



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Indicatorenset voor het stelsel van publieke gezondheidszorg

Ontwikkeling eerste proeve en selectie van
indicatoren

RIVM Briefrapport 2016-0046
A. Verweij et al.



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Indicatorenset voor het stelsel van publieke gezondheidszorg

Ontwikkeling eerste proeve en selectie van indicatoren

RIVM Briefrapport 2016-0046

A. Verweij et al.

Colofon

© RIVM 2016

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave.

A. Verweij (auteur), RIVM
H. Hamberg (auteur), RIVM
R. Gijsen (auteur), RIVM
M. van Blankers (auteur), RIVM
E. Putman (auteur), RIVM
F. van der Lucht (auteur), RIVM

Contact:

A. Verweij
antonia.verweij@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van VWS, in het kader van het additionele project 'Samenstelling indicatorenset stelsel PG'.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Indicatorenset voor het stelsel van publieke gezondheidszorg

Ontwikkeling eerste proeve en selectie van indicatoren

Het RIVM heeft een 'eerste proeve' van een indicatorenset ontwikkeld die het ministerie van VWS inzicht kan geven in het functioneren van het stelsel van publieke gezondheidszorg in Nederland. Indicatoren zijn eenheden die iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Met de indicatorenset kan worden gemeten of taken binnen de publieke gezondheidszorg worden uitgevoerd, of dat op een goede wijze gebeurt en of ze voldoende effect hebben. De 'eerste proeve' is een groslijst die in de loop van 2016 zal worden ingeperkt tot een compacte set indicatoren.

De publieke gezondheidszorg is het deel van de gezondheidszorg dat erop gericht is door collectieve maatregelen de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen te beschermen, te bevorderen en om ziekten te voorkomen. Voorbeelden van taken zijn de infectieziektebestrijding, medische milieukunde, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, oudergezondheidszorg en de bestrijding van rampen en crises. De taken zijn omschreven in de Wet Publieke Gezondheid.

De ontwikkeling van de indicatorenset is onderdeel van een programma dat VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) gezamenlijk uitvoeren om de publieke gezondheid ook in de toekomst goed te borgen (Stimuleringsprogramma Betrouwbare publieke gezondheid). De indicatorenset draagt eraan bij om meer inzicht te krijgen in de inzet en de effectiviteit van de publieke gezondheid.

Kernwoorden: publieke gezondheid, indicatoren, stelselverantwoordelijkheid

Synopsis

Indicator set for public healthcare system

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has developed a 'first proof' of an indicator set designed to offer the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) insight into how the Dutch public healthcare system functions. Indicators are units that provide information on the quality of healthcare. The indicator set can be used to verify fulfilment of public healthcare tasks and to assess whether this is done appropriately and to adequate effect. The 'first proof' is a longlist that will be used to select a compact indicator set over the course of 2016.

Public healthcare is the healthcare sector that aims to protect and promote the health of the general population or specific groups and to prevent disease, using collective measures. Examples of public healthcare tasks include prevention of infectious diseases, environmental medicine, health promotion, juvenile healthcare, geriatric healthcare, and disaster and crisis mitigation. These tasks are defined in the Dutch Public Health Act.

The development of the indicator set is part of a joint programme of VWS and the Association of Dutch Municipalities (VNG) that aims to define effective safeguards to ensure the reliability of public healthcare in the future. The indicator set is designed to enhance insight into the implementation and effectiveness of public healthcare resources.

Keywords: public health, indicators, system responsibility

Inhoudsopgave

Samenvatting — 9

1 Inleiding — 11

- 1.1 Politieke context — 11
- 1.2 Opdracht aan het RIVM — 11
- 1.3 Gerelateerde opdrachten — 12

2 Methode ontwikkeling indicatorenset PG — 13

- 2.1 Totstandkoming eerste proeve indicatorenset — 13
- 2.2 Publieke gezondheidszorg — 13
- 2.3 Toelichting indicatorenset PG — 13
- 2.4 Proces van het ontwikkelen en selecteren van indicatoren — 13
- 2.5 Van wet PG naar indicatorenset — 14

3 Resultaat — 19

- 3.1 Eerste proeve indicatorenset — 19
- 3.2 Flyer — 19
- 3.3 Beschikbaarheid gegevensbronnen — 20

4 Mogelijke vervolgstappen naar een indicatorenset stelsel PG — 21

- 4.1 Voorstel voor vervolg — 21
- 4.2 Suggesties voor vervolgstappen — 21
- 4.3 Bijeenkomst Stuurgroep — 22

5 Bijlagen — 23

- Bijlage 1: Betrokken partijen — 23
- Bijlage 2: Beschrijving methode van concept naar data — 24
- Bijlage 3: Taakvelden Wet PG — 28
- Bijlage 4: Overzicht van beschikbare indicatorensets en potentiële indicatoren — 31
- Bijlage 5: Eerste proeve indicatorenset voor het stelsel publieke gezondheid — 32
- Bijlage 6: Voorbeelden van verantwoordingsdocumenten bij de indicatoren — 44
- Bijlage 7: Ontwerp flyer met beschikbaarheid data — 47

Samenvatting

Het RIVM heeft een 'eerste proeve' ontwikkeld van een indicatorenset die het ministerie van VWS inzicht kan geven in het functioneren van het stelsel van publieke gezondheidszorg in Nederland. Indicatoren zijn eenheden die iets zeggen over de kwaliteit van zorg. Het doel van de indicatorenset is om te meten of taken binnen de publieke gezondheidszorg worden uitgevoerd, of dat op een goede wijze gebeurt en of ze voldoende effect hebben. Deze opdracht liep van oktober 2015 tot begin 2016 en heeft een groslijst met indicatoren opgeleverd.

De publieke gezondheidszorg is het deel van de gezondheidszorg dat erop gericht is door collectieve maatregelen de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen te beschermen, te bevorderen en om ziekten te voorkomen. De taken binnen de publieke gezondheidszorg zijn omschreven in de Wet Publieke Gezondheid.

De ontwikkeling van de indicatorenset is onderdeel van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid. Het ministerie van VWS en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) zijn in 2015 het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid gestart. De doelen van het programma zijn de verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten te verhelderen, meer inzicht te krijgen in de inzet en de effectiviteit van de publieke gezondheid en de positie van de GGD'en waar nodig te versterken. In dit kader heeft onderhavige project plaatsgevonden.

Uit onder meer verschillende bestaande indicatorensets zijn indicatoren verzameld voor de taken zoals die benoemd zijn in de Wet Publieke Gezondheid. De indicatoren zijn gegroepeerd in negen thema's. Het gaat om gemeentelijk gezondheidsbeleid, epidemiologie, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg (JGZ) ouderengezondheidszorg, infectieziektebestrijding, technische hygiëne zorg (THZ), medische milieukunde (MMK) en rampen en crises. Aan deze negen thema's is als tiende thema sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) toegevoegd. Dit thema is een belangrijk onderdeel van het beleid van VWS.

Voor elk van de tien thema's zijn indicatoren geselecteerd waarmee iets gezegd kan worden over middelen en menskracht (input), het proces van uitvoering van de taken (proces), de activiteiten die worden uitgevoerd (output) en de gezondheidseffecten ervan op de burger (uitkomsten). Dit heeft geleid tot een set met 177 indicatoren, gepresenteerd in een matrix met veertig cellen (tien thema's x vier typen indicatoren). Deze groslijst zal in de loop van 2016 worden ingeperkt tot een compacte set indicatoren. De geselecteerde indicatoren zullen, voor zover dat mogelijk is, met de benodigde gegevens ingevuld worden.

Een eerste inschatting is dat voor ongeveer de helft van de eerste selectie van 177 indicatoren de gegevens die nodig zijn voor de invulling beschikbaar zijn. Voor 20% bestaan de gegevens wel, maar zal nog een forse bewerking moeten worden gedaan. Voor de resterende 30% zullen

voor invulling nieuwe gegevens verzameld moeten worden. De beschikbaarheid van gegevens is weergegeven in een flyer.

1 Inleiding

1.1 Politieke context

In de Kamerbrief 'Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk' (28-08-2014) is het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid aangekondigd dat begin 2015 van start is gegaan. Het stimuleringsprogramma heeft twee doelen:

1. de verantwoordelijkheden van het Rijk en de gemeenten verder te verhelderen en uit te werken om meer zicht te krijgen op inzet en effectiviteit van de publieke gezondheid;
2. de positie van GGD'en op vier pijlers uit te bouwen en, waar nodig, te versterken.

Zoals in de kamerbrief is aangegeven, wil het ministerie van VWS er zicht op hebben of het stelsel zoals beschreven in de Wet Publieke Gezondheid, werkt. VWS heeft daarom behoefte aan een indicatorenset waarmee zij vanuit haar stelselverantwoordelijkheid in staat is om de inzet en effectiviteit van de publieke gezondheidszorg te monitoren en evalueren.

Stelselverantwoordelijkheid is in de bovenstaande kamerbrief als volgt beschreven: *De overheid is verantwoordelijk voor een adequaat stelsel voor publieke gezondheid om, indien mogelijk, gezondheidsrisico's te voorkomen, risico's en bedreigingen tijdig te signaleren, partijen en burgers te informeren, toezicht te houden en, indien nodig, in te grijpen als de volksgezondheid in gevaar komt.*

1.2 Opdracht aan het RIVM

Het ministerie van VWS heeft het RIVM half september 2015 verzocht om eind december 2015 een eerste proeve van een indicatorenset over het stelsel van publieke gezondheid gereed te hebben. De indicatorenset moet:

1. op landelijk niveau een beeld geven van het functioneren van het stelsel van de publieke gezondheid. Het gaat daarbij met name om de taakvelden die genoemd worden in de Wet Publieke Gezondheid.
2. informatie geven over de organisatie, uitvoering en effectiviteit van de publieke gezondheidszorg.
3. zo worden samengesteld dat met een beperkt aantal indicatoren een evenwichtig beeld wordt gegeven van het functioneren van het stelsel van publieke gezondheid.
4. zoveel mogelijk gebaseerd worden op bestaande informatie, en waar dat niet kan, worden aangegeven wat er voor nodig is om het gewenste inzicht te verkrijgen. De eerste proeve van de indicatorenset moet daarmee ook inzicht geven in de witte vlekken.

Achtergrondinformatie bij het project en een schematisch overzicht van de indicatorenset, zal gepresenteerd worden in de vorm van een flyer.

