor een slagvaardig netwerk dat zorgt voor een effectieve en efficiënte IZB.

Conclusies naar aanleiding van dit onderzoek (1)

1. Dit onderzoek kan gebruikt worden als nulmeting om op een later moment met nieuwe kaders en normen te vergelijken

De bestaande normen en kaders zijn, zover aanwezig, veelal verouderd en aan herziening toe. De coronapandemie heeft dit besef versterkt. Zo wordt momenteel zowel de Wet publieke gezondheid als de formatienormering (VISI-norm 2013) voor algemene IZB herijkt. Dit maakt de vergelijking tussen de bestaande normen en de huidige capaciteit bij GGD'en niet mogelijk. De huidige data-analyse is daarmee een nulmeting voor de huidige capaciteit IZB.

2. GGD'en ervaren krapte in de financiële middelen, beschikbare medewerkers en de daarmee samenhangende capaciteit om alle kerntaken uit te voeren

Bijna alle GGD'en ervaren krap te zitten in de capaciteit van medewerkers om de kerntaken vorm te geven en werkzaamheden op te pakken die belangrijk zijn voor de doorontwikkeling van de IZB. Deze krapte is mede ingegeven door beperkte financiële middelen, uitstroom van personeel, detachering naar landelijke instanties, als ook voor een aanzienlijk deel door krapte op de arbeidsmarkt. GGD'en pleiten voor structurele en duurzame middelen om de aanbevelingen rondom structurele versterking van reguliere IZB te kunnen implementeren. Uit ervaring wordt benoemd dat incidentele gelden niet

voldoende zijn om structurele capaciteit op te bouwen.

3. De formatie wordt veelal ingegeven door de beschikbare financiële ruimte en niet op basis van een toekomststrategie

De vergelijking van de formatie met de bezetting bij GGD'en laat zien dat de bezetting hoger is dan de formatie, terwijl bijna alle GGD'en aangeven krapte te ervaren van medewerkers en openstaande vacatures te hebben. De meeste GGD'en geven daarnaast aan dat de formatie gebaseerd is op de formatie van de eerdere jaren. De financiële budgetten die zij ontvangen zijn daarmee meer bepalend als kader dan de toekomststrategie van GGD'en of de taken die de GGD moet uitvoeren. Ook gaan de formaties van GGD'en mee in de beleidscyclus van gemeenten, waardoor de formatie van 2023 gebaseerd is op input uit 2021. De formatie is bij de meeste GGD'en daarom beleidsarm begroot, zonder rekening te houden met ontwikkelingen.

Conclusies naar aanleiding van dit onderzoek (2)

4. Door de extra belasting bij reguliere IZB-taken blijven specifieke kerntaken soms liggen

De kerntaken 'bestrijden van infectieziekten en voorkomen van verdere verspreiding' (taak 1) en 'surveillance' (taak 2) vragen veel tijd en aandacht van GGD'en, onder meer door toenemende incidentie van infectieziekten. Bij een potentiële uitbraak is er een periode van opschaling nodig om de uitbraak het hoofd te bieden. De flexibiliteit van de interne organisatie kent echter grenzen: een uitbraak doet vaak een beroep op de inzet van het gehele IZB-team. Mede hierdoor komen andere kerntaken in het geding. Met name de kerntaken beleidsadviesing, preventieactiviteiten, netwerk en regie, voorbereiden op grootschalige infectieziekte-uitbraken en kennis/onderzoek staan bij veel GGD'en onder druk.

5. Er zijn ontwikkelingen op het gebied van pandemische paraatheid en versterking van samenwerking, die extra inzet van de IZB-teams vragen

Op dit moment zijn verschillende ontwikkelingen gaande op het gebied van de versterking van de ICT/IV infrastructuur, de inrichting van de LFI, de inzet op bovenregionale monitoring, surveillance en andere ondersteuning vanuit het VIPP programma, en de opleidingen voor artsen IZB/M+G. Deze activiteiten vragen een forse investering van de huidige algemene IZB-teams nu en in de

komende jaren. Gezien de overbelasting van afgelopen jaren leidt dit tot knelpunten en vreezen GGD'en voor meer krapte en een hoger ziekteverzuim. Het is belangrijk om piekbelasting zoveel mogelijk te beperken door goede voorbereiding en afstemming tussen de (verbeter-)trajecten.

6. Veel van de opgebouwde kennis in de corona programmaorganisatie zit bij de nieuwe (type) medewerkers. GGD'en willen sleutelexperts en uitvoerende capaciteit behouden

De coronawerkzaamheden en -medewerkers zijn veelal nog niet goed ingebed in de reguliere teams. Medewerkers hebben vaak tijdelijke contracten en het is nog niet duidelijk of zij behouden kunnen worden. Binnen de reguliere budgetten zal dat praktisch niet mogelijk zijn. Daarmee is er een groot risico dat hun kennis (deels) verloren gaat. Het is belangrijk dat een deel van de gekwalificeerde en ervaren medewerkers, zowel met als zonder medische achtergrond, uit de coronaorganisatie behouden blijven, zeker ook met het oog op toekomstige taken van de GGD. Daarbij worden in ieder geval logistiek, facilitaire capaciteit, dataspecialisten en (crisis-) coördinatie genoemd.

Aanbevelingen (1)

1. Ga door met de ontwikkeling van de formatienorm bij het rapport 'Heroriëntatie deeltaken voor een optimale IZB' en bepaal met elkaar wat het doel is van de formatienorm

De GGD'en geven aan met de huidige capaciteit niet de kerntaken op een minimaal niveau uit te kunnen voeren. Dit blijkt ook uit de taken die blijven liggen. Er wordt aangegeven dat het noodzakelijk is om een ruimere en meer flexibelere capaciteit te hebben, om paraat te zijn voor de toenemende infectieziektedreigingen die professionals op zich af zien komen. Het is daarbij een afweging tussen hoe de capaciteit ideaal wordt vormgegeven en wat er haalbaar is in de praktijk met de beperkte mensen en financiële middelen.

Daarnaast gaan GGD'en, meer dan voorheen, werken in een netwerkstructuur en minder vanuit monodisciplinariteit. Deze manier van werken en de behoeftes voor (pandemische) paraatheid, missen in de huidige normen. GGD GHOR NL werkt op dit moment aan de opdrachtformulering om de formatienorm bij de kerntaken uit te werken. Aan de hand van deze formatienorm *kan* de spiegeling naar huidige capaciteit gemaakt worden en daarmee gekwantificeerd worden op welke functies een versterking vereist is. Om deze formatienorm op een passende manier van meerwaarde te laten zijn, is het van belang om de toepassing van de formatienorm te bepalen.

2. Creëer financiële middelen om een deel van de capaciteit en expertise van de corona programmaorganisatie te behouden en te beginnen met versterking van de capaciteit

Gemeenten zijn volgens de Wpg verantwoordelijk voor de financiering van de IZB, maar hebben praktisch geen mogelijkheden om eigenstandig hun inkomsten te vergroten. Als gemeenten meer aan een taak doen dan ze op dit moment doen, gaat dus altijd ten koste van andere taken. Gezien de toenemende taken door stijging van de infectieziektedreigingen van GGD'en en de toenemende krapte die GGD'en ervaren, is er extra financiering nodig om de capaciteit te versterken. Op korte termijn is uitstroom van waardevolle mensen uit de corona programmaorganisatie echter alleen te voorkomen door gecoördineerde financiering vanuit het Rijk. Op langere termijn is het aan te raden structurele afspraken te maken over de financiering van GGD'en. Daarbij kan ook overwogen worden de huidige bekostiging via de algemene uitkering tegen het licht te houden.

