

Handreiking inbedding GHOR en GGD in de Veiligheidsregio

De gevolgen van de tweede tranche Wet Publieke Gezondheid

1. Aanleiding

In het najaar van 2009 hebben het Veiligheidsberaad en GHOR Nederland de visie *De GHOR-keten versterkt* vastgesteld. Hierin is landelijk eenduidig beschreven waarvoor de GHOR en haar ketenpartners op dat moment conform de geldende regelgeving verantwoordelijk waren. Inmiddels, anderhalf jaar later, is het veld volop in beweging. De Wet Veiligheidsregio's (WVR) is in werking getreden en de daaruit volgende verantwoordelijkheden zijn nader beschreven in de, door de ALV van GHOR Nederland vastgestelde, notitie *De nieuwe GHOR*, met een herijkte rolopvatting van de GHOR. In landelijke modelconvenanten worden de consequenties hiervan nader uitgewerkt met de diverse ketenpartners. Zo heeft GHOR Nederland met GGD Nederland in het modelconvenant *Publieke Gezondheid bij rampen en crises* nader uitgewerkt hoe op grond van de nieuwe wetgeving de verantwoordelijkheden van de GHOR en de GGD zich tot elkaar verhouden voor wat betreft de vier GGD-processen: infectieziektebestrijding, psychosociale hulpverlening, medische milieukunde (inclusief gezondheidskundige advisering gevaarlijke stoffen bij rampen) en gezondheidsonderzoek na rampen.

De volgende belangrijke ontwikkeling is de zogenoemde 'tweede tranche' van de Wet Publieke Gezondheid (WPG, zie ook de factsheet van VWS in bijlage 1). Deze leidt tot een versteviging van de relatie tussen de GHOR en de GGD, door middel van de functie 'Directeur Publieke Gezondheid' (DPG). Bovendien worden door deze wetswijziging de bestuurlijke verantwoordelijkheden voor de grootschalige infectieziektebestrijding anders belegd. De tweede tranche WPG zal daarmee (gedeeltelijk) een nieuwe situatie creëren voor de samenwerking tussen GHOR en GGD, in relatie tot de veiligheidsregio. Eind 2010 heeft GHOR Nederland daarom van de bestuurscommissie GHOR van het Veiligheidsberaad het verzoek gekregen met een handreiking te komen over de gevolgen van de tweede tranche WPG voor de inbedding van GHOR en GGD in de Veiligheidsregio, en bestuurlijke aandachtspunten daarbij.

2. Doel van deze notitie

Het voorliggende stuk moet bijdragen aan de regionale gedachtenvorming over de bestuurlijke en organisatorische inbedding van de GHOR, in het implementatieproces van de tweede tranche WPG. De wetgever heeft nadrukkelijk ruimte gelaten aan de regio's bij het inrichten van de organisatie. De Minister van VWS heeft dit eerder als volgt verwoord: "het werk van de GGD en de GHOR heeft een groot aantal raakvlakken. Daaruit kan echter niet automatisch de conclusie worden getrokken dat beide organisaties beter in elkaar kunnen worden geschoven. In een aantal regio's heeft het bestuur van de veiligheidsregio er bewust voor gekozen om de GHOR onderdeel te laten zijn van het bureau van de veiligheidsregio, bij andere heeft het bestuur juist ervoor gekozen om de GHOR onderdeel te laten zijn van de GGD. In het voorstel [*wetsvoorstel tweede tranche WPG*] is er om die reden voor

gekozen om de beslissing over het samenvoegen van de organisaties aan de besturen van de GGD en de veiligheidsregio te laten.”¹

3. Vraagstelling en opbouw

Op twee hoofdvragen dient een antwoord te worden gegeven:

1. Wat zijn de veranderingen in verantwoordelijkheden van de GHOR in relatie tot de Veiligheidsregio en de GGD, in het licht van de Wet Veiligheidsregio's en de tweede tranche Wet Publieke Gezondheid?
2. Welke aandachtspunten zijn relevant voor bestuurders om gegeven deze nieuwe context, hun bestuurlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de GHOR optimaal in te kunnen vullen ?

In hoofdstuk 4 wordt de eerste hoofdvraag beantwoord. In hoofdstuk 5 worden vervolgens de algemene uitgangspunten van de positionering van de GHOR uiteengezet, zoals eerder vastgelegd in de visie *De GHOR-keten versterkt*. Hierna worden in hoofdstuk 6, 7 en 8 de varianten voor de besturing en organisatorische inbedding van de GHOR (in relatie tot veiligheidsregio en GGD) geschetst. Op basis van deze varianten worden in hoofdstuk 9 drie mogelijke scenario's geschetst voor de regionale bestuurs- en organisatiemodellen. In hoofdstuk 10 en 11 worden, tot slot, de conclusies samengevat en aanbevelingen gedaan over de implementatie van de tweede tranche.

Deze notitie bouwt nadrukkelijk voort op de *Inventarisatie inbedding GHOR in de veiligheidsregio's*, uitgevoerd door het bureau Veiligheidsberaad. Tevens zijn de resultaten meegenomen van de bestuursconferentie van het Veiligheidsberaad op 9 mei jl., waar een workshop is gewijd aan de inbedding van de GHOR in relatie tot de GGD. De aanbevelingen van de aldaar aanwezige burgemeesters zijn expliciet in de relevante hoofdstukken vermeld.

4. Veranderingen in verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden

4.1 De GHOR

De organisatie van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is een wettelijke taak van de colleges van B&W (WVR, art.2c), die wordt uitgevoerd door de veiligheidsregio (WVR, art.10f). De GHOR, als onderdeel van de veiligheidsregio, is de 'geneeskundige hulpverleningsorganisatie in de regio', belast met:

- de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening
- de advisering van andere overheden en organisaties op dat gebied.

De GHOR heeft dus als taak het coördineren van de gezondheidszorg bij rampen en crises, alsmede van de voorbereiding daarop, met als doel dat slachtoffers onder alle omstandigheden verantwoorde zorg kan worden geboden door een samenhangende zorgketen, in nauwe samenwerking met andere hulpdiensten. De GHOR adviseert de zorgsector over de wijze van voorbereiding. Voorts is een taak

¹ Eerste Kamer 2010-2011, 32 195, D, memorie van antwoord, 23 maart 2011.

van de GHOR om in interdisciplinair verband overheden (met name gemeenten) te adviseren over risicobeheersing, d.w.z. het voorkomen en beperken van rampen en crises.