1.3 Gerelateerde opdrachten

Naast deze opdracht aan het RIVM lopen er enkele andere trajecten die raakvlakken hebben met de RIVM-opdracht:

- GGD GHOR Nederland werkt aan de "Staat van de GGD", waarin wordt beschreven wat de activiteiten en budgetten van de GGD'en zijn voor de uitvoering van de werkzaamheden voor de vier pijlers van de GGD. Eind december 2015 is een conceptversie uitgebracht.
- Voor gemeenten zal de VNG in de monitor Sociaal Domein die in ontwikkeling is, een aantal indicatoren laten toevoegen om meer zicht te krijgen op de werking van de publieke gezondheid op het lokale niveau.

2 Methode ontwikkeling indicatorenset PG

2.1 Totstandkoming eerste proeve indicatorenset

Om te beginnen volgt hieronder een korte omschrijving van de publieke gezondheidszorg en het doel van de indicatorenset. Daarna staat beschreven welke stappen doorlopen zijn om tot de eerste proeve van de indicatorenset Publieke Gezondheid (PG) te komen. In bijlage 1 is vermeld welke partijen betrokken waren bij de ontwikkeling en selectie van de indicatoren.

De concept-indicatorset is 18 december 2015 opgeleverd. In januari zijn nog enkele indicatoren toegevoegd en bijgesteld. Deze notitie geeft de stand van zaken weer tot begin maart 2016.

2.2 Publieke gezondheidszorg

De publieke gezondheidszorg is het deel van de gezondheidszorg dat erop gericht is door collectieve maatregelen de gezondheid van de bevolking of specifieke groepen te beschermen en te bevorderen en om ziekten te voorkomen. De Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet op het bevolkingsonderzoek (Wbo) vormen het belangrijkste wettelijke kader om de gezondheid van de bevolking te beschermen of te bevorderen. Verder hebben de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) raakvlakken met de publieke gezondheidszorg. Vanuit beide wettelijke kaders worden preventieve of gezondheidsbevorderende activiteiten uitgevoerd.

2.3 Toelichting indicatorenset PG

Met de indicatorenset kan gemeten worden of taken uit de Wet Publieke Gezondheid worden uitgevoerd, of dat op een goede wijze gebeurt of ze voldoende effect hebben. Indicatoren zijn eenheden (uitgedrukt in een getal, percentage of ratio) die een aanwijzing geven over de kwaliteit van zorg. Dat is aangetoond op basis van wetenschappelijk onderzoek of aannemelijk gemaakt door middel van consensus tussen experts.¹ Voor de indicatorenset geldt dat deze indiceert. Indicatoren kunnen aangeven dat er iets aan de hand is, maar laten niet altijd zien wat er aan de hand is. Sommige indicatoruitkomsten kunnen erop duiden dat er op bepaalde thema's extra inzet nodig is. Dat is met name het geval als meerdere indicatoren, die betrekking hebben op hetzelfde thema, dezelfde richting uitwijzen. Gebruik van een samenhangende set indicatoren, waarbij verschillende indicatoren meerdere aspecten van een onderwerp belichten, heeft daarom de voorkeur boven gebruik van een set van indicatoren die weinig relatie met elkaar hebben.

2.4 Proces van het ontwikkelen en selecteren van indicatoren

Het ontwikkelen en selecteren van indicatoren kan grofweg op twee manieren: van concept naar data en van data naar concept:

- Bij concept naar data wordt eerst vastgesteld wat kernelementen in de publieke gezondheid zijn en daar worden vervolgens indicatoren bij ontwikkeld. Hierbij wordt gekeken naar het doel

¹ Bijvoorbeeld: Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality health care. Eur J Gen Pract 1997;3:103-8.

en de focus van de indicatoren en wordt vastgesteld wat je wilt meten en wie de gebruikers van de indicatoren zijn (zie bijlage 2 voor de uitwerking van deze aanpak).

- Bij data naar concept wordt eerst nagegaan welke indicatorensets, indicatoren en dataverzamelingen er zijn. Deze worden vervolgens onderzocht op onder andere bruikbaarheid en validiteit.

Voor dit onderzoek hebben we vanwege de korte doorlooptijd voor een gecombineerde aanpak gekozen.

2.5 Van wet PG naar indicatorenset

Hieronder staan de stappen die we hebben gevolgd om tot een eerste proeve van een indicatorenset over de publieke gezondheidszorg te komen. Tijdens verschillende stappen zijn in- en externe experts benaderd om mee te denken over de globale invulling van de indicatorenset. Daarnaast zijn in een later stadium enkele experts benaderd om mee te denken over wat specifiekere operationalisaties van afzonderlijke indicatoren.

Wet PG uitgangspunt

Deze opdracht gaat over de publieke gezondheidszorg zoals afgebakend door de Wet PG. In overleg met het ministerie van VWS is vastgesteld dat alle wetsartikelen uitgangspunt zijn voor het ontwikkelen van de indicatorenset PG. Zie bijlage 3 voor de wetsartikelen en de hierin beschreven taken. Ook het Besluit Publieke Gezondheid² en de Memorie van Toelichting bij de wet PG³ zijn bestudeerd.

Van taken naar thema's

De letterlijke artikelen uit de wet PG zijn vervolgens eenvoudiger opgeschreven en in afzonderlijke taken opgeknipt. De taken zijn hier en daar anders geordend om thematische clusters van taakvelden te maken, resulterend in 9 thema's. Aanvullend op deze 9 thema's is ook het thema SEGV toegevoegd omdat dit een belangrijk aandachtsgebied is in de Kamerbrief 'Betrouwbare publieke gezondheid'. Dit heeft geleid tot de volgende tien thema's:

1. Gemeentelijk gezondheidsbeleid
2. Epidemiologie
3. Gezondheidsbevordering
4. Jeugdgezondheidszorg (JGZ)
5. Ouderen gezondheidszorg
6. Infectieziektebestrijding
7. Technische hygiëne zorg (THZ)
8. Medische milieukunde (MMK)
9. Rampen en crises
10. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)

Aansluiten bestaande indicatorenlijsten

Bij dit project was expliciet als uitgangspunt genoemd om de indicatorenset zoveel mogelijk te baseren op bestaande informatie.

² Besluit van 27 oktober 2008, houdende nieuwe eisen inzake de publieke gezondheid (Besluit publieke gezondheid).

³ Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid), vergaderjaar 2007-2008.

Daarom is in de beschikbare literatuur gezocht naar indicatoren die eerder zijn gebruikt (zie bijlage 4 voor de gebruikte lijsten, rapporten, monitors en dataverzamelingen). Ook is aangesloten bij de vergezichten voor het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid, zoals deze begin 2015 door de vier landelijke kernpartners (VWS, VNG, GGD GHOR Nederland en RIVM) zijn geformuleerd. Deze stap leverde een groslijst van indicatoren op.

Indicatorentypen en ordening van indicatoren

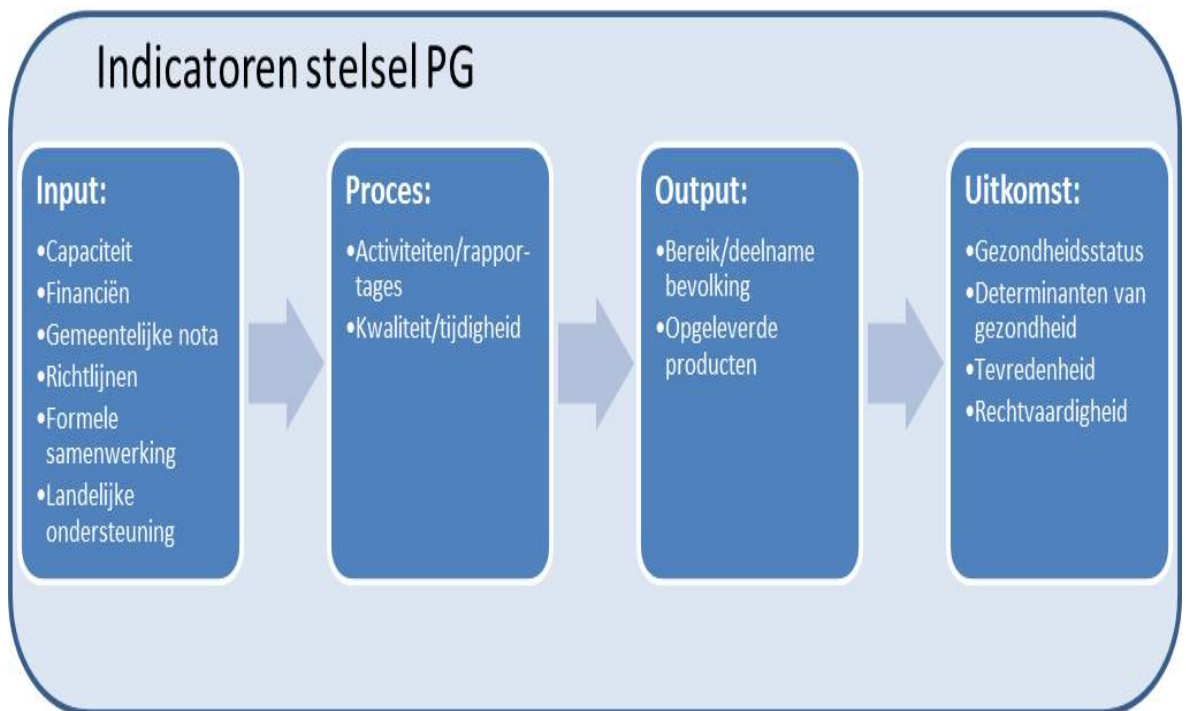
De indicatoren uit de groslijst zijn geordend naar thema en indicatortype (zie figuur 1). Hierin worden vier typen indicatoren onderscheiden, met daaronder de onderwerpen en doelen die ermee gemeten kunnen worden.^{4,5} Zo vallen onder input-indicatoren onder andere de beschikbare capaciteit en beschikbare financiële middelen. Onder de uitkomst-indicatoren vallen onder andere de gezondheidstoestand van inwoners en de tevredenheid met de geboden zorg, de uiteindelijke doelen van het stelsel PG.

Kortom:

Input	De middelen die nodig zijn om bepaalde activiteiten uit te voeren, onder andere mankracht, gebouwen, apparatuur en verbruiksartikelen.
Proces	De wijze waarop een activiteit wordt uitgevoerd, inclusief de kwaliteit ervan.
Output	De activiteiten die een organisatie ontplooit of de diensten die zij produceert.
Uitkomst	Het effect van de activiteiten.

⁴ Delnoij DMJ, Asbroek AHA ten, Arah OA, Custers T, Klazinga NS. Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg. Den Haag: VWS, december 2002.