Aanbevelingen (2)

3. Verken hoe uitvoering van de kerntaken van de GGD ondersteund en verrijkt kan worden door niet-medische professionals

Het vergt voor individuele GGD'en aandacht om de kerntaken van IZB effectief in te richten en de professionals die hier mee bezig zijn zo goed mogelijk te ondersteunen. Daarbij is het van belang om in gezamenlijkheid met GGD GHOR NL als ook met de landelijke beroepsverenigingen te verkennen:

- Hoe de inzet van andere/nieuwe functionarissen voor aanvullende taken, zoals bijvoorbeeld datascientists of –managers hierin een plek kan krijgen;
- Of bepaalde taken door niet of minder medisch geschoold personeel uitgevoerd kunnen worden (bijvoorbeeld door geprotocolleerde inzet, al zal dit niet met dezelfde schaal kunnen als tijdens de pandemie);
- Of het verschuiven van bevoegdheden en/of verantwoordelijkheden een uitkomst biedt voor krapte.

Daarnaast kunnen bovenstaande suggesties en meer mogelijkheden creëren voor loopbaanontwikkeling voor diverse functies bijdragen aan het behoud van medewerkers. Dit kan bijvoorbeeld door functiedifferentiatie, inzetten op onderzoek en beleidsadvies en/of door met landelijke instanties samen te werken.

4. Organiseer parate, versterkte en flexibele systemen en netwerken voor snelle opschaling bij een (potentiële) uitbraak

Pandemische paraatheid vraagt om **voorbereiding en parate, versterkte en flexibele systemen en netwerken** waarvan medewerkers weten hoe deze te kunnen gebruiken. Dat geldt voor de organisatie binnen de GGD, als ook de samenwerking in de bestaande bovenregionale structuren zoals LCI, RAC/REC en het LOI. Processen dienen op regelmatige basis te worden geoefend.

Het proces dat geoefend wordt, is vrijwel altijd *net* niet passend op de nieuwe pandemie die zich aandient. Daarin moet er altijd **flexibel en veerkrachtig gereageerd** kunnen worden. Dit gaat enerzijds over een flexibele schil van medewerkers die kan worden ingezet bij toenemende taken en/of opschaling. Daarnaast helpt het om de **coördinatiecapaciteit bij opschaling**, naast operationele functies en medisch inhoudelijke expertise, te organiseren bij grootschalig BCO, testen, vaccineren, en publiekscommunicatie/voorlichting.

Procescoördinatie van deze taken vraagt om andere expertise en is een dermate belangrijke en tijdconsumerende taak, dat hier extra capaciteit voor nodig is. Dit kan gerealiseerd worden in de vorm van verdergaande en expliciete (boven)regionale samenwerking tussen GGD'en en/of ondersteuning vanuit een landelijke partij zoals de LFI.

Aanbevelingen (3)

5. Richt een gecoördineerde aanpak in om bovenregionale samenwerking tussen GGD'en te verbeteren

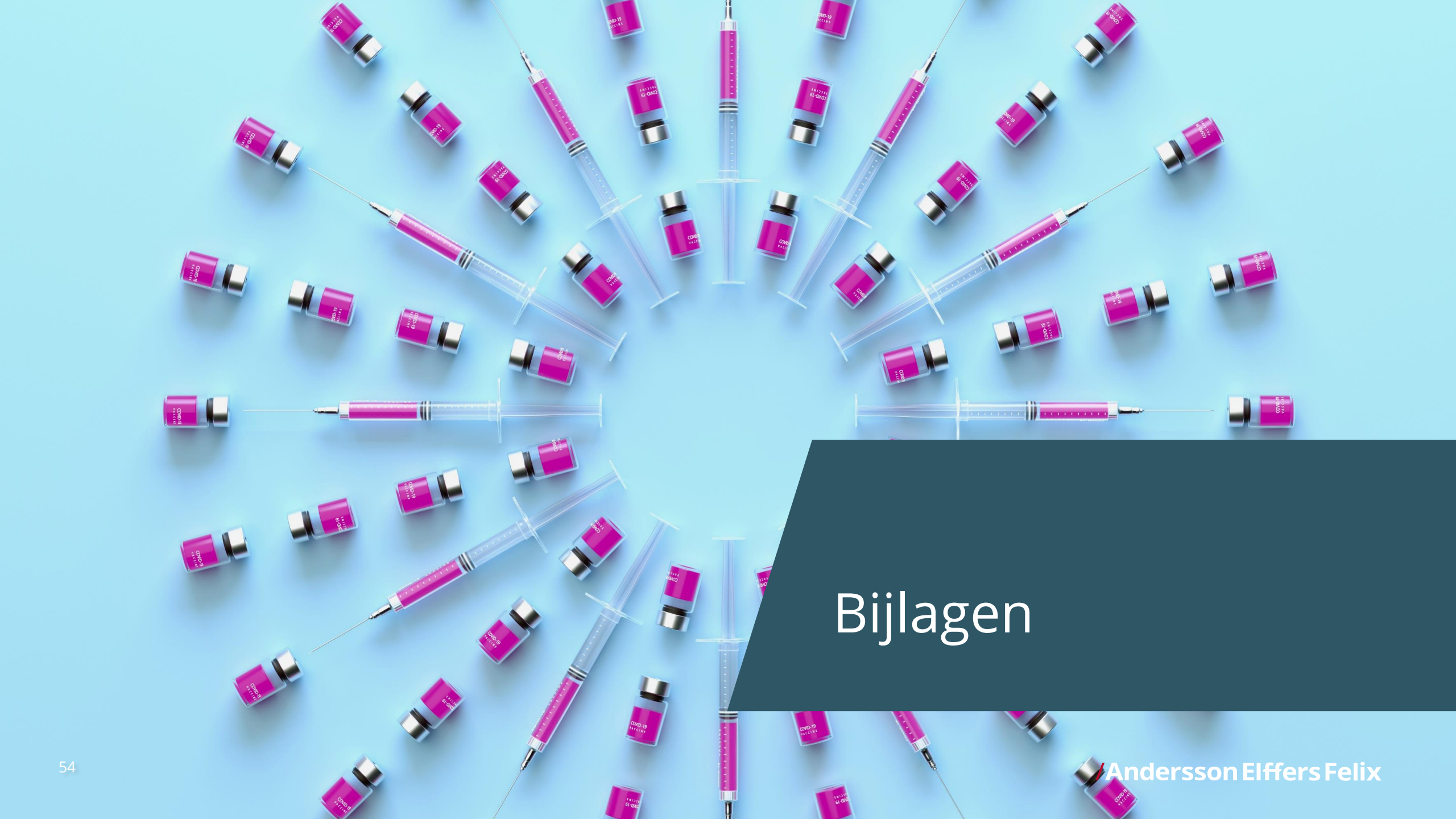
Bepaalde taken lenen zich voor uniforme en bovenregionale uitvoering, zoals bijvoorbeeld de 24/7 telefonische bereikbaarheid, (tijdelijke) ondersteuning door een collega-GGD, als ook informatie- en kennisdeling. Meer (uniformiteit in) bovenregionale samenwerking vraagt echter om een gecoördineerde aanpak, tijd en een cultuurverandering op diverse vlakken.

GGD GHOR NL besteedt hier met het huidige programma Versterking Infectieziektebestrijding en pandemische paraatheid GGD'en (VIPP) aandacht aan. Daarnaast kunnen individuele GGD'en zelf investeren in bovenregionale samenwerking, bijvoorbeeld door het zichtbaarder maken van hun regionale expertise. Daar zit ogenschijnlijk toegevoegde waarde en zo kunnen zij, wanneer nodig, een bovenregionale expertrol vervullen.

Structurelere samenwerking en capaciteit hiervoor vraagt afspraken met het bestuur van de betrokken gemeenten. Het RIVM/Cib werkt momenteel, vanuit haar wettelijke taken rondom de coördinatie van de infectieziektebestrijding aan meer inzicht in helpende activiteiten om het netwerk te versterken.

Sommige betrokkenen geven aan dat er wellicht naar de samenstelling en congruentie van samenwerkingsverbanden gekeken moet worden. Het is

denkbaar dat concrete problemen beter opgepakt kunnen worden in een andere samenstelling. Daarbij is het wel van belang om te realiseren dat de huidige samenwerkingsverbanden goed functioneren. Het opbouwen van een samenwerking kost veel tijd en energie. Bij het nadenken over het eventueel herstructureren van samenwerkingsverbanden moet zeker gekoesterd worden wat er nu is.