Ten tijde van rampen en crises draagt de GHOR zorg voor de leiding & coördinatie van de geneeskundige keten (WVR, art.32, 2), alsmede voor het informatiemanagement binnen de geneeskundige keten (BVR, hst.2). De GHOR beschikt daartoe over een aantal operationele sleutelfunctionarissen, die zijn beschreven in het Besluit Personeel Veiligheidsregio's. In de 'koude' fase omvat de regiefunctie het bewaken (namens het openbaar bestuur) van de mate van voorbereiding van de zorginstellingen, het eventueel doen van verbetervoorstellen (adviesrol) en de planvorming (WVR, memorie van toelichting, p.79). Dit is complementair aan de formele toezichtsrol van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie Openbare Orde en Veiligheid. Onderdeel van de regiefunctie is tevens het maken van afspraken met de gezondheidszorg over het 'operationeel presterend vermogen' van de zorgsector. De GHOR zal aan het bestuur van de veiligheidsregio adviseren over de aansluiting tussen het regionaal risicoprofiel (WVR, art.15) en "de mate de mate waarin personeel en materieel worden ingezet" (BVR, art.5.1, b), alsmede over de mogelijkheden voor risicoreductie (WVR, art.10, b). De GHOR levert voorts een bijdrage aan het beleidsplan van de veiligheidsregio (WVR, art.14) en het risicoprofiel waarop dit wordt gebaseerd. Tevens draagt de GHOR bij aan de operationele planvorming van de veiligheidsregio, te weten het crisisplan (WVR, art.16) en rampbestrijdingsplannen (WVR, art.17).

De burgemeester heeft het opperbevel in geval van een ramp of van ernstige vrees voor het ontstaan daarvan. Degenen die aan de bestrijding van een ramp deelnemen, staan onder zijn bevel (WVR, art.5). De burgemeester kan uit hoofde van zijn opperbevel aan alle instellingen en zorgverleners aanwijzingen geven. Indien nodig kan de burgemeester hierbij gebruik maken van noodbevoegdheden in het kader van de Wet Veiligheidsregio's en de Gemeentewet (hoofdstuk IX), zoals het geven van noodbevelen, het vaststellen van noodverordeningen, het toezicht op evenementen en bestuurlijke ophouding. Een belangrijke verandering is dat sinds de invoering van de WVR in geval van een ramp of crisis van meer dan plaatselijke betekenis niet de individuele burgemeester, maar de voorzitter van de veiligheidsregio (tevens korpsbeheerder van politie) *bij uitsluiting* bevoegd is in de betrokken gemeenten de noodbevoegdheden van de burgemeesters toe te passen (WVR, art.39). Een andere belangrijke verandering is dat de voorzitter van de veiligheidsregio op grond van de Wet Publieke Gezondheid tevens zorg draagt voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot de zogenaamde groep A², of een directe dreiging daarvan, en dan bij uitsluiting bevoegd is om de noodbevoegdheden toe te passen. Voorheen lag deze bevoegdheid bij de individuele burgemeesters, maar met de inwerkingtreding van de WVR op 1 oktober 2010 is de WPG op dit punt aangepast. Nieuw met de invoering van de tweede tranche WPG is dat niet alleen de leiding over de bestrijding van A-infectieziekten berust bij de voorzitter van de veiligheidsregio, maar dat de veiligheidsregio ook verantwoordelijk wordt voor de *voorbereiding* op de bestrijding van A-infectieziekten.

² Nieuwe Influenza A (H1N1), pokken, polio en SARS. De Minister van VWS kan te allen tijde (nieuwe) infectieziekten toevoegen aan de A-lijst.

Dit laat onverlet dat de feitelijke uitvoering van bijvoorbeeld de diagnostiek, bron- en contactopsporing en indammingsmaatregelen wordt gedaan door de GGD. De GHOR is in dat geval verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie en voor de interdisciplinaire afstemming van de geneeskundige hulpverlening op de activiteiten van de andere hulpdiensten en overheden.

Ten tijde van rampen en crises heeft de directeur Publieke Gezondheid de operationele leiding over de geneeskundige hulpverlening (WVR, art.32, 2). In voorkomende gevallen zal de directeur Publieke Gezondheid namens de burgemeester (of voorzitter van de veiligheidsregio) aanwijzingen geven aan de geneeskundige keten. Indien nodig kan de directeur Publieke Gezondheid de burgemeester (of voorzitter van de veiligheidsregio) verzoeken formeel gebruik te maken van zijn noodbevoegdheden.

Ook nieuw zijn de bepalingen over het tekortschieten van de voorbereiding van de witte kolom. Indien de uitvoering van de geneeskundige hulpverlening of de voorbereiding daarop naar het oordeel van het bestuur van de veiligheidsregio tekort schiet, treedt het bestuur in overleg met de desbetreffende ketenpartner (WVR, art.34, 1). De voorzitter van de veiligheidsregio kan, indien hij geen verbetering constateert, de desbetreffende instelling of zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven (WVR, art.34, 2). Blijft de instelling of zorgaanbieder in gebreke, dan verzoekt de voorzitter de Minister van VWS tegen de desbetreffende instelling of zorgaanbieder de nodige maatregelen te treffen (WVR, art.34, 3).

4.2 De GGD

Met de invoering van de Wet Veiligheidsregio's zijn de organisaties binnen de witte kolom, waaronder de GGD, wettelijk verplicht de nodige maatregelen te treffen met het oog op hun taak bij rampen en de voorbereiding daarop. Op grond van de WVR zijn de ketenpartners bovendien verplicht om hierover schriftelijke afspraken te maken met het bestuur van de veiligheidsregio. Door GHOR Nederland en GGD Nederland is hiervoor een modelconvenant ontwikkeld. Het eigen wettelijk kader voor de GGD is de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Op grond van de WPG is de GGD verantwoordelijk voor het bevorderen en de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Ten aanzien van de geneeskundige hulpverlening schrijft de WPG voor dat de GGD verantwoordelijk is voor:

- de algemene infectieziektebestrijding en de toepassing van de maatregelen die daarvoor nodig zijn
- het adviseren van de bevolking over medisch milieukundige risico's, inclusief gezondheidkundig advies over gevaarlijke stoffen bij rampen
- het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen
- gezondheidsonderzoek na rampen.

Voor al deze uitvoerende processen van de GGD geldt dat deze tijdens een (dreigende) ramp of crisis worden uitgevoerd onder het opperbevel van de burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio

en onder operationele leiding van de Directeur Publieke Gezondheid. De GHOR is daarbij verantwoordelijk voor de interdisciplinaire coördinatie met de andere hulpdiensten en de afstemming met de acute zorgketen, terwijl de GGD verantwoordelijk is voor de uitvoering van haar eigen processen, waaronder bijvoorbeeld het maken van werkafspraken met de uitvoerende partijen binnen de psychosociale hulpverlening (o.a. slachtofferhulp, maatschappelijk werk, GGZ).

Voorts kan de GGD ook afspraken maken met de GHOR over een bijdrage aan de taakinvulling van de GHOR, zoals het beschikbaar stellen van medewerkers voor coördinerende GHOR-functies en het leveren van een bijdrage aan het Regionaal Risicoprofiel.