⁵ Primary Health Care Performance Initiative. Methodology note. September 2015.



Figuur 1: Indicatortypen, onderwerpen en doelen voor het stelsel PG.

Voor- en nadelen indicatorentypen

Elk type indicator kent voor- en nadelen. Inputindicatoren geven aan in hoeverre aan de voorwaarden voor het verlenen van kwaliteitszorg is voldaan, maar met inputindicatoren kan niet worden gemeten of daadwerkelijk zorg van goede kwaliteit is verleend. Proces-indicatoren zijn snel beschikbaar en kunnen specifiek aangeven waar knelpunten in de zorg optreden, maar geven vaak een fragmentarisch beeld. Uitkomst-indicatoren geven samenvattende informatie over de effectiviteit van het gezondheidsbeleid, maar hebben als nadeel dat de uitkomsten door velerlei factoren kunnen worden beïnvloed, waarbij de PG-spelers soms slechts een beperkte rol spelen.

De relevantie van een bepaald type indicator zal voor elk van de tien thema's afzonderlijk vastgesteld moeten worden. Soms zullen input-indicatoren meer voor de hand liggen, denk aan infectieziektenbestrijding of rampen en crises, terwijl in andere gevallen uitkomst-indicatoren bruikbaar zijn, zoals gezondheidsbevordering of SEGV.

Expertbijeenkomst over indicatorentypen

Proces-indicatoren kregen tijdens een expertbijeenkomst (zie bijlage 1) aanvankelijk minder steun, want men vond het minder van belang om te monitoren hoe partijen zoals GGD'en en gemeenten bepaalde taken uitvoeren, maar meer van belang om te monitoren in hoeverre mensen en middelen beschikbaar zijn om de beoogde activiteiten uit te voeren en in hoeverre doelstellingen behaald worden. Toch bleken zowel opdrachtgever als deelnemers aan de expertbijeenkomst ook belang te hechten aan informatie uit proces-indicatoren. Als een indicatoruitkomst namelijk een ongewenste uitkomst laat zien, zou men behoefte hebben aan proces-indicatoren om in meer detail te kijken naar de uitvoering

van de zorg. Ook daar waar geen output- en uitkomst-indicatoren beschikbaar zijn, is het gewenst om procesindicatoren op te nemen. Een set indicatoren van input-, proces-, output- en uitkomstindicatoren sluit ten slotte aan bij de wens om iets te zeggen over de organisatie, uitvoering en effectiviteit van de publieke gezondheidszorg.

Opstellen van indicatorenmatrix

De indicatoren uit de groslijst zijn geordend in een matrix, met op de horizontale as de tien thema's en op de verticale as de indicatorentypen en indicatoronderwerpen en -doelen. Bij het indicatorentype 'uitkomst' staat ook het doel 'rechtvaardigheid' (zie figuur 1). Dit doel komt nadrukkelijk naar voren bij het thema SEGV, en is in de matrix niet opgenomen als afzonderlijk onderwerp. We hebben (in samenspraak met expertgroep en opdrachtgever) de indicatoren geselecteerd op basis van relevantie.⁶ Voor de eerste proeve zijn we uitgegaan van 'liever teveel dan te weinig indicatoren'. In een volgende stap zal uit de groslijst van indicatoren een kleinere selectie gemaakt moeten worden.

In de eerste versie werd vastgesteld dat de indicatoren in de matrix, die afkomstig waren van de inventarisatie van bestaande indicatorenlijsten, vooral gemeenten, GGD'en en RIVM als object hadden. Er bleken nog weinig indicatoren te zijn die betrekking hebben op de activiteiten van het Rijk. Daarom zijn op verzoek van de opdrachtgever later indicatoren toegevoegd die vooral het Rijk als object hebben.

⁶ Daarmee wordt bedoeld: de indicator representeert iets substantieels. Het gaat bijvoorbeeld om:

- een veel voorkomend probleem;
- een weinig voorkomend probleem maar met een hoge individuele probleemlast;
- er zijn veel middelen, tijd en kosten mee gemoeid;
- het speelt al een rol in het beleid.

3 Resultaat

3.1 Eerste proeve indicatorenset

Het hierboven beschreven proces heeft geresulteerd in een matrix die gevuld is met indicatoren. Met deze indicatoren wordt beoogd te kunnen signaleren of het stelsel publieke gezondheid functioneert zoals gewenst is. De ontwikkelde indicatorenset PG heeft de status van een eerste proeve, waarin 177 indicatoren zijn opgenomen (zie bijlage 5, voor deze bijlage zijn de indicatoren uit de matrix gehaald en in een lijst gezet).

Voor de interpretatie van de indicatoren in de matrix zijn de volgende punten van belang:

- In overeenstemming met de opdracht hebben we gezocht naar een zo beknopt mogelijke set indicatoren. We hebben daarbij, via raadpleging van experts, geprobeerd de breedte van de PG te dekken; niet alle afzonderlijke taken uit de wet PG komen in de indicatorenset terug.
- De matrix is verdeeld in tien inhoudelijke thema's. We hebben ervoor gekozen om indicatoren zoveel mogelijk te plaatsen bij het thema waar ze het meest direct betrekking op hebben (bijv. of de zes beleidsspeerpunten in de gemeentelijke nota worden genoemd hebben we bij het thema gezondheidsbevordering geplaatst, maar deze zou ook bij gemeentelijk gezondheidsbeleid kunnen passen).
- Lege cellen in de matrix geven aan dat een indicator hier wat ons betreft niet van toepassing is, of minder relevant is.
- Wat ons betreft is voor de uiteindelijke indicatorenset een verdere inperking van het aantal indicatoren wenselijk.
- De indicatoren die in de matrix staan, zijn nog niet allemaal even ver uitgewerkt. Bij sommige is alleen een globale indicatornaam opgenomen, bij andere zijn al concretere beschrijvingen gegeven. Bij een deel van de indicatoren is toelichting of zijn opmerkingen toegevoegd. Dit kan betrekking hebben op de validiteit, meetbaarheid of nog nader te onderzoeken aspecten. Na een volgende selectiestap, zullen de geselecteerde indicatoren verder moeten worden uitgewerkt. Per indicator kan bijvoorbeeld een verantwoordingsdocument worden gemaakt, zie bijlage 6 voor twee voorbeelden.
- Sommige indicatoren hebben als uitkomst 'ja/nee'. Er zal nog een keuze gemaakt moeten worden hoe de resultaten hiervan gepresenteerd worden om de bruikbaarheid te vergroten.
- Onderdelen van de publieke gezondheid die niet binnen de wet PG zijn opgenomen vallen buiten de indicatorenset.

3.2 Flyer

In de flyer (zie bijlage 7) die we hebben ontworpen als mogelijke manier om de indicatoren in één oogopslag te presenteren, hebben we de aantallen indicatoren weergegeven voor elke combinatie van type indicator en thema. Ook de beschikbaarheid van de gegevensbronnen is aangegeven.

Voor het vervolgtraject zal nagedacht moeten worden hoe de presentatievorm nog beter kan, bijvoorbeeld door een digitale versie ervan te koppelen aan een website met achtergrondinformatie.

3.3 Beschikbaarheid gegevensbronnen

Voor alle indicatoren uit de matrix hebben we aangegeven of er een bron beschikbaar is. Grofweg kun je zeggen dat voor de indicatoren die volgens de manier 'van data naar concept' zijn opgesteld bronnen aanwezig zijn en voor de indicatoren die volgens de manier 'van concept naar data' zijn opgesteld niet.

Voor ongeveer de helft van de indicatoren zijn bronnen beschikbaar om de indicatoren in te vullen. Hoe gemakkelijk de informatie uit de bron kan worden gehaald, zal nog verder nagegaan moeten worden. Voor de indicatoren waarvoor momenteel geen bronnen beschikbaar zijn, de witte vlekken, hebben we aangegeven wat er voor nodig is om het gewenste inzicht te verkrijgen.

4 Mogelijke vervolgstappen naar een indicatorenset stelsel PG

4.1 Voorstel voor vervolg

VWS heeft het RIVM gevraagd om een voorstel te doen voor een vervolg op de 'eerste proeve' van de indicatorenset over het stelsel PG. Doel is om te komen tot een compacte indicatorenset door een selectie van indicatoren te maken uit de eerste proeve. Hieronder staat een aantal suggesties voor het vervolg beschreven.

4.2 Suggesties voor vervolgstappen

Overzicht beschikbaar bronnen

RIVM brengt in kaart voor welke van de 177 indicatoren er gegevens beschikbaar zijn of makkelijk gevuld kunnen worden. Daarmee wordt duidelijker op welke thema's snel resultaat is te halen en waarvoor nog veel extra activiteiten nodig zijn.

Thermometer: stelsebrede indicatoren

Een andere suggestie voor een vervolgstap is om enkele indicatoren te formuleren die gezamenlijk een goed beeld geven van de effectiviteit van de publieke gezondheid. Uit de groslijst van indicatoren worden indicatoren geselecteerd die thema-overstijgend zijn en een aangetoonde of veronderstelde relatie hebben met kwaliteit of gezondheidsuitkomsten.

Rijksindicatoren

Het Rijk heeft een aantal verplichtingen in de Wet publieke gezondheid. Voor een goed inzicht in het functioneren van het stelsel is informatie over de uitvoering van deze verplichtingen uiterst relevant. Hierover zijn ook indicatoren opgenomen in de eerste proeve van de indicatorenset. Deze indicatoren zullen verder uitgewerkt worden, eventueel zullen aanvullende indicatoren worden geselecteerd/ontwikkeld, en zal een selectie in de uiteindelijke set indicatoren stelsel PG worden opgenomen.

Thema Gezondheidsbescherming (Pijler 2 GGD)

Het onderwerp gezondheidsbescherming is wettelijk belegd bij de GGD en vormt ook een van de pijlers (pijler 2) van de GGD. Gezondheidsbescherming bestaat uit de thema's infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg). Dit is een duidelijk afgebakende pijler en voor deze thema's is er ook een overzichtelijke relatie van de GGD'en met het RIVM. We stellen voor om voor dit onderwerp een aantal indicatoren te selecteren, informatie te verzamelen en hierover te rapporteren.

Jeugdgezondheidszorg

Het thema jeugdgezondheidszorg is een echte gemeentelijke aangelegenheid. Deze taak is niet per se belegd bij de GGD. Iedere gemeente maakt eigen keuzes over welke partij de jeugdgezondheidszorg uitvoert. Er is veel informatie over de JGZ beschikbaar. Bij uitstek een thema dat als voorbeeld kan worden uitgewerkt.