Bijlagen

BIJLAGE 1 – Vraag van de opdrachtgever

Het versterken van de IZB binnen de GGD'en vraagt om een gedegen onderzoek, waaronder een 0-meting naar de wettelijke kaders, kwaliteitskaders en veldnormen voor de uitvoering van reguliere IZB-taken en naar de capaciteit van GGD'en op het gebied van IZB. Met de uitkomsten van dit onderzoek wil de programmadirectie Pandemische Paraatheid het gesprek voeren met alle veldpartijen over de benodigde investeringen om de basis van IZB te versterken, de aanpak te uniformeren en op termijn de paraatheid van de GGD'en voor volgende pandemieën te vergroten.

Hoofdvraag

Hoe is binnen de 25 GGD'en het IZB-proces ingericht (kwantitatieve en kwalitatieve personele capaciteit en daarvoor beschikbare financiën) voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken en voldoen de GGD'en daarmee aan eventuele wettelijke kaders en/of veldnormen?

Deelvragen

1. Wat zijn wettelijke kaders, kwaliteitskaders en landelijk vastgestelde veldnormen voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken en voor de inzet van GGD'en in het kader van IZB ten tijde van een crisis zoals een pandemie?
2. Welke personele capaciteit (in fte per functie) hebben de 25 GGD'en daadwerkelijk voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken op $t = 0$ en $t = -1$ en welke personele capaciteit (in fte per functie) en bijbehorende budget was door de 25 GGD'en begroot voor de uitvoering van de reguliere IZB-taken op $t = 0$ en $t = -1$?¹
3. Welke lessen hebben de GGD'en tijdens de coronacrisis geleerd over de kwetsbaarheden in de bezetting op de reguliere IZB-taken?
4. Voldeed het personeel van de GGD'en tijdens de coronacrisis (in capaciteit en kwaliteit) aan eventuele wettelijke kaders, kwaliteitskaders en landelijk vastgestelde veldnormen voor de uitvoering van reguliere IZB-taken en IZB ten tijde van een uitbraak van een groep-A meldingsplichtige infectieziekte (met potentieel landelijke gevolgen)?
5. Welke verschillen waren er m.b.t. deelvraag 4 tussen de verschillende GGD'en aanwezig en welke verschillen hebben de GGD'en ervaren bij de opschaling in het kader van IZB ten tijde van de coronacrisis?
6. Waar ontbreken eventuele wettelijke kaders, kwaliteitskaders en veldnormen voor de inzet van zowel reguliere IZB-taken als IZB ten tijde van een crisis zoals een pandemie, of zijn deze onduidelijk en vragen ze verdere uitwerking?

BIJLAGE 2 – Aanpak van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek was het verwerven van inzicht in de benodigde investeringen voor structurele versterking van IZB bij de GGD'en. Een overzicht van de huidige capaciteit van IZB bij de GGD'en en de geleerde lessen uit de coronacrisis vormden hiervoor de basis. Het onderzoek kenmerkte zich door een korte doorlooptijd en een relatief groot aantal betrokken organisaties.

Bij de aanpak van dit onderzoek waren een aantal uitgangspunten van belang:

- We houden continu het doel van het onderzoek in het oog
- We zoeken indien relevant afstemming met andere trajecten
- We weren aan draagvlak met betrokken partijen
- We beperken de werkbelasting voor GGD'en zoveel mogelijk
- We werken toe naar een praktisch en concreet eindproduct
- We houden rekening met de politiek-bestuurlijke context

Methode

Er werd gekozen voor een mixed-methods-aanpak, waarbij gebruik werd gemaakt van kwantitatieve en kwalitatieve methoden: bureauonderzoek, data-uitvraag, interviews en rondetafelsessies.

Voor het traject werd een klankbordgroep ingericht met als taak om te toetsen of er feitelijke onjuistheden in de resultaten of conclusies waren, of te wijzen op ontbrekende informatie die zou (kunnen) leiden tot onjuiste of onvolledige conclusies.

Aanpak

De aanpak bestond uit drie fases, die op de volgende pagina verder worden toegelicht.



BIJLAGE 2 – Aanpak van het onderzoek

Fase 1. Voorbereiding en bureauonderzoek

- De eerste klankbordgroepbijeenkomst was de formele startbijeenkomst. De onderzoeksopzet werd getoetst, er werd een plan gemaakt voor de aankondiging van de data-uitvraag en interviews en de documenten voor het bureauonderzoek werden vastgesteld.
- Er werd gestart met de documentstudie naar wettelijke kaders, kwaliteitskaders en veldnormen.
- Een eerste opzet van de data-uitvraag werd ontworpen.

Fase 2. Data-uitvraag en verdieping

- Vanuit de documentstudie werd een factsheet opgesteld voor de omschrijving van wettelijke kaders, kwaliteitskaders en veldnormen.
- De opzet van de data-uitvraag werd in validatiesessies met drie GGD'en getoetst en aangescherpt.
- De data-uitvraag werd vervolgens uitgezet bij alle 25 GGD'en, inclusief de uitnodiging voor een aanvullend interview.
- Met alle 25 GGD'en vond een interview plaats om de kwantitatieve data

over de capaciteit IZB uit de uitvraag aan te vullen met kwalitatieve inzichten en om de geleerde lessen van de coronapandemie te bespreken.

- De verkregen informatie uit de data-uitvraag en de interviews werd geanalyseerd en teruggelegd tijdens de tweede klankbordgroepbijeenkomst.

Fase 3. Synthese, rapportage en afronding

- In de laatste fase vond de synthese plaats van de resultaten uit het bureauonderzoek, de data-uitvraag en de interviews.
- Twee rondetafelsessies met de Directeuren Publieke Gezondheid van de GGD'en en met landelijke stakeholders en inhoudelijke experts werden ingezet om verschillen tussen GGD'en te duiden en in te zoomen op ontbrekende kaders en normen.
- Tijdens de derde en tevens laatste klankbordgroepbijeenkomst werd de conceptrapportage besproken en vonden de laatste wijzigingen plaats voor de definitieve rapportage.

BIJLAGE 2 – Aanpak van het onderzoek

Kwantitatieve data-uitvraag

- De gegevens over capaciteit IZB bij de GGD'en werd voor twee momenten opgevraagd: 1 mei 2019 en 1 mei 2022.
- Er werd bij de uitvraag onderscheid gemaakt tussen daadwerkelijke capaciteit (de personele capaciteit waarover de GGD'en op de meetmomenten daadwerkelijk beschikten) en begrote capaciteit (de personele capaciteit die voor de GGD'en op de meetmomenten was begroot).
- De capaciteit voor reguliere IZB-taken werd los van de capaciteit voor de coronapandemie opgevraagd en er werd apart gekeken naar de inhuur van personeel.
- Aanvullend werd gekeken naar het toegekende budget voor de reguliere IZB-taken.
- In de data-analyse zijn de verschillende functies en taken die GGD'en hebben ingevuld teruggebracht naar hoofdcategorieën.
- De cijfers per 100.000 inwoners zijn berekend aan de hand van de inwoneraantallen van de verschillende GGD'en. Daarbij is rekening gehouden met verschillen in inwoneraantallen 2019 vs. 2022.

Kwalitatieve interviews

- In totaal werden 25 interviews afgenomen, waaraan één tot vijf medewerkers per GGD hebben deelgenomen.
- Voor de interviews werd een semigestructureerde vragenlijst gebruikt.
- Indien mogelijk werd de data-uitvraag tijdens het interview getoetst op specifieke vragen of onduidelijkheden.
- De data uit de interviews werd kwalitatief geanalyseerd op basis van thematische analyse.