4.3 De Directeur Publieke Gezondheid

De belangrijkste wijziging voor zowel GHOR als GGD door de tweede tranche WPG is de invoering van de Directeur Publieke Gezondheid (DPG). De DPG is lid van de directie van de veiligheidsregio en geeft leiding aan twee organisaties (GHOR en GGD) onder twee verschillende wettelijke regimes, met momenteel in de meerderheid van de regio's aparte besturen. Doel van deze nieuwe functie is het realiseren van integrale sturing op de reguliere en opgeschaalde publieke gezondheid. Belangrijk is ook dat zo een eenduidig bestuurlijk aanspreekpunt en operationele adviseur ten tijde van rampen en (gezondheids)crises wordt gecreëerd. De huidige functionarissen directeur GGD en directeur GHOR hebben namelijk beide hun respectievelijke wettelijke basis om aan het bevoegd gezag (burgemeester of voorzitter veiligheidsregio) te adviseren. Door de koppeling van functies is het bevoegd gezag verzekerd van integrale advisering namens de witte kolom, hetgeen in het bijzonder van belang is bij grootschalige infectieziekte-uitbraken, waarbij de besturen van veiligheidsregio en GGD een gedeelde verantwoordelijkheid hebben. Bovendien draagt de koppeling van functies bij aan het gezag binnen de witte kolom, doordat de directeur niet alleen verantwoordelijk is voor ketenregie (GHOR), maar ook zelf een belangrijke uitvoerende organisatie met eigen slagkracht tot zijn beschikking heeft (GGD).

De directeur PG heeft in zijn taakuitvoering, in opdracht van de gemeenten, 3 hoofdoriëntaties:

1. het ontwikkelen en borgen van de publieke gezondheid via het netwerk van publieke gezondheidszorg met een groot aantal actoren van diverse achtergronden, respectievelijk het verbeteren en mede ontwikkelen van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en de fysieke en sociale veiligheid met partners als de acute zorgketen (ROAZ) en brandweer, politie en gemeenten
2. het daadwerkelijk optreden bij rampen en crises als adviseur van het bevoegd gezag en eindverantwoordelijk diensthoofd voor GGD en GHOR, alsmede het coördineren van de voorbereiding op rampen door de instellingen binnen de geneeskundige hulpverlening in afstemming op de hulpverleningsdiensten en gemeenten
3. management van een grote (zorg)organisatie die voor de gemeenten zorg draagt voor advisering over en uitvoering van gemeentelijke en niet-gemeentelijke taken op het gebied van Publieke Gezondheid.³

³ Uit: Competentieprofiel Directeur Publieke Gezondheid, concept 4.2, mei 2011.

Beide besturen dienen hun eigen wettelijke verantwoordelijkheden waar te kunnen maken en de DPG daarop - *de jure* - rechtstreeks te kunnen aanspreken (in bijlage 2 is een overzicht opgenomen van de betreffende wettelijke taken). Daarom wordt de DPG benoemd “door het bestuur van de GGD, in overeenstemming met het bestuur van de Veiligheidsregio”. Om te kunnen beschikken over de formele mandaten van de betrokken gemeenschappelijke regelingen, dient de DPG van beide openbare lichamen (indien gescheiden) een formele aanstelling te krijgen.

5. Uitgangspunt: inbedding van de GHOR in drie domeinen

In de visie *De GHOR-keten versterkt* is als uitgangspunt vastgelegd dat de GHOR zich bevindt op het kruispunt van drie domeinen (zie figuur):⁴

- *Het openbaar bestuur.* De GHOR is een publieke taak, die wordt uitgevoerd onder verantwoordelijkheid van de colleges van B&W en het opperbevel van de burgemeester (lokale rampen en crises) of de voorzitter van de veiligheidsregio (bovenlokale rampen en crises). De GHOR is wettelijk verplicht, samen met de (regionale) brandweer en de gemeenschappelijke meldkamer (van brandweer, ambulancezorg en politie), onderdeel van het openbaar lichaam ‘veiligheidsregio’, dat wordt ingesteld middels een gemeenschappelijke regeling tussen de gemeenten.
- *De veiligheid.* De GHOR is integraal onderdeel van de veiligheidszorg in Nederland. Voor een goede hulpverlening moet de GHOR zorg dragen voor een goede samenwerking tussen de zorgketen en de interdisciplinaire veiligheidspartners: primair de brandweer, politie, gemeenten en secundair diverse andere publieke en ook private partners.
- *De gezondheidszorg.* De geneeskundige hulpverlening wordt ook bij rampen en crises uitgevoerd door de reguliere zorgaanbieders en zorginstellingen: ambulancezorg, ziekenhuizen, huisartsen, geestelijke gezondheidszorg, GGD et cetera.

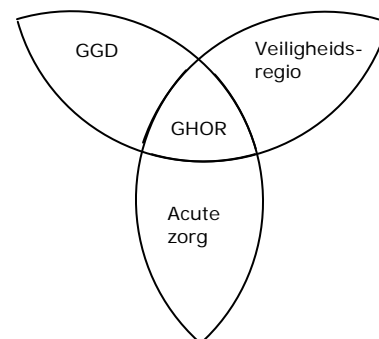


⁴ Dit uitgangspunt is nog steeds de basis en om die reden is de betreffende passage overgenomen in voorliggende notitie.

Elk van deze domeinen kent raakvlakken met de beide andere domeinen:

- *Publieke Veiligheid*. Het openbaar bestuur omvat veel meer beleidsterreinen dan alleen de veiligheid. Andersom is veiligheid een breder domein dan alleen de publieke veiligheidstaken. Immers, de burger en het bedrijfsleven dragen veel eigen verantwoordelijkheid voor veiligheid. Het raakvlak van beide domeinen wordt omschreven als publieke veiligheid: dat deel van de veiligheid dat onder regie van het openbaar bestuur staat.
- *Publieke Gezondheid*. De gezondheidszorg wordt door de rijksoverheid gereguleerd, maar gefinancierd uit zorgpremies en uitgevoerd door de 'markt'. Ook binnen de gezondheidszorg staat echter een deel onder directe publieke sturing: de publieke gezondheid, die primair wordt uitgevoerd door de GGD'en.
- *Veilige Zorg*. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren, zal elke zorginstelling veiligheidsmaatregelen moeten treffen. Het betreft enerzijds de veiligheid van de reguliere zorg, die wordt gereguleerd middels de Wet toelating zorginstellingen (WTZi), de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet Beroepen in de Gezondheidszorg en arbo-regelgeving. Anderzijds omvat dit de voorbereiding op grootschalig optreden (opgeschaalde zorg) en zorgcontinuïteit, onder coördinatie van het openbaar bestuur.

Op het kruispunt van de drie beleidsdomeinen bevindt zich de GHOR. Het is de uitdaging voor alle partners om op het gezamenlijke raakvlak de 'inhoud' leidend te laten zijn: de hulpverlening aan slachtoffers van rampen en crises. Pragmatische samenwerking vanuit het principe van evenwicht tussen de drie beleidsdomeinen veiligheid, gezondheidszorg en openbaar bestuur staat voorop.