Interbestuurlijk toezicht

Een andere vervolgstap is het formuleren van indicatoren aan de hand waarvan het Rijk zijn rol van interbestuurlijk toezichthouder kan vervullen. De ontwikkeling van deze indicatoren zal gebaseerd zijn op bestaande wetsartikelen, overeenkomsten en onderschreven richtlijnen met betrekking tot de toezichtsfunctie. Met name de indicatoren die met ja/nee kunnen worden ingevuld, lijken zich hiervoor te lenen. In dit proces kan ook de IGZ aandacht krijgen.⁷

Afbakening

Met dit voorstel om in te zoomen op stelselbrede indicatoren (thermometers), rijksindicatoren, indicatoren voor de thema's gezondheidsbescherming en jeugdgezondheidszorg en het thema bestuurlijk toezicht, wordt parallel voorgesteld om de thema's gezondheidsbevordering, ouderengezondheidszorg, rampen en crises, epidemiologie en SEGV vooralsnog niet uit te werken. Deze thema's kunnen later weer in zicht komen.

Expertmeeting

De indicatoren leggen we voor aan een groep experts om ze te beoordelen op een aantal criteria, om zo te komen tot een afgewogen indicatorenset.

Doel is een beperkt aantal te selecteren, die een goede afspiegeling vormen van het hele stelsel van PG (op de geselecteerde thema's). Deze aanpak kan snel een set indicatoren opleveren die door een beperkte groep experts en stakeholders relevant worden geacht, naar hun oordeel een goede validiteit bezitten (ze meten daadwerkelijk aspecten van kwaliteit) en in de praktijk zonder al te veel inspanning gemeten kunnen worden. Mocht het met de voorgelegde indicatoren niet mogelijk zijn om tot een set indicatoren te komen die steun krijgt, dan zal ook naar indicatoren op de groslijst gekeken worden waarvan het de verwachting was dat het lastiger zal zijn de meetgegevens te verkrijgen. Vervolgens kunnen de gegevens verzameld worden en tabellen en/of figuren gemaakt worden. Dit geeft een globale impressie van wat de indicatorenset uiteindelijk kan opleveren.

4.3 **Bijeenkomst Stuurgroep**

Op 4 maart 2016 is bovenstaand voorstel besproken in de Stuurgroep van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid. De Stuurgroep stelde nog een aantal kleine wijzigingen voor in het voorstel. Ten eerste werd voorgesteld om het thema SEGV als inhoudelijk onderwerp mee te nemen. Ten tweede werd geopperd om de onderdelen 'Thermometer' en 'Interbestuurlijk toezicht' achterwege te laten.

⁷ Noodzakelijk hiervoor is dat er duidelijke richtlijnen, wetsartikelen etc. zijn vastgelegd om indicatoren op te baseren. Wellicht wat later in de tijd zetten en eerst het bestuurlijke traject rond stelselverantwoordelijkheid en interbestuurlijk toezicht uitwerken.

5 **Bijlagen**

Bijlage 1: Betrokken partijen

Er is een kerngroep ingericht van RIVM-collega's van het centrum G&M die zich direct met de uitvoering en organisatie van het project hebben beziggehouden.

Daarnaast is er een brede RIVM-meedenkgroep ingericht, waarin de kerngroep zit, aangevuld met RIVM-ers vanuit de domeinen M&V, CIB en V&Z (waaronder CGL). Naast een bijeenkomst met de RIVM-meedenkgroep zijn de betrokkenen meerdere keren individueel benaderd. Hun bijdrage was vooral adviserend van aard en hen is concrete input gevraagd. Later in het traject zijn ook nog andere inhoudelijke experts binnen het RIVM benaderd om hun oordeel te geven over de opgestelde indicatorenlijsten.

Vanuit verschillende andere organisaties hebben contactpersonen meegedacht: IGZ, CBS, SCP, NCJ, ActiZ, GGD GHOR Nederland, VNG. In een expertbijeenkomst zijn met hen de volgende punten besproken: met welke indicatoren kan de stelselverantwoordelijkheid van VWS op de verschillende taakvelden uit de WPG gemonitord worden, wat zijn bruikbare datasets en waar zijn witte vlekken?

In de laatste anderhalve maand van het traject is wekelijks overleg geweest tussen GGD GHOR Nederland, de VNG (WagenaarHoes) en het RIVM om af te stemmen tussen de indicatorensets die vanuit de drie stromen ontwikkeld werden.

Bijlage 2: Beschrijving methode van concept naar data

Bij de methode 'van concept naar data' wordt systematisch een aantal stappen doorlopen. Dat kan gedaan worden aan de hand van de methodiek die het RIVM heeft opgesteld voor het ontwikkelen of herzien van indicatoren in de openbare gezondheidszorg (Gijsen et al., 20098), en is toegepast door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Hieronder worden de eerste stappen van die methodiek doorlopen voor de ontwikkeling van een indicatorenset PG. In de uitvoering van dit project is echter de methode 'van concept naar data' gecombineerd met de methode 'van data naar concept', wat is beschreven in de hoofdttekst van deze rapportage. De stappen die in deze bijlage zijn beschreven, betreffen dus enkel de stappen die volgens de methodiek doorlopen kunnen worden.

Doel en de gebruiker(s) van de indicatorenset

Gebruikers

De opdrachtgever voor het ontwikkelen van de indicatorenset, en de primaire gebruiker, is het ministerie van VWS, in het bijzonder de Directie Publieke Gezondheid. Daarnaast zijn er ook andere mogelijke gebruikers, zoals GGD'en, gemeenten, GGD en GHOR Nederland, VNG, zorgorganisaties en wetenschappelijke verenigingen.

Gebruiksdoel

Uit de kamerbrieven over betrouwbare publieke gezondheid blijkt dat de indicatorenset bedoeld is voor externe verantwoording. De minister wil namelijk weten of het stelsel, zoals beschreven in de wet PG, werkt (pag. 1, brief 5 okt. 2015), en geeft aan dat informatie over de inspanningen en prestaties in de PG ook voor lokale bestuurders beschikbaar moet zijn, waarmee zij de Gemeenteraad kunnen informeren (pag. 17, brief 28 aug. 2014). Als indicatorinformatie openbaar moet worden, betekent dat in het algemeen dat hoge eisen aan de indicatoren moeten worden gesteld. De indicatoren dienen valide te zijn, moeten betrouwbaar gemeten kunnen worden, en bij vergelijking van zorgaanbieders dient de vergelijking eerlijk te zijn.

Focus van de indicatorenset

Met het begrip 'focus' wordt bedoeld dat duidelijk is over wie de indicatoren iets zeggen (objecten), waarop de indicatoren betrekking hebben (kwaliteitsdomeinen), waarover zij informatie verschaffen (werkgebieden, taakvelden, wettelijke bepalingen) en op welk aggregatieniveau (bijvoorbeeld op regio-, instelling- of medewerkerniveau).

De objecten

Uit de opdrachtbeschrijving van onderhavig project blijkt dat de indicatorenset informatie moet geven over het functioneren van het stelsel van publieke gezondheid. Het functioneren is nader omschreven als de organisatie, uitvoering en effectiviteit van de publieke

⁸ Gijsen R, Post NAM, Witte KE, Bovendeur I, Kommer GJ, de Koning JS. Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg. Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basiset 2007.

gezondheidszorg. Er is in de opdrachtbeschrijving niet aangegeven wat de objecten van de indicatorenset zijn. Over het algemeen is een indicatorenset gericht op bepaalde zorgsectoren (bijv. ziekenhuiszorg) of processen waarbij een beperkt aantal objecten betrokken is (bijv. opvang en behandeling van een hartinfarct). Hier is het onderwerp van studie een stelsel, waarbij de objecten niet concreet benoemd zijn. Wel zijn de belangrijkste overheidsorganisaties die betrokken zijn bij het stelsel PG globaal benoemd, namelijk Rijk, RIVM, gemeenten en GGD'en (figuur 2). Ook de interactie tussen gemeenten en rijksoverheid is concreet genoemd, evenals de inhoudelijke uitoefening van taken door gemeenten en GGD'en (onderaan pag. 16, brief 28 aug. 2014). Uiteraard zijn vele andere actoren betrokken bij het stelsel van PG, dat wordt nader beschreven onder 'Actoren'.



Figuur 2: Het stelsel van PG (uit Kamerbrief 28 augustus 2014).

Kwaliteitsdomeinen

Zoals hierboven beschreven, moet de indicatorenset informatie opleveren over de organisatie, uitvoering en effectiviteit van het stelsel van PG. 'Effectiviteit' is dus een kwaliteitsdomein dat een duidelijke plaats zal moeten krijgen in de indicatorenset. Het kwaliteitsdomein 'tijdigheid' komt aan de orde bij bijvoorbeeld milieu-incidenten, rampen en grootschalige incidenten en infectieziektenbedreigingen. 'Toegankelijkheid' voor burgers bij bijvoorbeeld gezondheidsvragen en 'doelgroepgerichtheid' bij gezondheidsbevordering zullen ook van belang zijn. Een kernelement in de zorg door GGD'en is dat ook zorg verleend wordt aan kwetsbare groepen in de samenleving (kwaliteitsaspect 'rechtvaardigheid' of 'equity'). 'Doelmatigheid' is ook van belang, maar vaak lastig te meten (wat levert elke euro dat besteed wordt aan PG aan gezondheidswinst op?). 'Veiligheid' (het verlenen van zorg zonder onbedoelde en schadelijke resultaten voor patiënten en medewerkers) is waarschijnlijk een minder relevant kwaliteitsaspect in de PG. Mogelijk speelt dit in de meer medische taken enige rol (missen van gezondheidsproblemen in de JGZ, bijwerkingen(registratie) van vaccinaties, vermijdbare incidenten in de infectieziektebestrijding).

Aggregatieniveau

De set indicatoren moet wat zeggen over het functioneren van het stelsel van PG. Daarbij gaat het om een landelijk beeld. Daar passen indicatoren bij die op landelijk niveau worden gemeten. Daarbij is het van belang dat langjarige trendcijfers beschikbaar zijn, of vergelijkbare cijfers uit andere West-Europese landen, omdat anders geen vergelijkingsmateriaal voor handen is. Ook zijn indicatoren op GGD-regio of gemeenteniveau meegenomen, omdat dit variatie aangeeft. Grote regionale variatie is vaak ongewenst en kan aanleiding zijn voor nader onderzoek. De metingen op regionaal niveau (afkomstig van gemeenten of GGD'en) zouden geanonimiseerd gepresenteerd kunnen worden, bijvoorbeeld door als uitkomstmaat een spreidingsmaat te nemen.