Rondetafelsessies

- Er werden twee rondetafelsessies georganiseerd, met elk twee gesprekslijnen.
- 17 van de 25 GGD'en waren vertegenwoordigd tijdens de sessies via verschillende professionals, o.a.: DPG, manager/teamleider IZB, manager/projectleider COVID, arts M+G, verpleegkundige, DIP, beleidsadviseur en adviseur financiën. Daarnaast waren professionals vanuit andere organisaties betrokken, waaronder: GGD GHOR NL, RIVM (o.a. REC en RAC), LFI, LCI, LOVI, WASS, V&VN, VHIG en NVIB.

BIJLAGE 3 – Toelichting op de totstandkoming van huidige bovenregionale ondersteuningsstructuren

In reactie op uitbraken en anticiperend op verwachte infectieziektedreigingen zijn verschillende bovenregionale structuren en netwerken ontstaan. Aan alle beschreven bovenregionale structuren zijn professionals van de GGD'en verbonden o.b.v. samenwerking in overlegsgremia of (deeltijd)detachering. De verschillende bovenregionale verbanden zijn historisch gegroeid.

1995	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI), bestaande uit het Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding (LOI), het Outbreak Management Team (OMT) en het Bestuurlijk AfstemmingsOverleg (BAO)
1996	De Landelijke Coördinatie Reizigersadviesing
2003	Landelijk Overleg Verpleegkundigen Infectieziektebestrijding (LOVI)
2003	Oprichting Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV) bij GGD Amsterdam. Later ingevoegd in Clb.
2005	Oprichting Centrum Infectieziektebestrijding (Clb), invoeging LCI incl. LOI en LOVI, OMT/BAO structuur.
2012	Regeling Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg (ASG)
2016	Regionale Zorgnetwerken Antibioticaresistentie
2020	Corona Programma Organisatie (CPO) -> Landelijke Coördinatie Covid Bestrijding (LCCB), verwacht te eindigen 1 juli 2023
2021	Invoeging activiteiten KNCV tuberculose fonds in Clb
2022	Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding (LFI)

Vanuit het Clb, worden GGD'en, in verschillende regionale verbanden en indelingen, ondersteund door:

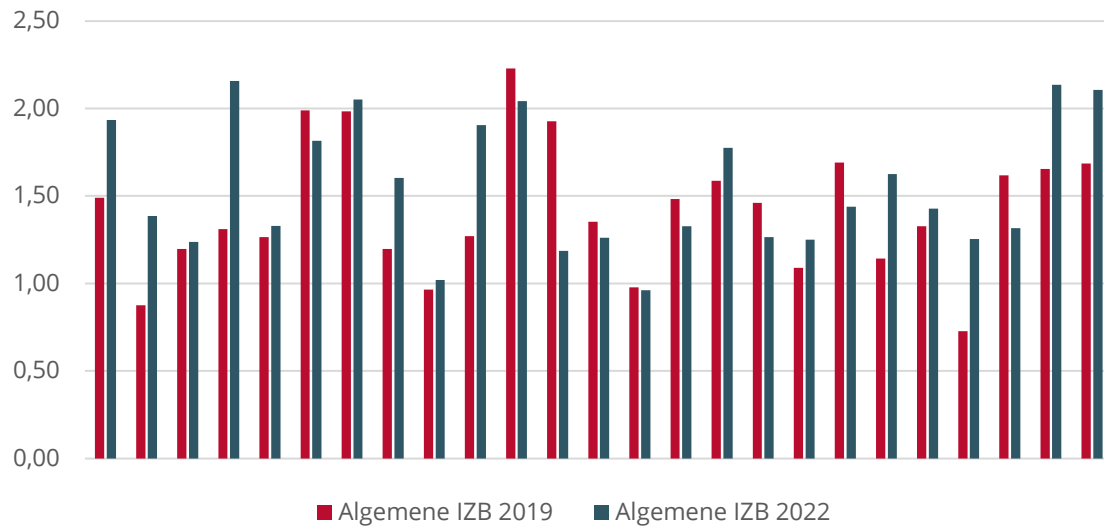
2006	Regionaal Arts Consulenten (RAC)
2006	Consulenten Medische Microbiologie (COM)
2012	Regionaal Veterinair Consulenten (RVC)
2013	Regionaal Tuberculose Consulenten (RTC)
2014	Alimentair Consulenten (AC)
2021	Regionaal Epidemiologisch Consulenten (REC)

- GGD'en worden bovenregionaal ook ondersteund door de kennisinfrastructuur, waaronder de academische werkplaatsen infectieziektebestrijding.
- Vanuit GGD GHOR NL worden GGD'en ondersteund via bijv. overlegstructuren voor managers en projectgroepen rondom thema's.
- GGD'en bereiden zich ook in netwerken acute zorg/ ROAZ regio's voor op crises en rampen.
- Professionals werkzaam bij de GGD'en organiseren ook zelf bovenregionale netwerken bijvoorbeeld via GGD'en die samenwerken in een bepaalde regio, de wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties.

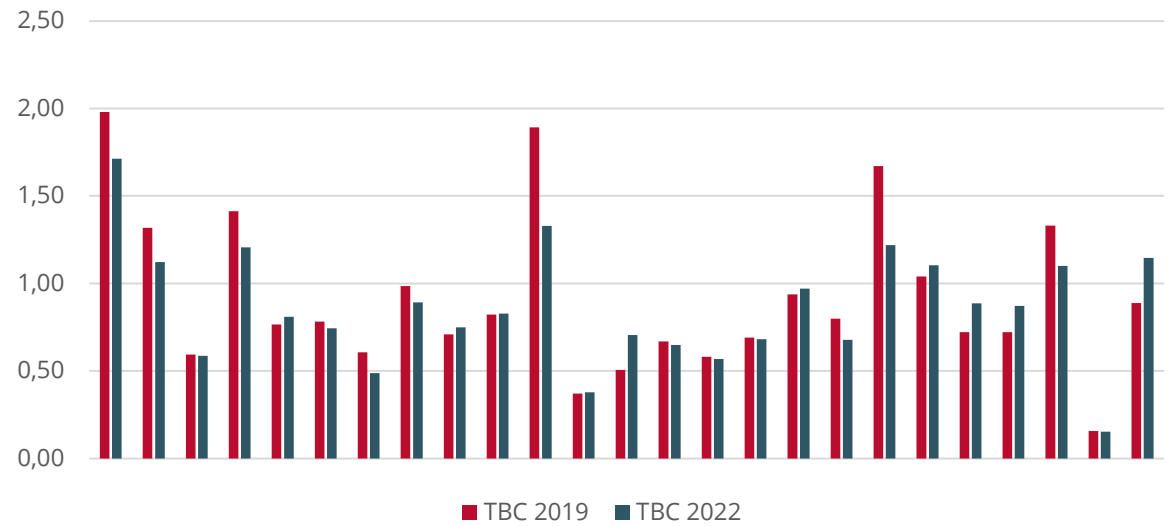


BIJLAGE 4 – Variatie in bezetting + inhuur per taakveld per GGD (2019 & 2022): Algemene IZB en TBC