De tweede tranche WPG houdt in:

- De GGD'en dienen congruent te zijn aan (de buitengrenzen van) de veiligheidsregio's. De opschaling van de politie naar tien regio's doet daar niets aan af.
- Vanwege het belang van de samenwerking tussen GHOR en GGD komt de directeur PG aan het hoofd van beide organisaties te staan. Hiermee komt het publieke deel van de witte kolom onder eenduidige aansturing.⁵ Tegelijkertijd blijft de GHOR in bestuurlijke zin onderdeel van de veiligheidsregio.
- De keuze voor de bestuurlijke aansturing en organisatorische inbedding van GHOR en GGD wordt door het Rijk nadrukkelijk aan het (verlengd) lokale bestuur overgelaten.

⁵ In circa de helft van de regio's vormt ook de Regionale Ambulancevoorziening onderdeel van dit publieke deel van de witte kolom. De Wet Ambulancezorg laat echter de mogelijkheid voor private exploitatie van de ambulancezorg nadrukkelijk open.

Ook de wetgever ziet dus het belang in van een evenwichtige positie van de GHOR op het kruispunt van de drie domeinen, waarbij recht wordt gedaan aan de relaties met veiligheidsregio, GGD en gezondheidszorg.

Sociale veiligheid

In de visie *De GHOR-keten versterkt* is verder aangegeven dat ook *sociale* veiligheid een werkveld is waarbinnen de veiligheidsregio, GGD en politie in toenemende mate met elkaar samenwerken, zoals in de zogenaamde veiligheidshuizen, een samenwerkingsverband tussen onder andere gemeente, politie, justitie, zorg en welzijn. De GGD neemt diverse sociale veiligheidstaken voor haar rekening, zoals bij huiselijk geweld, forensische geneeskunde, jeugdgezondheidszorg en de terugkeer van ex-gedetineerden in de samenleving. In de visie *Samenwerking in een ander perspectief* houdt het Veiligheidsberaad nadrukkelijk rekening met de mogelijkheid dat de reikwijdte van de samenwerking tussen veiligheidsregio en politie zich in de toekomst kan verbreden naar sociale veiligheid, hetgeen consequenties kan hebben voor de positie van de GGD. Vanuit de nieuwe functie Directeur Publieke Gezondheid kan in de regio's verder worden gewerkt aan de uitbouw van de samenhang tussen fysieke en sociale veiligheid, voor zover het de specifieke rol van de GGD betreft.

6. Varianten voor de besturing

De veiligheidsregio is een bijzondere vorm van verlengd lokaal bestuur, omdat er bij wet sprake is van een verplichting tot een gemeenschappelijke regeling, met een verplichte regio-indeling en een verplichte bestuursamenstelling. Volgens de WVR moet het Algemeen Bestuur van de veiligheidsregio namelijk bestaan uit de burgemeesters van de deelnemende gemeenten. De GGD was tot op heden een vrijwillige vorm van verlengd lokaal bestuur: publieke gezondheid is een gemeentelijke taak en gemeenten kunnen zelf beslissen of deze taak gezamenlijk wordt uitgevoerd en op welke schaal. Met de tweede tranche WPG worden de gemeenten verplicht tot het instellen van een gemeenschappelijke regeling voor de GGD en daarbij wordt in beginsel dezelfde schaalgrootte verplicht als de veiligheidsregio.⁶

Uit de uitgevoerde inventarisatie is gebleken dat er in de praktijk op hoofdlijnen twee besturingsmodellen zijn:

1. *één integrale gemeenschappelijke regeling* voor veiligheidsregio en GGD. Dit is momenteel in vijf regio's het geval;
2. *aparte gemeenschappelijke regelingen* voor de veiligheidsregio en de GGD. Dit is momenteel in zestien regio's het geval.⁷

⁶ De GGD moet minimaal op het niveau van de veiligheidsregio worden georganiseerd. Eén GGD mag wel meerdere veiligheidsregio's omvatten, maar moet dan wel aan de buitengrenzen congruent zijn, d.w.z. geen halve veiligheidsregio's omvatten.

⁷ In de overige vier regio's zijn elke twee GGD'en werkzaam met een eigen gemeenschappelijke regeling (Gelderland-Zuid en Midden- en West-Brabant), dan wel als onderdeel van een grote gemeente (Utrecht en Haaglanden). Omdat deze territoriale incongruentie na invoering van de tweede tranche WPG moet worden opgeheven, is dit echter niet blijvend als een apart bestuursmodel aan te merken. Als subvariant op deze bestuursmodellen worden in vier regio's door dezelfde gemeenschappelijke regeling ook nog andere taken uitgevoerd (zoals bijvoorbeeld de omgevingsdienst), maar in relatie tot de

Bij een integrale gemeenschappelijke regeling voor veiligheidsregio en GGD mag het Algemeen Bestuur op grond van de WVR uitsluitend bestaan uit burgemeesters. Wethouders (of raadsleden) kunnen wel zitting nemen in het Dagelijks Bestuur, maar niet in het Algemeen Bestuur van de veiligheidsregio, zoals op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen voor het GGD-bestuur wel mogelijk is. Om desondanks bij een integrale gemeenschappelijke regeling de volksgezondheid een duidelijke bestuurlijke positie te geven, kan een aparte bestuurscommissie voor de GGD worden ingesteld waarin de wethouders (volksgezondheid) wel zitting kunnen nemen. Op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen kan de begrotingsbevoegdheid echter niet worden gemandateerd aan bestuurscommissies. Dit betekent dat de burgemeesters in het Algemeen Bestuur in formele zin altijd besluiten over de begroting, in het geval van een integrale gemeenschappelijke regeling dus ook over de begroting van de GGD. Bovendien geschiedt de benoeming van de Directeur Publieke Gezondheid in een dergelijk geval in formele zin uitsluitend door de burgemeesters, omdat zij het Algemeen Bestuur van de veiligheidsregio én de GGD vormen. Belangrijk is dus dat in dit model de burgemeesters aan de portefeuillehouders volksgezondheid de ruimte te geven hun verantwoordelijkheid voor de GGD te nemen. Alleen in het geval van een bestuursconflict over de begroting of de aanstelling van de DPG kan het model van een integrale gemeenschappelijke regeling een afbreukrisico in zich bergen, omdat de bestuurscommissies dan in formele zin buiten spel staan.

In het geval van aparte gemeenschappelijke regelingen voor veiligheidsregio en GGD zijn de formele verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de beide wettelijke stelsels strikter van elkaar gescheiden. Om een goede afstemming tussen beide besturen te waarborgen is een optie om vast te leggen dat een lid van het GGD-bestuur (burgemeester of wethouder) *qualitate qua* lid dient te zijn van het Dagelijks Bestuur van de veiligheidsregio. Een andere optie is om door beide Algemene Besturen een gezamenlijke bestuurscommissie te laten instellen die specifiek adviseert over de aansluiting tussen de GHOR en de GGD. Deze beide constructies zijn niet strikt noodzakelijk, omdat de DPG expliciet verantwoordelijk is voor een goede afstemming tussen GHOR en GGD en daarover aan beide besturen verantwoording aflegt. De begrotingsbevoegdheid is in deze variant separaat bij beide besturen belegd en kan dus niet tot conflicten leiden. Wel is ook in het geval van gescheiden gemeenschappelijke regelingen van groot belang dat de burgemeesters en wethouders overeenstemming bereiken over de aanstelling van de DPG.