Nadere duiding van de focus

Uit de brieven van de minister aan de Kamer (28 aug. 2014 en 5 okt. 2015) kan afgeleid worden wat het beoogde doel is van de indicatorenset. De minister geeft aan meer inzicht te wensen in de hieronder vermelde onderwerpen. Een nadere beschouwing daarvan kan aanknopingspunten bieden bij het vaststellen welke typen indicatoren gebruikt kunnen worden en op welke onderwerpen deze gefocust kunnen zijn. Wij hebben zelf een ordening aangebracht in de onderwerpen. Deze ordening kan helpen bij het besluiten of het gewenst is voor bepaalde onderwerpen indicatoren te ontwikkelen.

Stelsel in het algemeen

1. Inspanningen in de PG
2. Inzet van het stelsel PG (brief 5 okt 2015)
3. Werking van het stelsel PG (in het algemeen) (brief 5 okt 2015)
4. De verantwoordelijkheidsverdeling tussen Rijk en gemeenten in de PG
5. Interactie tussen gemeenten en Rijksoverheid
6. Prestaties in de PG
7. Effectiviteit van (het stelsel van) de publieke gezondheid (brief 5 okt 2015)

Toespitsing op lokaal niveau

8. Uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid
9. Functioneren van de PG op lokaal niveau
10. De taken die de gemeenten bij de GGD hebben belegd
11. Wijze waarop de taken door de gemeenten inhoudelijk worden uitgevoerd
12. Wijze waarop de gemeente de uitvoering van de taken heeft georganiseerd
13. Wat gemeenten doen (brief 5 okt 2015)

Verdere toespitsing op GGD'en

14. Rol van de GGD binnen de PG
15. Wat van een GGD kan worden verwacht
16. Verantwoordelijkheden van de GGD
17. Hoe de GGD is georganiseerd
18. Beschikbare financiële middelen bij GGD'en (plus waaraan het besteed wordt)
19. Beschikbaar personeel (plus taken) bij GGD'en
20. Hoe de GGD functioneert

21. Wijze waarop de taken door de GGD inhoudelijk worden uitgevoerd
22. Wijze waarop de GGD de uitvoering van de taken heeft georganiseerd
23. Geleverde prestaties door de GGD

Bijlage 3: Taakvelden Wet PG

Taakvelden / thema's uit de Wpg	
Hoofdgroep	Specificering
Algemene taken (artikel 2)	Het college van burgemeester en wethouders bevordert 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.
	Ter uitvoering van de in het eerste lid bedoelde taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
	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 gemeentelijke gezondheidsbeleid op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie
	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 medische milieukundige zorg
	Het bevorderen van technische hygiënezorg
	Het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen
	Het geven van prenatale voorlichting aan a.s. ouders
Jeugdgezondheidszorg tot 18 jaar (artikel 5)	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, met uitzondering van het perinatale onderzoek op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voorkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma
	Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding
	Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen
	Bij vastleggen van patiëntgegevens in de JGZ, wordt gebruik gemaakt van digitale gegevensopslag
Ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a)	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
Infectieziektebestrijding (artikel 6)	Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval behoort:
	Het nemen van algemene preventieve maatregelen op dit gebied
	Het bestrijden van tuberculose en seksueel overdraagbare aandoeningen, inclusief bron- en contactopsporing
	Bron- en contactopsporing bij meldingen als bedoeld in de artikelen 21, 22, 25 en 26
	Zorgdragen voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, alsmede op de bestrijding van een nieuw subtype humaan influenzavirus, waarbij ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat
	Leiding geven aan de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte, behorend tot groep B1, B2 of C, alsook de directe voorbereiding daarop en draagt zorg voor de toepassing van de maatregelen, bedoeld in hoofdstuk V
	Zorgdragen voor de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte behorend tot groep A, of een directe dreiging daarvan, en is dan ten behoeve van deze bestrijding bij uitsluiting bevoegd om toepassing te geven aan de artikelen 34, vierde lid, 47, 51, 54, 55 of 56
artikel 7	Voordat toepassing wordt gegeven aan het eerste, tweede of derde lid, voert Onze Minister een bestuurlijk afstemmingsoverleg waarbij in ieder geval Onze Minister van Infrastructuur en Milieu en de veiligheidsregio's of gemeenten die het aangaat, worden betrokken
artikel 8	Bestuur veiligheidsregio maakt een crisisplan dat is vastgesteld in overeenstemming met de gemeentelijke gezondheidsdienst
artikel 12	Onze Minister draagt ervoor zorg dat aan de informatieverplichtingen, voortvloeiende uit de Internationale Gezondheidsregeling, wordt voldaan.
artikel 17	Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt verstaan onder gemeentelijke gezondheidsdienst: een door de directeur publieke gezondheid van de gemeentelijke gezondheidsdienst aangewezen arts in dienst van de gemeentelijke gezondheidsdienst die gespecialiseerd is in infectieziektebestrijding
Nota gezondheidsbeleid (artikel 13)	Onze Minister stelt elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid en een landelijk programma voor

	uitvoering van onderzoek vast op het gebied van de publieke gezondheid
	De gemeenteraad stelt, binnen twee jaar na openbaarmaking van de landelijke nota, een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast
	De gemeenteraad neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid in ieder geval de landelijke prioriteiten in acht, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid
GGD in stand houden door de gemeente (artikel 14)	Zorgdragen voor de instelling en instandhouding van een regionale gezondheidsdienst per veiligheidsregio [met de naam: gemeentelijke gezondheidsdienst]. Dit vindt plaats via het treffen van een gemeenschappelijke regeling
	Gemeentelijke gezondheidsdienst staat onder leiding van een Directeur PG, die wordt benoemd door het Algemeen bestuur van de GGD in overeenstemming met het bestuur van de veiligheidsregio
Aanwezigheid bepaalde beroepsgroepen bij GGD (artikel 15)	Het college van burgemeester en wethouders draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op de volgende terreinen: a. sociale geneeskunde, b. epidemiologie, c. sociale verpleegkunde, d. gezondheidsbevordering, en e. gedragswetenschappen
Gevraagd en ongevraagd adviseren van GGD aan gemeente (artikel 16)	Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst
interdepartementale & internationale samenwerking (artikel 3)	Onze Minister bevordert interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg
artikel 4	Onze Minister draagt zorg voor de vaccinaties, opgenomen in een bij ministeriële regeling vast te stellen vaccinatieprogramma, waarin wordt aangegeven welke doelgroepen voor vaccinatie in aanmerking komen alsmede hoe de uitvoering van dat programma plaatsvindt.

NB: Bijzondere bepalingen infectieziektebestrijding (artikel 17 t/m 58) zijn hier niet vermeld, omdat hier geen specifieke indicatoren voor zijn geselecteerd.

Bijlage 4: Overzicht van beschikbare indicatorensets en potentiële indicatoren

Er zijn reeds verschillende indicatorensets in gebruik, in ontwikkeling of in het verleden ontwikkeld. Bovendien zijn er databases, enquêtes en publicaties waaruit indicatoren afgeleid kunnen worden. Hieronder volgt een lijst van opgespoorde indicatorensets (in willekeurige volgorde):

- Strategische benchmark GGD
- Monitor Sociaal domein, waaraan een aantal indicatoren PG wordt toegevoegd
- tien bestuurlijke indicatoren BZK
- Basisset PG IGZ
- IGZ rapport naar infectieziekten en tbc (2015) [geen indicatoren maar wel relevant t.b.v. betreffende taakveld]
- Leefstijlmonitor en Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS, RIVM
- Jeugdgezondheidsmonitor GGD'en, CBS, RIVM
- AEF-rapport Borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD (2013)
- Lijsten intern beschikbaar vanuit Zorgbalans, VTV, VZinfo, de Staat van V&Z
- Maatschappelijke Verantwoording in de OGZ (Beter Voorkomen)
- Jaarverslagen zorg (DigiMV) [geen PG informatie, maar kan als voorbeeld dienen]
- WHO Europe, The European health report
- Lijst van kernindicatoren GIDS-gemeenten (GGD GHOR NL)
- Lijst van indicatoren Gezond In...
- Indicatoren/doelen in NPP
- Begroting VWS
- HKZ
- Scan gemeentelijk gezondheidsbeleid (GHOR)
- Capaciteitsorgaan [geen indicatoren maar wel relevant voor het domein capaciteit]
- Wmo-evaluatie (SCP, tweede evaluatie is onlangs verschenen)
- Rapporten Rekenkamer
- Nieuw toetingsinstrument voor de afdeling IZB, ontwikkeld door het landelijk Overleg Infectieziekten (LOI) [zie Hulsbosch, Inf Bull 2011)
- Gemeentelijke monitor sociaal domein
- Monitor sociaal kwetsbaren groepen
- Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO (2012)
- RIVM rapport OGZ (2009)
- Visiedocument Gemeentelijk Gezondheidsbeleid, opgesteld door de VNG, enkele gemeenten, de IGZ en het RIVM, en vastgesteld door ActiZ, GGD Nederland, IGZ, RIVM, VNG en ZonMw (2009)

Bijlage 5: Eerste proeve indicatorenset voor het stelsel publieke gezondheid

	Type indicator	Onderwerpen en doelen	INDICATOR
Gemeentelijk gezondheidsbeleid			
1	Input	Gemeentelijke nota	% gemeenten dat tenminste eens per vier jaar een gemeentelijke of regionale nota uitbrengt waarin het volksgezondheidsbeleid is vastgelegd.
2			% gemeenten dat in een nota beleidsdoelen op het terrein van de volksgezondheid heeft vastgesteld.
3			% gemeenten dat in een nota, voor elk van de gestelde gezondheidsdoelen, een pakket van activiteiten heeft vastgesteld, dat nodig is om met een zekere mate van waarschijnlijkheid de gestelde gezondheidsdoelen te halen.
4			% gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met andere gemeentelijke of regionale nota's (zoals wmo-nota, of nota ruimte).
5		Formele samenwerking	% gemeenten waar formele samenwerkingsverbanden zijn tussen partijen binnen de publieke gezondheidszorg, tussen PG en partijen uit de curatieve sector, en tussen PG en GHOR, blijkend uit bijv. convenanten, samenwerkingsovereenkomsten, netwerkstructuren of reguliere overleggen (met agenda en verslag).
6			% gemeenten dat deel uitmaakt van een gemeenschappelijke regeling met betrekking tot de instelling en instandhouding van een GGD per veiligheidsregio.
7			Vindt er minimaal 2 keer per jaar een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) plaats tussen de vier landelijke kernorganisaties in het PG-domein, te weten VWS, VNG, RIVM en GGD GHOR Nederland?
8			Worden gemeenten, GGD'en, ZonMw en RIVM betrokken bij het opstellen van de kennis- en ontwikkelagenda door VWS?
9			Vindt er minimaal 2 keer per jaar een bijeenkomst plaats tussen het RIVM en de directeurs van GGD'en?
10		Landelijke ondersteuning	% gemeenten dat gebruikmaakt van landelijke ondersteuning in de regionale kennisagenda/-ontwikkeling volksgezondheid, in de vorm van subsidieverstrekking onderzoek (via ZonMw, ACWP's, of universiteiten/ UMC's).