Aantal fte per 100k inwoners: Algemene IZB



Aantal fte per 100k inwoners: TBC



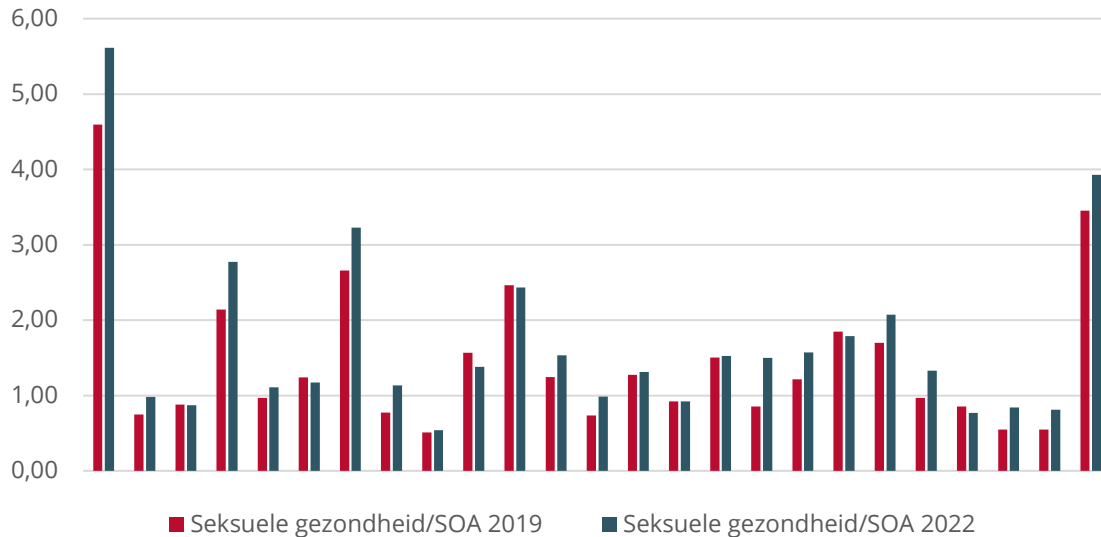
- De grafieken laten zien hoeveel fte de verschillende GGD'en per 100.000 inwoners inzetten op de verschillende taken (2019 en 2022).
- We zien bij de algemene IZB gemiddeld een stijging van de bezetting + inhuur van 1,42 fte in 2019 naar 1,55 fte in 2022 per 100.000 inwoners.

- Bij TBC zien we gemiddeld een kleine daling van de bezetting + inhuur van 0,92 fte 2019 naar 0,86 fte in 2022 per 100.000 inwoners.

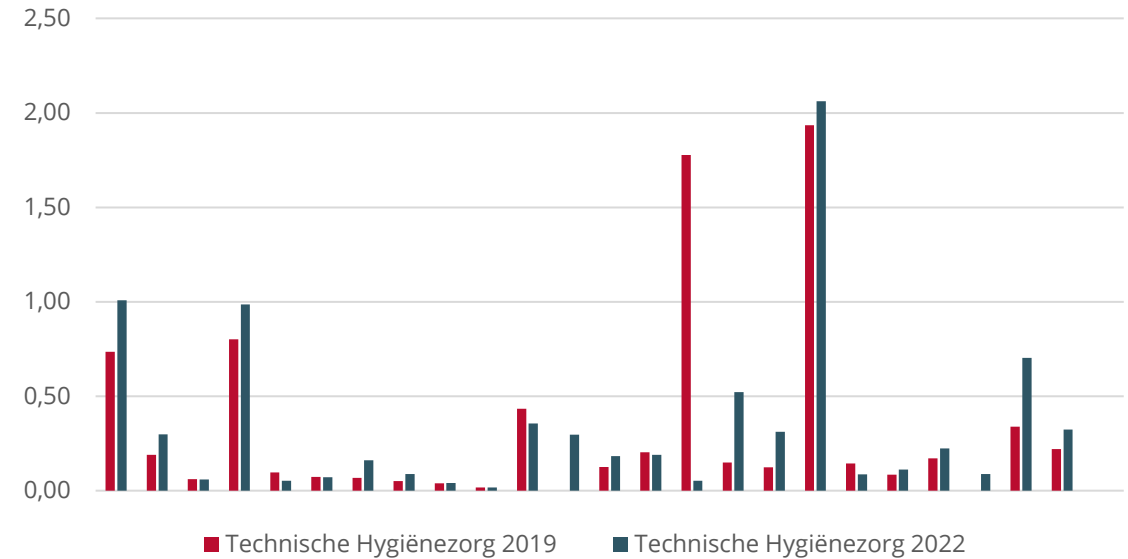


BIJLAGE 4 – Variatie in bezetting + inhuur per taakveld per GGD (2019 & 2022): Seksuele gezondheid/SOA en THZ

Aantal fte per 100k inwoners: Seksuele gezondheid/SOA



Aantal fte per 100k inwoners: THZ



- De grafieken laten zien hoeveel fte de verschillende GGD'en per 100.000 inwoners inzetten op de verschillende taken (2019 en 2022).
- Daarbij valt op dat er m.n. bij SG/SOA en THZ grote verschillen tussen de GGD'en zijn. Bepaalde verschillen in capaciteit kunnen verklaard worden door regionale verschillen zoals de aanwezigheid van een grote stad

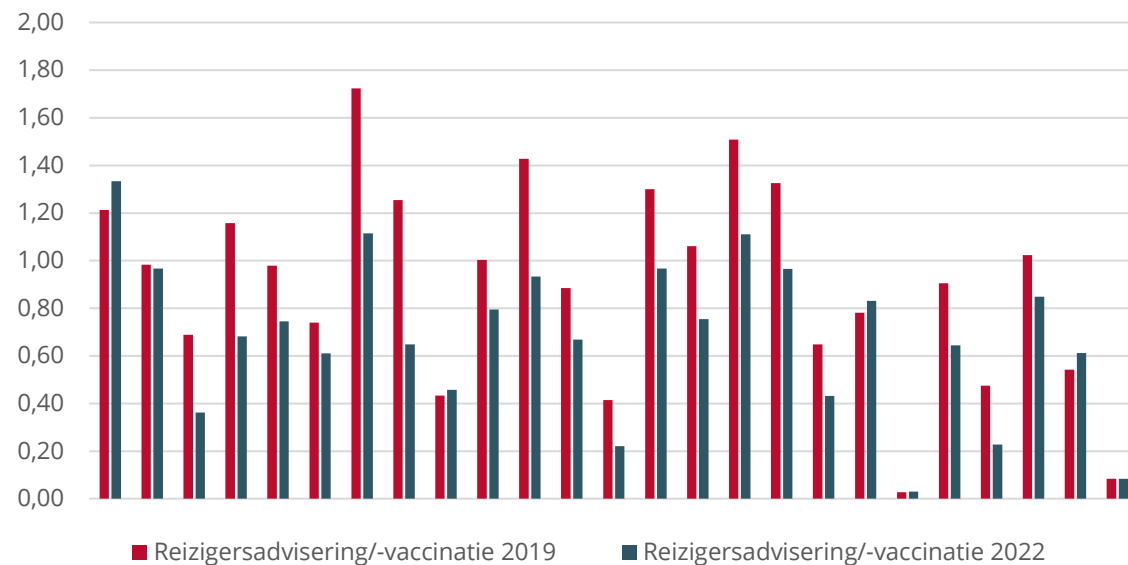
met meer onderlinge contacten en/of de aanwezigheid van (lucht)haven waardoor er meer THZ capaciteit nodig is.

- De capaciteit voor SG/SOA is relatief hoog t.o.v. andere taakvelden. Dit komt o.a. omdat SG/SOA-taken grotendeels individuele zorg betreft, wat arbeidsintensiever is dan de andere taakvelden.



BIJLAGE 4 – Variatie in bezetting + inhuur per taakveld per GGD (2019 & 2022): Reizigersadvisering/-vaccinatie

Aantal fte per 100k inwoners: Reizigersadvisering/-vaccinatie



- ▶ De grafiek laat zien hoeveel fte de verschillende GGD'en per 100.000 inwoners inzetten op de taak reizigersadvisering/-vaccinatie (2019 en 2022). Reizigersadvisering/-vaccinatie is een markttaak die niet door alle GGD'en wordt uitgevoerd; waardoor de capaciteit bij sommige GGD'en erg laag tot nul is.
- ▶ Opvallend is ook een afname van fte voor deze taak bij de meeste GGD'en in 2022. Medewerkers van reizigersadvisering/-vaccinatie werden bij veel GGD'en ingezet bij de uitbraak van de COVID-19 pandemie. Meerdere GGD'en geven aan dat een deel van deze medewerkers nog steeds in de corona programmaorganisatie werkt of is uitgestroomd, mede omdat de vraag naar reizigerszorg niet is teruggekeerd naar het niveau van voor corona.