Tijdens de bestuursconferentie van het Veiligheidsberaad op 9 mei jl. is gesproken over de optie om de Wet Veiligheidsregio's aan te passen zodat ook wethouders in het Algemeen Bestuur van de veiligheidsregio zitting kunnen nemen, ofwel om de Wet gemeenschappelijke regelingen aan te passen zodat de begrotingsbevoegdheid gedeeltelijk kan worden gemandateerd naar een bestuurscommissie.

inbedding van de GHOR is dat geen relevant afwijkend bestuursmodel. Afhankelijk van de regionale situatie en historie kan altijd voor een dergelijke meervoudige gemeenschappelijke regeling worden gekozen, zonder directe consequenties voor de relatie van de GHOR met de veiligheidsregio en de GGD. Tot slot zijn er ook nog regio's waar ook de Regionale Ambulancevoorziening (RAV) is ingebed bij de GGD. Aangezien de Wet ambulancezorg ruimte laat voor uitvoering door publieke of private partijen, wordt de ambulancezorg niet verder meegenomen in de bestuursmodellen voor de GHOR.

sie voor de GGD. Benadrukt is dat de wethouders de ruimte moeten houden om binnen het college van B&W de volksgezondheid als politieke portefeuille vorm te geven, maar dat hiervoor wetswijzigingen niet noodzakelijk zijn.

7. Verantwoordelijkheid Directeur Publieke Gezondheid

Na invoering van de tweede tranche WPG heeft elke regio een directeur Publieke Gezondheid, die leiding geeft aan zowel de GHOR als de GGD. Tijdens de bestuursconferentie van het Veiligheidsbeeraad op 9 mei jl. is door de aanwezige burgemeesters benadrukt dat de Directeur PG direct verantwoording moet kunnen afleggen aan de besturen van veiligheidsregio en GGD. Dit is ook het doel van de wetgever. De Wet Veiligheidsregio's en Wet Publieke Gezondheid laten daarover geen misverstand bestaan. De directeur PG wordt rechtstreeks door beide besturen benoemd en legt over de uitvoering van zijn ('koude' en 'warme') taken rechtstreeks aan beide besturen verantwoording af. Dit duidelijk herkenbare profiel als ambtelijk eindverantwoordelijke voor de GHOR en de GGD draagt bij aan het gezag van de directeur PG binnen de witte kolom. De directeur PG kan op deze manier met zichtbaar mandaat afspraken maken binnen de ketens van acute zorg en psychosociale nazorg, alsmede over de infectieziektebestrijding, medische milieukunde en gezondheidsonderzoek.

Voorts is door de burgemeesters geadviseerd om in de 'warme situatie' van elke primaire kolom ('rood, wit, blauw en oranje') de leidinggevende in het beleidsteam zitting te laten nemen. GHOR Nederland onderschrijft dit vanuit de praktijk van harte. Advisering vanuit de eigen professionaliteit van elke kolom wordt zeer wenselijk geacht. De meeste recente rampen en crises hebben een zeer dominante 'witte' component. Kennis van de werkwijzen en mores in de witte kolom wordt nadrukkelijk als een specifieke professionaliteit gezien, die ten tijde van een incident voor het bevoegd gezag, de witte kolom en ook het bredere publiek duidelijk zichtbaar moet zijn. Dit geldt eens te meer voor incidenten waarbij de specifieke kennis en processen van de GGD centraal staan, zoals de infectieziektebestrijding (Nieuwe Influenza A), de psychosociale hulpverlening (zedenzaak Amsterdam, schietincident Alphen aan den Rijn), gezondheidsonderzoek (Moerdijk) en de jeugdgezondheidszorg (zedenzaak Amsterdam). Voor draagvlak en gezag binnen de witte kolom wordt een nadrukkelijk eigen herkenbaar profiel van de Directeur PG als noodzaak gezien.

8. Varianten voor de organisatorische inbedding

De GHOR is in wettelijke zin een taak van de veiligheidsregio. In de praktijk wordt de GHOR van oudsher door veel GGD'en uitgevoerd. Het modelconvenant Publieke Gezondheid bij rampen en crises dat recent is opgesteld benadrukt het belang van een nauwe inhoudelijke samenwerking tussen de dagelijkse (GGD) en opgeschaalde (GHOR) publieke gezondheid. Dit komt concreet tot uitdrukking in de 4 processen van het zogenoemde GGD-rampenopvangplan: de infectieziektebestrijding, de medische milieukunde (inclusief gezondheidkundige advisering gevaarlijke stoffen), het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen en gezondheidsonderzoek na rampen. Het belang van de samenwerking is nog gegroeid doordat zowel de uitvoering van de gezondheidkundige advisering gevaarlijke stoffen als de uitvoerende coördinatie van de psychosociale hulpverlening wordt overge-

dragen van de GHOR naar de GGD en tegelijkertijd vice versa de voorbereiding op A-infectieziekten een verantwoordelijkheid is geworden van de GHOR, in nauwe afstemming met de GGD als belangrijkste uitvoerende partij. Om de inhoudelijke samenwerking van GHOR en GGD op deze vier processen landelijk en regionaal goed te kunnen vormgeven is een goede organisatorische inbedding van de samenwerking noodzakelijk.

In de inventarisatie zijn in de praktijk drie varianten voor de organisatorische inbedding van de GHOR gevonden:

1. De GHOR is onderdeel van één gemeenschappelijke organisatie van veiligheidsregio en GGD. Dit betreft dezelfde vijf regio's die één gemeenschappelijke regeling veiligheidsregio en GGD hebben ingesteld (zie hoofdstuk 6).
2. De GHOR is onderdeel van en wordt uitgevoerd binnen de veiligheidsregio. Dit betreft elf regio's.
3. De GHOR is onderdeel van de veiligheidsregio, maar wordt op basis van een dienstverleningsovereenkomst uitgevoerd door de GGD. Dit is in negen regio's het geval.