11			Wordt door lokale beleidsmakers in het vormgeven en uitvoeren van het lokale PG-beleid voldoende ondersteuning ervaren vanuit de landelijke overheid (VWS) (in de zin van geld, ondersteuningsmiddelen en communicatie) (ervaringsvraag)?
12			Is er zowel in het vervaardigen van de VTV als in het opstellen van de landelijke nota aandacht voor regionale verschillen?
13	Proces	Kwaliteit / tijdigheid	Is er een systeem ingericht van onafhankelijk toezicht op de kwaliteit van de uitvoering op zowel regionaal als landelijk niveau van IZB, THZ, JGZ, MMK en Rampen- en Crises-beleid en wordt hierover ten minste tweejaarlijks(?) gerapporteerd, bijv. door IGZ, de Rekenkamer of middels auditrapporten of beleidsdoorlichtingen (Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek)? % GGD'en met een jaarlijks opleidingsplan.
14			% GGD'en met een jaarlijks opleidingsplan.
15			% GGD'en dat interne audits uitvoert om de professionele kwaliteit te verbeteren volgens een vooraf vastgesteld plan.
16			% GGD'en dat participeert in wetenschappelijk onderzoek.
17	Output	Opgeleverde producten	Het totaal aantal schriftelijke adviezen van de GGD aan gemeente(n) in een jaar; (gewogen) gemiddelde van GGD'en + spreidingsmaat.
18			Wordt elke vier jaar door het RIVM een landelijke VTV opgeleverd?
19			Wordt elke vier jaar door VWS een landelijke nota volksgezondheid/gezondheidsbeleid uitgebracht, mede gebaseerd op de informatie uit die VTV?
Epidemiologie			
20	Input	Capaciteit	Aantal fte onderzoekers werkzaam op de afdeling onderzoek en beleid bij de GGD per 100.000 inwoners; (gewogen) gemiddelde van GGD'en + spreidingsmaat.
21		Financiën	Directe uitgaven door gemeenten aan onderzoek door afdelingen onderzoek en beleid bij de GGD in euro per inwoner; (gewogen) gemiddelde van gemeenten + spreidingsmaat.
22		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota een doelstelling beschreven heeft op het gebied van epidemiologie.
23		Richtlijnen	Beschikbaarheid van een richtlijn of handreiking (bij GGD GHOR Nederland of de Vereniging voor Epidemiologie) over de praktische uitvoering van de epidemiologische taak door GGD'en.
24		Landelijke ondersteuning	Beschikbaarheid van landelijke ondersteuning bij de uitvoering van de epidemiologische taak door GGD'en.

25		Activiteiten / rapportages	% GGD'en dat ten behoeve van de inventarisatie van de gezondheidssituatie in de regio, alle speerpunten die genoemd zijn in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid, in de afgelopen 4 jaar ten minste één maal heeft gemonitord.
26			% GGD'en dat hierbij onderscheid heeft gemaakt naar relevante doelgroepen (bijv. leeftijd, opleiding).
27			% GGD'en dat de resultaten openbaar heeft gemaakt via de website.
28			% gemeenten dat lokale gegevens over de speerpunten die genoemd zijn in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid, presenteert in de gemeentelijke gezondheidsnota.
29			% gemeenten dat de gegevens over de speerpunten op wijkniveau presenteert (in de gemeentelijke nota en/of op de gemeentelijke website).
30			% gemeenten dat een gemeentelijk gezondheidsprofiel of wijkgezondheidsprofiel heeft opgesteld.
31			% gemeenten waarin gemeenteambtenaren de uitkomsten van de gezondheidsmonitor hebben besproken met medewerkers van de GGD.
32			% GGD'en waar werknemers het afgelopen jaar cursussen op het gebied van epidemiologie hebben gevolgd.
33	Proces	Kwaliteit / tijdigheid	% GGD'en dat voor de borging van de kwaliteit van onderzoek samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen), onderzoeksinstituten of andere GGD'en.
34			% van de interventies die door een GGD worden uitgevoerd, waaraan een onderzoek is gekoppeld.
35	Output	Opgeleverde producten	% GGD'en dat eens in de vier jaar een volksgezondheidsrapportage uitbrengt.
Gezondheidsbevordering			
36	Input	Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen als beleidsspeerpunten heeft benoemd.
37			% gemeenten dat in de gemeentelijke nota naast de landelijke speerpunten ook speerpunten op het gebied van gezondheidsbevordering die passen bij de lokale situatie heeft benoemd.
38		Samenwerking	% gemeenten waarin formele samenwerkingsverbanden zijn tussen partijen die gezondheidsbevordering uitvoeren en andere relevante partijen, waaronder eerstelijnszorg, GGD'en, scholen en organisaties in de wijk, blijkend uit bijv. convenanten, samenwerkingsovereenkomsten, netwerkstructuren of reguliere overleggen (met agenda en verslag).
39		Landelijke ondersteuning	% gemeenten waar gebruikgemaakt wordt van de handreiking gezonde gemeente.

40			% door ZonMw geëvalueerde/onderzochte/opgezette interventies die door ten minste x gemeenten zijn geïmplementeerd.
41	Proces	Activiteiten / rapportages	% GGD-regio's waar ten minste één door het CGL als erkende interventie op het gebied van roken, overgewicht, alcoholgebruik, diabetes, depressie of bewegen wordt aangeboden.
42		Kwaliteit / tijdigheid	% gemeenten dat een door ZonMw positief geëvalueerde interventies heeft geïmplementeerd (en omgekeerd: % gemeenten dat een door ZonMw negatief geëvalueerde interventies toch gebruikt).
43	Output	Bereik / deelname bevolking	% scholen met het Vignet Gezonde School (basisscholen) (NL totaal, trend).
44			% scholen met het Vignet Gezonde School (middelbare scholen) (NL totaal, trend).
45			% rokers van 15+ jaar dat een serieuze stoppoging heeft gedaan (NL totaal, trend).
46			% rookvrije mbo-scholen (NL totaal, trend).
47	Uitkomst	Gezondheid	% jongeren dat rookt in Nederland (trend).
48			% rokers van 19-64 jaar in Nederland (trend).
49			% kinderen met overgewicht in Nederland (trend).
50			% 19-64 met ernstig overgewicht in Nederland (trend).
51			Incidentie en prevalentie van diabetes in Nederland (trend).
52			% volwassenen dat voldoet aan de norm gezond bewegen in Nederland (trend).
53			Incidentie en prevalentie van depressie in Nederland (trend).
54			% volwassenen en ouderen met zwaar alcoholgebruik in Nederland (trend).
55			Levensverwachting (trend, regionale spreiding).
56			Gezonde levensverwachting (trend, regionale spreiding).
Jeugdgezondheidszorg			
57	Input	Capaciteit	Aantal fte JGZ-verpleegkundigen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 0 t/m 18 jaar; (gewogen) gemiddelde van GGD'en + spreidingsmaat.
58			Aantal fte jeugdartsen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 0 t/m 18 jaar; (gewogen) gemiddelde van GGD'en + spreidingsmaat.
59		Financiën	Directe uitgaven door gemeenten aan JGZ in euro per kind 0 t/m 18; (gewogen) gemiddelde van gemeenten + spreidingsmaat.
60		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota het thema JGZ genoemd heeft.

61			% gemeenten waar de JGZ een actieve (gevraagde en ongevraagde) adviesfunctie heeft naar gemeenten m.b.t. het functioneren en de gezondheid van de jeugd in de betreffende regio.
62			% gemeenten waarbij in de gemeentelijke nota aandacht is voor de samenwerking tussen JGZ en voor de regio relevante partijen.
63		Richtlijnen	Beschikbaarheid van richtlijnen /standaarden voor het basispakket JGZ.
64		Samenwerking	% gemeenten waarin formele samenwerkingsverbanden zijn tussen JGZ en partijen in de eerste lijn en jeugdzorg / jeugd-ggz, blijkend uit bijv. convenanten, samenwerkingsovereenkomsten, netwerkstructuren of reguliere overleggen (met agenda en verslag).
65	Proces	Kwaliteit / tijdigheid	% jeugdigen (0-18 jaar) met een verwijzing naar zorg door JGZ, waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is dat ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn.
66	Output	Bereik / deelname bevolking	% jeugdigen (0-18 jaar) in beeld bij JGZ = alle jeugdigen woonachtig in het werk-/postcodegebied van de JGZ-organisatie óf jeugdigen verblijvend in het werk-/postcodegebied van de JGZ-organisatie én bekend bij de JGZ.
67			% jeugdigen (0-18 jaar) in zorg bij JGZ: alle jeugdigen woonachtig in het werk-/postcodegebied van de JGZ-organisatie, tenzij de jeugdige elders in zorg is en de zorg (tijdelijk) is overgedragen aan een andere zorgorganisatie of professional (bijv. huisarts) die JGZ biedt, én jeugdigen woonachtig buiten het werk-/postcodegebied van de JGZ-organisatie en van wie de jeugdgezondheidszorg aan deze JGZ-organisatie is overgedragen.
68			Bereik JGZ: alle (ouders van) jeugdigen die in zorg zijn én gebruikmaken van de aangeboden jeugdgezondheidszorg.
69			% jeugdigen (15/16 jaar) dat het adolescentencontactmoment jeugdgezondheidszorg heeft gehad t.o.v. het totaal aantal kinderen (15/16 jaar) in Nederland.
70			Deelnamegraad bevolkingsonderzoek hielprik.
71			Deelnamegraad neonatale gehoorscreening 1e/2e/3e gehoorscreeningsronde.
72			% kinderen (0-18 jaar) dat de basisvaccinatie van het RVP (DKTP-Hib-HepB, BMR, MenC, pneumokokken) heeft ontvangen in het JGZ-werkgebied.
73	Uitkomst	Gezondheid	Incidentie pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening die is opgespoord in het programma 'neonatale hielprikscreening' in Nederland (per jaar).
74			Incidentie opgespoorde gehoorafwijkingen bij de neonatale gehoorscreening in Nederland (per jaar).
75			Incidentie RVP-ziekten in Nederland (per jaar).
76		Klanttevredenheid	Tevredenheid van ouders en kinderen met betrekking tot de zorgverlening door jeugdartsen en