BIJLAGE 5 – Vergelijking tussen formatie en bezetting, per 100.000 inwoners

- ▶ Deze tabel laat het **aantal fte bezetting inclusief inhuur en formatie per functie per 100.000 inwoners** zien. Vanwege de grote verschillen tussen GGD'en betekent het niet dat dit aantal fte per 100.000 inwoners in elke regio ook daadwerkelijk beschikbaar is. Dit laat het landelijk beeld per functie zien, en houdt geen rekening met regionale verschillen.
- ▶ Opvallend is een lichte toename van totale formatie per 100.000 inwoners in 2022 ten opzichte van 2019 (van 5,01 naar 5,21 fte). Ook de totale bezetting incl. inhuur per 100.000 inwoners neemt onder de ook streep licht toe (van 5,36 fte naar 5,47 fte).

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Vershil (bezetting + inhuur - formatie)	Formatie	Bezetting + inhuur	Vershil (bezetting + inhuur - formatie)
Administratief medewerker	0,12	0,12	0,00	0,09	0,10	0,01
AIOS	0,05	0,07	0,02	0,06	0,08	0,02
ANIOS	0,02	0,02	0,00	0,02	0,16	0,14
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), e.g. IZB of TBC	0,28	0,23	-0,06	0,30	0,28	-0,01
Arts Maatschappij + Gezondheid	0,52	0,52	-0,01	0,60	0,47	-0,14
Arts NNG	0,03	0,04	0,01	0,00	0,02	0,02
Beleidsadviseur	0,13	0,12	-0,01	0,10	0,11	0,01
Datamanagement	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00
Deskundige infectiepreventie (DIP)	0,14	0,14	0,00	0,21	0,24	0,03
Doktersassistent(e) of equivalent	0,90	1,06	0,16	0,93	1,01	0,08
Epidemioloog	0,01	0,03	0,01	0,02	0,03	0,01
Hbo-verpleegkundige	2,10	2,25	0,15	2,17	2,31	0,13
Inspecteur THZ	0,09	0,09	-0,01	0,10	0,10	0,00
Mbo-verpleegkundige	0,04	0,09	0,04	0,07	0,06	-0,01
Medewerker preventie	0,07	0,07	0,01	0,06	0,03	-0,04
Medewerker THZ	0,06	0,07	0,01	0,02	0,01	-0,01
Onderzoeker	0,06	0,12	0,07	0,05	0,13	0,08
Post-hbo verpleegkundige, e.g. M+G	0,27	0,20	-0,08	0,30	0,23	-0,07
Projectleider	0,02	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01
Projectmedewerker	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Verpleegkundig specialist / MANP	0,04	0,03	-0,01	0,03	0,03	0,00
Overig	0,06	0,08	0,02	0,09	0,07	-0,02
Eindtotaal	5,01	5,36	0,35	5,21	5,47	0,25

Berekening: Landelijk totaal aantal fte (25 GGD'en) per functie gedeeld door totaal aantal inwoners van de 25 GGD'en keer 100.000
 Negatieve waarden laten een tekort zien aan fte in bezetting/inhuur t.o.v. de formatie.
 Er is afgerond, waardoor soms het verschil net afwijkt van de verschillen tussen formatie vs. Bezetting + inhuur.

BIJLAGE 6 – Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en - Algemene IZB

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2019	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2022
Administratief medewerker	3,4	1,7	-1,6	3,4	3,4	0,0
AIOS	6,8	9,2	2,4	8,9	10,5	1,6
ANIOS	0,4	0,7	0,2	0,9	14,8	13,9
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), bijvoorbeeld IZB of TBC	24,4	15,5	-9,0	24,7	15,2	-9,4
Arts Maatschappij + Gezondheid	49,0	49,9	0,9	56,7	46,2	-10,4
Arts NNG	3,9	3,6	-0,2	0,0	2,9	2,9
Beleidsadviseur	7,0	9,9	3,0	8,8	5,5	-3,3
Datamanagement	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	-0,7
Deskundige infectiepreventie (DIP)	10,1	11,7	1,6	18,9	23,5	4,5
Doktersassistent(e) of equivalent	8,6	13,1	4,5	8,5	7,9	-0,6
Epidemioloog	2,5	4,0	1,5	3,4	4,5	1,1
Hbo-verpleegkundige	90,5	104,1	13,6	105,7	114,0	8,3
Inspecteur THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mbo-verpleegkundige	0,7	0,0	-0,7	3,1	1,6	-1,6
Medewerker preventie	0,9	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Medewerker THZ	1,1	1,1	0,0	1,3	0,3	-0,9
Onderzoeker	0,0	3,0	3,0	0,0	4,9	4,9
Post-hbo verpleegkundige, bijvoorbeeld maatschappij en gezondheid	26,7	16,6	-10,1	23,0	14,4	-8,6
Projectleider	1,0	0,7	-0,4	0,0	0,0	0,0
Projectmedewerker	0,0	0,7	0,7	0,0	0,8	0,8
Verpleegkundig specialist / MANP	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	-0,7
Overig	2,8	4,4	1,6	0,7	0,7	0,0
Eindtotaal Algemene IZB	239,7	250,9	11,2	269,2	271,0	1,8

BIJLAGE 6 – Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en - TBC

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2019	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2022
Administratief medewerker	0,7	0,9	0,2	0,7	0,7	0,0
AIOS	0,9	0,9	0,0	0,9	0,8	0,0
ANIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,7
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), bijvoorbeeld IZB of TBC	6,2	8,8	2,6	6,4	8,3	2,0
Arts Maatschappij + Gezondheid	14,1	14,3	0,3	15,0	13,2	-1,8
Arts NNG	0,4	1,8	1,3	0,0	0,4	0,4
Beleidsadviseur	0,2	0,1	-0,1	0,2	0,5	0,3
Datamanagement	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Deskundige infectiepreventie (DIP)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doktersassistent(e) of equivalent	77,7	86,4	8,7	74,8	80,1	5,3
Epidemioloog	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hbo-verpleegkundige	41,1	43,3	2,2	40,1	42,4	2,3
Inspecteur THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mbo-verpleegkundige	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	-1,0
Medewerker preventie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medewerker THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Onderzoeker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Post-hbo verpleegkundige, bijvoorbeeld maatschappij en gezondheid	3,7	7,7	4,1	8,3	6,7	-1,7
Projectleider	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Projectmedewerker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verpleegkundig specialist / MANP	1,0	0,9	-0,1	0,9	0,9	0,0
Overig	1,5	3,8	2,3	0,6	0,6	0,0
Eindtotaal TBC	147,4	168,9	21,6	148,8	155,3	6,6

BIJLAGE 6 – Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en - Seksuele gezondheid/SOA

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2019	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2022
Administratief medewerker	3,7	2,9	-0,8	3,8	3,7	0,0
AIOS	0,0	0,3	0,3	0,0	1,3	1,3
ANIOS	3,1	3,0	-0,2	1,8	10,8	9,1
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), bijvoorbeeld IZB of TBC	13,3	11,9	-1,4	18,1	20,1	2,0
Arts Maatschappij + Gezondheid	18,0	18,4	0,4	20,5	15,3	-5,2
Arts NNG	0,2	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0
Beleidsadviseur	9,8	7,4	-2,4	4,9	9,2	4,3
Datamanagement	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Deskundige infectiepreventie (DIP)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doktersassistent(e) of equivalent	39,7	47,2	7,5	48,8	61,8	12,9
Epidemioloog	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0
Hbo-verpleegkundige	138,6	137,2	-1,3	154,1	166,1	12,0
Inspecteur THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mbo-verpleegkundige	1,4	6,1	4,7	3,3	2,2	-1,1
Medewerker preventie	9,6	11,1	1,5	10,0	3,8	-6,2
Medewerker THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Onderzoeker	0,0	4,6	4,6	0,0	1,9	1,9
Post-hbo verpleegkundige, bijvoorbeeld maatschappij en gezondheid	8,0	7,4	-0,7	9,1	7,9	-1,2
Projectleider	1,9	1,9	0,0	1,7	2,6	0,8
Projectmedewerker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verpleegkundig specialist / MANP	5,3	3,9	-1,4	3,1	3,7	0,6
Overig	4,4	4,1	-0,3	8,6	7,2	-1,4
Eindtotaal Seksuele Gezondheid/SOA	257,0	267,6	10,6	287,8	317,5	29,7



BIJLAGE 6 – Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en - Technische Hygiënezorg

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2019	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2022
Administratief medewerker	2,2	2,2	0,0	2,2	2,2	0,0
AIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
ANIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), bijvoorbeeld IZB of TBC	0,9	0,0	-0,9	0,0	0,0	0,0
Arts Maatschappij + Gezondheid	1,8	0,1	-1,7	0,8	0,8	-0,1
Arts NNG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beleidsadviseur	3,6	1,7	-1,9	2,1	2,1	0,0
Datamanagement	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Deskundige infectiepreventie (DIP)	14,6	13,0	-1,6	16,4	18,7	2,3
Doktersassistent(e) of equivalent	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
Epidemioloog	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hbo-verpleegkundige	7,9	9,5	1,6	9,9	11,3	1,4
Inspecteur THZ	16,2	14,8	-1,4	17,1	17,4	0,4
Mbo-verpleegkundige	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medewerker preventie	0,8	0,7	-0,1	1,3	1,3	0,0
Medewerker THZ	9,5	10,7	1,2	1,9	1,7	-0,2
Onderzoeker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Post-hbo verpleegkundige, bijvoorbeeld maatschappij en gezondheid	1,6	0,3	-1,3	2,3	3,1	0,8
Projectleider	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Projectmedewerker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verpleegkundig specialist / MANP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig	0,9	0,8	-0,1	4,4	2,4	-2,0
Eindtotaal Technische Hygiënezorg	60,2	54,2	-6,0	58,2	60,9	2,7

BIJLAGE 6 – Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en - Reizigersadvisering/-vaccinatie

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2019	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2022
Administratief medewerker	11,1	13,2	2,0	5,8	8,2	2,4
AIOS	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	-0,2
ANIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), bijvoorbeeld IZB of TBC	4,3	3,4	-0,9	2,8	5,1	2,3
Arts Maatschappij + Gezondheid	5,6	5,5	-0,2	11,4	4,7	-6,8
Arts NNG	0,7	0,6	-0,1	0,0	0,8	0,8
Beleidsadviseur	0,1	0,1	0,0	0,1	0,2	0,1
Datamanagement	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Deskundige infectiepreventie (DIP)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Doktersassistent(e) of equivalent	28,7	34,8	6,2	29,8	26,0	-3,7
Epidemioloog	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hbo-verpleegkundige	80,7	88,1	7,4	67,0	62,8	-4,2
Inspecteur THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mbo-verpleegkundige	5,4	9,0	3,6	5,4	6,5	1,1
Medewerker preventie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medewerker THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Onderzoeker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Post-hbo verpleegkundige, bijvoorbeeld maatschappij en gezondheid	6,9	1,8	-5,0	9,7	7,6	-2,2
Projectleider	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Projectmedewerker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verpleegkundig specialist / MANP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig	0,0	0,7	0,7	0,9	0,9	0,0
Eindtotaal Reizigersvaccinatie	143,4	157,1	13,7	133,1	123,6	-9,6

BIJLAGE 6 – Aantal fte inzetbaar (bezetting + inhuur) en begroot (formatie) per functie per jaar voor alle GGD'en - Overig

Functie	2019			2022		
	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2019	Formatie	Bezetting + inhuur	Delta (bezetting en inhuur - formatie) 2022
Administratief medewerker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
AIOS	0,4	1,2	0,8	0,1	0,9	0,7
ANIOS	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Arts KNMG registratie (1e fase M+G), bijvoorbeeld IZB of TBC	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6
Arts Maatschappij + Gezondheid	1,9	1,1	-0,7	1,6	1,6	0,0
Arts NNG	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Beleidsadviseur	1,1	1,4	0,4	0,6	1,1	0,5
Datamanagement	0,0	1,0	1,0	0,0	1,4	1,4
Deskundige infectiepreventie (DIP)	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	-0,7
Doktersassistent(e) of equivalent	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,0
Epidemioloog	0,0	1,0	1,0	0,0	0,4	0,4
Hbo-verpleegkundige	3,5	5,8	2,3	3,9	7,4	3,5
Inspecteur THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mbo-verpleegkundige	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medewerker preventie	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medewerker THZ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Onderzoeker	9,6	13,4	3,8	8,6	15,3	6,7
Post-hbo verpleegkundige, bijvoorbeeld maatschappij en gezondheid	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Projectleider	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
Projectmedewerker	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Verpleegkundig specialist / MANP	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Overig	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Eindtotaal Overig	16,5	25,0	8,5	15,9	29,2	13,3

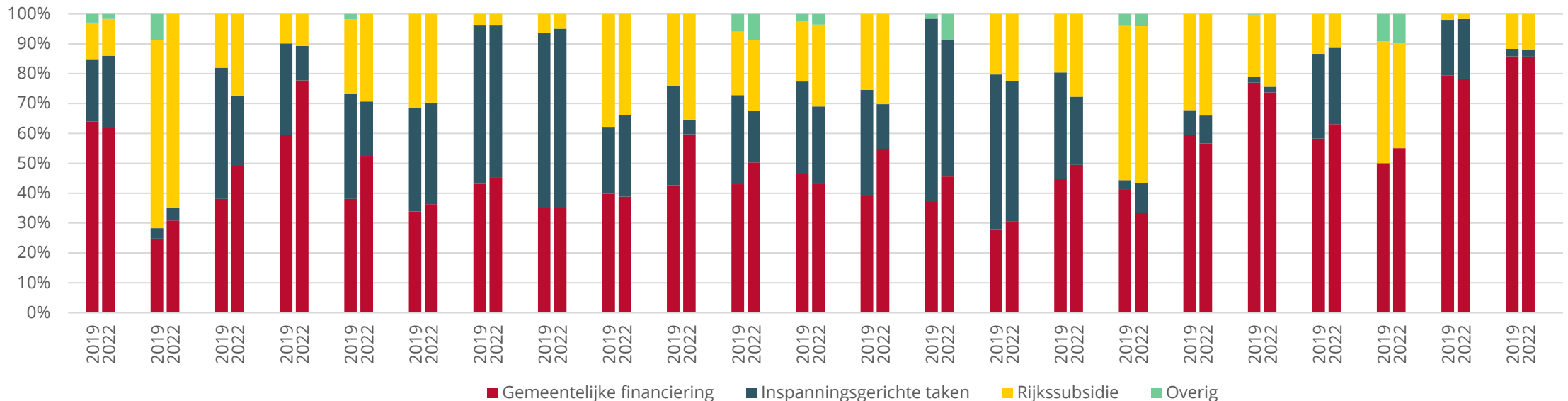


BIJLAGE 7 – Verhouding inkomsten vanuit gemeenten tot totale inkomsten van GGD voor IZB-taken

- ▶ Onderstaand grafiek laat zien welk percentage van de inkomsten die GGD'en hebben voor het uitvoeren van IZB-taken afkomstig zijn vanuit de verschillende financieringsbronnen.
- ▶ In 2019 bestond gemiddeld 48% van de inkomsten van GGD'en uit gelden

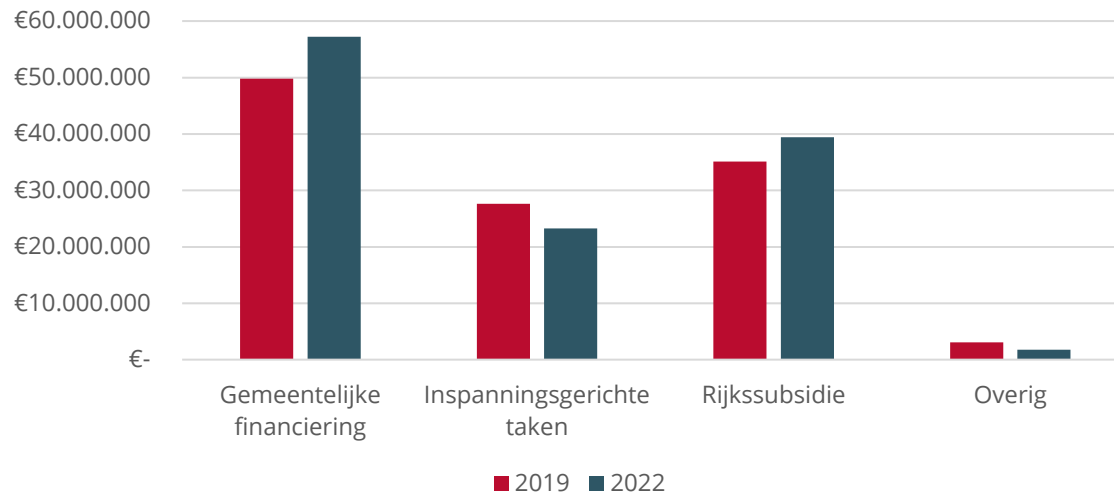
vanuit de gemeente. In 2022 is dit percentage licht gestegen naar 52%. Het gaat hierbij om de gemeentelijke bijdrage en de gemeentelijke contracttaak.

Aandeel financieringsbronnen van totale inkomsten IZB-taken per GGD



BIJLAGE 8 - Verdeling budget per financieringsbron, in totaal per jaar, inclusief extrapolatie voor de 2 missende GGD'en

Verdeling budget per financieringsbron, in totaal per jaar, inclusief extrapolatie voor de 2 missende GGD'en



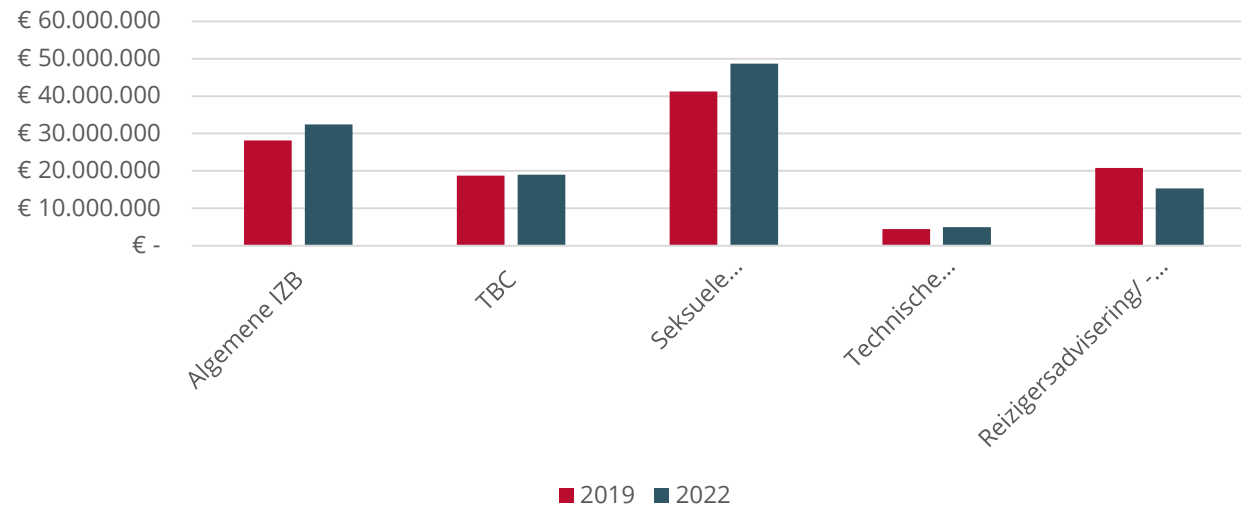
Wijze van extrapolatie:

- Voor 1 GGD was het totaalbudget kloppend, alleen de onderverdeling naar financieringsbron niet. Voor deze GGD is de gemiddelde verhouding tussen de financieringsbronnen van de overige 23 GGD'en aangehouden
- Voor 1 GGD waren geen enkele gegevens over budget bruikbaar. Voor de berekening van deze GGD is uitgegaan van de gemiddelde kosten per inwoner per financieringsbron voor de overige 23 GGD'en. Dit is afgezet tegen het aantal inwoners van de betreffende GGD.

Jaar	Gemeentelijke financiering	Inspanningsgerichte taken	Rijkssubsidie	Overig
2019	€ 49,8 mln.	€ 27,7 mln.	€ 35,1 mln.	€ 3,1 mln.
2022	€ 57,2 mln.	€ 23,2 mln.	€ 39,4 mln.	€ 6,8 mln.

BIJLAGE 8 - Verdeling budget per taakveld, in totaal per jaar, inclusief extrapolatie voor de 2 missende GGD'en

Verdeling budget per taakveld, in totaal per jaar, inclusief extrapolatie voor de 2 missende GGD'en



Wijze van extrapolatie:

- Voor 1 GGD was het totaalbudget kloppend, alleen de onderverdeling naar taakvelden niet. Voor deze GGD is de gemiddelde verhouding tussen de taakvelden van de overige 23 GGD'en aangehouden
- Voor 1 GGD waren geen enkele gegevens over budget bruikbaar. Voor de berekening van deze GGD is uitgegaan van de gemiddelde kosten per inwoner per taakveld voor de overige 23 GGD'en. Dit is afgezet tegen het aantal inwoners van de betreffende GGD.

Jaar	Algemene IZB	TBC	Seksuele gezondheid/SOA	Technische Hygienezorg	Reizigersadvisering/ -vaccinatie
2019	€ 28,2 mln.	€ 18,8 mln.	€ 41,3 mln.	€ 4,5 mln.	€ 20,8 mln.
2022	€ 32,4 mln.	€ 19,0 mln.	€ 48,7 mln.	€ 5,0 mln.	€ 15,3 mln.

BIJLAGE 9 – Afkortingenlijst

ABR	Antibioticaresistentie	MANP	Master Advanced Nursing Practice
AIOS	Arts in opleiding tot specialist	M+G	Maatschappij en Gezondheid
ANIOS	Arts niet in opleiding tot specialist	NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
ANW-uren	Avond, nacht en weekenduren	P&O	Personeel en Organisatie
Arts NNG	Arts, niet nader gespecificeerd	POI	Provinciaal Overleg Infectieziektebestrijding
ASG	Aanvullende Seksuele Gezondheidszorg	RAC	Regionale Arts Consulenten
AZC	Asielzoekerscentrum	REC	Regionale Epidemiologie Consulenten
BCO	Bron- en contactonderzoek	RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
DIP	Deskundige Infectiepreventie	RTC	Regionale Tuberculose Consulenten
Fte	Fulltime-equivalent	SES	Sociaal Economische Status
GRIP	Gecoördineerde Regionale Incidentenbestrijdingsprocedure	SG	Seksuele Gezondheid
GROP	GGD Rampen Opvang Plan	SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoeningen
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd	TBC	Tuberculose
IHR	International Health Regulations	THZ	Technische Hygiënezorg
IZB	Infectieziektebestrijding	VISI	Versterking Infrastructuur Infectieziektebestrijding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg	VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst	Wet BIG	Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
LCI	Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding	WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
LFI	Landelijke Functionaliteit Infectieziektebestrijding	WHO	Wereldgezondheidsorganisatie
LOI	Landelijk Overleg Infectieziektebestrijding	Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
LOVI	Landelijk Overleg Verpleegkundigen Infectieziektebestrijding	Wpg	Wet publieke gezondheid



Meer weten?

☎ (030) 2363030

🌐 Andersson Elffers Felix

🌐 www.aef.nl

✉ Mail@aef.nl

10-1-2023