Een andere dimensie van de organisatorische inbedding is de huisvesting. Door gezamenlijke huisvesting (colokatie) wordt de samenwerking op de werkvloer van de GHOR met de andere afdelingen van de veiligheidsregio of met de GGD aanzienlijk vergemakkelijkt. Hiervoor zijn drie varianten geconstateerd:

1. Gezamenlijke huisvesting van de GHOR met de GGD. Dit is in zeven regio's het geval.
2. Gezamenlijke huisvesting van de GHOR met de veiligheidsregio. Dit is in twaalf regio's het geval.
3. Gezamenlijke huisvesting van de GHOR met de GGD én de veiligheidsregio. Dit betreft de overige zes regio's.⁸

Gezamenlijke huisvesting blijkt een middel dat in alle regio's wordt ingezet, om de samenwerking op de werkvloer te bevorderen. In alle varianten van organisatorische inbedding en huisvesting is vanzelfsprekend inhoudelijke (projectmatig of programmatische) samenwerking van de GHOR met zowel de veiligheidsregio als de GGD aan de orde. In sommige regio's is dit vormgegeven middels een feitelijk of virtueel interdisciplinair veiligheidsbureau, waarbinnen de GHOR een directe bijdrage levert aan interdisciplinaire projecten, zoals het risicoprofiel, beleidsplan, crisisplan en informatiemanagement. Ook kennen enkele regio's (een begin van) een 'gekantelde' organisatie, die niet is ingedeeld naar kolommen maar langs programma's, bijvoorbeeld in de vorm van een stafafdeling risico- en crisisbeheersing. Aan de kant van de GGD is een ontwikkeling dat de GHOR nauw betrokken wordt bij de voorbereiding van het GGD-rampenopvangplan, of mogelijk delen van het rampenopvangplan op verzoek van de GGD opstelt. Ook komt het voor dat het GHOR-bureau samen met crisisbeheersingsonderdelen van de GGD, ofwel met de Regionale Ambulancevoorziening één afdeling vormt.

⁸ In sommige regio's zijn hiernaast ook nog andere, niet-gerelateerde diensten op dezelfde locatie gehuisvest, zoals de omgevingsdienst.

Door de burgemeesters is tijdens de bestuursconferentie van het Veiligheidsberaad benadrukt dat het moet beginnen met de wil op alle niveaus om interdisciplinair (binnen de veiligheidsregio en de witte kolom) samen te werken, d.w.z. als GHOR de balans te vinden tussen de drie domeinen openbaar bestuur, veiligheid en zorg (zie hoofdstuk 5). De exacte organisatorische inbedding is van secundair belang. Zolang het Rijk daarin geen uniformiteit nastreeft is het aan het (verlengd) lokale bestuur om in elke regio keuzes te maken. Vanuit de professie is er geen specifieke voorkeur voor een van de organisatievormen. De centrale vraag voor de bestuurders van veiligheidsregio en GGD moet zijn of hun regionale organisatie invulling kan geven aan de verantwoordelijkheden die volgen uit de WVR en de WPG. De organisatie moet ondersteunend zijn aan het behalen van het benodigde niveau van taakuitvoering, zowel binnen de veiligheidsregio als de GGD. Een goede positionering van de Directeur PG (zie hoofdstuk 7) – die helder verantwoording aflegt aan beide besturen en voor de witte kolom het publieke deel van de geneeskundige keten (dagelijkse en opgeschaalde publieke gezondheid) herkenbaar in zich verenigt – wordt van groter belang geacht dan een ‘opgelegd’ model voor organisatorische inbedding.

9. Scenario's voor de bestuurs- en organisatievormen

Op hoofdlijnen zijn op basis van de hiervoor geschetste varianten de volgende drie scenario's mogelijk. Hierbinnen zijn weer diverse subvarianten mogelijk voor de bestuurlijke structuren (zoals bestuurscommissies) en de organisatorische inbedding (gezamenlijke huisvesting, projectmatig of programmatisch samenwerken). Uiteindelijk is de praktijk dat alle 25 regio's net anders zijn, maar op hoofdlijnen wel passen binnen de volgende drie scenario's.

In willekeurige volgorde zijn de mogelijke drie scenario's de volgende.

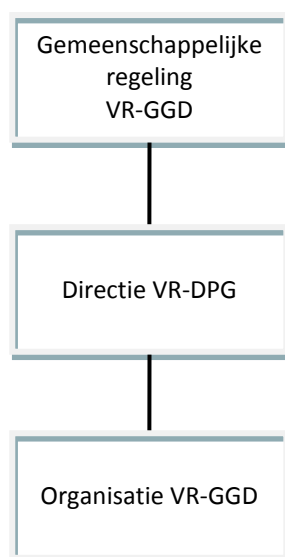
Scenario A: integraal VR-GGD

Bestuur: één voor VR en GGD

Directie: één voor VR en GGD

Organisatie: één voor VR en GGD

Komt voor in 5 regio's: Groningen, Fryslân, Gelderland-Midden, Kennemerland, Limburg-Noord

**Aandachtspunt:**

- De wethouders kunnen via een aparte bestuurscommissie volksgezondheid in positie worden gebracht.

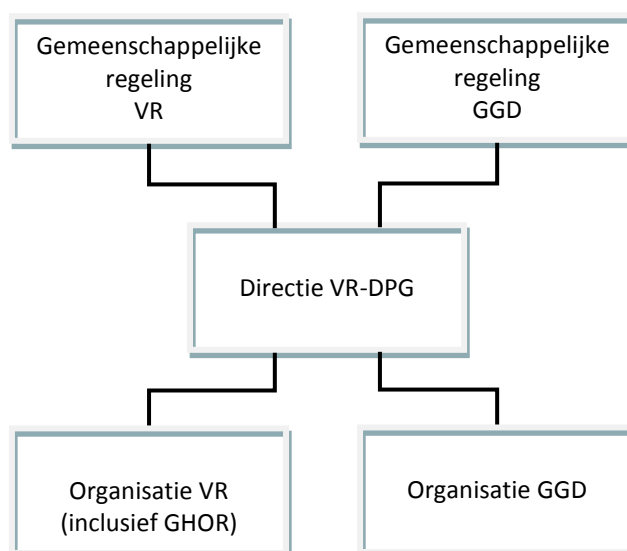
Scenario B: gescheiden VR en GGD

Bestuur: apart voor VR en GGD

Directie: DPG zit in directie VR

Organisatie: apart voor VR en GGD (soms wel gezamenlijk gehuisvest)

Komt voor in 9 regio's: IJsselland, Twente, Noord- en Oost-Gelderland, Gelderland-Zuid, Noord-Holland-Noord, Haaglanden, Rotterdam-Rijnmond, Zuid-Holland Zuid, Zeeland⁹

**Aandachtspunt:**

- Via personele unies kan een bestuurlijke relatie worden gelegd tussen de beide Dagelijks Besturen.

⁹ In Gelderland-Zuid en Haaglanden is er (nog) sprake van meerdere GGD'en binnen de veiligheidsregio. Ook de regio's Utrecht en Brabant-Zuidoost hebben gescheiden besturen en organisaties voor veiligheidsregio en GGD, maar in deze regio's is er (nog) geen gezamenlijke directeur of directie PG.