			jeugdverpleegkundigen.
Ouderengezondheidszorg			
77	Input	Financiën	Optie 1: Directe uitgaven door gemeenten aan gezondheidszorg van ouderen in euro per inwoner; (gewogen) gemiddelde + spreidingsmaat. Optie 2: Is er een specifiek budget beschikbaar voor de gezondheidszorg voor ouderen? Hoeveel is dat?
78		Gemeentelijke nota	% gemeenten waarbij in de gemeentelijke nota aandacht geschonken wordt aan gezondheid van ouderen.
79			% gemeenten dat in de gemeentelijke nota een doelstelling beschreven heeft op het gebied van gezondheid van ouderen.
80		Richtlijnen	Beschikbaarheid van een richtlijn of handreiking (bij GGD GHOR Nederland of kenniscentrum) over de praktische uitvoering van de taak ouderengezondheidszorg door GGD'en.
81		Samenwerking	% gemeenten dat formeel samenwerkt met externe partijen die betrokken zijn bij de activiteiten op het gebied van gezondheid(szorg) voor ouderen.
82		Landelijke ondersteuning	Beschikbaarheid van landelijke ondersteuning (informatie, handreikingen, advies) bij de uitvoering van de taak ouderengezondheidszorg door gemeenten en GGD'en.
83	Proces	Activiteiten / rapportages	% gemeenten waarin voor ouderen de volgende activiteiten zijn uitgevoerd in het betreffende meetjaar: - opsporing van algemene gezondheidsproblemen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren. - opsporing van specifieke gezondheidsproblemen (waaronder multimorbiditeit). - opsporing van ouderen die moeite hebben met maatschappelijke/sociale participatie.
84			% GGD'en dat de gezondheidssituatie van ouderen in de regio heeft gemonitord (incl. risicofactoren).
85			% gemeenten dat beschikking heeft over gegevens over de gezondheidssituatie van ouderen op wijk- of dorpsniveau.
86			Beschikbaarheid van bewezen effectieve interventies voor relevante onderwerpen voor ouderen in de i-database.
87			% gemeenten waarin alle aangeboden interventies aan ouderen door het Centrum Gezond Leven gekenmerkt worden als ten minste goed beschreven.
88			% gemeenten / GGD'en dat de zorgbehoefte van ouderen in de regio in kaart heeft gebracht.
89			% gemeenten waarin specifieke preventieve activiteiten voor ouderen worden aangeboden.

90			% GGD'en/gemeenten dat specifieke maatregelen voor ouderen heeft geformuleerd ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.
91			% gemeenten dat ouderen betreft bij het opstellen van beleid rondom preventieve ouderenzorg
92	Output	Bereik / deelname bevolking	% ouderen dat is toegeleid naar gepaste zorg en ondersteuning van de ouderen bij wie een gezondheidsprobleem of -risico was opgespoord.
93	Uitkomst	Gezondheid	% ouderen met een hoge mate van welzijn/welbevinden.
94			% ouderen met weinig sociale contacten/eenzaamheid.
95			% ouderen met lichamelijke (cognitieve?) beperkingen.
96			% ouderen met (risico op) psychische (depressieve) klachten, problemen met alcohol, slaapproblemen.
97			% ouderen met lichamelijke inactiviteit.
98			Een van de volgende opties: % ouderen dat niet meer zelfstandig kan wonen. % ouderen met beperkte maatschappelijke participatie. % ouderen dat redzaam is. % ouderen dat de weg naar ondersteunende voorzieningen weet te vinden.
Infectieziektebestrijding			
99	Input	Capaciteit	% GGD-regio's waar beschikbare totale formatie IZB < VISI norm.
100			Aantal fte sociaal-verpleegkundigen SOA bij de GGD per 100.000 inwoners; (gewogen) gemiddelde van GGD'en + spreidingsmaat.
101			Aantal fte sociaal-verpleegkundigen TBC bij de GGD per 100.000 inwoners; (gewogen) gemiddelde van GGD'en + spreidingsmaat.
102			Aantal GGD'en met een SOA-poli.
103			% GGD-regio's waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van GGD'en 100% sluitend geregeld is (door een provinciale piketdienst van artsen infectieziektebestrijding).
104			De 24-uurs bereikbaarheid van het RIVM (Landelijk Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI)) is 100% sluitend geregeld.
105		Financiën	Directe uitgaven door gemeenten aan infectieziektebestrijding in euro per inwoner; (gewogen) gemiddelde van gemeenten + spreidingsmaat.
106		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota het thema infectieziektebestrijding genoemd heeft.
107		Richtlijnen	Beschikbaarheid van een procedure voor het actueel houden van de richtlijnen of handreikingen uit de publieke infectieziektebestrijding (LCI).

108			Beschikbaarheid van een procedure voor het actueel houden van de richtlijnen of handreikingen uit de curatieve sector op het gebied van infectieziektebestrijding.
109		Samenwerking	Beschikbaarheid van een protocol om de relaties tussen de bestuurlijke infectieziekten autoriteiten (minister, burgemeester) en operationele bestrijdingsorganisaties (RIVM, GGD, laboratoria) vast te leggen.
110			% GGD-regio's waar een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) plaatsvindt tussen de afdeling algemene infectieziektebestrijding van de GGD en de volgende instellingen: GHOR, veiligheidsregio, laboratoria, NVWA, ziekenhuizen.
111			% GGD'en dat participeert in een regionaal samenwerkingsverband met andere GGD'en (schriftelijk vastgelegd).
112			De samenwerking tussen de publieke en de curatieve gezondheidszorg op het terrein van infectieziekten is formeel vastgelegd.
113			De samenwerking tussen de publieke en de curatieve gezondheidszorg op het terrein van anti-microbiële resistentie is formeel vastgelegd.
114			Wie de diverse referentietaken voor meldingsplichtige ziekten uitvoert, is formeel vastgelegd.
115			Is de structuur van het OMT-BOA zodanig dat opschaling tot het ministeriele niveau efficiënt en snel kan plaatsvinden?
116		Landelijke ondersteuning	Beschikbaarheid van landelijke ondersteuning bij de uitvoering van taken op het gebied van infectieziektenbestrijding door GGD'en.
117	Proces	Activiteiten / rapportages	% GGD regio's waar ten minste eens per jaar geoefend wordt met een grootschalige uitbraak.
118			% GGD'en dat werkt met het concept van regionale risicoprofielen om potentieel gevaarlijke situaties op het gebied van infectieziekten, risicovolle instellingen of installaties in beeld te hebben.
119		Kwaliteit / tijdigheid	Snelheid waarmee landelijke uitbraken van infectieziekten leiden tot bronopsporing.
120	Output	Bereik / deelname bevolking	Aantal SOA-consulten per fte sociaal-verpleegkundige SOA.
121	Uitkomst	Gezondheid	Incidentie ziekten uit groep A in Nederland (per jaar, trend).
122			Incidentie ziekten uit groep B1 in Nederland (per jaar, trend).
123			Incidentie ziekten uit groep B2 in Nederland (per jaar, trend).
124			Incidentie ziekten uit groep C in Nederland (per jaar, trend).
125			Incidentie TBC in Nederland (per jaar, trend).

126			Incidentie soa in Nederland (per jaar, trend).
127	Input	Capaciteit	Aantal fte THZ (arts/hygiënist) per GGD-regio per 100.000 inwoners; (gewogen) gemiddelde van GGD-regio's + spreidingsmaat.
Technische hygiënezorg			
128		Financiën	Directe uitgaven door gemeenten aan THZ in euro per inwoner; (gewogen) gemiddelde van gemeenten + spreidingsmaat.
129		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota het thema THZ genoemd heeft.
130		Richtlijnen	Beschikbaarheid van een procedure voor het actueel houden van de richtlijnen bij het Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV).
131	Proces	Activiteiten / rapportages	% GGD'en met een register van instellingen die meldingsplichtig zijn. En dit wordt minstens ieder kwartaal geactualiseerd.
132	Output	Bereik / deelname bevolking	Het aantal artikel 26 meldingen per 100.000 inwoners. (spreidingsmaat).
Medische milieukunde			
133	Input	Capaciteit	% GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen ($\geq$.. fte artsen M&G profiel medische milieukunde per 10.000 inwoners).
134		Financiën	Directe uitgaven door gemeenten aan medische milieukunde in euro per inwoner; (gewogen) gemiddelde van gemeenten + spreidingsmaat.
135		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota het thema medische milieukunde genoemd heeft.
136		Richtlijnen	Beschikbaarheid van richtlijnen of handreikingen (bij GGD GHOR Nederland of RIVM) over de praktische uitvoering van de medisch milieukundige taak door GGD'en.
137			Beschikbaarheid van een procedure voor het actueel houden van de richtlijnen of handreikingen (bij GGD GHOR Nederland of RIVM).
138		Samenwerking	% gemeenten waarin formele samenwerkingsverbanden zijn tussen MMK van de GGD en relevante partijen: a) woningcorporaties; b) afdeling/dienst omgeving, milieu, stedelijke ontwikkeling, bouw- en woningtoezicht, ruimtelijke ordening en welzijn o.i.d. van de gemeente; c) scholen en kinderdagverblijven.
139		Landelijke ondersteuning	Beschikbaarheid van landelijke ondersteuning bij de uitvoering van de medisch milieukundige taak door GGD'en (incl. nazorg bij rampen en crises). sub 1: ja/nee sub 2: aantal fte