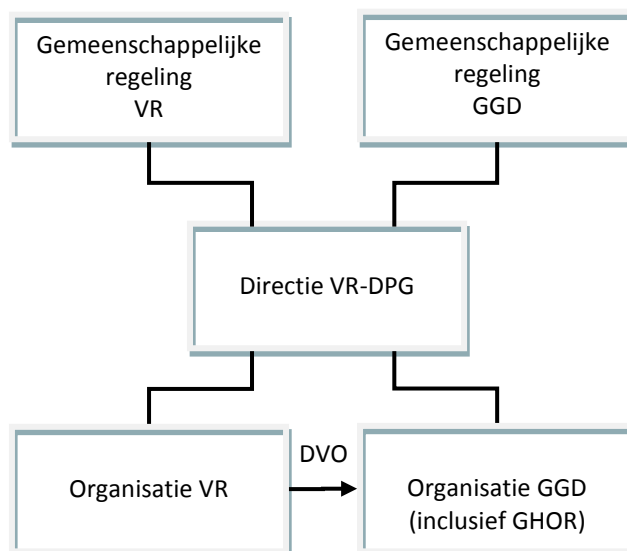
Scenario C: gescheiden VR en GGD, maar GHOR uitgevoerd door GGD

Bestuur: apart voor VR en GGD

Directie: DPG zit in directie VR

Organisatie: apart voor VR en GGD, maar GHOR via een dienstverleningsovereenkomst uitgevoerd door GGD

Komt voor in 8 regio's: Drenthe, Amsterdam-Amstelland¹⁰, Gooi en Vechtstreek, Hollands-Midden, Midden- en West-Brabant, Brabant-Noord, Zuid-Limburg, Flevoland



Aandachtspunten:

- Via personele unies kan een bestuurlijke relatie worden gelegd tussen de beide Dagelijks Besturen.
- Over de uitvoering van de GHOR-taken door de GGD dient een transparante dienstverleningsovereenkomst (DVO) te worden gesloten.

¹⁰ Ook de GHOR Zaanstreek-Waterland is ondergebracht bij de GGD Amsterdam.

10. Conclusies

Het primaat voor de keuze van een bestuurs- en organisatiemodel ligt bij elk van de veiligheidsregio- en GGD-besturen. Zoals gememoreerd heeft het Kabinet ervoor “gekozen om de beslissing over het samenvoegen van de organisaties aan de besturen van de GGD en de veiligheidsregio te laten.”

GHOR Nederland adviseert het volgende:

1. Zorg ervoor dat de GHOR haar positie op het snijvlak van de drie domeinen in balans kan houden door in de organisatorische inbedding evenveel belang te hechten aan de interdisciplinaire samenwerking binnen de veiligheidsregio, de samenwerking binnen de Publieke Gezondheid van GHOR en GGD en de samenwerking met de acute zorgketen. Dit evenwicht kan bijvoorbeeld worden bereikt door gezamenlijke huisvesting met meerdere partijen.
2. Stel de inhoudelijke samenwerking binnen de veiligheidsregio en met de GGD en witte kolom voorop. Een bestuurs- en organisatiemodel is slechts faciliterend aan het hoofddoel van een goede taakuitvoering die voldoet aan de wet- en regelgeving. Goede programmatische samenwerking is daarvoor belangrijk.
3. Een stevige positionering van de Directeur PG, die transparant en rechtstreeks verantwoording aflegt aan beide besturen, is in alle gevallen een noodzakelijke voorwaarde.

11. Aanbevelingen: implementatie tweede tranche WPG

Om de tweede tranche WPG te implementeren in de regionale bestuurs- en organisatiemodellen is in ieder geval een drietal hoofdstappen aangewezen.

a. Territoriale congruentie

Voor een drietal regio's (Gelderland-Zuid, Utrecht en Haaglanden) is de eerste belangrijke stap om de WPG te implementeren het samenvoegen van de 2 aanwezige GGD'en. Daarnaast zijn er nog twee gemeenten (Hattem en Mook en Middelaar) die in een andere GGD-regio liggen dan de veiligheidsregio. Een specifiek aandachtsgebied zijn de 8 gemeenten in Midden-Brabant, die een GGD-regio vormen samen met Brabant-Noord, maar qua veiligheidsregio samen horen met West-Brabant. De mogelijkheden hier zijn ofwel het overhevelen van deze gemeenten naar de GGD West-Brabant, ofwel het fuseren van beide GGD'en tot één GGD die twee veiligheidsregio's omvat.

b. Aanpassen gemeenschappelijke regeling(en)

De taken uit de WVR en de WPG dienen eenduidig te worden vastgelegd en uitgewerkt in de gemeenschappelijke regeling(en) en onderliggende mandaatregelingen. In het kader van de tweede tranche WPG dienen de regelingen van veiligheidsregio en GGD in ieder geval te worden aangepast op het punt van de functie DPG en de verschuivende verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op A-infectieziekten.¹¹ Het kan evenwel in voorkomende gevallen ook nog nodig zijn om de reeds van kracht zijnde WVR en de eerste tranche WPG in de gemeenschappelijke regelingen te verwerken.

¹¹ Hiernaast dienen ook de wijzigingen van de WPG met betrekking tot de preventiecyclus en de prenatale voorlichting te worden geborgd, maar dit valt buiten het bestek van deze notitie.

c. Aanstellen Directeur Publieke Gezondheid

De besturen van veiligheidsregio en GGD dienen een directeur PG aan te stellen. De directeur dient in formele zin de juiste mandaten van de betrokken openbare lichamen te krijgen. Ook dient de relatie van de DPG binnen de directie van de veiligheidsregio te worden vastgelegd. Om de directeuren voor te bereiden op de nieuwe aspecten van de functie DPG starten GGD Nederland en GHOR Nederland op basis van een competentieprofiel DPG een specifiek Management Development traject.

RH, 5 juli 2011

Bijlage 1: factsheet VWS**WET PUBLIEKE GEZONDHEID IN RELATIE TOT DE WET VEILIGHEIDSREGIO'S****Wat regelt de Wet?**

Veranderingen die met de wet worden ingevoerd:

1. GGD-en worden territoriaal congruent aan de veiligheidsregio's en daarmee aan de GHOR-regio's;
2. De GGD en de GHOR organisatie worden onder één en dezelfde 'Directeur Publieke Gezondheid' gebracht. Deze directeur wordt benoemd door gezamenlijk het algemeen bestuur van de GGD (portefeuillehouders Volksgezondheid) en het Veiligheidsbestuur (de burgemeesters uit dezelfde gemeenten);
3. Overheveling van de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding op grootschalige infectieziekte-uitbraken van het GGD-bestuur naar het veiligheidsbestuur;
4. Door beide besturen gezamenlijk vaststellen van het regionaal crisisplan van de veiligheidsregio op het gebied van infectieziektecrises (A-ziekten).

Hieraan voorafgaand is op 1 dec 2008 de Wet publieke gezondheid ingegaan. In deze wet is geregeld dat:

1. De burgemeester een expliciete taak heeft voor epidemiebestrijding, alsmede directe voorbereiding. Voorheen was dit het college van B&W.
2. Bevoegdheden burgemeester zijn uitgebreid:
 - a. Gebouwen/vectoren/goederen
 - b. Aangewezen (Lucht)havens
3. De Minister van VWS de leiding krijgt in geval van:
 - a. A ziekten
 - b. Aanbevelingen WHO
 - c. Op verzoek burgemeester(s)

In de Wet veiligheidsregio's, van kracht sinds 1 okt 2010 en met de daarbij behorende invoeringswet (*eerste wijziging Wet publieke gezondheid*) is vervolgens geregeld:

1. De overheveling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de burgemeester ten aanzien van grootschalige infectieziektebestrijding (A-ziekten) naar de voorzitter veiligheidsregio;
2. Directie GHOR in directie GGD.

Wat beoogt de Wet?

De wet regelt de aansluiting van de (publieke) gezondheidszorg op het veiligheids-/bestuurlijk domein:

1. Schaalvergroting / congruentie van de GGD-en aan de 25 VR's: afstemming, samenhang, efficiëntie en mogelijkheid om de organisaties GGD en GHOR onder één aansturing te brengen;
2. Ongedeelde verantwoordelijkheid openbare orde én grootschalige infectieziektebestrijding (veiligheidsbestuur). Infectieziektecrisis (griep пандеміе) is volgens de nationale risicobeoordeling immers risico nr. 1.
3. Ongedeelde verantwoordelijkheid voorbereiding én bestrijding.
Als voorzitters Veiligheidsregio verantwoordelijk zijn voor de bestrijding van infectieziektecrises is het ook logisch dat zij zich daarop adequaat kunnen voorbereiden. Daarom in-

breng van het veiligheidsbestuur in de GGD, als belangrijkste operationele dienst bij de bestrijding van een infectieziektecrisis.

4. Dichter bij elkaar brengen van reguliere en opgeschaalde (=crisis) zorg. Deze kan niet geknipt worden (net zo min als verkeerspolitie een andere dienst is dan de ME). Dit geldt voor de operationele diensten (GGD en GHOR), maar ook voor de bestuurders van deze diensten (portefeuillehouders Volksgezondheid) en veiligheidsbestuurders. Samenwerking wordt tenminste vormgegeven door:

- a) Gezamenlijke benoeming van één directeur voor beide diensten: de dPG.
Er wordt voorkomen dat tegenstrijdige adviezen op nagenoeg dezelfde gebieden bij de bestuurders komen;
- b) Gezamenlijk vaststellen van het regionale crisisplan voor het deel wat betrekking heeft op de voorbereiding en bestrijding van een infectieziektecrisis (A ziekte), met afspraken voor de GGD voor zijn voorbereiding: GROEP: integrale aanpak van inhoud en coördinatie van de zorg;

In de praktijk zien we dan vaak dat de bestuurders:

- c) Gezamenlijk de begroting vaststellen en daarmee gezamenlijk richting geven aan het beleid (betrokkenheid)
 - d) Afspraken maken van regulier tot opgeschaald (bijv ook op het gebied van jeugdzorg is het handig dat politie en GGD samenwerken)
5. Één gezicht van het openbaar bestuur richting de particuliere zorgpartijen (waren er twee: directeur GGD (voor inhoud) en directeur GHOR (voor afstemming en organisatie). Daarnaast meer acceptatie in het zorgveld van het openbaar bestuur middels de directeur publieke gezondheid, die immers ook deel uitmaakt van de operationele zorg (GGD);
 6. Gezamenlijke planvorming (de verplichte regionale crisisplannen (Wvr) en de GGD-rampenopvangplannen (GROP) in kader van opleiden, trainen en oefenen) van de portefeuillehouders Volksgezondheid en veiligheidsbestuurders. Infectieziektebestrijding kan immers niet gedeeld worden in reguliere (B- en C-ziekten) en opgeschaalde (A-ziekten)

Aanleiding

- Invoering van de Internationale Health Regulations (IHR): de noodzaak om infectieziektecrises centraler aan te pakken (internationaal, nationaal en via regio's)
- Invoering van de WVR, waarbij de basisstructuur in Nederland voor de aanpak van crises helemaal veranderd is.
De zorg is altijd betrokken bij crises (bijv. ambulances en ziekenhuizen bij flitsrampen) en zelfs leidend bij inhoudelijk aanpak van infectieziektecrises. De twee systemen van zorg en veiligheid moeten dan ook op elkaar aansluiten om snel en adequaat op te kunnen treden als het nodig is onder de druk van een crisis.

Stand van Zaken

- Er zijn nog 28 GGD-en. Nog 3 fusies noodzakelijk: Regio Utrecht, Regio Haaglanden en Nijmegen-Rivierenland;
- Nog 1 gemeente incongruent: Hattem;
- In Brabant zijn twee GGD-en met een diepe samenwerking, waarbij een GGD nagenoeg moet halveren en de ander verdubbelen, tenzij de besturen van de regio's ervoor kiezen de samenwerkende GGD te laten fuseren tot één GGD voor twee veiligheidsregio's;
- Inmiddels zijn er al 3 directeuren definitief tot DPG benoemd (Zeeland, IJsselland en Gelderland Midden), in totaal 18 directeuren vervullen zowel de functie van GGD directeur als GHOR-directeur.

Bijlage 2: wettelijke taken waaraan de Directeur PG leiding geeft

Op grond van de WPG en WVR geeft de directeur PG namens de beide besturen concreet leiding aan de uitvoering van de volgende taken.

- A. Het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de *publieke gezondheidszorg* en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, waaronder in ieder geval:
- het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking,
 - het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota's gemeentelijke gezondheidsbeleid verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie,
 - het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen,
 - het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering,
 - het bevorderen van medisch milieukundige zorg,
 - het bevorderen van technische hygiënezorg,
 - het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen,
 - het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders
- B. Het uitvoeren van de *jeugdgezondheidszorg*, waaronder in ieder geval:
- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren,
 - het ramen van de behoeften aan zorg,
 - de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen
 - het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding,
 - het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
- C. Het uitvoeren van de *ouderengezondheidszorg*, waaronder in ieder geval:
- het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - het ramen van de behoeften aan zorg;
 - de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
 - het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
- D. De uitvoering van de *algemene infectieziektebestrijding*, waaronder in ieder geval:
- het nemen van algemene preventieve maatregelen,
 - het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing,
 - bron- en contactopsporing bij meldingsplichtige infectieziekten,
 - uitvoering en coördinatie van isolatiemaatregelen, medisch onderzoek en quarantaine,
 - de curatieve zorg adviseren over en aansturen bij de uitvoering van te nemen maatregelen bij een uitbraak.

- E. De uitvoering van de *GHOR*, waaronder in ieder geval:
- het regisseren van de voorbereiding van de geneeskundig keten op rampen en crises en de advisering van de betrokken instellingen en zorgaanbieders daarover,
 - de operationele leiding en coördinatie over het daadwerkelijke optreden van de geneeskundige keten bij rampen en crises, waaronder infectieziekte-uitbraken,
 - de advisering van gemeenten over risicobeheersing fysieke veiligheid, waaronder evenementen,
 - het in interdisciplinair verband opstellen van een risicoprofiel, beleidsplan veiligheidsregio, crisisplan en rampbestrijdingsplannen.