140	Proces	Activiteiten / rapportages	% bestuurlijke beslissingen op het gebied van (o.a.) wonen, verkeer en ruimtelijke ordening in GGD-regio's waarbij vastgesteld kan worden dat de afdeling MMK van een GGD betrokken is geweest.
141	Output	Bereik / deelname bevolking	Gemiddeld aantal meldingen (per 10.000 inwoners) per GGD over het (binnen)milieu dat door een MMK-medewerker (1) is afgehandeld (direct telefonisch dan wel door persoonlijke waarneming) of (2) waarbij is doorverwezen.
142		Opgeleverde producten	Aantal gevraagde en ongevraagde adviezen van afdelingen MMK aan gemeenten en andere partijen (per 10.000 inwoners).
143			Gemiddeld aantal meldingen van milieugerelateerde gezondheidsklachten (per 10.000 inwoners) per GGD. Presentatie: (gewogen) gemiddelde per GGD + spreidingsmaat.
144	Uitkomst	Gezondheid	% gemeenten met ten minste één wijk met een gemiddelde NO ₂ -concentratie van meer dan 40 µg/m ³ [=EU norm].
145			% woningen in geluidscontour vanaf 55 dB.
146			% woningen met schimmel- en vochtproblemen.
147			Prevalentie van slaapverstoring, geluidshinder en luchtwegklachten.
148			Prevalentie en/of incidentie van specifieke aandoeningen: astma, CO-vergiftiging, mesothelioom.
149		Klanttevredenheid	% meldingen (over het binnenmilieu) waarbij de melder tevreden is met de afhandeling van de meldingen door de GGD.
150			Tevredenheid van medewerkers MMK bij GGD'en over de landelijke ondersteuning door het Centrum Gezondheid en Milieu van het RIVM.
Rampen en crises			
151	Input	Capaciteit	% GGD-regio's met de beschikking over een crisisteam dat bestaat uit minimaal een coördinator crisisteam, procesleider en communicatieadviseur, eventueel aangevuld met een ondersteuner, dat waar nodig opgeschaald kan worden.
152			% GGD-regio's waarbij de 24-uurs bereikbaarheid 100% sluitend geregeld is.
153		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota het thema rampenbestrijding genoemd heeft.
154		Richtlijnen	Beschikbaarheid van een procedure voor het actueel houden van de richtlijnen of handreikingen over de praktische uitvoering van de taken van regionale hulpdiensten in zowel de koude fase als de warme fase van rampen en crises (Centrum Gezondheid en Milieu van het RIVM).
155			% GGD-regio's dat een crisisplan (GROP: GGD rampenopvangplan) heeft vastgesteld, waarin relevante deelplannen zijn toegevoegd: tenminste de opgeschaalde processen infectieziektenbestrijding; medische milieukunde, psychosociale hulp en gezondheidsonderzoek bij

			rampen.
156		Samenwerking	% gemeenten waar een crisisplan is vastgelegd waarin operationele afspraken met relevante partijen zijn vastgelegd, waaronder tenminste zorgketenpartners, de GHOR, andere hulpverleningsdiensten zoals politie en brandweer en leveranciers.
157			%gemeenten waarin, met betrekking tot het kunnen verlenen van psychosociale hulp bij rampen, samenwerkingsafspraken tussen Slachtofferhulp, GGZ, Maatschappelijk werk (met op verzoek ondersteuning vanuit Impact, partner in ARQ en RIVM) in een convenant zijn vastgelegd.
158		Landelijke ondersteuning	Beschikbaarheid van landelijke ondersteuning (vanuit CGM en VWS) bij de uitvoering van de taken van lokale hulpdiensten in zowel de koude fase als de warme fase van rampen en crises.
159	Proces	Kwaliteit / tijdigheid	% GGD-regio's waar jaarlijks afwisselend tenminste twee van de vier genoemde deelprocessen (infectieziektenbestrijding; medische milieukunde, psychosociale hulp en gezondheidsonderzoek bij rampen) door middel van simulatie- en/of realistische oefeningen worden uitgevoerd.
160			%GGD-regio's, waar de besluitvorming voor het al dan niet uitvoeren van een GOR (Geneeskundig Onderzoek bij Rampen) is vastgelegd conform de Handreiking GOR (2014).
161			%GGD-regio's waarbij de instellingen (ziekenhuizen en GGD-en) voldoen aan het Kwaliteitskader Crisesbeheersing en OTO (Opleiden, Trainen, Oefenen).
162	Uitkomst	Klanttevredenheid	Resultaat GOR (Geneeskundig Onderzoek bij Rampen): inzicht in tevredenheid getroffen en over verleende hulp, inclusief nazorg.
SEGV			
163	Input	Financiën	Directe uitgaven door gemeenten aan activiteiten gericht op het verminderen/voorkomen van SEGV in euro per inwoner; (gewogen) gemiddelde van gemeenten + spreidingsmaat.
164		Gemeentelijke nota	% gemeenten dat in de gemeentelijke nota een doelstelling beschreven heeft op het gebied van SEGV.
165		Richtlijnen	Beschikbaarheid van een richtlijn of handreiking (bij GGD GHOR Nederland of CGL) over de aanpak van SEGV door GGD'en.
166	Proces	Activiteiten / rapportages	% GGD-regio's waar ten minste één interventie gericht op het verminderen/voorkomen van SEGV wordt aangeboden.
167	Output	Bereik / deelname bevolking	% GGD'en/gemeenten waar de doelgroep mensen met een lage sociaaleconomische status in beeld is gebracht door een wijkprofiel.
168	Uitkomst	Gezondheid	% mensen dat rookt naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).

169			% mensen met overgewicht naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).
170			% mensen met ernstig overgewicht naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).
171			% 19-64 met ernstig overgewicht in Nederland (index RIVM, trend).
172			Prevalentie van diabetes naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).
173			% volwassenen dat voldoet aan de norm gezond bewegen naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).
174			Prevalentie van depressie in Nederland (index RIVM, trend).
175			% volwassenen en ouderen met overmatig alcoholgebruik naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).
176			Vershil in levensverwachting naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).
177			Vershil gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).

Bijlage 6: Voorbeelden van verantwoordingsdocumenten bij de indicatoren

Hieronder zijn concepten verantwoordingdocumenten bij twee indicatoren opgenomen, een input- en uitkomst-indicator. Op basis van deze informatie zullen in een later stadium de indicatoren beoordeeld kunnen worden.

Indicatornaam	Capaciteit gezondheidsbevordering bij GGD'en
<i>Definitie/berekening van de indicator</i>	Aantal fte geschoolde medewerkers gezondheidsbevordering bij de GGD'en per 100.000 inwoners
<i>Presentatie</i>	(Gewogen) gemiddelde van alle GGD'en in Nederland + een spreidingsmaat (bijv. minimum, maximum, interkwartielafstanden)
<i>Leeftijd (of andere selectie)</i>	n.v.t.
<i>Interpretatie</i>	Meer capaciteit is niet perse beter. De benodigde capaciteit is onder meer afhankelijk van de gezondheid van de bevolking en de vraag of de GGD gezondheidsbevorderingstaken zelf uitvoert of uitbesteedt.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Voor het uitvoeren van gezondheidsbevorderings-taken is voldoende geschoold personeel nodig. Bij een te krappe bemensing is het moeilijk om aan relevante doelgroepen zorg van goede kwaliteit te bieden. Voor zover wij weten is niet wetenschappelijk aangetoond dat meer capaciteit leidt tot een betere volksgezondheid.
<i>Bron</i>	Benchmark GGD
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Elk jaar
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Specifieke aandachtspunten bij de cijfers</i>	
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	• Alle GGD'en geven eenmaal per jaar aan wat op peildatum het aantal fte is. • Zowel vast als tijdelijk personeel. • Met geschoold wordt (bijv.) bedoeld MBO, HBO of academisch geschoold en met (aanvullende) opleiding in de gezondheidsbevordering.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Meer capaciteit betekent niet per definitie dat betere zorg wordt geleverd (en vice versa). GGD'en met weinig capaciteit kunnen de bevorderingstaken elders hebben belegd, of andere partijen voeren reeds gezondheidsbevorderingactiviteiten op eigen initiatief uit. Deze indicator heeft vooral als doel achtergrondinformatie te geven. Indien bijvoorbeeld de uitkomsten blijken te verslechteren of er grote verschillen zijn tussen GGD'en in uitkomsten, kan nagegaan worden of dat correleert met de beschikbare capaciteit (in de jaren daarvóór).

<i>Uitsplitsing die gewenst én mogelijk is</i>	n.v.t.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Verschuiving van activiteiten van en naar andere organisaties
<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>Referenties en links</i>	

Indicator naam	Prevalentie gezondheidsproblemen
<i>Subindicatoren (voorbeelden)</i>	• Prevalentie van roken onder jongeren • Prevalentie van roken onder 19-64 jarigen • Incidentie van invasieve luchtwegtumoren • Prevalentie van overgewicht onder kinderen • Prevalentie van overgewicht onder 19-64 jarigen • Prevalentie van depressie en alcoholgebruik
<i>Definitie/berekening van de indicator</i>	Aantal personen met een (risico) op een aandoening per 100 inwoners
<i>Presentatie</i>	(Gewogen) gemiddelde van alle GGD-regio's in Nederland + een spreidingsmaat (bijv. minimum, maximum, interkwartielafstanden)
<i>Leeftijd (of andere selectie)</i>	Alle
<i>Interpretatie</i>	Een lagere prevalentie is gunstiger.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Gemeenten en GGD'en trachten met gericht gezondheidsbeleid de prevalentie van risicofactoren en aandoeningen ten minste niet te laten stijgen en bij voorkeur te verlagen.
<i>Bron</i>	Gezondheidsmonitor volwassenen, Gezondheidsmonitor jeugd, Leefstijlmonitor
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Gezondheidsmonitor volwassenen eens per 4 jaar (2012, 2016, ...)
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Specifieke aandachtspunten bij de cijfers</i>	
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Personensteekproeven onder de Nederlandse bevolking woonachtig in particuliere huishoudens. • Gezondheidsmonitor: steekproef ca. 375.0000 personen van 19 jaar en ouder. • Gezondheidsmonitor jeugd: • Leefstijlmonitor: combinatie van verschillende enquêtes en modules.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het is niet bekend in welke mate de prevalentie van risicofactoren en gezondheidsproblemen kan worden beïnvloed door gemeenten en GGD'en. Het is wel aannemelijk, maar andere factoren zijn ook van belang (allerlei achtergrondkenmerken van de populatie, milieufactoren, toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg, commerciële verleidingen). Daarvoor zou eigenlijk gecorrigeerd moeten worden bij het beoordelen van de regionale spreiding of trends in de tijd.

<i>Uitsplitsing die gewenst én mogelijk is</i>	Leeftijd, geslacht, opleiding (zo mogelijk naar gemeente en bij grote steden naar wijk)
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>Referenties en links</i>	http://www.ggdghorkennisnet.nl/thema/monitor-gezondheid http://rivm.nl/Onderwerpen/L/Leefstijlmonitor

Bijlage 7: Ontwerp flyer met beschikbaarheid data





RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag