



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

**Indicatorenset voor het stelsel van  
publieke gezondheidszorg:  
ontwikkeling compacte set en  
duiding – achtergrondrapportage –**

RIVM Briefrapport 2017-0119  
R. Gijsen et al.





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

**Indicatorenset voor het stelsel van publieke  
gezondheidszorg: ontwikkeling compacte  
set en duiding**  
achtergrondrapportage

RIVM Briefrapport 2017-0119  
R. Gijsen et al.

## Colofon

© RIVM 2017

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.

DOI 10.21945/RIVM-2017-0119

R. Gijsen (auteur), RIVM  
A. Verweij (auteur), RIVM  
N. Post (auteur), RIVM  
F. van der Lucht (auteur), RIVM  
M. van Blankers-Zanders (auteur), RIVM

Contact:

A. Verweij

KVZ

[antonia.verweij@rivm.nl](mailto:antonia.verweij@rivm.nl)

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven

Nederland

[www.rivm.nl](http://www.rivm.nl)

## Publiekssamenvatting

### **Indicatorenset voor het stelsel van publieke gezondheidszorg: ontwikkeling compacte set en duiding** achtergrondrapportage

Het RIVM heeft een set van 45 indicatoren ontwikkeld die het ministerie van VWS kan gebruiken om inzicht te krijgen in of het stelsel voor de publieke gezondheidszorg goed functioneert en waar verbetering mogelijk is. Deze set is met inbreng van professionals uit de wetenschap, het beleid en de praktijk ontwikkeld. Voor 19 indicatoren was het mogelijk om de indicatoren te 'vullen' met gegevens. De indicatoruitkomsten zijn van betekenis voorzien door ze bijvoorbeeld met andere landen te vergelijken of de ontwikkelingen door de tijd te schetsen. Vervolgstappen zijn nodig om de indicatorenset te vervolmaken.

De indicatoren zijn divers van aard en geven een beeld van het functioneren van het stelsel in Nederland als geheel, en niet van afzonderlijke GGD'en of gemeenten. Voorbeelden van indicatoren uit deze set zijn het percentage kinderen dat deelgenomen heeft aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), het percentage GGD'en dat een crisisplan heeft opgesteld, het percentage jongeren dat rookt, het percentage scholen met een Gezonde School Vignet, en het percentage jongeren in de vierde klas van het voortgezet onderwijs dat contact heeft met de jeugdgezondheidszorg.

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. Het gaat bijvoorbeeld om infectieziektebestrijding, medische milieukunde, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, oudergezondheidszorg en de bestrijding van rampen en crises. Deze thema's staan in de Wet Publieke Gezondheid en vormen de basis voor de indicatorenset. Als vervolgstap kan de set aangevuld worden met thema-overstijgende indicatoren. Bij deze stap worden deskundigen betrokken vanuit het lokale en landelijke beleid.

De indicatorenset is ontwikkeld als 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).

Kernwoorden: publieke gezondheid, indicatoren, stelselverantwoordelijkheid



## Synopsis

### **Set of indicators for the public healthcare system: development of the compact set and interpretation**

background report

RIVM has developed a set of 45 indicators that can be used by the Ministry of Health, Welfare and Sport to gain insight into the performance of the public healthcare system. This set has been developed with the help of scientists, policy makers and practitioners. For 19 indicators it was possible to populate them with data. The indicator outcomes were further analysed, for example, by comparing them with other countries and over time. Follow-up steps are needed to complete the set of indicators.

The indicators are varied in nature and provide insight into the performance of the system in the Netherlands as a whole, not of individual municipal public health services or municipalities. Examples of indicators from this set are the percentage of children that has participated in the National Immunisation Programme (RVP), the percentage of municipal public health services that has drawn up a crisis plan, the percentage of young people who smoke, the percentage of schools with a Healthy School Vignette, and the percentage of young people in the fourth year of secondary education who have had contact with youth healthcare.

Public healthcare is the part of healthcare that aims to protect and promote health and prevent disease in the population or specific groups using collective measures. This includes, for example, infectious disease control, environmental medicine, health promotion, youth healthcare, healthcare for older people, and combating disasters and crises. These themes are contained in the Public Health Act and form the basis for the set of indicators. As a follow-up step, the set can be supplemented with theme-overriding indicators. This step involves experts from local and national policies.

The set of indicators has been developed as part of a programme jointly implemented by the Ministry of Health, Welfare and Sport and the Association of Dutch Municipalities (VNG) to ensure public health, also in future (Incentive Programme for Reliable Public Health).

Keywords: public health, indicators, system responsibility





## Inhoudsopgave

### Samenvatting — 9

#### 1 Inleiding — 13

- 1.1 Context — 13
- 1.2 Opdracht aan RIVM — 13
- 1.3 Leeswijzer — 15

#### 2 Methode ontwikkeling compacte indicatorenset — 17

- 2.1 Wet PG als uitgangspunt — 17
- 2.2 Indicatoren over het stelsel PG — 17
- 2.3 Achtergrond indicatoren — 18
- 2.4 Indicatoren van het functioneren van het stelsel PG — 18
- 2.5 Van eerste proeve indicatorenset PG naar compacte set — 19
- 2.6 Stap 1 Eerste selectie van indicatoren — 19
- 2.7 Stap 2 Ontwikkeling van indicatorbeschrijvingen — 20
- 2.8 Stap 3 Beoordeling van de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode — 21
- 2.9 Stap 4 Analyse van de beoordeling door deskundigen — 21
- 2.10 Stap 5 Kwantitatieve vulling en duiding van indicatoren — 22
- 2.11 Afwijkende procedure voor de rijksindicatoren — 23

#### 3 Beoordeling ontwikkelde indicatoren — 25

- 3.1 Geselecteerde indicatoren compacte set — 25
- 3.2 Toelichting geselecteerde indicatoren compacte set — 25
  - 3.2.1 Jeugdgezondheidszorg (JGZ) — 25
  - 3.2.2 Medische milieukunde — 34
  - 3.2.3 Rampen en crises — 36
  - 3.2.4 Infectieziektebestrijding — 38
  - 3.2.5 Technische hygiënezorg — 40
  - 3.2.6 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) — 41
  - 3.2.7 Gemeentelijk gezondheidsbeleid — 43
  - 3.2.8 Ouderengezondheidszorg — 45
  - 3.2.9 Epidemiologie — 46
  - 3.2.10 Gezondheidsbevordering — 48
  - 3.2.11 Aanvullende onderwerpen en indicatoren vanuit deskundigenpanel — 51
  - 3.2.12 Rijksindicatoren — 53

#### 4 Selectie indicatoren en vulling van indicatoren — 59

- 4.1 Geselecteerde indicatoren compacte set — 59
- 4.2 Beschikbaarheid gegevens — 62

#### 5 Indicatoruitkomsten — 67

- 5.1 Indicatoruitkomsten in detail — 67
- 5.2 Resultaten per thema — 84
- 5.3 Integratief overzicht van indicatoruitkomsten — 88

#### 6 Conclusie en discussie — 93

- 6.1 Ontwikkeling en selectie van indicatoren — 93
- 6.2 Potentie om functioneren van stelsel te meten — 93
- 6.3 Kwantitatieve invulling van de indicatoren — 94

- 6.4 Inperking tot de Wet Publieke Gezondheid — 94
- 6.5 Degelijke onderbouwing met inzet van deskundigen — 94
- 6.6 Beschikbaarheid van indicatoren en gegevens per thema — 95
- 6.7 De huidige set als groeimodel — 97
- 6.8 Breder indicatorenstelsel — 98

### **Bijlage 1: Betrokken partijen en personen — 101**

#### **Bijlage 2: Indicatorbeschrijvingen — 106**

- 1. Jeugdgezondheidszorg — 106
- 2. Medische milieukunde — 118
- 3. Rampen en crises — 128
- 4. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen — 142
- 5. Gemeentelijk gezondheidsbeleid — 150
- 6. Infectieziektebestrijding — 160
- 7. Technische hygiënezorg — 170
- 8. Ouderengezondheidszorg — 178
- 9. Epidemiologie — 193
- 10. Gezondheidsbevordering — 199

#### **Bijlage 3: Samenvatting van de toelichting van het deskundigenpanel — 210**

- 1. Jeugdgezondheidszorg — 210
- 2. Medische Milieukunde (MMK) — 218
- 3. Rampen en crises — 225
- 4. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen — 231
- 5. Gemeentelijk gezondheidsbeleid — 239
- 6. Infectieziektenbestrijding — 246
- 7. Technische hygiënezorg — 251
- 8. Ouderengezondheidszorg — 255
- 9. Epidemiologie — 262
- 10. Gezondheidsbevordering — 268

## Samenvatting

### **Voortraject**

Begin 2016 heeft het RIVM 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. Deze eerste inventarisatie heeft een lijst met 177 potentiële indicatoren opgeleverd. Indicatoren zijn eenheden die iets zeggen over de kwaliteit van zorg. 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 publieke gezondheidszorg is hier afgebakend door de taken die in de Wet Publieke Gezondheid staan. De taken zijn ingedeeld in negen thema's. Het gaat om jeugdgezondheidszorg (JGZ), medische milieukunde (MMK), rampen en crises, infectieziektebestrijding, technische hygiënezorg (THZ), gemeentelijk gezondheidsbeleid, ouderengezondheidszorg, epidemiologie en gezondheidsbevordering. Aan deze negen thema's is als tiende thema sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) toegevoegd. Dit thema is een belangrijk onderdeel van het beleid van VWS maar is niet expliciet genoemd in de Wpg. Voor elk van de tien thema's zijn indicatoren geselecteerd waarmee iets gezegd kan worden over:

- middelen en menskracht (structuur);
- het proces van uitvoering van de taken (proces);
- de activiteiten die worden uitgevoerd (output);
- gezondheidseffecten ervan op de burger (uitkomsten).

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 dit project plaatsgevonden.

### **Huidige opdracht: inperking indicatoren**

De huidige opdracht waarover dit rapport gaat is een vervolg op deze eerste proeve. In dit vervolg is het aantal indicatoren ingeperkt om te komen tot een compacte set indicatoren. De geselecteerde indicatoren zijn, voor zover dat mogelijk was, met de benodigde gegevens ingevuld en de uitkomsten zijn geduid. Als aanvulling op de indicatoren over de tien thema's zijn ook indicatoren vastgesteld over de directe verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid binnen het stelsel publieke gezondheidszorg, de zogenaamde rijksindicatoren.

### **Uitvoering**

De volgende stappen zijn doorlopen om te komen tot een onderbouwde selectie van indicatoren (voor de rijksindicatoren is een apart traject gevolgd):

- Het aantal van 177 indicatoren is door de RIVM-projectgroep en een aantal deskundigen (met name RIVM-collega's) ingeperkt tot een aantal van 63. De indicatoren zijn daarbij beoordeeld op de geschiktheid voor het meten (van een deelaspect) van het functioneren van het stelsel publieke gezondheid. Bij deze stap is tevens informatie over beschikbaarheid van gegevensbronnen verzameld. Op verzoek van het ministerie van VWS is een zekere voorkeur uitgesproken voor indicatoren waarvoor een databron beschikbaar is of waarvoor de data er wel zijn, maar nog niet bij elkaar zijn gebracht.
- Voor iedere indicator is een indicatorbeschrijving gemaakt. Daarin worden per indicator belangrijke eigenschappen beschreven, zoals type indicator, doel (rationale), berekening, bron van de gegevens en beperkingen.
- De 63 indicatoren zijn ter beoordeling voorgelegd aan een panel van deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk. Dit vond plaats aan de hand van de indicatorenbeschrijvingen via een digitale vragenlijst. Het deskundigenpanel is gevraagd de indicatoren te beoordelen op relevantie, validiteit, beïnvloedbaarheid en meetbaarheid. Daarnaast kregen de deskundigen de mogelijkheid aan te geven of men nog indicatoren miste, of onderwerpen waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden. 106 inhoudsdeskundigen hebben de digitale vragenlijst ingevuld.
- De uitkomsten van deze beoordeling zijn geanalyseerd waarbij per indicator de mate van overeenstemming in de beoordelingen van de deskundigen is vastgesteld. Deze analyse heeft een selectie van indicatoren opgeleverd die in aanmerking komen voor de definitieve set.
- De geselecteerde indicatoren zijn kwantitatief gepresenteerd op basis van reeds beschikbare data. Er is gebruikgemaakt van beschikbare publicaties, al dan niet openbaar. Een enkele keer is specifieke informatie opgevraagd bij de bronhouder.

45 indicatoren zijn geselecteerd als geschikt of mogelijk geschikt. De als geschikt aangemerkte indicatoren (22) zijn door deskundigen positief gescoord op alle kenmerken (relevantie, validiteit, meetbaarheid en beïnvloedbaarheid). Bij de mogelijk geschikte indicatoren (23) zijn er nog enkele aspecten die enige verbetering behoeven.

### **Selectie rijksindicatoren**

De taken van de Rijksoverheid op het gebied van PG vallen grofweg uiteen in drie onderwerpen 1) de beleidscyclus, 2) toezicht en 3) kennis en advies (monitoring, onderzoek, ondersteuning, samenwerking). Bij elke taak is nagegaan of daar indicatoren bij passen. De potentiële rijksindicatoren, inclusief rationale en mogelijkheden voor uitvraag, zijn vervolgens voorgelegd aan medewerkers van de Directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS. Zij hebben de indicatoren beoordeeld en zijn intern tot consensus gekomen. Hieruit zijn acht potentiële indicatoren naar voren gekomen.

### **Duiding gevulde indicatoren**

Van de 45 (mogelijk) geschikte indicatoren konden 19 indicatoren kwantitatief ingevuld worden. Voor 26 van de 45 indicatoren lijkt op dit

moment geen bron beschikbaar te zijn of zijn de bestaande gegevens (nog) niet openbaar. Om de gevulde indicatoren te duiden, is voor elke indicator een passende vergelijking gepresenteerd (bijvoorbeeld in de tijd of met andere landen), want door vergelijking krijgt de indicator betekenis. Het blijkt dat voor alle thema's het beeld meerduidelijk is. Een voorbeeld is het onderwerp roken bij gezondheidsbevordering. De indicator 'percentage rookvrije schoolterreinen' is stabiel in de tijd. De indicator is voor het MBO tamelijk ongunstig, want nog maar 4% van de schoolterreinen is rookvrij. De indicator 'percentage 12-16-jarigen dat rookt' is 10,6%, wat vergeleken met sommige andere Westerse landen tamelijk hoog is. Positief is dat de waarde van deze indicator is gedaald in de periode 2011-2015.

### **Conclusies**

Het resultaat van dit onderzoek bestaat uit twee delen: 1) een gestructureerde beoordeling van indicatoren voorzien van commentaar en suggesties voor bijstelling, en 2) een eerste kwantitatieve invulling van de indicatoren waar dat mogelijk was, met vervolgens een duiding van de resultaten voor elk van de tien thema's van de publieke gezondheidszorg.

Er zijn nog vervolgstappen nodig om de indicatorenset te vervolmaken. Een belangrijke stap is het verwerken van ontvangen commentaar op de afzonderlijke indicatoren en op de indicatorenset als geheel. Suggesties voor verbetering van de indicatoren zijn afkomstig van de inhoudsdeskundigen die bevraagd zijn via een digitale vragenlijst. Nagegaan zal worden welke indicatoren met weinig inspanning verbeterd kunnen worden. Ook zijn er nog indicatoren die niet zijn uitgewerkt maar wel steun kregen of door de inhoudsdeskundigen zelf zijn voorgesteld. Wellicht zitten hier ook nog bruikbare indicatoren tussen. Aanvullende informatie die nodig is voor adequate verwerking van ontvangen schriftelijk commentaar wordt vaak verkregen uit een of meer afsluitende workshops met de inhoudsdeskundigen.

Daarnaast is commentaar op de set als geheel ontvangen vanuit de Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid (BacPG) en de raad van directeuren publieke gezondheid (DPG-raad). Er zal met wethouders, directeuren publieke gezondheid (DPG'en) en bestuurders van GGD'en overlegd moeten worden om het commentaar te concretiseren en vervolgens zal gekeken moeten worden welke onderwerpen/indicatoren wethouders, DPG'en en bestuurders van GGD'en vinden thuishoren in de indicatorenset. Afbakening aan de hand van de wet PG blijft behouden, maar onderwerpen kunnen thema-overstijgend zijn.

Verder zouden de geselecteerde indicatoren nog een keer in hun totaliteit tegen het licht gehouden kunnen worden, niet vanuit specifieke thema's gezien, maar vanuit het stelsel publieke gezondheid als geheel. Zodoende kan een evenwichtige set van indicatoren opgeleverd worden, die recht doet aan de relatieve omvang en het belang van de verschillende themagebieden. Het is te overwegen om de rijksindicatoren hierbij te betrekken. Deze zijn nog niet voorgelegd aan externe deskundigen of bestuurders (zoals van de andere drie landelijke spelers GGD GHOR Nederland, VNG en RIVM).

De huidige set is een groeimodel en dat blijft in zekere zin ook. Ook als de vervolgstappen doorlopen zijn, zal de set blijven wisselen van samenstelling. Soms zal er een indicator afvallen (omdat deze geen zeggingskracht meer heeft) en soms zal er weer een bijkomen. Sommige indicatoren zullen altijd relevant blijven en zorgen voor de continuïteit die een indicatorenset ook nodig heeft.

De huidige indicatorenset geeft een landelijk beeld van het functioneren van het stelsel PG. Daarnaast zijn er andere monitors, indicatorensets of andere metingen die soms een wat ander perspectief hebben. De landelijke indicatorenset kan ingebed worden in een breder indicatorenstelsel waarbij er afstemming is tussen de indicatorensets, monitors en dataverzamelingen. Gezamenlijk leveren ze een integraal beeld op van de publieke gezondheid en aanpalende terreinen. De indicatoren vullen elkaar aan en maken het mogelijk in te zoomen van landelijk naar regionaal en lokaal (gelaagdheid). Overlap is afwezig of minimaal en de administratieve lastendruk is beperkt.

## 1 Inleiding

### 1.1 Context

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft een verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het stelsel voor publieke gezondheid. In de Kamerbrief 'Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk' is deze taak als volgt verwoord: *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.*

Het ministerie heeft daar nog onvoldoende inzicht in, blijkt uit dezelfde Kamerbrief. Om daar verandering in te brengen heeft het ministerie het RIVM gevraagd een indicatorenset te ontwikkelen die daarin voorziet. VWS heeft behoefte aan een indicatorenset waarmee zij vanuit haar stelselverantwoordelijkheid in staat is om te monitoren en evalueren hoe de publieke gezondheid in verschillende taakvelden van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) functioneert.

Begin 2016 is een eerste proeve van de indicatorenset opgeleverd.<sup>1</sup> Deze omvatte 177 potentiële indicatoren. De indicatoren zijn gegroepeerd in negen thema's op basis van de Wpg. Het gaat om jeugdgezondheidszorg (JGZ), medische milieukunde (MMK), rampen en crises, infectieziektebestrijding, technische hygiënezorg (THZ), gemeentelijk gezondheidsbeleid, ouderengezondheidszorg, epidemiologie en gezondheidsbevordering. Aan deze negen thema's is als tiende thema sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) toegevoegd. Dit thema is een belangrijk onderdeel van het beleid van VWS maar is niet expliciet genoemd in de Wpg. Voor elk van de tien thema's zijn indicatoren geselecteerd waarmee iets gezegd kan worden over:

- middelen en menskracht (structuur);
- het proces van uitvoering van de taken (proces);
- de activiteiten die worden uitgevoerd (output);
- gezondheidseffecten ervan op de burger (uitkomsten).

### 1.2 Opdracht aan RIVM

Om te komen tot een *compacte* set van indicatoren, heeft het ministerie het RIVM gevraagd de eerste proeve van de indicatorenset door te ontwikkelen. Doel is om op basis van de 177 potentiële indicatoren te komen tot een gecomprimeerde set die betekenisvolle informatie oplevert en duiding geeft over het functioneren (d.w.z. de organisatie, uitvoering en effectiviteit) van de publieke gezondheidszorg, zoals omschreven in de Wpg. Het gaat dus niet alleen om een verdere inperking van het aantal indicatoren ten opzichte van de eerste proeve,

<sup>1</sup> Verweij A, Hamberg H, Gijsen R, Blankers M van, Putman E, Lucht F van der. Indicatorset voor het stelsel van publieke gezondheidszorg Ontwikkeling eerste proeve en selectie van indicatoren. RIVM Briefrapport 2016-0046. Bilthoven, RIVM, 2016.

maar ook om de kwantitatieve invulling en duiding van de geselecteerde indicatoren. Bij deze opdracht dient er ook speciale aandacht te zijn voor indicatoren die gaan over de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid binnen het stelsel publieke gezondheidszorg, de zogenaamde rijksindicatoren.

Na selectie van indicatoren, zullen per thema de indicatoren kwantitatief worden ingevuld, en zullen korte beschouwingen worden gegeven. Zodoende volgen tien thematische beschrijvingen, waarmee zo mogelijk inzicht kan worden verkregen in het functioneren van de publieke gezondheid. Het oordeel over deze duiding vormt geen onderdeel van de opdracht.

Bij deze vervolgoopdracht vormt de lijst van potentiële 177 indicatoren uit deze eerste proeve het startpunt. De selectie van de 177 indicatoren is op twee manieren tot stand gekomen: van data naar concept en van concept naar data. Bij de werkwijze van data naar concept zijn uit bestaande indicatorenlijsten indicatoren geselecteerd over de taken zoals die benoemd zijn in de Wpg. De indicatoren die op deze manier geselecteerd zijn, dekten echter niet alle onderdelen van het stelsel publieke gezondheid. Daarom is ook gewerkt volgens de manier van concept naar data. Daarbij zijn aanvullende indicatoren opgesteld, waar mogelijk in overleg met deskundigen.

De beschikbaarheid van kwantitatieve informatie waarmee de indicatoren gevuld kunnen worden, verdient de nodige aandacht. Eerder werd voor de 177 indicatoren uit de eerste proeve van een indicatorenset berekend dat voor ongeveer de helft kwantitatieve gegevens beschikbaar zijn. Voor 20% van de indicatoren zijn er wel gegevens beschikbaar, maar is nog een forse bewerking nodig. Voor de resterende 30% moeten nieuwe gegevens verzameld moeten worden. Voor deze vervolgoopdracht vormen de indicatoren waarvoor al wel een databron aanwezig is het uitgangspunt.

Omdat de selectie van 177 indicatoren in een zeer kort tijdsbestek moest plaatsvinden, waren, in overleg met het ministerie van VWS, vooral deskundigen van het RIVM benaderd. Bij deze vervolgoopdracht is veel ruimte voor inbreng van andere partijen uit beleid, praktijk en wetenschap, om te komen tot een weloverwogen compacte set.

Dit project is uitgevoerd binnen de afdeling Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg van het RIVM, waar verschillende producten worden gemaakt waarbij indicatorenontwikkeling en het meten van indicatoren centraal staat, zoals de Zorgbalans, de Staat van Volksgezondheid en Zorg en VZinfo.nl. De projectgroep werd voorzien van advies door voornamelijk RIVM-collega's die deskundig waren op één of meer van de tien thema's van de indicatorenset. Verder was er een begeleidingsgroep vanuit het ministerie van VWS, bestaande uit medewerkers van de directies Publieke Gezondheid (PG) en Voeding, Gezondheidsbescherming en Preventie (VGP) (zie bijlage 1).



### **1.3 Leeswijzer**

Dit rapport beschrijft de ontwikkeling van de eerste proeve naar een compacte set van indicatoren voor het monitoren en evalueren van het stelsel publieke gezondheid. In hoofdstuk 2 is te lezen welke methode daarvoor is gebruikt. Hoofdstuk 3 beschrijft de resultaten van de ontwikkeling en selectie van de indicatoren. In hoofdstuk 4 worden de ingevulde indicatoren gepresenteerd. Tot slot geeft hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies en aandachtspunten voor verdere ontwikkeling en implementatie van de set.



## 2 Methode ontwikkeling compacte indicatorenset

### 2.1 Wet PG als uitgangspunt

Door gebruik van de indicatorenset kan betekenisvolle informatie worden verzameld over het functioneren van het stelsel publieke gezondheid. Het functioneren van het stelsel publieke gezondheid is nader omschreven als de organisatie, uitvoering en effectiviteit van de publieke gezondheidszorg. Uitgangspunt voor deze indicatorenset is de Wet publieke gezondheid (Wpg). Met de indicatoren kan gemeten worden:

- of aan de voorwaarden van het kunnen uitvoeren van de taken uit de Wpg is voldaan (goede organisatie, voldoende menskracht en middelen);
- of die taken worden uitgevoerd;
- of dat op een goede wijze gebeurt;
- of ze voldoende effect hebben.

### 2.2 Indicatoren over het stelsel PG

Over het algemeen is een indicatorenset gericht op bepaalde zorgsectoren (bijv. ziekenhuiszorg) of processen waarbij een beperkt aantal actoren betrokken is (bijv. opvang en behandeling van een hartinfarct). Hier is het onderwerp van studie een stelsel, waarbij de actoren 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 2.1). 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).

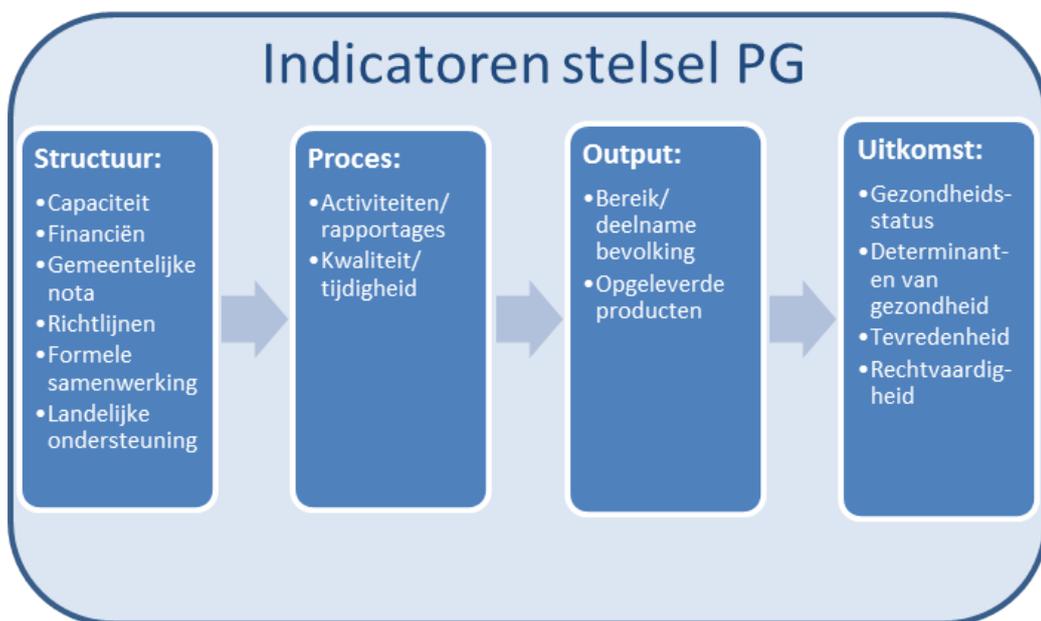


Figuur 2.1. Het stelsel van PG (uit Kamerbrief 28 augustus 2014).

### 2.3 Achtergrond indicatoren

Indicatoren zijn eenheden (uitgedrukt in een getal, percentage of ratio) die een aanwijzing geven over de kwaliteit van de zorg. Voor de indicatorenset geldt dat deze indiceert. Indicatoren kunnen aangeven dat er iets aan de hand is, maar laten niet altijd zien wát er aan de hand is. Sommige indicatoruitkomsten kunnen erop duiden dat er op bepaalde thema's extra inzet nodig is. Dat is vooral het geval als meerdere indicatoren, die betrekking hebben op hetzelfde onderwerp, dezelfde richting uitwijzen. Daarom kan het wenselijk zijn binnen een set indicatoren meerdere indicatoren verschillende aspecten van een onderwerp belichten

In het rapport waarin de eerste proeve van een indicatorenset voor het stelsel PG is beschreven, zijn de indicatoren geordend naar indicatorstype (zie figuur 2.2). De vier indicatorstypen meten verschillende kwaliteitsaspecten van het stelsel PG, zoals is op te maken uit de figuur. Elk type indicator kent voor- en nadelen, en uit onder meer de expertbijeenkomst in het voortraject bleek dat een set met een mix van alle vier indicatorstypen het beste aansluit bij de wens om iets te zeggen over de organisatie, uitvoering en effectiviteit van de publieke gezondheidszorg.



Figuur 2.2. Indicatorstypen, onderwerpen en doelen voor het stelsel PG.

### 2.4 Indicatoren van het functioneren van het stelsel PG

Hiervoor is reeds beschreven dat in het voortraject een groslijst van 177 indicatoren is samengesteld. De indicatoren zijn gericht op veel verschillende activiteiten uitgevoerd door een scala aan professionals en organisaties. Sommige indicatoren liggen wat meer op het systeemniveau, andere wat meer op het niveau van de directe zorgverlening aan de doelgroep. Een voorbeeld van de eerste soort is "Vindt er minimaal 2 keer per jaar een gestructureerd overleg plaats tussen de vier landelijke kernorganisaties in het PG-domein, te weten VWS, VNG, RIVM en GGD GHOR Nederland", een voorbeeld van de

tweede soort is "Percentage meldingen per GGD over het (binnen)milieu dat door een MMK-medewerker is afgehandeld of waarbij is doorverwezen". Beide typen indicatoren zullen deel uitmaken van de uiteindelijke indicatorenset. De indicatoren die wat meer op het systeemniveau liggen, en die gaan over het scheppen van de juiste condities voor het leveren van goede zorg, zijn vooral te vinden in het thema 'rijksindicatoren'. Daarnaast zijn vele indicatoren ergens tussen de twee uitersten van systeemindicatoren en zorginhoudelijke indicatoren zijn te plaatsen. Een voorbeeld is een indicator die meet of in de lokale gezondheidsnota's aandacht geschonken wordt aan bepaalde onderwerpen.

## 2.5 Van eerste proeve indicatorenset PG naar compacte set

Om van de eerste proeve te komen tot een compacte indicatorenset zijn de volgende stappen ondernomen:

1. Het aantal van 177 indicatoren is door de projectgroep en een beperkt aantal deskundigen (met name RIVM-collega's) ingeperkt tot een aantal van 63.
2. Voor deze 63 indicatoren zijn indicatorbeschrijvingen gemaakt (dit is exclusief de rijksindicatoren).
3. Deze indicatorbeschrijvingen zijn ter beoordeling voorgelegd aan een brede groep deskundigen (106 deskundigen hebben een digitale vragenlijst ingevuld).
4. De uitkomsten van deze beoordeling zijn geanalyseerd (IPRAS-methode). Dat heeft een selectie van indicatoren opgeleverd die in aanmerking komen voor de definitieve set.
5. Deze indicatoren zijn kwantitatief gepresenteerd op basis van reeds beschikbare data.

Hieronder volgt per stap een korte toelichting. Voor een uitgebreide toelichting op de gehanteerde methode verwijzen we naar deel 1 van het rapport 'Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg. Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007'.<sup>2</sup> Deze methode is ook gevolgd bij de selectie van de prestatie-indicatoren voor de Zorgbalans,<sup>3</sup> die tegenwoordig gepresenteerd worden op VZinfo.nl.<sup>4</sup>

## 2.6 Stap 1 Eerste selectie van indicatoren

Per thema zijn in de projectgroep de indicatoren van de groslijst uit het voortraject bediscussieerd en zijn de voor- en nadelen van eventuele selectie kort beschreven. Tevens is informatie over beschikbaarheid van gegevensbronnen verzameld. Op verzoek van het ministerie van VWS is een aandachtspunt om uit te gaan van indicatoren waarvoor een databron beschikbaar is of waarvoor de data er wel zijn, maar nog niet bij elkaar gebracht zijn. Vervolgens is een wisselende groep deskundigen (van het RIVM en een medewerker van het NCJ) gevraagd de indicatoren te beoordelen op de geschiktheid voor het meten (van

<sup>2</sup> Gijsen R, Post NAM, Witte KE, Bovendeur I, Kommer GJ, Koning JS de. Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg. Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007. RIVM Rapport 270131002/2009. Bilthoven: RIVM, 2009.

<sup>3</sup> Berg MJ van den, Boer D de, Gijsen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN. Zorgbalans 2014. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg. Rapportnummer 2014-0038. Bilthoven: RIVM, 2014.

<sup>4</sup> Zie: <https://www.volksgezondheidenzorg.info/prestatie-indicatoren-voor-gezondheidszorg/overzicht-indicatoren>

een deelaspect) van het functioneren van het stelsel publieke gezondheid. Daarnaast is hen ook gevraagd naar de beschikbaarheid van bronnen voor de betreffende indicatoren. Indien de deskundigen de indicator niet geschikt vonden is ook naar de reden gevraagd. Bij onduidelijkheid over de interpretatie van de antwoorden volgde een mondeling (face-to-face of telefonisch) overleg met de betreffende deskundige om meer duidelijkheid te krijgen over de betekenis van de antwoorden. In totaal zijn van de 177 indicatoren uiteindelijk 63 indicatoren geselecteerd om verder uit te werken (exclusief de rijksindicatoren). De belangrijkste redenen om indicatoren te laten afvallen, waren beperkte validiteit ('een hoge score op de indicator zegt weinig over het functioneren van het stelsel'), relevantie ('dit onderwerp is niet een heel erg belangrijk onderwerp binnen dit thema'), meetbaarheid ('de indicator is veel te onduidelijk omschreven') en beïnvloedbaarheid ('de indicator is nauwelijks beïnvloedbaar door gemeenten of GGD'en'). Naast de 63 geselecteerde indicatoren waren er ook nog indicatoren die als twijfelgeval werden bestempeld. Om te voorkomen dat mogelijk geschikte indicatoren afvallen, zijn deze wel ter beoordeling voorgelegd aan het deskundigenpanel (stap 3), maar niet uitgewerkt in een indicatorbeschrijving. Indien deze indicatoren gunstig scoren, kunnen ze in een vervolg alsnog verder uitgewerkt worden.

## **2.7 Stap 2 Ontwikkeling van indicatorbeschrijvingen**

Voor alle indicatoren die in de voorgaande stap waren geselecteerd, is een systematische beschrijving gemaakt op basis van de in het voortraject verzamelde literatuur en input van deskundigen. Het doel van de indicatorbeschrijvingen (ook wel descriptive sheets genoemd) is een zo adequaat mogelijk beeld te schetsen van de aspecten van het stelsel publieke gezondheid die de indicatoren beogen te meten. Onder meer zijn de rationale (relatie met kwaliteit) en definitie van de indicator, het type indicator (structuur-, proces-, output- of uitkomstindicator) en de beperkingen van de indicator opgenomen. Op basis van die informatie kunnen deskundigen vervolgens een goed geïnformeerde afweging maken, zie stap 3. Tabel 2.1 geeft per thema een overzicht van het aantal indicatoren waarvoor een beschrijving is gemaakt. Zie bijlage 2 voor de indicatorbeschrijvingen.

Tabel 2.1. Aantal geselecteerde indicatoren waarvoor een beschrijving is gemaakt (stap 2) en deskundigen die zijn uitgenodigd om een digitale vragenlijst in te vullen en degenen die dat gedaan hebben (stap 3), naar thema.

Thema	Aantal indicatoren	Uitgenodigde deskundigen	Deelgenomen deskundigen
Jeugdgezondheidszorg	6	32	15
Medische milieukunde	6	15	10
Rampen en crises	7	16	8
Infectieziektebestrijding	6	23	10
Technische hygiënezorg	5	23	8
Sociaaleconomische gezondheidsverschillen	5	14	9
Gemeentelijk gezondheidsbeleid	7	20	12
Ouderengezondheidszorg	9	25	11
Epidemiologie	5	16	12
Gezondheidsbevordering	7	18	11
Rijksindicatoren	21	-	-

## 2.8 Stap 3 Beoordeling van de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode

De indicatorbeschrijvingen zijn per thema aan een wisselend panel van deskundigen voorgelegd via een digitale vragenlijst. Het panel bestond uit deskundigen uit beleid, praktijk en wetenschap. De namen voor deze deskundigen zijn verkregen door middel van de sneeuwbalmethode, beginnend bij de (interne) deskundigen uit de eerste stap. Ook zijn de leden van de VWS-begeleidingsgroep uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de deskundigen per thema. Per thema hebben gemiddeld 10,6 deskundigen de vragenlijst ingevuld (range 8-15). Deze hebben in totaal 63 indicatoren beoordeeld (zie tabel 2.1).

De deskundigen is gevraagd de indicatoren te beoordelen op vier criteria (eigenschappen):

- relevantie,
- validiteit,
- beïnvloedbaarheid,
- meetbaarheid.

Ook is per indicator gevraagd naar de aanwezigheid van een norm. Daarnaast kregen de deskundigen de mogelijkheid aan te geven of men nog indicatoren miste, of onderwerpen waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden.

## 2.9 Stap 4 Analyse van de beoordeling door deskundigen

De uitkomsten van de digitale vragenlijst zijn geanalyseerd met de IPRAS-methode. IPRAS staat voor Interpercentile Range Adjusted for Symmetry. Deze methode biedt de mogelijkheid om de mate van overeenstemming in kaart te brengen.<sup>5</sup> De mate van overeenstemming

<sup>5</sup> Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: RAND, 2001.

is voor elke indicator berekend aan de hand van de gesloten antwoordcategorieën uit de vragenlijst. Op basis daarvan zijn de best beoordeelde indicatoren af te leiden.

Voor elke indicator konden de deelnemers op een 9-punts Likertschaal aangeven of zij vonden dat de indicator op een bepaalde eigenschap goed, matig of slecht scoorde (1 = slecht tot 9 = goed). Voor elke indicatoreigenschap berekenden wij de mediane score en een spreidingsmaat. De laatste geeft een indicatie van de mate van consensus binnen het panel van deskundigen over een bepaald aspect. Als ongeveer 30% van de scores in de bovenste en 30% in de onderste tertiël ligt, wordt de spreiding als groot aangemerkt. Om een samenvattende maat te verkrijgen voor het oordeel van het deskundigenpanel over een indicator, hebben wij het gemiddelde van de vier mediane scores berekend. Indien de gemiddelde mediaanscore 7 of hoger was, merkten we de indicator aan als mogelijk geschikt. Anders als minder of ongeschikt.

Vervolgens maakten we nog een tweedeling in de groep indicatoren met een gemiddelde mediaanscore van 7 of hoger. Indien alle indicatoreigenschappen als goed werden beoordeeld (mediane score 7 of hoger én consensus daarover), werd de indicator als geschikt aangemerkt. Indien één of meer indicatoreigenschappen als matig werd beoordeeld (mediane score 4-6 en/of verschil van mening), werd de indicator als mogelijk geschikt aangemerkt. Ook in de groep indicatoren met een gemiddelde mediaanscore van 6 of lager maakten we een tweedeling. Indien één of meer indicatoreigenschappen als slecht werd beoordeeld (3 of lager), werd de indicator als ongeschikt aangemerkt. In alle andere gevallen als minder geschikt.

Samenvattend worden de indicatoren op basis van het deskundigenoordeel ingedeeld in vier groepen: geschikt, mogelijk geschikt, minder geschikt en ongeschikt. De indicatoren met het oordeel geschikt en mogelijk geschikt laten we doorgaan naar de volgende stap. De indicatoren met het oordeel mogelijk geschikt gaan door omdat deze wellicht nog met eenvoudige aanpassingen te verbeteren zijn.

De antwoorden in de open antwoordcategorieën van de digitale vragenlijst zijn kwalitatief geanalyseerd en vervolgens samengevat. Per indicator zijn de toelichtingen en suggesties die door de deskundigen werden gegeven geordend naar indicatoreigenschap (relevantie, validiteit, beïnvloedbaarheid en meetbaarheid, aangevuld met definitie) en aangegeven is hoeveel deskundigen het betreffende item noemden.

## **2.10 Stap 5 Kwantitatieve vulling en duiding van indicatoren**

De indicatoren die in de vorige stap waren geselecteerd (gemiddelde mediaanscore 7 of hoger) zijn waar mogelijk kwantitatief ingevuld. Voorwaarde is dat er voor de indicatoren een geschikte en recente bron aanwezig is. In deze stap is gebruik gemaakt van beschikbare publicaties, al dan niet openbaar. Een enkele keer is specifieke informatie opgevraagd bij de bronhouder. We hebben in deze onderzoeksfase geen informatie opgevraagd bij afzonderlijke GGD'en of gemeenten. Wanneer er geen geschikte bron voorhanden was, is in de indicatorbeschrijvingen aangegeven of deze informatie wel beschikbaar



gemaakt kan worden en wat daarvoor nodig is. Om de indicatoren te duiden, is voor elke indicator een passende vergelijking gepresenteerd. Immers door vergelijking krijgt de indicator betekenis. Er zijn verschillende vergelijkingen mogelijk:

- In de tijd
- Met andere landen
- Met een professionele standaard of beleidsnorm
- Tussen regio's/zorgaanbieders

Per thema is op basis van de indicatoren die voor dat thema zijn geselecteerd, een korte beschrijving gegeven, waarmee een beeld wordt geschetst van het functioneren van de publieke gezondheid. Zodoende worden 10 thematische beschrijvingen verkregen.

### **2.11 Afwijkende procedure voor de rijksindicatoren**

De ontwikkeling en selectie van indicatoren die gaan over de verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid binnen het stelsel publieke gezondheidszorg (de 'rijksindicatoren') week af van de hiervoor beschreven methode in vijf stappen.

Samen met een van de leden van de VWS-begeleidingsgroep zijn de taken van de Rijksoverheid op het gebied van PG geïnventariseerd. Die taken vallen grofweg uiteen in drie onderwerpen 1) de beleidscyclus, 2) toezicht en 3) kennis en advies (monitoring, onderzoek, ondersteuning, samenwerking). Bij elke taak is nagegaan of daar indicatoren bij passen. Daarbij is onder meer geput uit de groslijst van 177 indicatoren.

De potentiële rijksindicatoren, inclusief rationale en mogelijkheden voor uitvraag, zijn vervolgens voorgelegd aan medewerkers van de Directie Publieke Gezondheid van het ministerie van VWS. Zij hebben de indicatoren beoordeeld en zijn intern tot consensus gekomen. Het RIVM heeft daar geen bemoeienis bij gehad. Er is niet gebruik gemaakt van scoringsformulieren of (digitale) vragenlijsten.



### 3 Beoordeling ontwikkelde indicatoren

#### 3.1 Geselecteerde indicatoren compacte set

Van de 63 indicatoren waarvoor een beschrijving is gemaakt en die zijn voorgelegd aan een deskundigenpanel (stap 3 uit de methodebeschrijving), kregen 45 indicatoren een gemiddelde mediaanscore van 6,5 of hoger (afgerond 7 of hoger). Thema's waarvoor weinig indicatoren een score van 7 of hoger kregen, waren medische milieukunde (1), epidemiologie (2), SEGV en gemeentelijk gezondheidsbeleid (beide 3). Het thema met de meeste indicatoren met een score van 7 of hoger was ouderengezondheidszorg (8). Voor 22 van de 45 indicatoren geldt dat er consensus was binnen het panel m.b.t. de tevredenheid over alle vier de indicatoreigenschappen. Deze kregen het oordeel geschikt. Voor 3 indicatoren met een score van 7 of hoger geldt dat alleen werd aangegeven dat de meetbaarheid mogelijk een probleem is. De beoordeling van de 63 indicatoren en de mate van overeenstemming tussen de deskundigen is opgenomen in tabel 3.1.

#### 3.2 Toelichting geselecteerde indicatoren compacte set

In de hierna volgende paragrafen wordt per thema een toelichting gegeven op de uitkomsten. In tabellen wordt voor de indicatoren die als eindoordeel mogelijk geschikt, minder geschikt of niet geschikt kregen, een samenvatting van de kritiepunten gegeven. In bijlage 3 is een volledig overzicht van de toelichting opgenomen. In de toelichtende tekst in de volgende paragrafen wordt voor de indicatoren die geschikt werden bevonden een samenvatting gegeven van de suggesties en opmerkingen van de deskundigen. Ook worden hier bevindingen van aanvullende beoordelingen door het panel gepresenteerd.

##### 3.2.1 *Jeugdgezondheidszorg (JGZ)*

Van de zes uitgewerkte indicatoren op het gebied van JGZ, werden er drie als geschikt beoordeeld, twee als mogelijk geschikt en één als minder geschikt. Bij alle drie indicatoren met het eindoordeel mogelijk of minder geschikt werd onvoldoende gescoord op het criterium validiteit. Een samenvatting van de kritiepunten op deze drie indicatoren is weergegeven in tabel 3.2.

Voor drie indicatoren geldt dat er op alle criteria (relevantie, validiteit, meetbaarheid, beïnvloedbaarheid) gunstig werd gescoord en dat daar consensus over was binnen het deskundigenpanel. Er waren wel enkele kanttekeningen bij deze indicatoren.

Bij de indicator *Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening dat is opgespoord via de hielprikscreening*, vroeg men zich af of deze indicator beïnvloedbaar is. Aan de bereidheid van ouders om deel te nemen, is weinig te doen. Mogelijk wel aan de interne kwaliteit van het screeningsprogramma (bijvoorbeeld in het verkrijgen van een volledige verzameling van bloedafnames).

Tabel 3.1. Beoordeling van indicatoren publieke gezondheid, per indicatoreigenschap, volgens de gemiddelde mediaanscore en als eindoordeel; normaal lettertype en grijs gearceerd: totaaloordeel is geschikt; cursief lettertype en niet gearceerd: mogelijk geschikt, minder geschikt of ongeschikt.

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Indicator-eigenschap <sup>b</sup>				Score <sup>c</sup>	Eindoordeel
		Re	Va	Be	Me		
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>							
Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt, dat is opgespoord via de hielprikscreening.	O	√	√	√	√	8,0	Geschikt
Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).	O	√	√	√	√	7,8	Geschikt
Percentage jeugdigen (klas 4, 15/16 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een adolescentencontact jeugdgezondheidszorg heeft gehad.	O	√	√	√	√	7,0	Geschikt
<i>Percentage jeugdigen (0-18 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie met een verwijzing naar zorg door JGZ, waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is dat ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn.</i>	<i>P</i>	√	?	√	√	7,0	<i>Mogelijk geschikt</i>
<i>Som van het aantal fte JGZ-verpleegkundigen, fte JGZ-doktersassistenten en fte jeugdartsen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 jeugdigen van 0 t/m 18 jaar.</i>	<i>S</i>	√	?	√	√	6,9	<i>Mogelijk geschikt</i>
<i>Percentage gemeenten in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een of meer schriftelijke adviezen (gevraagd en ongevraagd) van de JGZ-organisatie heeft gekregen over de gezondheid, ontwikkeling en welzijn van de jeugd in de betreffende gemeente.</i>	<i>S</i>	√	?	√	?	6,0	<i>Minder geschikt</i>
<b>Medische milieukunde</b>							
<i>Percentage GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen.</i>	<i>S</i>	√	?	√	√	7,3	<i>Mogelijk geschikt</i>
<i>Percentage meldingen per GGD over het (binnen)milieu dat door een MMK-medewerker binnen een maand is afgehandeld of waarbij is doorverwezen, van het totaal aantal meldingen.</i>	<i>P</i>	?	?	√	?	5,4	<i>Minder geschikt</i>
<i>Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.</i>	<i>S</i>	?	?	√	?	4,9	<i>Minder geschikt</i>
<i>Percentage indieners van meldingen (over het binnenmilieu en over andere</i>	<i>p</i>	?	?	?	?	4,4	<i>Minder</i>

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Indicator-eigenschap <sup>b</sup>				Score <sup>c</sup>	Eindoordeel
		Re	Va	Be	Me		
<i>onderwerpen) dat gunstige ervaringen heeft met het doen van een melding bij een GGD, van het totaal aantal indieners bij wie navraag is gedaan.</i>							<i>geschikt</i>
<i>Percentage GGD'en dat een contract heeft met een bovenregionaal GGD-centrum op gebied van MMK.</i>	S	?	X	?	?	3,9	<i>Ongeschikt</i>
<i>Percentage gemeenten waarvan de GGD één of meer samenwerkingsverbanden heeft met omgevingsdiensten.</i>	S	X	X	?	X	3,3	<i>Ongeschikt</i>
<b>Rampen en crises</b>							
<i>Percentage GGD'en dat samenwerkingsafspraken heeft met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen.</i>	S	√	√	√	√	7,6	<i>Geschied</i>
<i>Percentage GGD'en waar het crisisteam minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen oefent.</i>	S	√	√	√	√	7,4	<i>Geschied</i>
<i>Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis.</i>	S	√	√	√	√	7,3	<i>Geschied</i>
<i>Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen.</i>	S	√	√	√	?	7,3	<i>Mogelijk geschikt</i>
<i>Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft.</i>	S	√	?	√	?	7,0	<i>Mogelijk geschikt</i>
<i>Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.</i>	S	√	?	√	√	6,9	<i>Mogelijk geschikt</i>
<i>Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord.</i>	S	√	?	√	?	6,5	<i>Mogelijk geschikt</i>
<b>Infectieziektebestrijding</b>							
<i>Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is</i>	S	√	√	√	√	8,1	<i>Geschied</i>
<i>Percentage GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen</i>	S	√	√	√	√	8,0	<i>Geschied</i>
<i>Percentage GGD'en dat in het peiljaar in alle gevallen een arts van het LCI (Landelijk Coördinatie Infectieziektebestrijding) van het RIVM binnen een uur telefonisch kon bereiken</i>	S	√	√	√	√	7,9	<i>Geschied</i>

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Indicator-eigenschap <sup>b</sup>				Score <sup>c</sup>	Eindoordeel
		Re	Va	Be	Me		
Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek	S	√	√	√	√	7,8	Geslacht
Percentage GGD'en waar de beschikbare totale formatie IZB ≥ VISI-norm	S	√	√	√	√	7,6	Geslacht
<i>Percentage GGD'en dat in het peiljaar een RAC-consulent tot de beschikking had</i>	S	?	?	√	√	5,5	Minder geschikt
<b>Technische hygiënezorg</b>							
Percentage GGD'en dat een actueel gemeentelijk of regionaal risicoprofiel heeft opgesteld op basis van de beleidsrichtlijn THZ	S	√	√	√	√	7,9	Geslacht
Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar	S	√	√	√	√	7,4	Geslacht
<i>Beschikbare formatie (in fte) technische hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners</i>	S	√	?	√	√	6,8	Mogelijk geschikt
<i>Het percentage tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na aanvraag beoordeeld is</i>	S	√	?	√	√	6,8	Mogelijk geschikt
<i>Percentage GGD'en dat contact onderhoudt met de volgende instellingen: opvang asielzoekerscentra, sociale pensions en dak- en thuislozenopvang, evenementen</i>	S	√	?	√	?	6,3	Minder geschikt
<b>Sociaaleconomische gezondheidsverschillen</b>							
<i>Verskil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau</i>	U	√	√	?	√	8,0	Mogelijk geschikt
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen	S	√	√	√	√	7,5	Geslacht
Percentage gemeenten waar de doelgroep "mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel	O	√	√	√	√	7,5	Geslacht
<i>Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie wordt aangeboden in een wijk met een lage SES</i>	P	?	?	√	?	5,8	Minder geschikt
<i>Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt aangeboden</i>	P	?	?	√	?	5,5	Minder geschikt

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Indicator-eigenschap <sup>b</sup>				Score <sup>c</sup>	Eindoordeel
		Re	Va	Be	Me		
<b>Gemeentelijk gezondheidsbeleid</b>							
Percentage gemeenten dat in ten minste één van de nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd	S	√	√	√	√	7,3	Geschild
Percentage GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd	S	?	?	√	√	7,0	Mogelijk geschild
Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota	S	√	?	√	√	6,8	Mogelijk geschild
Gemiddeld aantal formele samenwerkingsverbanden binnen een gemeente tussen partijen uit de publieke gezondheid en partijen uit het sociale domein, fysieke domein en/of domein werk & inkomen, waarbij ten minste drie partijen zijn betrokken	S	?	?	√	?	5,8	Minder geschild
Gemiddeld aantal strategische netwerken op gemeentelijk of regionaal niveau met eerste- én tweedelijnszorgorganisaties waaraan een GGD deelneemt	S	?	?	?	√	5,8	Minder geschild
Gemiddeld aantal adviezen van GGD'en aan de gemeenten over de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid	O	?	?	√	?	5,5	Minder geschild
Percentage gemeenten met gehonoreerde subsidieaanvragen door ZonMw voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid	S	X	?	?	√	5,3	Ongeschild
<b>Ouderengezondheidszorg</b>							
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd	O	√	?	√	√	7,5	Mogelijk geschild
Tevredenheid van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema preventieve ouderenzorg over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties	U	√	?	√	√	7,0	Mogelijk geschild
Percentage gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord	P	√	√	√	?	7,0	Mogelijk geschild
Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid	U	√	√	√	√	7,0	Geschild
Percentage gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht	P	√	√	√	?	7,0	Mogelijk geschild

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Indicator-eigenschap <sup>b</sup>				Score <sup>c</sup>	Eindoordeel
		Re	Va	Be	Me		
<i>Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen</i>	S	?	√	√	√	7,0	Mogelijk geschikt
<i>Percentage gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden</i>	P	√	?	√	√	7,0	Mogelijk geschikt
<i>Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert</i>	P	√	?	√	?	6,8	Mogelijk geschikt
<i>Percentage ouderen met psychische problematiek</i>	U	√	?	?	?	6,3	Minder geschikt
<b>Epidemiologie</b>							
<i>Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied</i>	S	√	?	√	√	7,0	Mogelijk geschikt
<i>Percentage gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeentebesturen</i>	P	√	?	√	?	7,0	Mogelijk geschikt
<i>Percentage gemeenten van de G36-gemeenten dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld of heeft laten opstellen</i>	P	√	?	√	?	6,3	Minder geschikt
<i>Percentage GGD'en dat eens in de vier jaar een regionale volksgezondheidsrapportage uitbrengt</i>	P	?	?	?	?	5,8	Minder geschikt
<i>Percentage gemeenten dat gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking openbaar heeft gemaakt via een website</i>	P	?	?	√	?	5,6	Minder geschikt
<b>Gezondheidsbevordering</b>							
<i>Percentage jongeren dat rookt</i>	U	√	√	√	√	8,1	Geschikt
<i>Percentage erkende gezondheidsbevorderende interventies van alle uitgevoerde interventies op het gebied van overgewicht/bewegen</i>	P	√	√	√	√	7,8	Geschikt
<i>Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)</i>	O	√	√	√	√	7,8	Geschikt
<i>Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke gezondheidsnota een kwantitatieve doelstelling op het gebied van gezondheidsbevordering heeft beschreven</i>	O	√	√	√	√	7,6	Geschikt
<i>Percentage rookvrije schoolterreinen (naar type onderwijs)</i>	O	√	√	√	√	7,4	Geschikt



Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Indicator-eigenschap <sup>b</sup>				Score <sup>c</sup>	Eindoordeel
		Re	Va	Be	Me		
<i>Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven</i>	O	√	?	√	√	7,0	Mogelijk geschikt
<i>Percentage GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering</i>	S	?	?	√	√	6,3	Mogelijk geschikt

<sup>a</sup> Indicator-type: S=structuur; P=proces; O=output; U=uitkomst

<sup>b</sup> Indicatoreigenschappen: Re=relevantie; Va=validiteit; Be=beïnvloedbaarheid; Me=meetbaarheid; betekenis van de symbolen: √ = mediane score 7 of hoger en consensus, ? = mediane score 4-6 en/of verschil van mening, X = mediane score 3 of lager

<sup>c</sup> Score is de gemiddelde mediaanscore van de vier indicatoreigenschappen

Tabel 1.2. Indicatoren jeugdgezondheidszorg die als mogelijk geschikt of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiekpunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Percentage jeugdigen (0-18 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie met een verwijzing naar zorg door JGZ, waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is dat ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn (Eindoordeel: mogelijk geschikt)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De JGZ heeft slechts beperkt invloed op het gedrag van de ouder en/of de jongere. Ouders of jongere zelf kan de keuze maken een verwijzing niet op te volgen.</li> <li>2. De indicator meet vooral de compliantie van ouders en jongeren. Door motivering heeft de JGZ hier wel enige invloed op.</li> </ol>
Som van het aantal fte JGZ-verpleegkundigen, fte JGZ-doktersassistenten en fte jeugdartsen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 jeugdigen van 0 t/m 18 jaar (Eindoordeel: mogelijk geschikt)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het optellen van fte's van verschillende functies tot één totaalcijfer doet geen recht aan de verschillen in verhouding in beroepsgroepen tussen JGZ-organisaties, voor de uitvoering van JGZ maakt die verhouding veel uit.</li> <li>2. Specialisaties en ervaring worden niet meegewogen.</li> <li>3. Andere professionals dan JGZ-artsen, -verpleegkundigen en -assistenten verrichten soms ook veel JGZ-taken terwijl die niet meetellen volgens de indicatorbeschrijving. Aan de andere kant besteedt JGZ-personeel soms ook een flink deel van de tijd aan andere taken dan JGZ.</li> </ol>
Percentage gemeenten in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een of meer schriftelijke adviezen (gevraagd en ongevraagd) van de JGZ-organisatie heeft gekregen over de gezondheid, ontwikkeling en welzijn van de jeugd in de betreffende gemeente (Eindoordeel: minder geschikt)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De indicator meet niet de kwaliteit, omvang en impact van de adviezen.</li> <li>2. Eenduidige meting is lastig, omdat de registratie van adviezen erg verschilt tussen JGZ-organisaties (allerlei adviezen vs. alleen formele adviezen).</li> <li>3. In de indicatorbeschrijving ontbreekt het nog aan een precieze omschrijving waaraan een advies moet voldoen, wil het meetellen.</li> </ol>

Bij de indicator *Percentage zuigelingen dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma*, werd opgemerkt dat rekening gehouden zou moeten worden met het aantal personen in een gemeente met een levensbeschouwing die vaccinatie afwijst en het aantal asielzoekers. De beïnvloedbaarheid van ouders die negatief tegenover vaccinatie staan, achtten sommige deskundigen klein.

Bij de indicator *Percentage jeugdigen dat een adolescentencontact heeft gehad*, werd opgemerkt dat dit regionaal en lokaal op maat wordt uitgevoerd, met verschillen tussen gemeenten, scholen, onderwijstypen en gezondheidssituatie van de populatie jongeren. Het adolescentencontact kan individueel of collectief zijn, met contact op

spreekuren, in de klas of digitaal. Anderen lichtten toe dat het belangrijk is om te meten of er een face-to-face contact heeft plaatsgevonden, en aan hoeveel adolescenten een persoonlijk advies is gegeven.

In de vragenlijst zijn aan de deskundigen nog extra indicatoren ter beoordeling voorgelegd. Deze waren niet uitgewerkt in een indicatorbeschrijving (alleen de indicatornamen waren vermeld). In tabel 3.3 is weergegeven welke indicatoren door de deskundigen als potentieel bruikbaar zijn aangemerkt.

*Tabel 3.3. Aanvullend beoordeelde indicatoren jeugdgezondheidszorg (in volgorde van prioriteit).*

<b>Indicator</b>	<b>Indicator wel/niet geschikt</b>
Percentage 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)	Potentieel geschikt
Percentage van de gemeentelijke begroting dat besteed wordt aan JGZ	Potentieel geschikt
Percentage kinderen (leeftijdsspecifiek) waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle kinderen uit het werkgebied van de JGZ-organisatie dat vanwege een specifiek gezondheidsprobleem (nader in te vullen) is verwezen	Potentieel geschikt
Percentage gevallen waarbij de JGZ-organisatie actie heeft ondernomen na het niet verschijnen van een kind zonder bericht, van alle gevallen waarbij het kind niet verschenen is zonder bericht (actie na no show)	Potentieel geschikt
Percentage gemeenten waarbij in de gemeentelijke nota aandacht is voor de samenwerking tussen JGZ en voor de regio relevante partijen	Potentieel geschikt
Percentage ouders en/of kinderen met gunstige ervaringen met de zorgverlening door de JGZ	Potentieel geschikt
De volledigheid van de dossiers (of eventuele risico's van andere kinderen uit het gezin is opgenomen)	Niet geschikt
De overdracht van risicokinderen van 4 jaar tussen de JGZ-organisaties voor 0-4 jarigen en 4-19 jarigen	Niet geschikt

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Er werden 21 voorstellen gedaan. Hierbij werden een paar zeer complexe metingen voorgesteld, die meer leken op complete onderzoeken dan op indicatoren. Enkele voorstellen betroffen uitkomstindicatoren (bijv. percentage jongeren met overgewicht), maar de meeste waren proces-indicatoren. Vrijwel elk voorstel ging over een ander onderwerp.

Bijvoorbeeld: voorlichting die wordt gegeven, zorgcoördinatie, extra consulten, verwijzingen, terugkoppeling van informatie aan verloskundige/kraamzorg, opvoedondersteuning aan ouders en gebruik van aangeboden interventies.

Voor een volledig beeld van de door deskundigen gegeven antwoorden verwijzen wij naar bijlage 3.

### 3.2.2

#### *Medische milieukunde*

Over het algemeen vonden de deskundigen de uitgewerkte indicatoren op het terrein van medische milieukunde onvoldoende geschikt voor het meten van het functioneren van het stelsel Publieke Gezondheid. Van de zes potentiële indicatoren werd er één als mogelijk geschikt beoordeeld, drie als minder geschikt en twee als ongeschikt. Op zowel het gebied van relevantie, validiteit, beïnvloedbaarheid als meetbaarheid hadden de deskundigen kanttekeningen. In tabel 3.4 is een samenvatting van de kritiepunten op deze vijf indicatoren weergegeven.

*Tabel 3.4. Indicatoren medische milieukunde die als mogelijk geschikt, minder geschikt of ongeschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiepunten.*

<b>Indicator (eindoordeel)</b>	<b>Toelichting</b>
Percentage GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De waakvlamnorm beschrijft de minimaal benodigde formatie, niet de adequate formatie.</li> <li>2. De indicator houdt geen rekening met lokale verschillen in milieuproblematiek</li> </ol>
Percentage meldingen per GGD over het (binnen)milieu dat door een MMK-medewerker binnen een maand is afgehandeld of waarbij is doorverwezen, van het totaal aantal meldingen (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meldingen afhandelen is steeds minder belangrijk, pro-actief werken i.s.m. gemeenten e.d. belangrijker.</li> <li>2. Duur van de afhandeling zegt niet altijd wat over de kwaliteit van de afhandeling.</li> </ol>
Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar (S, <i>minder geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicator zegt weinig over reguliere GGD-werkzaamheden.</li> <li>2. Indicator zegt weinig over de kwaliteit van de ondersteuning.</li> <li>3. De indicator is te breed (budget omvat ook PSH en GOR).</li> </ol>
Percentage indieners van meldingen (over het binnenmilieu en over andere onderwerpen) dat gunstige ervaringen heeft met het doen van een melding bij een GGD, van het totaal aantal indieners bij wie navraag is gedaan (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	Mogelijke verbetering door: excluderen van indieners van meldingen over laagfrequent geluid (LFG) en elektromagnetische velden (EMV), of analyse per type melding.
Percentage GGD'en dat een contract heeft met een bovenregionaal GGD-centrum op	Bovenregionale en landelijke netwerken functioneren uitstekend, hier is geen indicator voor nodig.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
gebied van MMK (Eindoordeel: ongeschikt)	
Percentage gemeenten waarvan de GGD één of meer samenwerkingsverbanden heeft met omgevingsdiensten (Eindoordeel: ongeschikt)	Mogelijke verbetering door: meten of er in een regio samenwerking is tussen de GGD, Omgevingsdienst en Veiligheidsregio. Sommige deskundigen betwijfelen een samenhang tussen formele en feitelijke samenwerking.

De meeste overeenstemming was er over de indicator aangaande de *waakvlamnorm*. De deskundigen hadden wel kanttekeningen bij de validiteit van deze indicator. Uit de beschrijving van de indicator blijkt volgens de deskundigen onvoldoende duidelijk of er gecorrigeerd is voor de regionale verschillen. De verschillen in milieuproblematiek (inclusief druk door veehouderijen en landbouwbedrijven), maar ook in andere factoren, kunnen erg verschillen tussen regio's. Daarnaast geeft de waakvlamnorm een ondergrens aan. Om te voldoen aan de wet Publieke Gezondheid is veel meer capaciteit nodig. Een algemeen probleem bij deze indicator, wat ook al aangegeven was in de indicatorbeschrijving, is dat de waakvlamnorm niet meer berekend kan worden met de methode die eerder werd gebruikt, vanwege veranderingen in de formules van toekenning van financiële middelen aan gemeenten. Er wordt op dit moment gewerkt aan een nieuwe methode.

Belangrijke algemene aandachtspunten bij het ontwikkelen van indicatoren op het gebied van medische milieukunde volgens het deskundigenpanel zijn:

- Meer aandacht voor regionale diversiteit.
- Meer aandacht voor preventieve taken; MMK richt zich op beleid in de volle breedte van de fysieke leefomgeving. Producten kunnen zijn: visies, plannen, vergunningen, adviezen en nota's; klanten en objecten kunnen naast gemeenten zijn: woningcorporaties, scholen, industriële bedrijven en agrarische bedrijven. Een indicator zou kunnen meten in hoeverre GGD'en (afdelingen MMK) deze taken uitvoeren.
- Ook al gaat deze indicatorenset uit van de Wpg, men vindt het belangrijk dat de indicatoren zich ook richten op andere wetten, omdat medisch milieukundigen daar ook mee te maken hebben. De Omgevingswet vraagt bijvoorbeeld om andere taken van afdelingen MMK. Meer aandacht voor integrale aanpak.
- Onderwerpen worden meer divers: chemische stoffen, klimaatverandering, zoonosen.

Concrete indicatoren die zijn voorgesteld: de mate van tevredenheid van burgers met de kwaliteit van de leefomgeving en besteedde en benodigde tijd bij GGD'en om de preventieve taken (zoals het geven van adviezen) uit te voeren.

Voor de vijf indicatoren waarvoor geen steun was, werden nog wel suggesties voor verbetering gedaan, zie tabel 3.4. In een vervolg zou nog getoetst kunnen worden of de indicatoren in verbeterde vorm wel steun krijgen.

In de vragenlijst zijn aan de deskundigen ook vijf uitkomstindicatoren ter beoordeling voorgelegd. Deze waren niet uitgewerkt in een indicatorbeschrijving (alleen de indicatornamen waren vermeld). Geen enkele van deze indicatoren kreeg steun (zie tabel 3.5). Argumenten waren dat voor de meeste gemeenten de benodigde informatie niet beschikbaar is en dat de indicatoren buiten de invloedssfeer van GGD'en liggen.

Tabel 3.5. Aanvullend beoordeelde indicatoren medische milieukunde (in volgorde van prioriteit).

Indicator (type <sup>a)</sup> )	Indicator wel/niet geschikt
Prevalentie van slaapverstoring, geluidshinder en luchtwegklachten.	Niet geschikt
Percentage gemeenten met ten minste één wijk met een gemiddelde NO <sub>2</sub> -concentratie van meer dan 40 µg/m <sup>3</sup> [=EU norm].	Niet geschikt
Percentage woningen in een gemeente binnen de geluidscontour van 55 dB(A).	Niet geschikt
Prevalentie en/of incidentie van specifieke aandoeningen: astma, CO-vergiftiging, mesothelioom.	Niet geschikt
Percentage woningen met schimmel- en vochtproblemen.	Niet geschikt

### 3.2.3

#### Rampen en crises

Van alle zeven uitgewerkte indicatoren op het gebied van rampen en crises werden drie als geschikt beoordeeld en vier als mogelijk geschikt. In tabel 3.6 worden in het kort de opmerkingen die gemaakt werden bij de als mogelijk geschikt beoordeelde indicatoren beschreven.

Tabel 3.6. Indicatoren Rampen en crises die als mogelijk geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiepunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen (Eindoordeel: mogelijk geschikt)	De indicatoruitkomst is afhankelijk van het subjectieve oordeel van de OTO-coördinator. Daarom zou de indicator objectiveerbaar gemaakt moeten worden, m.n. het begrip 'vakbekwaamheid'. Hiervoor zijn concrete suggesties gedaan.
Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft (Eindoordeel: mogelijk geschikt)	Er is geen relatie tussen de aanwezigheid van een crisisplan en de prestaties in de praktijk, omdat plannen lang niet altijd gebruikt worden. De indicator is niet concreet genoeg beschreven, waardoor eenduidige meting lastig is.
Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het	Het budget is niet gelijk aan de werkelijke uitgaven. Men kan het budget ook besteden aan zaken die niks met rampen en crises hebben te maken. Bovendien zegt budget niks

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
budget in voorgaand jaar (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	over de kwaliteit van de ondersteuning door het cGM.
Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Het optellen van scores vertroebelt inzicht in het onderwerp en de scores door een OTO-coördinator zijn nogal subjectief.

Drie indicatoren werden als geschikt beoordeeld. Bij de indicator *Percentage GGD'en dat samenwerkingsafspraken heeft met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen* werd opgemerkt dat samenwerkingsafspraken belangrijk zijn omdat ze helderheid verschaffen over rollen, taken en verantwoordelijkheden. Er werden verschillende suggesties gedaan om de indicator te verbeteren/verduidelijken. Daartoe is het nodig om meer aspecten van de samenwerking te meten, zoals: 1) of de afspraken actueel zijn, 2) of de afspraken binnen de organisatie bekend zijn, 3) of het personeel ook geneigd is de afspraken toe te passen, 4) of er in de samenwerkingsafspraken aandacht is voor opleiden, trainen en oefenen (OTO) en voor de vakbekwaamheid van de samenwerkingspartners, 5) of er afspraken gemaakt zijn over taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, en verwachtingen naar elkaar.

Bij de indicator *minimaal 2x per jaar oefenen* werd opgemerkt dat het ook belangrijk is om naar de inhoud van de oefeningen te kijken. De suggestie werd gedaan om te meten of jaarlijks minimaal één oefening samen met de Veiligheidsregio en andere partners wordt gedaan. Eén respondent vond het belangrijk om de frequentie van oefenen af te stemmen op de ervaring van het GGD-personeel. Meerdere deskundigen merkten op dat oefenen door het crisisteam slechts een onderdeel is van alle OTO-activiteiten; één van hen gaf aan dat de activiteit die gekozen is (oefenen), wel een goede keuze is.

Bij de indicator *Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis* werden zeer verschillende opmerkingen gemaakt, waaronder dat de indicator niet scherp omschreven is, alleen wat zegt als er een actief trainings- en oefenbeleid voor procesleiders (sleutelfunctionarissen) aan gekoppeld is, ook moet meten of het proces daadwerkelijk geoefend is en ook moet meten of de procedure actueel is.

In de vragenlijst zijn aan de deskundigen nog tien extra indicatoren ter beoordeling voorgelegd. Deze waren niet uitgewerkt in een indicatorbeschrijving (alleen de indicatornamen waren vermeld). Hieruit kan opgemaakt worden dat drie indicatoren nog potentieel bruikbaar zijn (zie tabel 3.7). Over de bovenste twee indicatoren in de tabel merkte een respondent op dat die gaan over twee aspecten die in de praktijk heel relevant zijn: wanneer moet men in actie komen en hoe zorgt men er voor dat er snelle opschaling plaatsvindt.

Tabel 3.7. Aanvullend beoordeelde indicatoren rampen en crises (in volgorde van prioriteit).

Indicator	Indicator wel/niet geschikt
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces melding en alarmering.	Potentieel geschikt
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces op- en afschaling.	Potentieel geschikt
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces informatiemanagement.	Potentieel geschikt
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor de OTO-planvorming en jaarlijks de Zelfevaluatie uitvoert.	Niet geschikt
Percentage GGD'en dat de kwaliteit van de OTO-activiteiten borgt.	Niet geschikt
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces crisiscommunicatie.	Niet geschikt
Percentage GGD'en dat een visie heeft ontwikkeld op crisismanagement.	Niet geschikt
Percentage GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen	Niet geschikt
Percentage gemeenten dat afspraken met de GGD (en andere ketenpartners) heeft vastgelegd over de inzet en procedures bij (kleinschalige) incidenten en crises.	Niet geschikt
Totale budget (of gerealiseerde bedrag) voor de OTO-beschikbaarheidsbijdrage, beschikbaar gesteld door de NZa voor de gehele zorgsector (inclusief PG).	Niet geschikt

Zowel de indicatoren waarvan wél, als de indicatoren waarvan geen indicatorbeschrijving beschikbaar was, zijn door de deskundigen geprioriteerd. De prioritering liet overeenkomstige resultaten zien als tabel 3.6, met één uitzondering. De indicator *Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft* kreeg de meeste steun van alle voorgelegde indicatoren, terwijl deze indicator eerder wat lager scoorde vanwege kanttekeningen bij de validiteit en meetbaarheid.

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Twee deskundigen stelden voor om indicatoren te ontwikkelen die de rollen van VWS, RIVM en gemeenten meten. Hierbij valt te denken aan crisisplan, leiding en coördinatie, geoefendheid en bereikbaarheid bij crises.

#### 3.2.4 *Infectieziektebestrijding*

Vijf van de zes uitgewerkte indicatoren op het gebied van infectieziekebestrijding werden beoordeeld als geschikt. Voor deze indicatoren was er steun op alle vier de indicatoreigenschappen. Eén indicator werd beoordeeld als minder geschikt (zie tabel 3.8).



Tabel 3.8. Indicatoren infectieziektebestrijding die als minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiepunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Percentage GGD'en dat in het peiljaar een RAC-consulent tot de beschikking had (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	Indicator scherper definiëren. Mogelijk is een ander aspect relevanter, bijv. de mate van beschikbaarheid of kwaliteit van de ondersteuning.

Bij de als geschikt beoordeelde indicatoren hadden verschillende deskundigen nog wel enkele opmerkingen of suggesties, die hieronder zijn weergegeven.

Bij de indicator *Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is*, zou aanvullend gemeten kunnen worden welk type professional de telefoon opneemt, wat regionale afspraken zijn en hoe de opschaling in de regio is geregeld. Er wordt opgemerkt dat de arts infectieziektebestrijding binnen 1 uur bereikt moet kunnen worden.<sup>6</sup> Dit zou aan de indicator toegevoegd kunnen worden.

Bij de indicator *Percentage GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen* doen enkele deskundigen de suggestie om vooraf te vast te stellen en te beschrijven waaraan een OTO-jaarplan minimaal moet voldoen. Ook stelt men voor om te meten of het OTO-jaarplan in het voorgaande jaar is uitgevoerd zoals gewenst. Is er bijvoorbeeld daadwerkelijk geoefend? Is vastgelegd hoe er is geoefend? Met wie is er geoefend? Is er geëvalueerd?

Bij de indicator *Percentage GGD'en dat in het peiljaar in alle gevallen een arts van het LCI van het RIVM binnen een uur telefonisch kon bereiken* is vooral de meetbaarheid nog een punt van aandacht. GGD'en hebben momenteel nog geen registratie hiervan, en als ze dat moeten registreren betekent dat een extra last. Simpelweg navragen is te subjectief. Een alternatief is een beltest. Aanvullend zou gemeten kunnen worden of het LCI andere organisaties snel kan bereiken (zoals NWWA en referentielabs).

Meerdere deskundigen vonden het belangrijk om aanvullend aan de indicator *Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek* te meten wat de kwaliteit van het draaiboek is (voldoende uitgewerkt, actueel), al gaven anderen aan dat die aspecten lastig te operationaliseren zijn.

Voor wat betreft de *VISI-norm* zal aangesloten moeten worden bij de norm die recent is opgesteld. Er wordt wel opgemerkt dat in die norm werkzaamheden die niet verbonden zijn aan meldingen, niet zijn verdisconteerd. Meerdere deskundigen maakten opmerkingen over de

<sup>6</sup> IGZ. Kortschrift. Onderzoek naar bereikbaarheid artsen infectieziekten van GGD'en buiten kantooruren. Den Haag: IGZ, 2007.

disciplines en taken die wel en niet zouden moeten meetellen in de beschikbare formatie.

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Er werden drie potentieel bruikbare voorstellen gedaan:

- Beschikbaarheid bij een GGD van een (surveillance)systeem voor de vroegdetectie van uitbraken (bijv. afspraken met laboratoria, signalen uit het eigen registratiesysteem van meldingen).
- Indicatoren die gericht zijn op proactieve taken.
- Percentage LCI-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar.

### 3.2.5 Technische hygiënezorg

Twee van de vijf uitgewerkte indicatoren op het gebied van technische hygiënezorg werden als geschikt beoordeeld. Twee andere als mogelijk geschikt, één als minder geschikt. Een samenvatting van de opmerkingen over die mogelijk en minder geschikte indicatoren is weergegeven in tabel 3.9.

Tabel 3.9. Indicatoren Technische hygiënezorg die als mogelijk of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiepunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Beschikbare formatie (in fte) technische hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners (Eindoordeel: mogelijk geschikt)	Variatie in aantal en type objecten en taken tussen regio's is groot. Om regio's met elkaar te vergelijken is nauwgezette registratie nodig. Definities kunnen ook scherper.
Het percentage tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na aanvraag beoordeeld is (Eindoordeel: mogelijk geschikt)	Indicator meet vooral klantvriendelijkheid en bezettingsgraad, minder het functioneren van THZ. Bovendien gaat het buiten de Wpg om.
Percentage GGD'en dat contact onderhoudt met de volgende instellingen: opvang asielzoekerscentra, sociale pensions en dak- en thuislozenopvang, evenementen (Eindoordeel: minder geschikt)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De indicator zou verbeteren als evenementen geëxcludeerd worden.</li> <li>2. Wat verstaan wordt onder 'contact' zou scherper gedefinieerd moeten worden.</li> <li>3. Sommige voorzieningen vallen onder de Wmo, en niet alle GGD'en zijn daar verantwoordelijk voor.</li> </ol>

Voor twee indicatoren was er steun op alle vier de indicatoreigenschappen. De indicator Percentage GGD'en dat een actueel gemeentelijk of regionaal risicoprofiel heeft opgesteld op basis van de beleidsrichtlijn THZ zou wel wat strenger kunnen volgens sommige deskundigen. Bij de voorgestelde indicator scoort een GGD al positief als bijvoorbeeld voor 2 van de 22 gemeenten een risicoprofiel is opgesteld. Verder zou vastgesteld moeten worden of in het risicoprofiel bij de instellingen die prioriteit hebben gekregen een onderbouwing of motivatie is gegeven.

Bij de indicator *Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar* werd opgemerkt dat het beter is om te controleren of herziening van de richtlijn wenselijk is. Soms voldoet een oude richtlijn nog steeds.

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden, maar voor THZ werden geen voorstellen gedaan.

### 3.2.6 *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)*

Twee van de vijf uitgewerkte indicatoren op het gebied van SEGV werden beoordeeld als geschikt, één als mogelijk geschikt en twee als minder geschikt. In tabel 3.10 worden in het kort de opmerkingen die gemaakt werden bij de als mogelijk geschikt en minder geschikt beoordeelde indicatoren beschreven.

*Tabel 3.10. Indicatoren SEGV die als mogelijk of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiekpunten.*

<b>Indicator (eindoordeel)</b>	<b>Toelichting</b>
Verskil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Effecten van beleid resulteren pas na zeer lange tijd in een zichtbare verandering in de levensverwachting.</li> <li>2. SEGV wordt door veel andere factoren beïnvloedt dan PG.</li> <li>3. Aan het presenteren van verschil in levensverwachting per regio (bijv. gemeente), zitten nog wel enkele methodologische haken.</li> </ol>
Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie wordt aangeboden in een wijk met een lage SES (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Variatie in omvang van interventies wordt niet meegerekend.</li> <li>2. Er zijn grote verschillen in typen interventies.</li> <li>3. SEGV kunnen buurten en wijken overstijgen.</li> <li>4. Het gaat ook/vooral om interventies om sociale omstandigheden te verbeteren, niet perse om gezondheidsinterventies.</li> <li>5. Elke gemeente doet wel iets (score dus 100%).</li> </ol>
Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt aangeboden (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	Zie vorige indicator (afgezien van punt 3).

Voor twee indicatoren was er steun op alle vier de indicatoreigenschappen. De deskundigen maakten nog wel enkele opmerkingen, die hieronder zijn beschreven.

Bij de indicator *Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen* werd opgemerkt dat beschreven intenties niet perse leiden tot geormerkte budgetten en concrete activiteiten, en omgekeerd, dat zonder SEGV-doelstellingen in een nota er toch veel beleid op kan zijn. Verder werden nog suggesties gedaan om de indicator specifiek meetbaar te maken en een onderscheid te maken tussen gemeenten met grote en met kleine gezondheidsverschillen. Ten slotte werd opgemerkt dat sommige gemeenten minder de nadruk leggen op het schrijven van nota's, maar op andere wijzen hun beleidsintenties naar buiten brengen.

Bij de indicator *Percentage gemeenten waar de doelgroep "mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel* werd opgemerkt dat het in beeld hebben van de doelgroep nog niks zegt over de uitvoering van beleid om gezondheidsverschillen te verkleinen. Verder wees men op het feit dat de verschillen binnen wijken en buurten soms groter zijn dan ertussen. Door te focussen op verschillen tussen wijken en buurten, worden de 'armen' in rijke wijken en buurten vergeten. En soms is het niveau van wijk of buurt dan weer te gedetailleerd, omdat de SEGV-problemen meer op regionaal niveau liggen (bijv. krimpregio's). De deskundigen suggereerden om in de wijkprofielen ook informatie op te nemen over de aspecten van gezondheid waarop een achterstand bestaat. Dat raakt aan de indicator *Percentage gemeenten van de G36-gemeenten dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld of heeft laten opstellen* bij het thema Epidemiologie.

Twee procesindicatoren werden als minder geschikt beoordeeld (zie tabel 3.10). Dat lijkt enigszins in strijd met het feit dat sommige deskundigen hadden opgemerkt dat het belangrijker is te meten wát gemeenten doen, dan te meten of beleid beschreven is in een nota.

In de vragenlijst zijn aan de deskundigen nog acht extra indicatoren ter beoordeling voorgelegd, zeven uitkomst-indicatoren en één input-indicator. Deze indicatoren waren niet uitgewerkt in een indicatorbeschrijving, alleen de indicatornamen waren vermeld. Uit de beoordeling door de deskundigen kan opgemaakt worden dat vier uitkomst-indicatoren nog potentieel bruikbaar zijn (zie tabel 3.11).

*Tabel 3.10. Aanvullend beoordeelde indicatoren sociaaleconomische gezondheidsverschillen (in volgorde van prioriteit).*

<b>Indicator</b>	<b>Indicator wel/niet geschikt</b>
Percentage volwassenen dat voldoet aan de norm gezond bewegen naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Potentieel geschikt
Percentage mensen met overgewicht naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Potentieel geschikt
Percentage mensen dat rookt naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Potentieel geschikt
Vershil gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Potentieel geschikt

Indicator	Indicator wel/niet geschikt
Percentage mensen met ernstig overgewicht naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Niet geschikt
Percentage mensen met zwaar alcoholgebruik naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Niet geschikt
Percentage mensen met diabetes mellitus naar opleidingsniveau (index RIVM, trend).	Niet geschikt
Directe uitgaven door gemeenten aan activiteiten gericht op het verminderen/voorkomen van SEGV in euro per inwoner.	Niet geschikt

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Er werden veel verschillende onderwerpen genoemd: participatie (bijv. percentage personen met arbeidsparticipatie of een uitkering), leerprestaties van kinderen, zelfmanagement, sociale mobiliteit, samenwerking van de sector volksgezondheid van gemeenten met ander sectoren, arme mensen in rijke buurten, SEGV-beleid op bovenregionaal niveau, SEGV-beleid van de Rijksoverheid en prevalentie van andere aandoeningen dan diabetes mellitus. Een enkele respondent pleitte voor minder aandacht voor (leefstijl)interventies en gemeentelijke activiteiten. Er werd ook gewezen op de indicatorenlijst voor GIDS-gemeenten (in het kader van Gezond in....).

### 3.2.7

#### *Gemeentelijk gezondheidsbeleid*

Eén van de zeven uitgewerkte indicatoren op het gebied van gemeentelijk gezondheidsbeleid werd beoordeeld als geschikt, twee als mogelijk geschikt en drie als minder geschikt en één als ongeschikt. Een samenvatting van de kritiekpunten op de zes indicatoren met minder steun is weergegeven in tabel 3.12.

*Tabel 3.12. Indicatoren Gemeentelijk gezondheidsbeleid die als mogelijk of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiekpunten.*

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Percentage GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	HKZ-certificering is gelijkwaardig of beter. De relatie tussen het houden van audits en kwaliteit van de uitvoering is zwak. Meten of er externe audits zijn gehouden, is relevanter.
Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Zonder gezamenlijk nota kan er toch goed samengewerkt worden. En omgekeerd hoeft integratie van nota's niet te betekenen dat er integraal beleid wordt gevoerd.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Gemiddeld aantal formele samenwerkingsverbanden binnen een gemeente tussen partijen uit de publieke gezondheid en partijen uit het sociale domein, fysieke domein en/of domein werk & inkomen, waarbij ten minste drie partijen zijn betrokken <i>(Eindoordeel: minder geschikt)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het zou beter omschreven moeten zijn wanneer een samenwerkingsverband meetelt.</li> <li>2. Niet de kwantiteit van samenwerkingsverbanden telt, maar de kwaliteit daarvan.</li> <li>3. Vergelijking tussen kleine en grote gemeenten is lastig.</li> <li>4. Er bestaat geen registratie van, meten is een grote belasting voor gemeenten.</li> </ol>
Gemiddeld aantal strategische netwerken op gemeentelijk of regionaal niveau met eerste- én tweedelijnszorgorganisaties waaraan een GGD deelneemt <i>(Eindoordeel: minder geschikt)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relatie tussen aantal netwerken en functioneren/ gezondheid is twijfelachtig.</li> <li>2. Soms neemt de gemeente deel aan het netwerk (i.p.v. GGD).</li> <li>3. Vergelijking tussen kleine en grote gemeenten/regio's is lastig.</li> <li>4. Netwerken zijn niet voldoende duidelijk gedefinieerd.</li> </ol>
Gemiddeld aantal adviezen van GGD'en aan de gemeenten over de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid <i>(Eindoordeel: minder geschikt)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De aard en kwaliteit van adviezen zijn belangrijker dan het aantal. Het gaat erom of de adviezen bruikbaar waren en of er wat mee gedaan is.</li> <li>2. Beter definiëren welke adviezen wel en niet meetellen.</li> <li>3. Kleine en grote GGD'en zijn lastig te vergelijken.</li> </ol>
Percentage gemeenten met gehonoreerde subsidieaanvragen door ZonMw voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid <i>(Eindoordeel: ongeschikt)</i>	GGD'en hebben hier vaak geen capaciteit voor. Gemeenten zijn over het algemeen tevredener met goed onderzoek t.b.v. gemeente dan ZonMw-onderzoek.

Er werd door enkele deskundigen bij de als geschikt beoordeelde indicator *Percentage gemeenten dat in ten minste één van de nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd* nog wel genoemd dat het berekenen van de indicator veel werk is, omdat daartoe een grote hoeveelheid documenten moet worden gescreend (verordeningen, beleidsregels, beleidsnota's, etc).

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. De 16 voorstellen waren zeer divers, en zijn onder vier kopjes te scharen: evaluatie van beleid, samenwerking en integratie, monitoring en signalering, en overig. Sommige suggesties sluiten aan bij andere thema's, zoals epidemiologie en SEGV. Er werden ook nog suggesties

aangedragen voor grootschaliger (kwalitatief) onderzoek, wat buiten het kader van het ontwikkelen en selecteren van indicatoren valt.

### 3.2.8 Ouderengezondheidszorg

Eén van de negen uitgewerkte indicatoren op het gebied van ouderengezondheidszorg werd beoordeeld als geschikt, zeven als mogelijk geschikt en één als minder geschikt. In tabel 3.13 worden in het kort de opmerkingen die gemaakt werden bij de als mogelijk en minder geschikt beoordeelde indicatoren beschreven.

Tabel 3.13. Indicatoren Ouderengezondheidszorg die als mogelijk of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiepunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Benoemen van dit thema geeft geen enkele garantie dat er wat aan gedaan wordt, en dat dat effectief is. Er kan beter gemeten worden wat er concreet gebeurt.
Tevredenheid van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema preventieve ouderenzorg over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Subjectief en afhankelijk van omstandigheden bij meting. Ook afhankelijk van wat men verwacht aan ondersteuning.
Percentage gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Aan de ene kant beschikt men over gegevens uit de GGD-(ouderen)monitor, aan de andere kant zijn er problemen met de respons (mensen raken vragenlijst-moe).
Percentage gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Gegevens zijn vaak gebaseerd op casuïstiek. Meting gebeurt niet uniform. Kwaliteit van de meting sterk afhankelijk van de expertise van welzijns- en ouderenwerkers.
Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Samenwerking bevordert goede afstemming. Samenwerking op het gebied van ouderengezondheidszorg is belangrijk, maar vroegsignalering is te specifiek.
Percentage gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Grootschalige en kleine interventies krijgen in het voorstel eenzelfde gewicht. Ook zou gemeten moeten worden of het aanbod aansluit bij de behoefte, wat het bereik van de interventies is, en wat de kwaliteit is.
Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en	Het begrip 'vroegsignalering' dient beter gedefinieerd te worden, anders weet je niet wat je meet. Bij een

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
multimorbiditeit bij ouderen uitvoert (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	onscherpe definitie kan geen eerlijke vergelijking tussen gemeenten gemaakt worden. Bovendien zijn er vele personen en instanties bij vroegsignalering betrokken, dat maakt meten lastig.
Percentage ouderen met psychische problematiek (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	Psychische gezondheid wordt door veel factoren beïnvloed, gemeentelijk beleid is hier slechts één van. Of het beleid van gemeenten de psychische gezondheid van ouderen kan verbeteren, is maar de vraag. Bij metingen wordt de groep met de grootste problemen mogelijk gemist of onderrapporteren hun psychische problemen.

Voor één indicator was er steun op alle vier de indicatoreigenschappen. Bij deze indicator *Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid* werd wel opgemerkt dat het een subjectieve maat is die door veel factoren wordt beïnvloed, waarvan gemeentelijk beleid er maar één is. Case-mix correctie is vereist, bijvoorbeeld voor SES en sociale milieu in de omgeving.

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Er werden verschillende onderwerpen genoemd:

- Of ouderen zelf betrokken worden bij beleidsontwikkeling
- Of gemeenten participatie als beleidsspeerpunt in het gemeentelijke beleid hebben
- Of er structureel multidisciplinair overleg is binnen gemeenten over het thema ouderengezondheidszorg (zowel t.b.v. beleidsvorming als uitvoering in de praktijk)
- Of er een koppeling gemaakt wordt met andere beleidsterreinen die van invloed zijn op de volksgezondheid
- Hoeveelheid geld gemeenten beschikbaar hebben voor ouderengezondheidszorg
- Of gemeenten sociale wijkteams hebben die aan vroegsignalering bij ouderen doen, en wat ze dan precies doen (proactief of reactief).
- Of gemeenten het bereik monitoren van preventieve interventies voor ouderen die ingezet worden in het kader van de Wpg.

Algemeen commentaar van één respondent luidde dat de voorgestelde indicatoren ingewikkelde zaken proberen te meten. Dat lukt waarschijnlijk niet omdat ouderengezondheidszorg in de Wpg zo algemeen gesteld is, dat gemeenten er weinig houvast aan hebben.

### 3.2.9 *Epidemiologie*

Geen enkele van de vijf uitgewerkte indicatoren op het gebied van epidemiologie werd beoordeeld als geschikt. Twee kregen het oordeel



mogelijk geschikt en drie minder geschikt. In tabel 3.14 worden in het kort de opmerkingen die gemaakt werden bij de als mogelijk en minder geschikt beoordeelde indicatoren beschreven.

Tabel 3.14. Indicatoren Epidemiologie die als mogelijk of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiepunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Veel opmerkingen over welke disciplines en taken wel of niet meegeteld moeten worden. Er moet rekening gehouden worden met aantal inwoners en aantal gemeenten in een regio, maar er is geen lineaire relatie.
Percentage gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeenteambtenaren (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Het begrip 'gesprek' moet scherper omschreven worden. Als de lat niet zo hoog wordt gelegd, doen alle GGD'en dit al, en is de score 100%.
Percentage gemeenten van de G36-gemeenten dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld of heeft laten opstellen (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het gaat er vooral om wat de gemeente met een wijkprofiel doet.</li> <li>2. Een beperkt wijkprofiel kan ook voldoen.</li> <li>3. De definitie van een wijkprofiel is nog onduidelijk.</li> </ol>
Percentage GGD'en dat eens in de vier jaar een regionale volksgezondheidsrapportage uitbrengt (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. De definitie van volksgezondheidsrapportage is te beperkt, er bestaat een grote variatie aan (digitale) rapportages.</li> <li>2. Het is geen wettelijke taak.</li> <li>3. Er is veel meer behoefte aan rapportages die afgestemd zijn op de actuele behoefte van gemeenten.</li> <li>4. Voorkeur voor inzicht per gemeente of wijk i.p.v. per regio.</li> </ol>
Percentage gemeenten dat gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking openbaar heeft gemaakt via een website (Eindoordeel: <i>minder geschikt</i> )	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dit is geen Wpg-taak.</li> <li>2. De indicator houdt geen rekening met kwaliteit van de informatie, volledigheid, omvang, actualiteit en vindbaarheid.</li> <li>3. Elke gemeente en GGD publiceert wel iets, dus de score is 100%.</li> </ol>

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Er werden veel verschillende onderwerpen genoemd:

- Professionalisering van epidemiologisch onderzoek, scholing, innovatie, big data.
- Variatie in achtergrond/kennis in een team van onderzoekers en de mate van samenwerking met beleid/gemeenten.
- Beschikbaarheid van een monitor met bereik van alle doelgroepen (leeftijdsgroepen, kwetsbare groepen).
- Het geven van advies aan gemeenten n.a.v. epidemiologisch onderzoek.
- Niet-epidemiologisch onderzoek, kwalitatieve onderzoeksmethoden.
- Aansluiting van informatie die GGD'en opleveren bij de behoeften van gemeenten.
- Maatwerk en maken van continue rapportages voor gemeenten (flexibel en actueel).
- Het stellen van SMART-doelen in de nota door gemeenten en ondersteuning daarbij door epidemiologie.
- Tevredenheid van ambtenaren over de informatievoorziening van GGD'en.

### 3.2.10 Gezondheidsbevordering

Vijf van de zeven uitgewerkte indicatoren op het gebied van gezondheidsbevordering werden beoordeeld als geschikt en twee als mogelijk geschikt. Voor die laatste twee wordt een samenvatting van de kritiekpunten weergegeven in tabel 3.15.

Tabel 3.15. Indicatoren Gezondheidsbevordering die als mogelijk of minder geschikt werden beoordeeld, met een samenvatting van de kritiekpunten.

Indicator (eindoordeel)	Toelichting
Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Als een onderwerp is opgenomen in de nota, wil dat niet zeggen dat er ook aandacht naar uitgaat. Bovendien kunnen gemeenten ook kiezen voor lokale speerpunten. Niet alle gemeenten maken nog een nota.
Percentage GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering (Eindoordeel: <i>mogelijk geschikt</i> )	Het bevordert de kennisinfrastructuur richting gemeenten en bevordert kennisgestuurd handelen, maar vaak is er geen geld voor. Ook vindt men dat de indicator ver weg staat van de dagelijkse praktijk. Bovendien beleggen gemeenten gezondheidsbevordering niet perse bij GGD'en.

Bij de vijf indicatoren waarvoor steun was op alle vier de indicatoreigenschappen werden nog wel opmerkingen gemaakt, welke hieronder zijn beschreven.

De indicator *Percentage jongeren dat rookt* wordt niet alleen door gemeentelijk of GGD-beleid beïnvloed, maar ook (vooral?) door landelijk beleid en regionale projecten, bijv. van het Longfonds. Meer inzicht kan verkregen worden door het percentage uit te splitsen naar schooltype. Aanvullend zou gemeten kunnen worden wat GGD'en doen op het gebied van rookpreventie. Op termijn zouden ook andere uitkomsten gemeten kunnen worden. Voorstellen waren problematisch alcoholgebruik of depressie. Eén respondent stelde voor de prevalentie van roken onder volwassenen te meten, omdat gemeenten veel kunnen doen om roken terug te dringen, vooral onder mensen met een lage SES.

Bij de indicator *Percentage erkende gezondheidsbevorderende interventies van alle uitgevoerde interventies op het gebied van overgewicht/bewegen*, noemen sommige deskundigen dat er niet zo heel veel bewezen effectieve interventies op dit gebied zijn. De vraag is of bewezen effectieve interventies waarvan gemeenten een eigen variant hebben gemaakt, mogen meetellen. Hetzelfde geldt voor niet bewezen effectieve interventies (=niet onderzocht). Een vraag is of het gebruik van interventies geregistreerd wordt, en of GGD'en wel van alles op de hoogte zijn. Enkele deskundigen zochten het in een hele andere richting: wat is het integrale gezondheidsbeleid in de gemeente? Het gaat daarbij niet om enkelvoudige interventies maar om het brede volksgezondheidsbeleid, inclusief inrichting van de fysieke omgeving en borging van gezondheidsbeleid in gemeentelijke processen.

Bij de indicator *Percentage scholen met het Vignet Gezonde School* werd opgemerkt dat sommige scholen wel werken aan gezondheid, maar het aanvragen van een vignet te veel gedoe vinden. Er wordt dus meer aan gezondheid gedaan dan het aantal uitgegeven vignetten doet vermoeden. Ook werd opgemerkt dat de indicator mogelijk wat strenger kan; één themacertificaat is misschien wat weinig om positief te scoren. Eventueel zou het totaal aantal behaalde deelcertificaten van alle te behalen deelcertificaten berekend kunnen worden.

Een gevaar met de indicator *Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke gezondheidsnota een kwantitatieve doelstelling op het gebied van gezondheidsbevordering heeft beschreven*, is dat alle gemeenten voor minstens één onderwerp wel een kwantitatieve doelstelling hebben beschreven, zodat de score 100% is. De indicator zou dus strenger mogen, of er zou gemeten kunnen worden hoeveel kwantitatieve doelstellingen beschreven zijn. Aanvullend zou het informatief kunnen zijn om na te vragen of eerder gestelde kwantitatieve doelstellingen zijn gehaald, en wat de redenen waren voor het al dan niet behalen daarvan.

De indicator *Percentage rookvrije schoolterreinen* is vanaf 2020 wellicht niet meer bruikbaar, omdat dan alle scholen rookvrij moeten zijn. Sommige deskundigen vroegen zich af of een rookvrij schoolterrein wel zoveel bijdraagt aan het niet-roken. Kinderen kunnen net buiten het schoolterrein roken, of buiten schooltijden en in het weekend. Verder werd opgemerkt dat het ook belangrijk is om te weten wat gemeenten en GGD'en doen op het gebied van (rook)preventie.

De deskundigen konden zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Er werden verschillende onderwerpen genoemd. Drie deskundigen suggereerden om een indicator te ontwikkelen voor intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheidsbevordering, met name in het sociale en fysieke domein. Twee keer werd aanbevolen om bij eventuele meting rekening te houden met verschillen in prioriteiten tussen gemeenten en regio's. Idealiter is de lokale aanpak gekoppeld aan de lokale problemen.

## 3.2.11

*Aanvullende onderwerpen en indicatoren vanuit deskundigenpanel*

De geraadpleegde deskundigen zagen nog tal van mogelijkheden om de geselecteerde set verder aan te scherpen. Sommige indicatoren kunnen met enige aanpassingen enorm aan zeggingskracht winnen. Soms met een verdere uitwerking van de voorgelegde indicator en soms attendeerden deskundigen ons op aanvullende aspecten waarvoor nieuwe indicatoren kunnen worden ontwikkeld. Bij de indicatoren voor medische milieukunde bijvoorbeeld, misten deskundigen indicatoren over preventieve taken: betrokkenheid van MMK bij beleidsplannen, nota's, vergunningen, inrichtingsvraagstukken e.d., en advisering van gemeenten, woningcorporaties, bedrijven. Zie tabel 3.16 voor suggesties vanuit het deskundigenpanel.

*Tabel 3.16: Indicatoren zonder indicatorbeschrijving maar positief beoordeeld of door het deskundigenpanel zelf voorgesteld.*

<b>Jeugdgezondheidszorg</b>
Percentage 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)
Percentage van de gemeentelijke begroting dat besteed wordt aan JGZ
Percentage kinderen (leeftijdsspecifiek) waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle kinderen uit het werkgebied van de JGZ-organisatie dat vanwege een specifiek gezondheidsprobleem (nader in te vullen) is verwezen
Percentage gevallen waarbij de JGZ-organisatie actie heeft ondernomen na het niet verschijnen van een kind zonder bericht, van alle gevallen waarbij het kind niet verschenen is zonder bericht (actie na no show)
Percentage gemeenten waarbij in de gemeentelijke nota aandacht is voor de samenwerking tussen JGZ en voor de regio relevante partijen
Percentage ouders en/of kinderen met gunstige ervaringen met de zorgverlening door de JGZ
Percentage jongeren met overgewicht
Een indicator over voorlichting die wordt gegeven
Een indicator over zorgcoördinatie
Een indicator over extra consulten
Een indicator over verwijzingen
Een indicator over terugkoppeling van informatie aan verloskundige/kraamzorg
Een indicator over opvoedondersteuning aan ouders en gebruik van aangeboden interventies
<b>Medische milieukunde</b>
De mate waarin GGD'en (afdelingen MMK) preventieve taken uitvoeren. Daarbij kan het gaan over beleid in de volle breedte van de fysieke leefomgeving. Producten kunnen zijn: visies, plannen, vergunningen, adviezen en nota's; klanten en objecten kunnen naast gemeenten ook woningcorporaties, scholen, industriële bedrijven en agrarische bedrijven zijn
De mate van tevredenheid van burgers met de kwaliteit van de leefomgeving
Besteedde en benodigde tijd bij GGD'en om de preventieve taken (zoals het geven van adviezen) uit te voeren

<b>Rampen en crises</b>
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces melding en alarmering
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces op- en afschaling
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces informatiemanagement
<b>Infectieziektebestrijding</b>
Een indicator die de rollen van VWS, RIVM en gemeenten meet. Hierbij valt te denken aan crisisplan, leiding en coördinatie, geoefendheid en bereikbaarheid bij crises
Beschikbaarheid bij een GGD van een (surveillance)systeem voor de vroegdetectie van uitbraken (bijv. afspraken met laboratoria, signalen uit het eigen registratiesysteem van meldingen)
Indicatoren die gericht zijn op proactieve taken
Percentage LCI-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar
<b>Technische hygiënezorg</b>
Geen
<b>Sociaaleconomische gezondheidsverschillen</b>
Percentage volwassenen dat voldoet aan de norm gezond bewegen naar opleidingsniveau
Percentage mensen met overgewicht naar opleidingsniveau
Percentage mensen dat rookt naar opleidingsniveau
Verskil gezonde levensverwachting naar opleidingsniveau
Indicatoren over participatie (bijv. percentage personen met arbeidsparticipatie of een uitkering), leerprestaties van kinderen, zelfmanagement, sociale mobiliteit
Een indicator over samenwerking van de sector volksgezondheid van gemeenten met ander sectoren
Een indicator over Arme mensen in rijke buurten
Een indicator over SEGV-beleid op bovenregionaal niveau
Een indicator over SEGV-beleid van de Rijksoverheid
De prevalentie van andere aandoeningen dan diabetes mellitus
<b>Gemeentelijk gezondheidsbeleid</b>
Er werd een grote diversiteit aan onderwerpen genoemd
<b>Ouderengezondheidszorg</b>
Een indicator die meet of ouderen zelf betrokken worden bij beleidsontwikkeling
Een indicator die meet of gemeenten participatie als beleidsspeerpunt in het gemeentelijke beleid hebben
Een indicator die meet of er structureel multidisciplinair overleg is binnen gemeenten over het thema ouderengezondheidszorg (zowel t.b.v. Beleidsvorming als uitvoering in de praktijk)
Een indicator die meet of er een koppeling gemaakt wordt met andere beleidsterreinen die van invloed zijn op de volksgezondheid
Hoeveelheid geld gemeenten beschikbaar hebben voor ouderengezondheidszorg
Een indicator die meet of gemeenten sociale wijkteams hebben die aan vroegsignalering bij ouderen doen, en wat ze dan precies doen (proactief of reactief).
Een indicator die meet of gemeenten het bereik monitoren van

preventieve interventies voor ouderen die ingezet worden in het kader van de Wpg
Het voorkomen van andere gezondheidsaspecten naast psychische problematiek, zoals valincidenten, eenzaamheid, zelfstandig thuis wonen.
Een indicator die meet of de aangeboden interventies voor ouderen erkend zijn.
<b>Epidemiologie</b>
Professionalisering van epidemiologisch onderzoek, scholing, innovatie, big data
Variatie in achtergrond/kennis in een team van onderzoekers en de mate van samenwerking met beleid/gemeenten
Beschikbaarheid van een monitor met bereik van alle doelgroepen (leeftijdsgroepen, kwetsbare groepen).
Het geven van advies aan gemeenten n.a.v. Epidemiologisch onderzoek
Niet-epidemiologisch onderzoek, kwalitatieve onderzoeksmethoden
Aansluiting van informatie die GGD'en opleveren bij de behoeften van gemeenten
Maatwerk en maken van continue rapportages voor gemeenten (flexibel en actueel)
Het stellen van SMART-doelen in de nota door gemeenten en ondersteuning daarbij door epidemiologie
Tevredenheid van ambtenaren over de informatievoorziening van GGD'en
Een indicator die meet of het gemeentelijk beleid wordt onderbouwd met cijfers vanuit wijkprofielen, monitors of een regionale gezondheidsrapportage.
<b>Gezondheidsbevordering</b>
Een indicator die de intersectorale samenwerking op het gebied van gezondheidsbevordering meet, met name in het sociale en fysieke domein
Indicator formuleren over de relatie tussen landelijke prioriteiten en lokale prioriteiten.
Indicator die de tevredenheid meet van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema gezondheidsbevordering over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties (vergelijkbaar met de indicator binnen het thema ouderengezondheidszorg).
Indicatoren formuleren over depressie en alcoholgebruik onder jongeren.
Indicator die meet of wordt aangesloten bij de belevingswereld van de bevolking.
Een indicator die meet hoeveel organisaties betrokken zijn bij de uitvoering van gezondheidsbevordering.

### 3.2.12

#### *Rijksindicatoren*

Aanvullend aan de indicatoren voor de tien belangrijkste inhoudelijke thema's met betrekking tot publieke gezondheid, is specifiek aandacht besteed aan het ontwikkelen van indicatoren die gaan over de directe verantwoordelijkheid van de Rijksoverheid (de 'rijksindicatoren'). De projectgroep heeft drie onderwerpen geselecteerd om verder uit te werken; 1) De beleidscyclus (landelijke nota, gemeentelijke nota's, speerpunten, evaluatie, VTV); 2) Toezicht; en 3) Kennis en advies

(monitors, ondersteuning door kennisinstututen). Naderhand zijn 'de beleidscyclus' en 'toezicht' samengevoegd. Een voorstel voor in totaal 21 potentiële rijksindicatoren, inclusief rationale en mogelijkheden voor uitvraag is voorgelegd aan de VWS-begeleidingsgroep. Een overzicht van de voorgestelde rijksindicatoren is te vinden in tabel 3.16.

Het samenstellen van een set rijksindicatoren en de uiteindelijke invulling hiervan, is van een andere orde dan het samenstellen van de indicatorenset voor de afzonderlijke inhoudelijke thema's. Voor vrijwel geen van de rijksindicatoren is op dit moment een bestaande bron aanwezig, een deel van de indicatoren is een ja/nee vraag en een ander deel van de indicatoren meet vooral ervaringen en tevredenheid. De invulling zal daarom meer kwalitatief dan kwantitatief van aard zijn en de opbrengst zal vooral een beschrijvend beeld van de stand van zaken zijn.

Tabel 3.16. Voorstel potentiële rijksindicatoren.

<b>1. Beleid(scyclus)</b>
<b>Onze Minister stelt elke vier jaar een landelijke nota gezondheidsbeleid vast op het gebied van de publieke gezondheid</b>
<b>Opstellen van de nota</b>
1. Is de landelijke nota gezondheidsbeleid tot stand gekomen in afstemming met de drie landelijke spelers op het gebied van PG; RIVM, GGD GHOR NL, VNG?
2. Zijn de drie landelijke spelers op het gebied van PG naar tevredenheid betrokken bij de totstandkoming van de landelijke nota gezondheidsbeleid?
<b>Inhoud van de nota</b>
3. Sluit de landelijke nota gezondheidsbeleid aan bij de in de VTV genoemde aandachtspunten voor beleid? Zowel speerpunten als andere onderwerpen, zoals decentralisatie en integraal beleid (integratie met bijv. jeugd, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen, omgeving).
4. Zijn in de landelijke nota gezondheidsbeleid speerpunten opgenomen voor lokaal beleid?
5. Zijn in de landelijke nota gezondheidsbeleid voor elk speerpunt programma's en/of maatregelen ter bevordering van de PG benoemd?
6. Staan in de landelijke nota gezondheidsbeleid concrete doelstellingen?
<b>Bruikbaarheid van de nota</b>
7. Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven
8. Kiezen gemeenten voor andere speerpunten? Doen ze dat bewust en onderbouwd? Ofwel: sluiten speerpunten landelijk en lokaal op elkaar aan?
9. Is de landelijke nota bekend in de regio en helpt deze bij het opstellen en uitvoeren van concrete acties in de regio (bruikbaarheid)?
<b>Evaluatie van het PG-beleid en toezicht op de uitvoering</b>



<p><b>De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) levert een bijdrage aan de kwaliteit van de publieke gezondheid:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. De IGZ houdt toezicht op crisisbeheersing en rampenbestrijding.</b></li> <li><b>2. De IGZ controleert de kwaliteit en veiligheid van de jeugdgezondheidszorg (JGZ).</b></li> <li><b>3. De IGZ houdt toezicht op de partijen die een rol spelen bij de signalering, de preventie en de bestrijding van infectieziekten, binnen de publieke gezondheidszorg en binnen de zorginstellingen.</b></li> </ol>
10. Wordt naar aanleiding van de in de landelijke nota gezondheidsbeleid benoemde <u>doelstellingen</u> en <u>programma's en/of maatregelen ter bevordering van de PG</u> , de gezondheidstoestand van Nederland (als uitkomst van PG) geëvalueerd.
11. Worden de in de landelijke nota gezondheidsbeleid genoemde <u>doelstellingen</u> en <u>programma's en/of maatregelen ter bevordering van de PG</u> geëvalueerd (afgezien van de hierboven genoemde monitoring)?
12. Zijn naar aanleiding van de evaluatie / monitoring acties ter verbetering benoemd?
<b>2. Ondersteuning met kennis en advies</b>
<b>Onze Minister bevordert de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.</b>
<b>Onderzoek</b>
13. Worden ZonMw en RIVM door VWS betrokken bij het opstellen van het landelijk programma voor de uitvoering van onderzoek ('Kennisagenda')?
<b>Landelijke ondersteuningsstructuur</b>
14. Mate waarin lokale beleidsmakers en professionals in het vormgeven en uitvoeren van het lokale Publieke Gezondheidsbeleid voldoende ondersteuning ervaren vanuit de landelijke overheid.
15. Is er ondersteuning beschikbaar? Is er continuïteit in de ondersteuning? Hoe wordt ondersteuning ingezet?
16. Mate waarin ondersteuning gegeven wordt aan de opzet en instandhouding van de monitors
<b>Onze Minister bevordert interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de publieke gezondheidszorg.</b>
<b>Samenwerking</b>
17. Mate van integrale aanpak van de speerpunten uit de landelijke nota gezondheidsbeleid. In hoeverre zijn andere departementen betrokken bij het opstellen van de landelijke nota gezondheidsbeleid, zoals I&M m.b.t. milieu en gezondheid, SZW m.b.t arbeid en gezondheid?
18. Ervaring met of tevredenheid over de samenwerking tussen de beleidsdirectie PG en (1) andere beleidsdirecties binnen VWS, (2) andere ministeries, (3) landelijke spelers op het gebied van PG (RIVM, GGD GHOR NL, VNG).
19. Ervaring met of tevredenheid bij over de samenwerking tussen de beleidsdirectie PG en internationale organisaties (WHO, OECD, EU, EUPHA) en buitenlandse instellingen/ministeries.

20. Aantal keer per jaar dat een gestructureerd overleg (met agenda en notulen) plaatsvindt tussen de vier landelijke kernorganisaties in het PG-domein (VWS, RIVM, GGD GHOR NL, VNG).
21. Aantal keer per jaar dat een bijeenkomst plaatsvindt tussen het RIVM en de directeuren publieke gezondheid (DPG'en)

De leden van de VWS-begeleidingsgroep hebben de indicatoren beoordeeld en zijn gezamenlijk tot consensus gekomen. Zij hebben 5 van de 21 indicatoren als zinvol beoordeeld, zelf 5 indicatoren toegevoegd en enkele indicatoren samengevoegd tot één indicator. Enkele onderwerpen komen niet terug in de selectie door de VWS-begeleidingsgroep:

- het opstellen van de landelijke nota (of andere spelers daarbij betrokken waren, en of dat naar tevredenheid van die spelers was)
- interdepartementale en internationale samenwerking.

De rijksindicatoren (tabel 3.17 inclusief rationale en mogelijkheden voor uitvraag) dienen nog voorgelegd te worden aan de andere drie landelijke spelers (GGD GHOR Nederland, VNG en RIVM). Daarna kunnen de geselecteerde indicatoren verder uitgewerkt worden en dan onderdeel gaan uitmaken van de uiteindelijke set.

*Tabel 3.17. Resultaat van de beoordeling door VWS van potentiële rijksindicatoren (cijfers corresponderen met de indicatoren in tabel 17, letters zijn nieuwe voorgestelde indicatoren).*

<b>1. Beleid(scyclus)</b>	
<b>Opstellen van de nota</b>	
-	
<b>Inhoud van de nota</b>	
A	Wordt bij het tot stand komen van de landelijke nota gebruik gemaakt van de juiste gegevens?
B	Sluit de nota aan bij VTV? [toelichting: dit is een ja/nee vraag: is gebruik gemaakt van de VTV?]
<b>Bruikbaarheid van de nota</b>	
9	Is de landelijke nota bekend in de gemeente en helpt deze bij het opstellen en uitvoeren van concrete acties in de regio (bruikbaarheid)?
C	Is de landelijke nota bruikbaar (biedt handvatten)? Is deze relevant? Is deze richtinggevend?
D	Wordt de landelijke nota gebruikt? Heeft men er lokaal iets aan?
<b>Evaluatie van het PG-beleid en toezicht op de uitvoering</b>	
10+11	Wordt naar aanleiding van de in de landelijke nota gezondheidsbeleid benoemde <u>doelstellingen</u> en <u>programma's en/of maatregelen ter bevordering van de PG</u> , het effect geëvalueerd (aan de hand van onder meer de gezondheidstoestand van de bevolking in Nederland)?
<b>2. Ondersteuning met kennis en advies</b>	
<b>Onze Minister bevordert de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.</b>	

<b>Onderzoek</b>	
E	Welk budget stelt het rijk beschikbaar voor kennis?
<b>Landelijke ondersteuningsstructuur</b>	
14+15	Mate waarin lokale beleidsmakers en professionals in het vormgeven en uitvoeren van het lokale Publieke Gezondheidsbeleid voldoende ondersteuning ervaren vanuit de landelijke overheid. Vragen hierbij: Is er ondersteuning beschikbaar? Is er continuïteit in de ondersteuning? Hoe wordt ondersteuning ingezet?
<b>Samenwerking</b>	



## 4 lectie indicatoren en vulling van indicatoren

### 4.1 Geselecteerde indicatoren compacte set

Van de 63 indicatoren waarvoor een beschrijving is gemaakt en die zijn voorgelegd aan een deskundigenpanel (stap 3 uit de methodebeschrijving), werden 45 indicatoren beoordeeld als 'geschikt' of 'mogelijk geschikt'. Deze indicatoren zijn weergegeven in tabel 4.1. Hierbij is tevens aangegeven om wat voor type indicator het gaat.

*Tabel 4.1. Voorgestelde indicatoren, naar type, eindoordeel en beschikbaarheid van gegevens voor de invulling van de indicatoren; normaal lettertype en grijs gearceerd: totaaloordeel van het panel is 'geschikt'; cursief lettertype en niet gearceerd: totaaloordeel is 'mogelijk geschikt'.*

<b>Thema en indicator</b>	<b>Type<sup>a</sup></b>	<b>Eind-oordeel</b>	<b>Data</b>
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>			
Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt, dat is opgespoord via de hielprikscreening.	O	Geschikt	+
Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).	O	Geschikt	+
Percentage jeugdigen (klas 4, 15/16 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een adolescentencontact jeugdgezondheidszorg heeft gehad.	O	Geschikt	-
<i>Percentage jeugdigen (0-18 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie met een verwijzing naar zorg door JGZ, waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is dat ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn.</i>	<i>P</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>
<i>Som van het aantal fte JGZ-verpleegkundigen, fte JGZ-doktersassistenten en fte jeugdartsen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 jeugdigen van 0 t/m 18 jaar.</i>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>
<b>Medische milieukunde</b>			
<i>Percentage GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen.</i>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>
<b>Rampen en crises</b>			
Percentage GGD'en dat samenwerkingsafspraken heeft met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen.	S	Geschikt	-
Percentage GGD'en waar het crisisteam minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen oefent.	S	Geschikt	+

<b>Thema en indicator</b>	<b>Type<sup>a</sup></b>	<b>Eind-oordeel</b>	<b>Data</b>
Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis.	S	Geschikt	-
<i>Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen.</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	+
<i>Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft.</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	+
<i>Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	-
<i>Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord.</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	+
<b>Infectieziektebestrijding</b>			
Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is	S	Geschikt	+
Percentage GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen	S	Geschikt	-
Percentage GGD'en dat in het peiljaar in alle gevallen een arts van het LCI (Landelijk Coördinatie Infectieziektebestrijding) van het RIVM binnen een uur telefonisch kon bereiken	S	Geschikt	-
Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek	S	Geschikt	+
Percentage GGD'en waar de beschikbare totale formatie IZB $\geq$ VISI-norm	S	Geschikt	-
<b>Technische hygiënezorg</b>			
Percentage GGD'en dat een actueel gemeentelijk of regionaal risicoprofiel heeft opgesteld op basis van de beleidsrichtlijn THZ	S	Geschikt	-
Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar	S	Geschikt	+
<i>Beschikbare formatie (in fte) technische hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	-
<i>Het percentage tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na aanvraag beoordeeld is</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	-
<b>Sociaaleconomische gezondheidsverschillen</b>			
<i>Verskil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau</i>	U	<i>Mogelijk geschikt</i>	+
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen	S	Geschikt	+
Percentage gemeenten waar de doelgroep	O	Geschikt	-

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Eind-oordeel	Data
"mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel			
<b>Gemeentelijk gezondheidsbeleid</b>			
Percentage gemeenten dat in ten minste één van de nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd	S	Geschikt	-
Percentage GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd	S	Mogelijk geschikt	-
Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota	S	Mogelijk geschikt	+
<b>Ouderengezondheidszorg</b>			
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd	O	Mogelijk geschikt	+
Tevredenheid van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema preventieve ouderenzorg over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties	U	Mogelijk geschikt	-
Percentage gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord	P	Mogelijk geschikt	-
Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid	U	Geschikt	+
Percentage gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht	P	Mogelijk geschikt	-
Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen	S	Mogelijk geschikt	-
Percentage gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden	P	Mogelijk geschikt	-
Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert	P	Mogelijk geschikt	-
<b>Epidemiologie</b>			
Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied	S	Mogelijk geschikt	+
Percentage gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeenteambtenaren	P	Mogelijk geschikt	-
<b>Gezondheidsbevordering</b>			
Percentage jongeren dat rookt	U	Geschikt	+

Thema en indicator	Type <sup>a</sup>	Eind-oordeel	Data
Percentage erkende gezondheidsbevorderende interventies van alle uitgevoerde interventies op het gebied van overgewicht/bewegen	P	Geschikt	-
Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)	O	Geschikt	+
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke gezondheidsnota een kwantitatieve doelstelling op het gebied van gezondheidsbevordering heeft beschreven	O	Geschikt	-
Percentage rookvrije schoolterreinen (naar type onderwijs)	O	Geschikt	+
<i>Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven</i>	O	<i>Mogelijk geschikt</i>	+
<i>Percentage GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering</i>	S	<i>Mogelijk geschikt</i>	-

<sup>a</sup> Indicatorstype: S=structuur; P=proces; O=output; U=uitkomst

## 4.2 Beschikbaarheid gegevens

Voor de 45 indicatoren die volgens de beoordelingen van het deskundigenpanel (mogelijk) geschikt zijn om op te nemen in de indicatorenset, is nagegaan of er een gegevensbron beschikbaar is om de indicator kwantitatief in te vullen. In tabel 4.1 is dit per thema weergegeven.

Voor 19 van de 45 indicatoren is kwantitatieve informatie beschikbaar (42%). Voor zes thema's kunnen twee of meer indicatoren ingevuld worden, voor drie thema's kan één indicator ingevuld worden en voor één thema zijn geen gegevens beschikbaar. Uitgesplitst naar type indicator, blijkt dat er de meeste gegevens beschikbaar zijn voor structuur-indicatoren en de minste voor output-indicatoren. Relatief gezien konden van de uitkomst-indicatoren de meeste indicatoren ingevuld worden (4 van de 5), van de proces-indicatoren de minste (1 van de 8) (zie figuur 4.1).

Voor het kwantitatief invullen van de indicatoren is gebruik gemaakt van 12 beschikbare gegevensbronnen, al dan niet openbaar. Een enkele keer is specifieke informatie opgevraagd bij de bronhouder. Er is geen informatie opgevraagd bij afzonderlijke GGD'en of gemeenten. De bronnen waarvan gebruik gemaakt is, zijn:

- Evaluatie van de neonatale hielprikscreening, uitgevoerd door TNO
- Nationale vaccinatieregister Praeventis
- Onderzoek LNAZ
- Berekening GGD GHOR Nederland
- Bevolkingsstatistiek CBS, bewerking door RIVM



- Scan gemeentelijke nota's door GGD GHOR Nederland
- IGZ-onderzoek
- Gezondheidsmonitor GGD'en
- Registratie Vignetten Gezonde school door GGD GHOR Nederland en gegevens over scholen van DUO
- Onderzoek Rookvrije schoolterreinen Mulier instituut
- Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut in samenwerking met RIVM
- Eigen website-onderzoek.

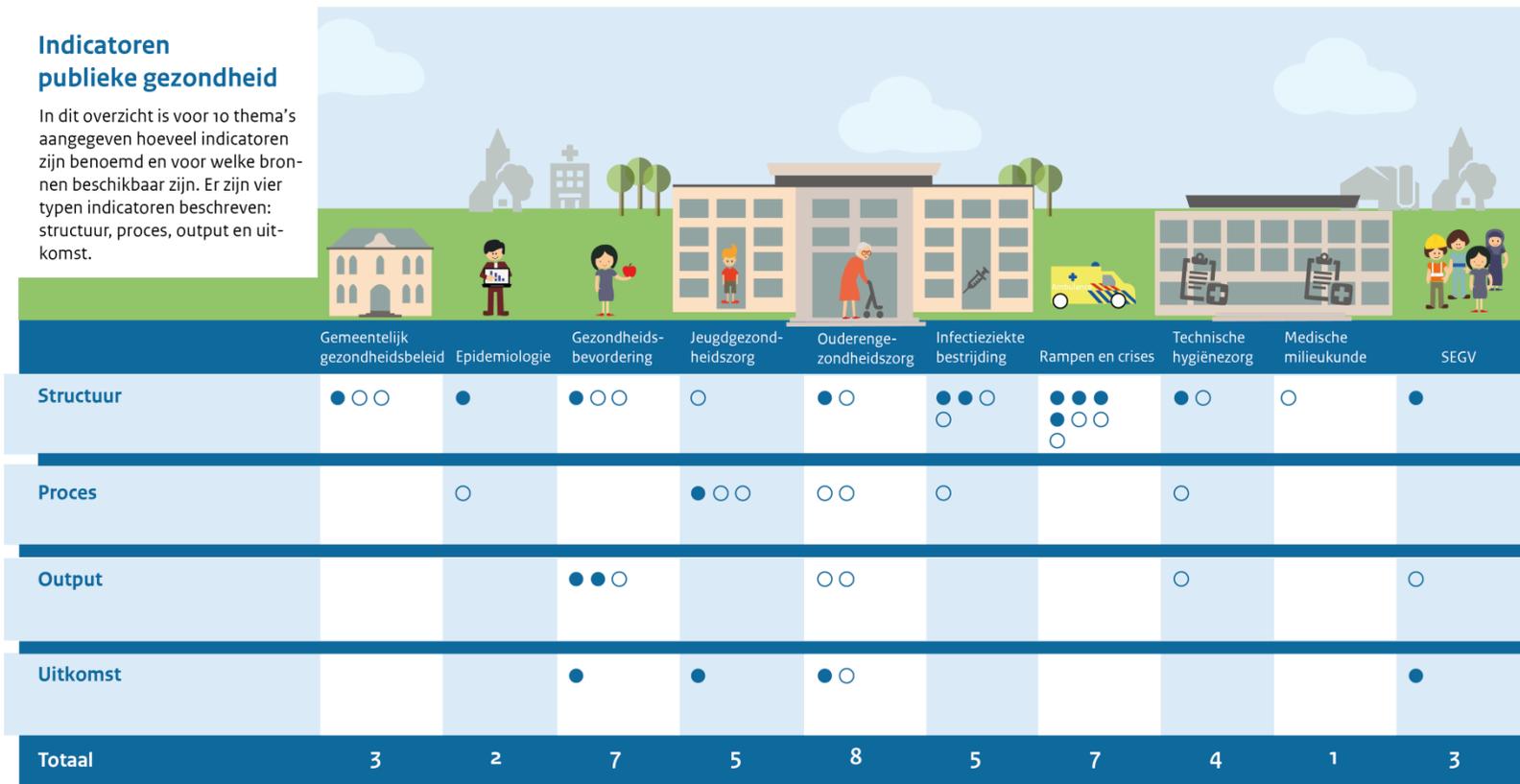
De selectiestappen bij de totstandkoming van de indicatorenset zijn weergegeven in figuren 4.2 en 4.3.

Voor drie typen indicatoren zijn wij niet nagegaan of er gegevens beschikbaar zijn, terwijl bij aanpassing of uitwerking van die indicatoren, sommige indicatoren wellicht nog bruikbaar kunnen zijn (indien er gegevens beschikbaar zijn). Het gaat om:

- indicatoren die een gemiddelde mediaanscore van 6 of minder hadden en waarbij de deskundigen suggesties voor verbetering gaven (beoordeeld als 'minder geschikt');
- indicatoren die als potentieel geschikt werden aangemerkt, maar waarvan geen uitgebreide indicatorbeschrijving beschikbaar was;
- door de deskundigen zelf voorgestelde indicatoren.

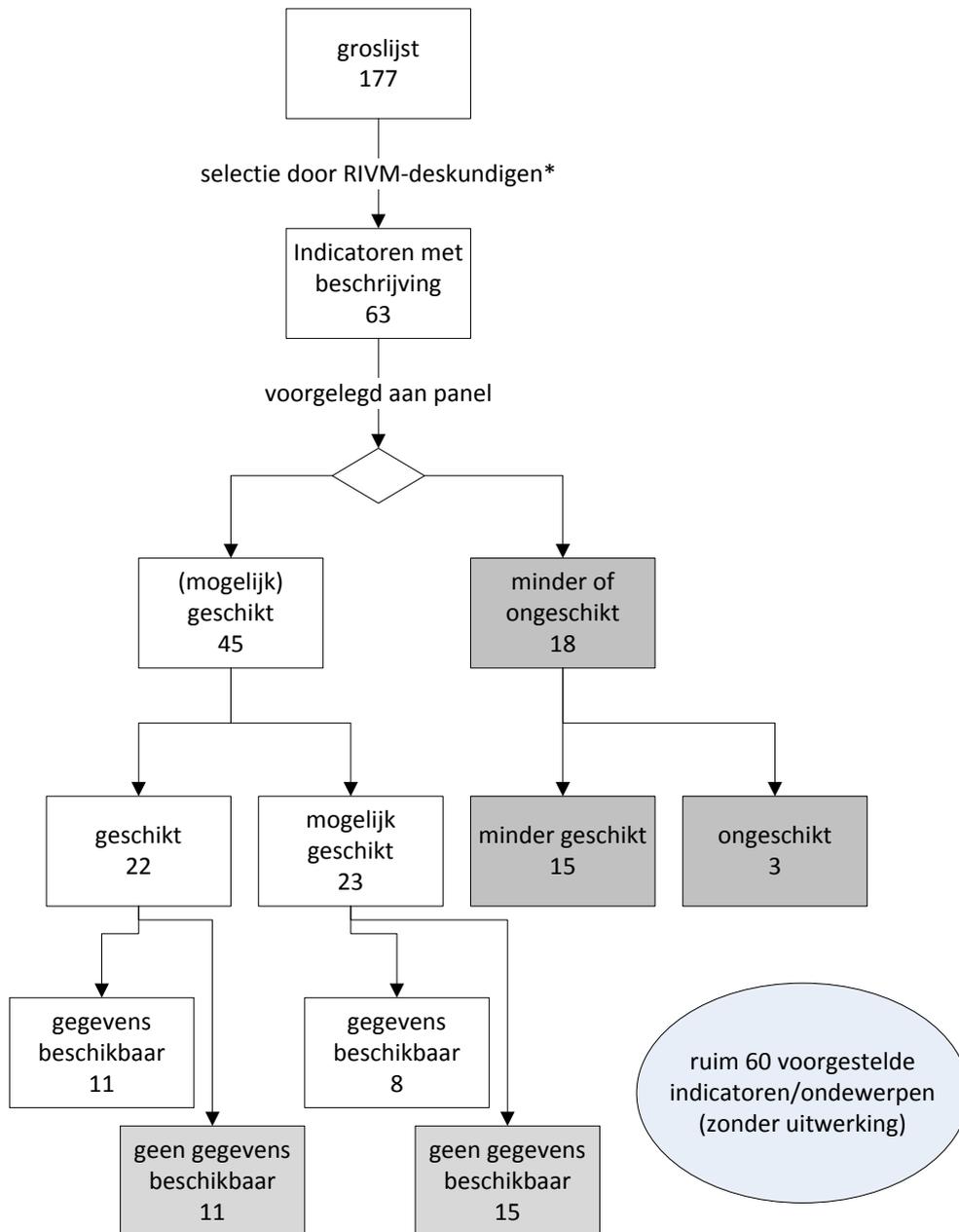
## Indicatoren publieke gezondheid

In dit overzicht is voor 10 thema's aangegeven hoeveel indicatoren zijn benoemd en voor welke bronnen beschikbaar zijn. Er zijn vier typen indicatoren beschreven: structuur, proces, output en uitkomst.



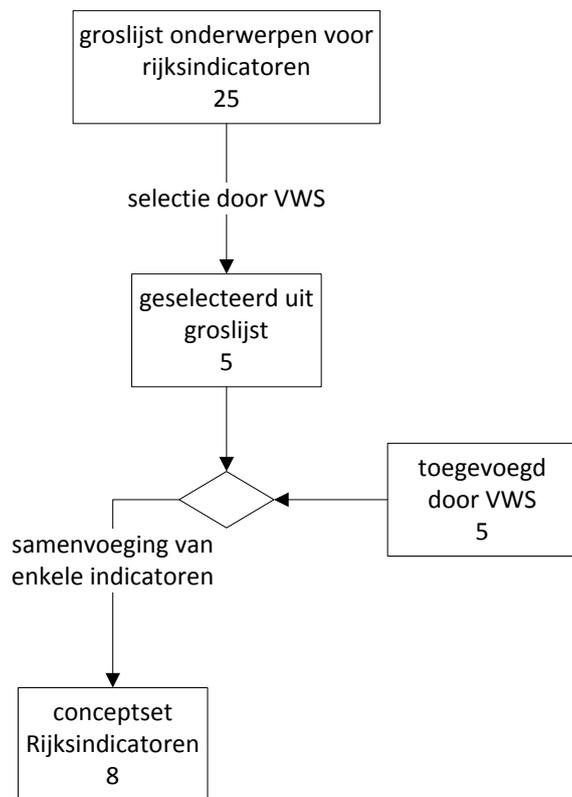
● = bron beschikbaar ○ = geen bron beschikbaar

Figuur 4.1. Overzicht van beschikbaarheid bronnen per indicator type en thema.



\*en een medewerker van het NCJ.

Figuur 4.2. Totstandkoming van de set indicatoren PG.



Figuur 4.3. Totstandkoming van de rijksindicatoren.

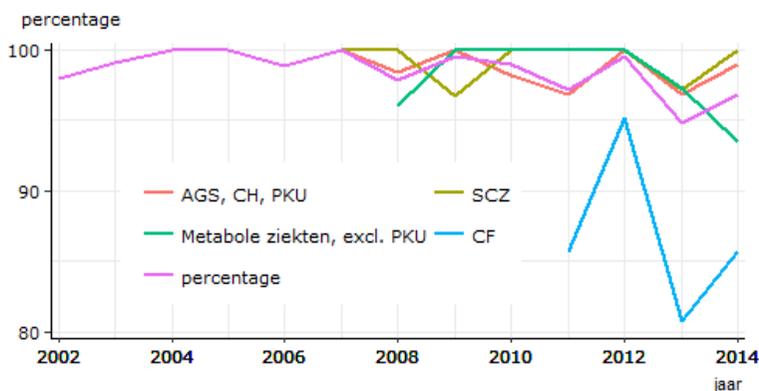
## 5 Indicatoruitkomsten

### 5.1 Indicatoruitkomsten in detail

Hieronder worden de indicatoren gepresenteerd waarvoor data beschikbaar waren (zie tabellen 5.1. t/m 5.9).

Tabel 5.1. *Indicatoren Jeugdgezondheidszorg.*

Indicator 'Percentage van de pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening dat wordt opgespoord via de hielprikscreening'.



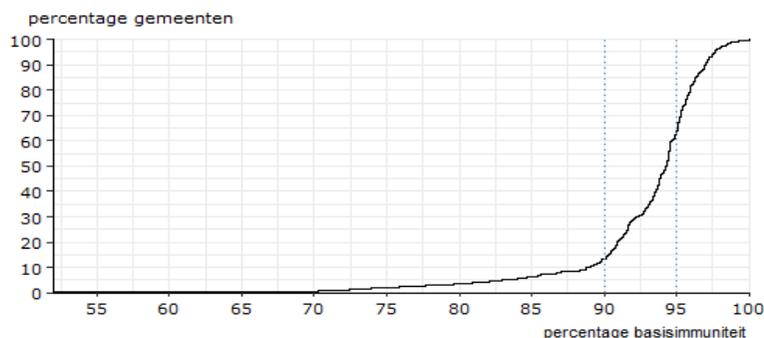
NSH = Neonatale Screening Hielprik (totaal van alle aandoening)  
 AGS=adrenogenitaal syndroom; CH=congenitale hypothyreoidie;  
 PKU=phenylketonurie; SCZ=sikkelcelziekte; CF=cystische fibrose  
 ofwel taaislijmziekte  
 Exclusief homocystinurie

Bron: Evaluatie van de neonatale hielprikscreening (TNO).

Van elk 1-jaarsgeboortecohort wordt bij ongeveer 200 kinderen een zeldzame ernstige aandoening gediagnosticeerd. In de figuur is weergegeven welk percentage daarvan via de hielprikscreening is opgespoord (programmasensitiviteit). In 2004, 2005 en 2007 lag het percentage via de hielprikscreening opgespoorde pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening op 100%, maar in andere jaren in de periode 2002-2014 lag dat percentage lager. Overall is het percentage pasgeborenen met een ernstige aandoening dat opgespoord is, significant gedaald in de periode 2002-2014. Bij het maken van onderscheid in (groepen van) aandoeningen die in een bepaald jaar werden toegevoegd aan het programma neonatale hielprikscreening, komt naar voren dat de daling te maken heeft met de toevoeging van cystische fibrose aan het programma in 2011. Voor cystische fibrose lijkt het percentage opgespoorde pasgeborenen op een iets lager niveau te liggen dan voor de andere aandoeningen.

Tabel 5.1 (vervolg). Indicatoren Jeugdgezondheidszorg.

Indicator 'Percentage van in 2013 in Nederland geboren zuigelingen dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP), per gemeente'.



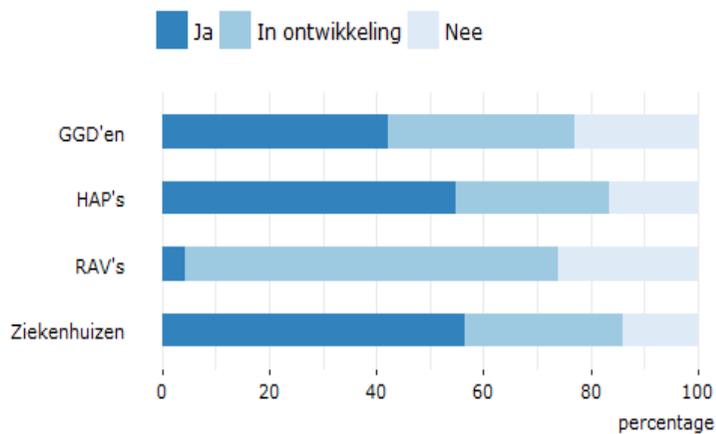
Bron: RIVM-DVP (Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's), nationale vaccinatieregister Praeventis ([via VZinfo](#)).

Deze figuur toont het percentage gemeenten met een bepaald percentage aan zuigelingen met basisimmunitet. Dit zijn alle zuigelingen van een specifiek geboortecohort die volledig hebben deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Een zuigeling heeft volledig deelgenomen aan het RVP als hij/zij alle vaccinaties volgens het RVP-schema toegediend heeft gekregen voor het bereiken van de leeftijd van 2 jaar.

In 4% van de gemeenten heeft minder dan 80% van de 2-jarige kinderen alle vaccinaties van het RVP-schema toegediend gekregen, in 13% van de gemeenten minder dan 90% en in 63% van de gemeenten minder dan 95%. In 37% van de gemeenten (100-63) heeft dus 95% of meer van de 2-jarige kinderen alle vaccinaties toegediend gekregen. Kinderen die alle vaccinaties van het RVP-schema toegediend hebben gekregen, hebben de basisimmunitet bereikt. Als veel kinderen de basisimmunitet hebben, wordt groepsimmunitet behaald. In de gemeenten waar groepsimmunitet bestaat, is de kans op een uitbraak van een epidemie erg klein. Bij BMR is sprake van groepsimmunitet als de regionale vaccinatiegraad te minste 95% is, bij DKTP moet deze ten minste 80% zijn.

Tabel 5.2. Indicatoren Rampen en crises.

Indicator 'Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft'.

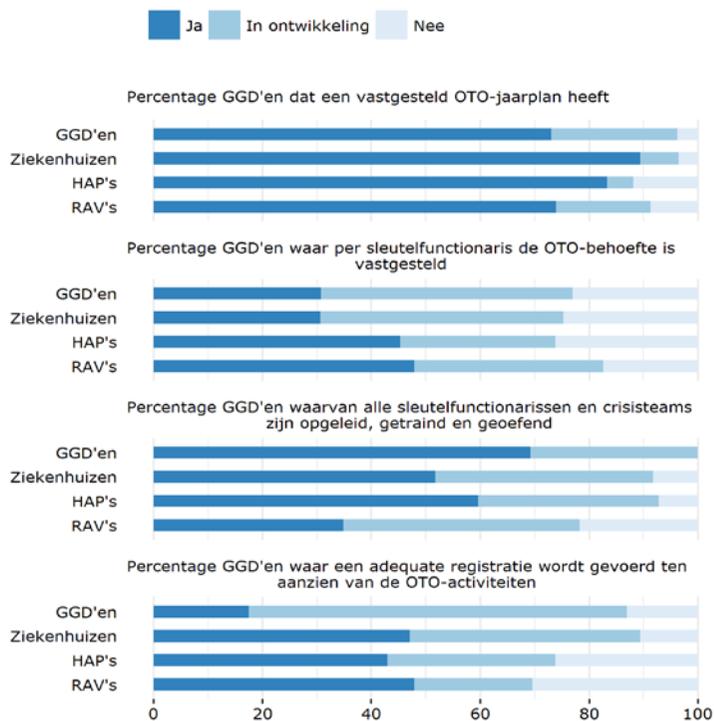


De figuur laat zien welk deel van de GGD'en een crisisplan heeft, dat bestuurlijk is vastgesteld en daadwerkelijk is ingevoerd c.q. geïmplementeerd. Ter vergelijking is dit ook weergegeven voor regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), huisartsenposten (HAP's) en ziekenhuizen. Peiljaar was 2014.

In 2014 had iets meer dan 40% de GGD'en een crisisplan, en bij ongeveer 35% was een crisisplan in ontwikkeling. Het percentage GGD'en met een crisisplan was lager dan het percentage ziekenhuizen (57%) en huisartsenposten (55%) met een crisisplan. Daarentegen had van de Regionale ambulance voorzieningen (RAV's) slechts één een crisisplan (4%). RAV's zijn in 2014 gestart met het project 'RAV's voorbereid' om zich beter voor te bereiden op rampen en crises.

Tabel 5.2 (vervolg). Indicatoren Rampen en crises.

Indicator 'Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van procesleiders (sleutelfunctionarissen)'.  
 Deze figuren tonen voor GGD'en in hoeverre de vakbekwaamheid van procesleiders (sleutelfunctionarissen) wordt geborgd. Ter vergelijking is dit ook weergegeven voor regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), huisartsenposten (HAP's) en ziekenhuizen. Peiljaar was 2014.



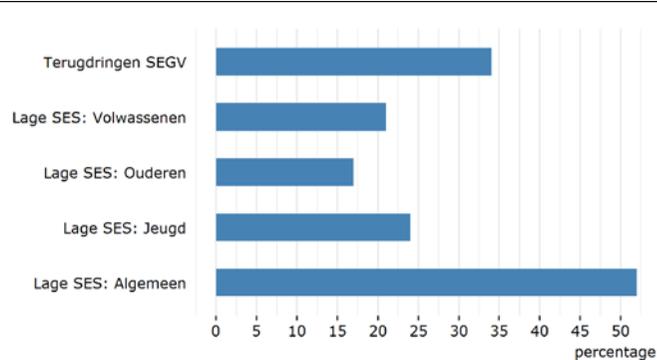
Deze figuren tonen voor GGD'en in hoeverre de vakbekwaamheid van procesleiders (sleutelfunctionarissen) wordt geborgd. Ter vergelijking is dit ook weergegeven voor regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), huisartsenposten (HAP's) en ziekenhuizen. Peiljaar was 2014. 73% van de GGD'en heeft een vastgesteld OTO-jaarplan. Dit is ongeveer even vaak als regionale ambulancevoorzieningen (RAV's) en iets minder dan huisartsenposten (HAP's) en ziekenhuizen. 31% van de GGD'en heeft de OTO-behoefte bij procesleiders (sleutelfunctionarissen) vastgesteld. Dat is ongeveer evenveel als bij de ziekenhuizen, maar minder dan bij HAP's en RAV's. Bij 69% van de GGD'en zijn alle procesleiders en crisisteams opgeleid, getraind en geoefend. Bij GGD'en is dit aspect vaker op orde dan bij HAP's, ziekenhuizen en RAV's. Ongeveer 18% van de GGD'en voeren een adequate registratie van de OTO-activiteiten. Bij ziekenhuizen, HAP's en RAV's is dat ten minste 40%. Overall is de borging van de vakbekwaamheid van procesleiders bij GGD'en vergelijkbaar met die bij andere typen zorginstellingen. De registratie van OTO-activiteiten loopt wat achter.

Bron: LNAZ. Jaarverslag crisisbeheersing en OTO 2014. Tilburg: LNAZ, september 2015.



Tabel 5.3. *Indicatoren Sociaaleconomische gezondheidsverschillen.*

Indicator 'Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen'.



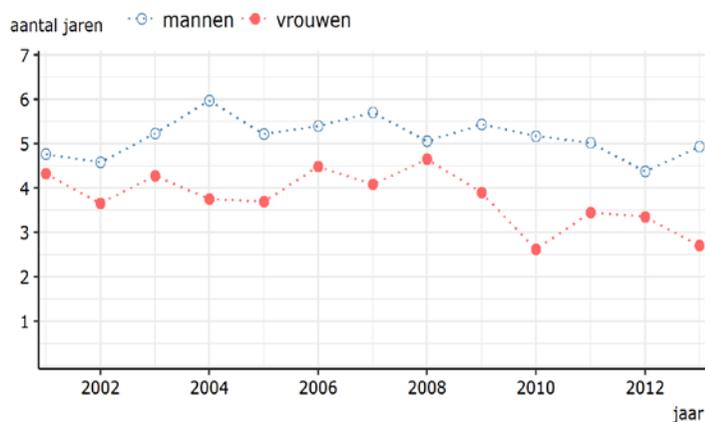
Bron: GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

De figuur geeft het percentage gemeenten weer dat in de gemeentelijke nota het terugdringen van SEGV heeft opgenomen. In 2013 zijn 190 nota's gescand. Er waren toen 414 gemeenten in Nederland. In 2010 zijn de nota's ook gescand, maar toen is niet bepaald hoe vaak het terugdringen van SEGV was opgenomen in de nota.

In 34% van de gemeentelijke nota's is het terugdringen van SEGV als doelstelling genoemd, en in 52% is het verbeteren van de gezondheid van mensen met een lage SES als doelstelling genoemd. Dat laatste percentage is even hoog als in de voorgaande analyse (2010).

Tabel 5.3 (vervolg). Indicatoren Sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Indicator 'Verschil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau'.



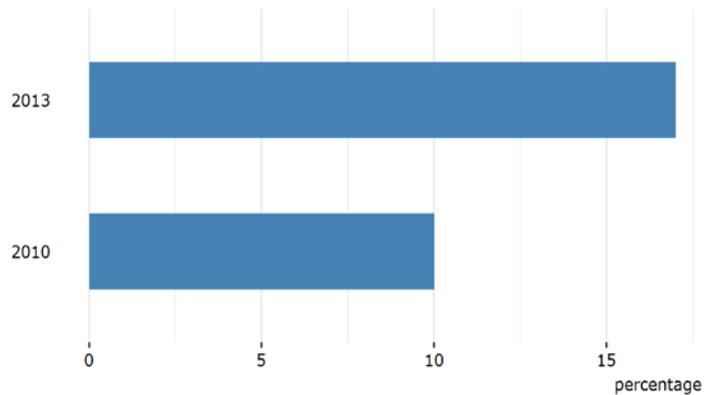
Bron: Boshuizen et al. Index SES-verschillen in (gezonde) levensverwachting. Briefrapport 2014-0034. Bilthoven: RIVM, 2014.

Deze figuur toont het verschil in levensverwachting in jaren tussen mensen met een laag opleidingsniveau en mensen met een hoog opleidingsniveau (voor mannen en vrouwen apart). Of het verschil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau verandert over de tijd, wordt afgemeten aan het verschil in levensverwachting tussen de 10% van de populatie met het laagste opleidingsniveau (P10), en de 10% met het hoogste opleidingsniveau (P90). Er is gecorrigeerd voor veranderingen in de verdeling van het opleidingsniveau per leeftijds- en geslachtsgroep; gestandaardiseerd naar de bevolking in 2001.

Hoogopgeleide mensen leven langer dan laagopgeleide mensen. Voor mannen is dit verschil groter dan voor vrouwen. Over de periode 2001- 2013 is dit verschil voor vrouwen significant kleiner geworden. Dit komt doordat de levensverwachting van laagopgeleide vrouwen meer gestegen is dan de levensverwachting van hoogopgeleide vrouwen. De grootte van het verschil tussen hoog- en laagopgeleide mannen in de levensverwachting is gelijk gebleven over de periode 2001-2013. De levensverwachting van laagopgeleide mannen en de levensverwachting van hoogopgeleide mannen is ongeveer evenveel toegenomen.

Tabel 5.4. *Indicatoren Gemeentelijk gezondheidsbeleid.*

Indicator 'Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota'.

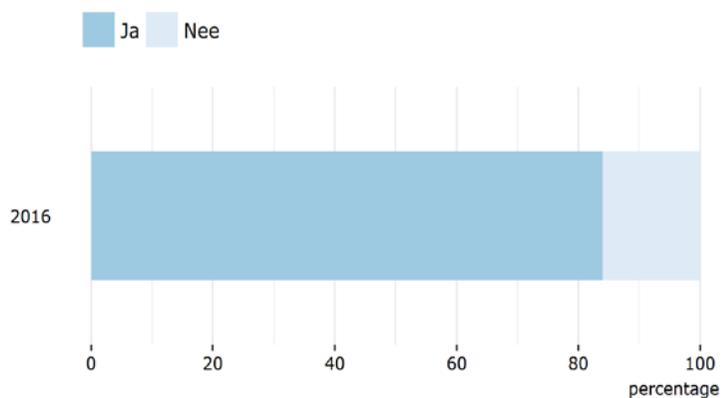


De figuur geeft het percentage gemeenten weer dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota. In 2010 en 2013 zijn gemeentelijke nota's gescand. In 2013 waren dat er 190 nota's. Er waren toen 414 gemeenten in Nederland. 17% van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid maakte in 2013 deel uit van een Wmo-nota. In 2010 was dat percentage nog 10%.

Bron: GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

Tabel 5.5. *Indicatoren Infectieziektebestrijding.*

Indicator 'Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is'.

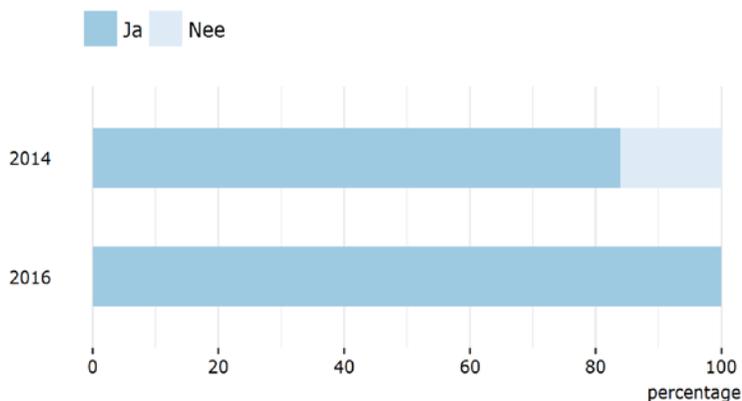


In de figuur zijn de resultaten van een peiling in juni t/m augustus 2016 weergegeven. In 2016 was bij vier van de 25 GGD'en de arts-infectieziekten niet 24/7 bereikbaar.

Bron: IGZ. Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk. Utrecht: IGZ, november 2016.

Tabel 5.5 (vervolg). Indicatoren Infectieziektebestrijding.

Indicator 'Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek'.



In de figuur zijn de resultaten weergegeven van een peiling in de eerste helft van 2014 en juni t/m augustus 2016. In 2016 hadden alle 25 GGD'en een protocol grootschalige uitbraken infectieziekten. In 2014 hadden 21 GGD'en een dergelijk protocol.

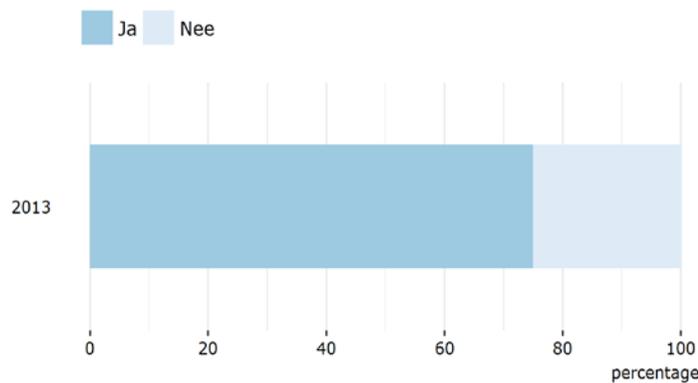
Bron: IGZ. Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk. Utrecht: IGZ, november 2016; IGZ. Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar. Utrecht: IGZ, mei 2015; IGZ. Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk. Utrecht: IGZ, november 2016.

Tabel 5.6. *Indicatoren Technische hygiënezorg.*

Indicator 'Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar'.							
<p style="text-align: center;">2016</p> <p style="text-align: center;">percentage</p> <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <caption>Data for 2016</caption> <thead> <tr> <th>Response</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ja</td> <td>93.1%</td> </tr> <tr> <td>Nee</td> <td>6.9%</td> </tr> </tbody> </table>	Response	Percentage	Ja	93.1%	Nee	6.9%	<p>Op peildatum (20 februari 2017) hadden 2 van de 29 LCHV-richtlijnen een publicatiedatum van meer dan 5 jaar geleden (6,9%).</p>
Response	Percentage						
Ja	93.1%						
Nee	6.9%						
<p>Bron: Website RIVM                  (www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Landelijk_Centrum_Hygiene_en_Veiligheid_LCHV/LCHV_Richtlijnen)</p>							

Tabel 5.7. Indicatoren Ouderengezondheidszorg.

Indicator 'Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd'.

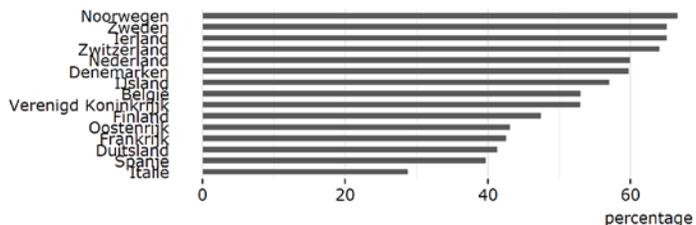
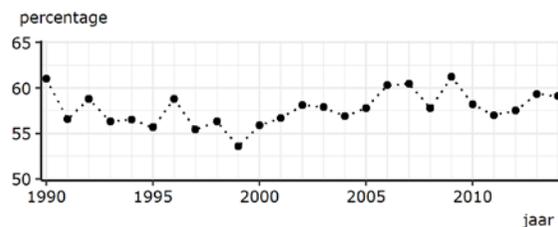
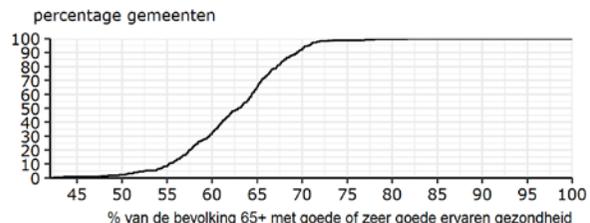


Bron: GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

De figuur geeft het percentage gemeenten weer dat in de gemeentelijke nota het onderwerp ouderengezondheidszorg heeft benoemd. In 2010 en 2013 zijn gemeentelijke nota's gescand. In 2013 zijn 190 nota's zijn gescand. Er waren toen 414 gemeenten in Nederland. In 75% van de gemeentelijke nota's is het thema ouderengezondheidszorg benoemd.

Tabel 5.7 (vervolg). Indicatoren Ouderengezondheidszorg.

Indicator 'Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid'.



Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-Gezondheidsenquête (via VZ-info); European Statistics of Income and Living Conditions (EU-SILC) survey, gepubliceerd op de Eurostat-website.

De figuren laten het percentage mensen van 65 jaar en ouder zien met een goed of zeer goed ervaren gezondheid. Voor 96 gemeenten konden geen gegevens op gemeentenniveau gepresenteerd worden. Voor het bepalen van de trend wordt jaarlijks gemeten (vanaf 1990). De trendcijfers zijn gestandaardiseerd naar de bevolking van Nederland in 2000. Het percentage mensen van 65 jaar en ouder met een goed of zeer goed ervaren gezondheid is ook weergegeven voor een aantal Westerse landen.

In 2012 had 60,6% van de bevolking van 65 jaar of ouder een (zeer) goed ervaren gezondheid. In 27 gemeenten ligt dat percentage onder de 55% en in 8 gemeenten onder de 50%. Aan de andere kant van het spectrum liggen 109 gemeenten met een percentage boven de 65% en 22 boven de 70%. Het percentage personen van 65 jaar en ouder met een (zeer) goed ervaren gezondheid is over de periode 1990-2014 ongeveer gelijk gebleven, met een tijdelijke daling eind jaren '90. In vergelijking met andere Westerse landen ligt het percentage ouderen met een (zeer) goed ervaren gezondheid hoog in Nederland.

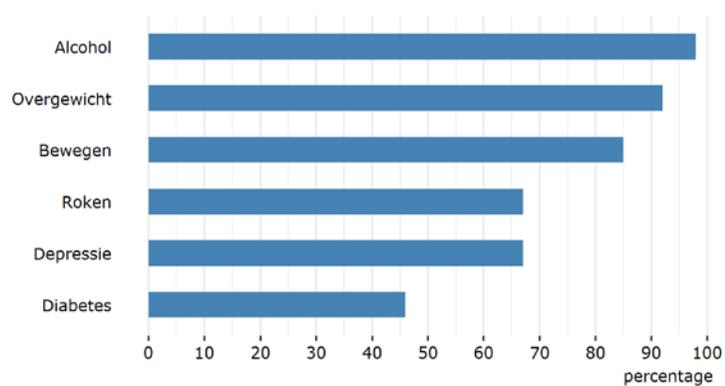


Tabel 5.8. *Indicatoren Epidemiologie.*

Indicator 'Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied'.	
<p style="text-align: center;">fte per 100.000 inwoners</p>	<p>Het aantal fte onderzoekers epidemiologie is niet bekend, noch het aantal fte onderzoekers. Wel is bij benadering bekend dat de formatie voor monitoring (epidemiologen), signalering en advies (beleidsadviseurs) bij GGD'en 250 tot 300 fte is; dat komt overeen met 1,5 tot 1,8 per 100.000 inwoners. Er zijn geen gegevens per GGD beschikbaar. Het cijfer geeft een schatting van de formatie monitoring, signalering en advies per 100.000 inwoners in Nederland.</p>
<p>Bron: Koornstra A, Stom C. Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</p>	

Tabel 5.9. Indicatoren Gezondheidsbevordering.

Indicator 'Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven'.



In de figuur is weergegeven welk deel van de gemeenten in hun lokale nota gezondheidsbeleid aandacht schenken aan de onderwerpen die in de landelijke nota benoemd zijn. In 2013 zijn 190 nota's gescand. Er waren toen 414 gemeenten in Nederland. In de gemeentelijke nota's wordt het vaakst aandacht besteed aan de onderwerpen alcohol en overgewicht (resp. 98% en 92%). Het minst vaak is er aandacht voor roken en diabetes mellitus (resp. 67% en 46% van de nota's).

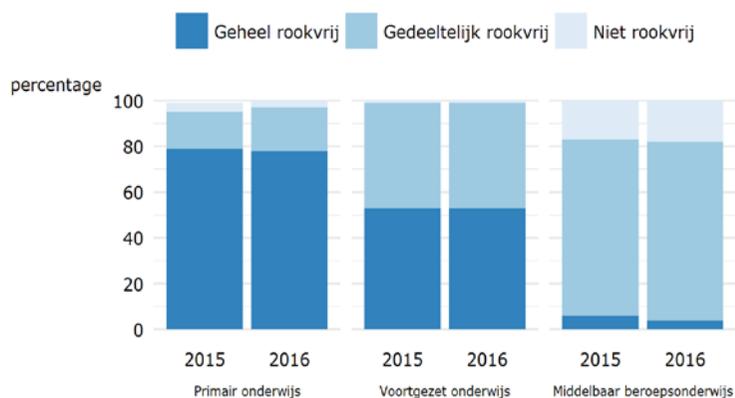
Bron: GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

Tabel 5.9 (vervolg). Indicatoren Gezondheidsbevordering.

Indicator 'Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)'									
<table border="1"> <caption>Data from the bar chart</caption> <thead> <tr> <th>Onderwijstyp</th> <th>Percentage</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Voortgezet onderwijs (VO)</td> <td>10,7%</td> </tr> <tr> <td>Primair onderwijs (PO)</td> <td>11,4%</td> </tr> <tr> <td>Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)</td> <td>16,3%</td> </tr> </tbody> </table>	Onderwijstyp	Percentage	Voortgezet onderwijs (VO)	10,7%	Primair onderwijs (PO)	11,4%	Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	16,3%	<p>In de figuur is het percentage scholen (onderverdeeld in basisscholen, voortgezet onderwijs en mbo) met een Vignet Gezonde School. Met het vignet voldoet een school aan een aantal (wettelijke) basisvoorwaarden én aan de criteria van minimaal één themacertificaat naar keuze. Ieder themacertificaat heeft betrekking op een bepaald onderwerp. Een school kan voor meerdere thema's vignetten behalen. Deze indicator telt echter het aantal scholen dat ten minste één vignet heeft. De peiling was van februari 2017.</p> <p>Van alle scholen (basisscholen, voortgezet onderwijs en mbo) heeft 11,5% een vignet gezonde school. Dat zijn er 1093. Bij het middelbaar beroepsonderwijs is het aandeel scholen met een vignet het grootst met 16,3%. Van de basisscholen heeft 11,4% een vignet gezonde school en bij het voortgezet onderwijs is dit 10,7%. In drie jaar tijd is het aantal scholen met een vignet gestegen. Eind 2014, 2015 en 2016 lag het aantal op respectievelijk 214, 505 en 1.065 (website <a href="http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring">http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring</a>).</p>
Onderwijstyp	Percentage								
Voortgezet onderwijs (VO)	10,7%								
Primair onderwijs (PO)	11,4%								
Middelbaar beroepsonderwijs (MBO)	16,3%								
Bron: GGD-GHOR NL, 2017.									

Tabel 5.9 (vervolg). Indicatoren Gezondheidsbevordering.

Indicator 'Percentage rookvrije schoolterreinen (naar type onderwijs)'.



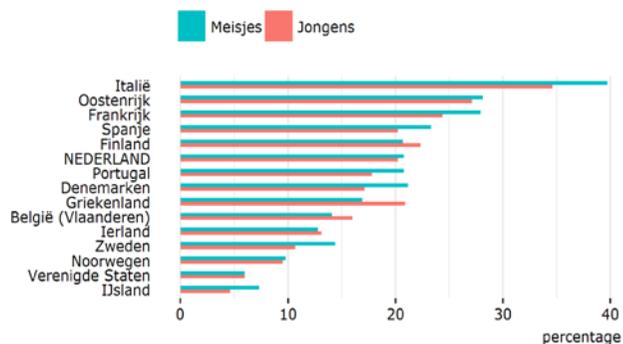
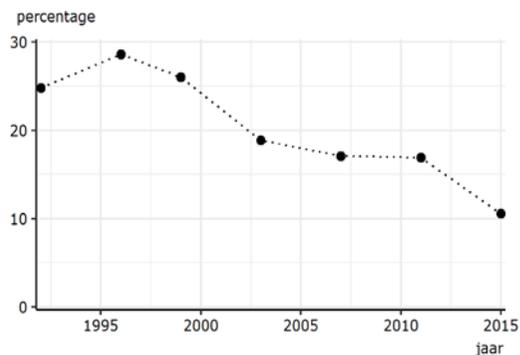
In de figuur zijn de resultaten weergegeven van vragenlijstonderzoeken die zijn gehouden onder 442 directeuren van basisscholen, 813 directeuren van scholen uit het voortgezet onderwijs en 248 directeuren of leidinggevenden uit het middelbaar beroepsonderwijs. Er zijn vragen gesteld over het roken op hun school.

In 2016 is in het primair onderwijs 78% van de scholen volledig rookvrij. In het voortgezet onderwijs is dat 53% en in het middelbaar beroepsonderwijs 4%. Ten opzichte van 2015 is er vrijwel geen verandering in deze percentages.

Bron: Breedveld K, Lammertink N. Rookvrije schoolterreinen – 2016. Utrecht: Mulier instituut, 2016.

Tabel 5.9 (vervolg). Indicatoren Gezondheidsbevordering.

Indicator 'Percentage jongeren (12-16 jaar) dat de afgelopen maand heeft gerookt'.



De bovenste figuur toont het percentage jongeren van 12 tot en met 16 jaar dat aangeeft in de maand voorafgaand aan het onderzoek sigaretten of shag te hebben gerookt. De onderste figuur toont het percentage jongeren van 15 en 16 jaar dat in de afgelopen 30 dagen sigaretten heeft gerookt in Westerse landen. Aan de hand van deze cijfers die bij benadering passen bij de indicator (wat smallere leeftijdscategorie), kunnen we Nederland vergelijken met andere Westerse landen.

In de periode 2011-2015 is het percentage jongeren dat in de afgelopen maand heeft gerookt significant gedaald van 16,9% naar 10,6%. In de periode 1996-2003 daalde het percentage jongeren dat rookt ook, maar in de periode 2003-2011 was het vrijwel stabiel. In vergelijking met andere Westerse landen is het percentage jongeren dat rookt in Nederland gemiddeld. In bijvoorbeeld veel Scandinavische landen en de Verenigde Staten ligt het een stuk lager.

Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/Leefstijlmonitor, Trimbos-instituut i.s.m. RIVM, 2015; European School Survey on Alcohol and other Drugs (ESPAD-study, 2016).

## 5.2 Resultaten per thema

Hieronder worden de resultaten van de vorige paragraaf per thema besproken. Daarbij wordt telkens ingegaan op de vraag of met de gepresenteerde kwantitatieve informatie een goed beeld is te geven van de stand van zaken op het betreffende thema.

### Jeugdgezondheidszorg

Voor het thema JGZ konden twee indicatoren kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- Er is een lichte daling in het percentage aandoeningen dat via de hielprikscreening is opgespoord (periode 2002-2014).
- Landelijk gezien is de groepsimmunititeit voor RVP-ziekten op orde. In 4% van de gemeenten heeft echter minder dan 80% van de 2-jarige kinderen alle vaccinaties van het RVP-schema toegediend gekregen. In 13% van de gemeenten heeft minder dan 90% van de 2-jarige kinderen alle vaccinaties gehad.

Deze indicatoren meten uitkomsten van twee belangrijke programma's ten behoeve van de gezondheid van kinderen die binnen het stelsel publieke gezondheid direct onder de verantwoordelijkheid van de minister vallen. Uit de resultaten van de meting kan geconcludeerd worden dat het kritisch volgen van de ontwikkeling van deze twee indicatoren geboden is. De derde indicator die voor het thema JGZ geselecteerd is, maar waarvoor geen meetgegevens beschikbaar zijn, moet in beeld brengen wat het aandeel 14/15-jarigen is dat een adolescentencontact heeft gehad. Deze indicator richt zich op de bevordering van gezondheid en gezond gedrag bij adolescenten.

De twee indicatoren waar wel gegevens voor zijn, meten vooral de prestaties van grote landelijke programma's. Daarentegen is er met de ingevulde indicatoren nauwelijks zicht op de kerntaken van de JGZ waar waarschijnlijk de meeste tijd en energie in gaat zitten: 'het systematisch volgen en beoordelen van de ontwikkeling van jeugdigen, het tijdig signaleren van problemen en vroegtijdig opsporen van specifieke stoornissen, het geven van preventieve voorlichting, advies, instructie en begeleiding, het ontzorgen en normaliseren, het beoordelen of extra ondersteuning, hulp of zorg nodig is en direct de juiste zorg of hulp erbij halen, samenwerken en adviseren'.<sup>7</sup> Binnen dit onderzoek waren wel indicatoren ontwikkeld voor deze onderwerpen, maar die werden door het deskundigenpanel nog niet geschikt geacht (zie paragraaf 3.2). Indien deze indicatoren verbeterd worden, kan wellicht zicht verkregen worden op genoemde kerntaken van de JGZ. Indicatoren zijn te verbeteren door met het veld te komen tot scherpere definities van tellers en noemers, en door de compleetheid en validiteit van het Digitaal Dossier JGZ te verbeteren.<sup>8,9</sup>

<sup>7</sup> Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Landelijk professioneel kader. Uitvoering basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ). Utrecht, NCJ, september 2015.

<sup>8</sup> Hoofs H, Jansen M, Mohren DC, Reijs R, Jansen N, Kant I. Is het DD-JGZ bruikbaar voor epidemiologisch onderzoek? JA!-PLUS 2015(33, voorjaar): 1-7.

<sup>9</sup> Dommelen P van, Zwijgers P, Engelse O. Jeugd in Beeld geeft inzicht in de gezondheid van kinderen. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2016; 48: 14-9.

### **Medische milieukunde**

Slechts één indicator werd als mogelijk geschikt aangemerkt, namelijk de waakvlamnorm medische milieukunde, maar deze indicator is nog in ontwikkeling bij de vakgroep milieu en gezondheid van de GGD'en. Daarom kon voor MMK geen enkele indicator kwantitatief ingevuld worden. Voor dit thema is het daarom niet mogelijk iets te zeggen over het functioneren.

### **Rampen en crises**

Voor het thema Rampen en crises konden vier indicatoren gevuld worden, waarbij 1 indicator uit 4 sub-indicatoren bestond. Hieruit bleek het volgende:

1. Van de GGD'en heeft 42% een crisisplan en bij 35% is dit in ontwikkeling.
- 2a. 73% van de GGD'en heeft een vastgesteld OTO-jaarplan.
- 2b. Het percentage GGD'en waar per sleutelfunctionaris de OTO-behoefte is vastgesteld.
- 2c. Het percentage GGD'en waarvan alle sleutelfunctionarissen en crisisteams zijn opgeleid, getraind en geoefend.
- 2d. 17% van de GGD'en voert een adequate registratie uit ten aanzien van de OTO-activiteiten en bij 70% is dit in ontwikkeling.
3. 88% van de GGD'en oefent jaarlijks minimaal twee van de vier GGD-processen.
4. 62% van de vragen over de voorbereiding op rampen is positief beantwoord.

De indicatoren laten zien dat een meerderheid van de GGD'en goed is voorbereid op rampen en crisis. En waar dat nog niet het geval is, is dat veelal in ontwikkeling. Toch is er, aangezien de 100% nergens gehaald wordt, ruimte voor verbetering. Belangrijk is dan wel om te weten wat de achtergrond is van het feit dat sommige GGD'en nog niet aan de normen van het kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO voldoen.

Drie van de 7 indicatoren konden niet worden gevuld. De 4 indicatoren die wel gevuld konden worden, geven echter een redelijk beeld van de mate waarin GGD'en zijn voorbereid op rampen en crises. Het betreft overigens wel allemaal structuurindicatoren. Voor dit thema zijn proces- en uitkomst-indicatoren minder geschikt. Er is nog niet voorzien in een structurele dataverzameling.

### **Infectieziektebestrijding**

Voor het thema infectieziektebestrijding konden twee indicatoren kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- Bij 21 van de 25 GGD'en in 2016 is de arts-infectieziekten 24/7 bereikbaar, bij 4 dus niet.
- Alle GGD'en hadden in 2016 een protocol grootschalige uitbraken infectieziekten. Twee jaar eerder hadden 4 GGD'en nog niet een dergelijk protocol.

Op één van de twee indicatoren scoren nog niet alle GGD'en optimaal. De tweede indicator lijkt al weer aan vervanging toe, omdat hier geen verbetering mogelijk is.

De twee indicatoren waarvoor kwantitatieve informatie beschikbaar is, hebben betrekking op taken op het gebied van de meldingsplicht (bereikbaarheid arts) en outbreak-management (beschikbaarheid van een protocol). Over andere belangrijke taken op het gebied van infectieziektenbestrijding, zoals surveillance, beleidsadvisering, preventie, bron- en contactopsporing, regie en netwerkfunctie en vangnetfunctie, konden geen geschikte indicatoren worden opgesteld (en zijn dus ook niet voorgelegd ter beoordeling). De vraag is daarom of de twee indicatoren voldoende indicatief zijn voor het hele thema infectieziektebestrijding.

### **Technische hygiënezorg**

Voor het thema THZ kon één indicator kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- Op peildatum hadden 2 van de 29 LCHV-richtlijnen een publicatiedatum van meer dan 5 jaar geleden (6,9%).

Eén van de vier (mogelijk) geschikte indicatoren voor het thema THZ kon kwantitatief ingevuld worden. Hieruit komt naar voren dat bijna alle richtlijnen die het RIVM in samenwerking met het veld heeft opgesteld, van recente datum zijn. Voor de andere drie indicatoren waren (nog) geen gegevens direct beschikbaar. Het zicht op de effectiviteit van de uitvoering van de THZ ontbreekt daardoor grotendeels.

### **Sociaaleconomische gezondheidsverschillen.**

Voor het thema SEGV konden twee indicatoren kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- 34% van de gemeenten heeft het terugdringen van SEGV als doelstelling in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid opgenomen en in 52% van de nota's is het verbeteren van de gezondheid van de doelgroep lage SES als doelstelling opgenomen.
- Het verschil in levensverwachting naar opleidingsniveau is tussen 2001-2013 voor vrouwen afgenomen en voor mannen gelijk gebleven.

Meer dan de helft van de gemeenten noemt het verbeteren van de gezondheid van lage SES groepen als doelstelling in de nota. Bijna de helft doet dat dus niet. Belangrijke vraag is welke gemeenten dat zijn in relatie tot bijvoorbeeld de lokaal aanwezige gezondheidsverschillen. Desalniettemin lijkt er ruimte voor verbetering in de agendasetting. De uitkomstindicator (verschillen in levensverwachting naar opleiding) op landelijk niveau blijft redelijk stabiel en laat bij vrouwen zelfs een kleine verbetering zien. Dat er geen toename te zien is kan als positief worden geïdentificeerd, toch zijn de verschillen nog hardnekkig groot. Gezien de complexiteit van het thema is het op basis van deze indicatoren moeilijk aan te geven of er en waar precies ruimte voor verbetering zit. Mogelijk is een beter beeld te krijgen als tevens gebruik gemaakt wordt van Gebiedsindicatoren ontwikkeld in het kader van Gezond in...<sup>10</sup>

<sup>10</sup> GGD GHOR Nederland, RIVM, Vakgroep Epidemiologie van GGD GHOR Nederland, ROS netwerk, Gemeente Nieuwegein, GGD Gelderland-Zuid. Gezond in... Gebiedsindicatoren. Toelichting en vindplaatsen. Utrecht/Den Haag: Pharos en Platform31, februari 2016.



### **Gemeentelijk gezondheidsbeleid**

Voor het thema gemeentelijk gezondheidsbeleid kon één indicator kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- 17% van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid maakte in 2013 deel uit van de Wmo-nota.

Voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid is één indicator gevuld die aangeeft dat de gemeentelijke nota steeds vaker deel uitmaakt van de Wmo-nota, hetgeen een indicatie is voor een toename van integraal beleid. Bij 83% is dat nog niet het geval. De validiteit van deze score is echter matig. Overige indicatoren voor dit thema vielen af of konden niet worden gevuld. Als voor alle drie de (mogelijk) geschikte indicatoren gegevens beschikbaar zijn, is het nog steeds de vraag of deze voldoende inzicht geven over het brede terrein van gemeentelijk gezondheidsbeleid.

### **Ouderengezondheidszorg**

Voor het thema ouderengezondheidszorg konden twee indicatoren kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- In 75% van de gemeentelijke nota's is het thema ouderengezondheidszorg opgenomen.
- In 2012 had 61% van de mensen van 65 jaar en ouder een (zeer) goed ervaren gezondheid. In 8 gemeenten lag dat percentage echter onder de 50%. In vergelijking met andere Westerse landen ligt het percentage ouderen met een (zeer) goed ervaren gezondheid hoog in Nederland.

Ouderengezondheidszorg wordt in steeds meer nota's genoemd. Toch ontbreekt dit thema in 25% van de nota's. Hier lijkt ruimte voor verbetering te zijn. Bij de indicator 'een goed ervaren gezondheid' zien we dat 60,6% van de bevolking van 65 jaar of ouder een (zeer) goed ervaren gezondheid. Opvallend is dat er een behoorlijke spreiding tussen gemeenten is en dat dit percentage in enkele gemeenten onder de 50% ligt. De spreiding kan wijzen op ruimte voor verbetering. Uit een vergelijking met andere Westerse landen valt op dat Nederland bij de landen hoort met het hoogste percentage ouderen met een (zeer) goed ervaren gezondheid. Voor een goed beeld van het thema ouderengezondheidszorg zijn meer indicatoren nodig of nadere verdieping. Ook zijn gegevens op gemeenteniveau nodig.

### **Epidemiologie**

Voor het thema epidemiologie kon één indicator kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- Het aantal fte voor monitoring, signalering en advies bij GGD'en ligt tussen de 1,5 en de 1,8 per 100.000 inwoners. Het aantal fte epidemiologisch onderzoek is niet bekend.

Het aantal fte onderzoekers epidemiologie per 100.000 inwoner per GGD-regio is niet bekend, alleen een benadering van de totale formatie voor monitoring, signalering en advies in Nederland. Bovendien zijn er vraagtekens bij de validiteit. Die betreffen vooral het type medewerker dat wel en niet moet meetellen, en hoe GGD'en eerlijk met elkaar vergeleken kunnen worden. Met deze ene indicator (wat ook nog eens

een grove benadering is) kan geen helder beeld verkregen worden van het functioneren van het taakveld epidemiologie.

### Gezondheidsbevordering

Er konden voor het thema gezondheidsbevordering vier indicatoren kwantitatief worden ingevuld. Daaruit bleek het volgende:

- Alcoholgebruik en overgewicht worden in respectievelijk 98% en 92% van de gemeentelijke nota's genoemd. Roken en diabetes worden beduidend minder vaak genoemd.
- Het percentage jongeren dat rookt is tussen 2011 en 2015 gedaald naar 10,6%. In vergelijking met andere Westerse landen is het percentage jongeren dat rookt gemiddeld; in Scandinavische landen en de VS ligt het veel lager.
- 11,5% van de scholen heeft een vignet gezonde school.
- 78% van de basisscholen en 53% van de middelbare scholen is rookvrij.

De speerpunten van het gezondheidsbeleid worden veel genoemd in de lokale nota's, en dan voornamelijk alcoholgebruik en overgewicht. Roken en diabetes mellitus krijgen lokaal wat minder aandacht. Het rookbeleid is onder jongeren succesvol en op de scholen krijgt gezondheidsbevordering steeds meer aandacht, ook al is daar nog ruimte voor verbetering. De indicatoren focussen vooral op roken en jongeren. Hoe het er met andere leefstijlfactoren en bevolkingsgroepen voorstaat, is minder duidelijk. Het beeld over het thema gezondheidsbevordering is daardoor wat eenzijdig.

### 5.3 Integratief overzicht van indicatoruitkomsten

In tabel 5.1 wordt een integratief overzicht van de indicatoruitkomsten per thema gepresenteerd. De kleuren geven een indicatie van de trend of het niveau in vergelijking met andere sectoren, onderlinge variatie daarin of afstand tot een referentiewaarde. Uit deze tabel blijkt dat voor alle thema's het beeld meerduidig is. Een voorbeeld is het onderwerp roken bij gezondheidsbevordering. De indicator 'percentage rookvrije schoolterreinen' is stabiel in de tijd (blauw). De indicator is voor het MBO tamelijk ongunstig, want nog maar 4% van de schoolterreinen is rookvrij (oranje). De indicator 'percentage 12-16-jarigen dat rookt' is 10,6%, wat vergeleken met sommige andere Westerse landen tamelijk hoog is (blauw). Positief is dat de waarde van deze indicator is gedaald in de periode 2011-2015 (groen).

*Tabel 5.1. Overzicht van de uitkomsten voor de 19 indicatoren waarvoor gegevens beschikbaar zijn, uitgesplitst naar trend en ander type vergelijking per thema (betekenis van de kleuren onder de tabel).*

Indicator	Trend	Andere constatering
<b>Jeugdgezondheidszorg</b>		
Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt, dat is opgespoord via de hielprikscreening.	Verslechtering (m.n. vanwege introductie van nieuwe aandoening)	

Indicator	Trend	Andere constatering
Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).		In 63% van de gemeenten is volledige deelname <95%
<b>Medische milieukunde</b>		
<b>Rampen en crises</b>		
Percentage GGD'en waar het crisisteam minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen oefent.		GGD'en oefenen vaker dan RAV's maar iets minder vaak dan HAP's en ziekenhuizen
Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen.		Borging GGD'en vergelijkbaar met andere type instellingen
Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft.		Vaker dan ziekenhuizen
Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord.		GGD'en zijn beter voorbereid dan HAP's en RAV's, maar iets slechter dan ziekenhuizen
<b>Infectieziektebestrijding</b>		
Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is		Bij 4 GGD'en niet sluitend geregeld
Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek	Verbetering (tot 100%)	
<b>Technische hygiënezorg</b>		
Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar		2 van de 29 richtlijnen zijn verouderd (6,9%)
<b>Socialeconomische gezondheidsverschillen</b>		
Verskil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau	Verbetering voor vrouwen, stabiel voor mannen	
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft	Stabiel	In 34% van de gemeentelijke nota's is het terugdringen van SEGV als doelstelling genoemd, in 52% het verbeteren van de

Indicator	Trend	Andere constatering
opgenomen		gezondheid van mensen met een lage SES
<b>Gemeentelijk gezondheidsbeleid</b>		
Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota	Toename	17% van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid maakt deel uit van een Wmo-nota
<b>Ouderengezondheidszorg</b>		
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd		75% van de gemeenten
Percentage ouderen met een goede ervaren gezondheid	Stabiel	In 27 gemeenten heeft minder dan 55% van de ouderen een goed ervaren gezondheid. In vergelijking met andere Westerse landen is het percentage ouderen met een (zeer) goed ervaren gezondheid hoog.
<b>Epidemiologie</b>		
Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied		1,5-1,8 per 100.000
<b>Gezondheidsbevordering</b>		
Percentage jongeren dat rookt	Verbetering	10,6% van de 12-16 jarigen rookt. Het percentage jongeren dat rookt is in Nederland hoger dan in België, de VS en Scandinavische landen. In zuidelijke landen, Frankrijk en Oostenrijk is het percentage nog hoger
Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)	Verbetering	11,5% van alle scholen (wel streefcijfer gehaald)
Percentage rookvrije schoolterreinen (naar type onderwijs)	Stabiel (2016 vs. 2015)	PO 78%, VO 53%, MBO 4%; het criterium van 100% lijkt nog

Indicator	Trend	Andere constatering
		niet in zicht, terwijl het amendement op de Tabakswet stelt dat scholen er voor dienen te zorgen dat hun schoolterreinen voor 2020 rookvrij zijn.
Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven		Varieert van 98% (alcohol) tot diabetes (46%)

Betekenis van de kleuren (resp. trend en andere constatering):

	verbetering	gunstig
	deels een verbetering of een lichte verbetering	deels gunstig of licht gunstig
	stabiel	noch gunstig noch ongunstig
	deels een verslechtering of een lichte verslechtering	deels ongunstig of licht ongunstig
	verslechtering	ongunstig



## 6 Conclusie en discussie

### 6.1 Ontwikkeling en selectie van indicatoren

De opdracht aan het RIVM was om voor tien thema's indicatoren te ontwikkelen en te selecteren die inzicht verschaffen in het functioneren van het stelsel PG. Er werd gestart met een groslijst van 177 indicatoren waarvan het aantal via een beoordeling door RIVM-deskundigen werd teruggebracht tot 63. Deze werden vervolgens voorgelegd aan een panel van deskundigen uit wetenschap, beleid en praktijk, wat uiteindelijk heeft geresulteerd in een lijst van 45 geschikte of mogelijk geschikte indicatoren. Hiervan zijn er 22 door deskundigen positief gescoord op alle criteria (relevantie, validiteit, beïnvloedbaarheid en meetbaarheid) en daarmee als 'geschikt' aangemerkt.

De meeste van de 45 als (mogelijk) geschikt beoordeelde indicatoren waren structuurindicatoren, de minste uitkomstindicatoren. Van de 22 als geschikt beoordeelde indicatoren was de helft een structuurindicator; er werden weinig proces- en uitkomstindicatoren als geschikt beoordeeld (zie tabel 6.1).

*Tabel 6.1. Indicatortype van de door het panel voorgestelde (gemiddelde mediaanscore 7 of hoger) en als geschikt beoordeelde indicatoren.*

Indicatortype	Voorgestelde indicatoren		Geschikte indicatoren	
	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage
Structuur	25	56	11	50
Proces	8	18	3	14
Output	7	16	5	23
Uitkomst	5	11	3	14
Totaal	45		22	

In het vragenlijstonderzoek zijn aan de deskundigen ook nog extra indicatoren ter beoordeling voorgelegd, waarvoor geen indicatorbeschrijvingen beschikbaar waren. Bovendien konden zij zelf ook voorstellen doen voor indicatoren of onderwerpen waarvoor nog indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Dit leverde nog een lijst met mogelijk bruikbare indicatoren op, variërend van ruwe ideeën tot al vrij concrete indicatoren. Deze dienen nog wel verder uitgewerkt te worden en nogmaals voorgelegd aan het panel.

### 6.2 Potentie om functioneren van stelsel te meten

Belangrijke vraag is natuurlijk of met de set van in totaal 45 (mogelijk) geschikte indicatoren een goed beeld te geven is van het functioneren van het stelsel. Het resultaat van de systematische aanpak, waarbij de deskundigen vanuit hun eigen thema de indicatoren hebben beoordeeld, is dat voor sommige thema's verhoudingsgewijs meer indicatoren als geschikt of mogelijk geschikt zijn beoordeeld dan voor andere thema's. Zo is er voor het thema medische milieukunde slechts één indicator als geschikt beoordeeld, voor het thema epidemiologie twee en voor de thema's gemeentelijk gezondheidsbeleid en SEGV drie. Voor het thema ouderengezondheidszorg zijn daarentegen maar liefst acht indicatoren (mogelijk) geschikt bevonden. Ruim de helft van de (mogelijk) geschikte

indicatoren betreft een structuurindicator. Daarmee wordt vooral gemeten of aan de voorwaarden voor het leveren van goede zorg is voldaan: is er voldoende personeel, zijn er afspraken gemaakt, wordt er samengewerkt, zijn er plannen, wordt er geoefend, zijn de protocollen op orde en zijn voornemens beschreven in nota's? Indicatoren die meten of bepaalde activiteiten daadwerkelijk uitgevoerd worden, of die op de goede wijze worden uitgevoerd en of die positief effect hebben op de volksgezondheid, komen nog wat minder voor in de set (mogelijk) geschikte indicatoren.

### **6.3 Kwantitatieve invulling van de indicatoren**

Van de 45 (mogelijk) geschikte indicatoren konden 19 ook kwantitatief ingevuld worden. Dit betekent dat er voor 26 van de 45 indicatoren op dit moment geen bron beschikbaar lijkt te zijn of dat de bestaande gegevens (nog) niet openbaar zijn. Het blijkt mogelijk te zijn om aan de hand van die 19 indicatoren een beeld te schetsen van negen van de tien themagebieden. Van die 19 indicatoren zijn er 11 als 'geschikt' beoordeeld door de deskundigen. Informatie voor 'geschikte' indicatoren ontbreekt voor de themagebieden gemeentelijk gezondheidsbeleid, epidemiologie en medische milieukunde. Het beeld kan gunstiger worden als aanvullende informatie uitgevraagd wordt bij alle afzonderlijke gemeenten en GGD'en. Dat is in dit onderzoek niet gebeurd.

### **6.4 Inperking tot de Wet Publieke Gezondheid**

Conform de opdracht is het vertrekpunt de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) geweest. Het resultaat is een set van indicatoren die iets zegt over het Wpg deel van de publieke gezondheid en niet over het totale werkveld van bijvoorbeeld een GGD. Het lokale werkveld is volop in verandering door de ontwikkeling rond de Wmo en omgevingswet. Dat blijft nu grotendeels buiten beeld.

Voor de taken uit de Wpg zijn bovendien relatief weinig veldnormen beschikbaar, zeker in vergelijking met de curatieve zorg. Het is dus lastig om de indicatoruitkomsten te relateren aan een norm. Een van de normen die in dit onderzoek wel naar voren kwam, is de zogenoemde waakvlamnorm voor medische milieukunde. Deze is echter nog onderwerp van debat in het veld. Maar ook binnen de jeugdgezondheidszorg lopen soortgelijke discussies over termen als 'jeugdigen in zorg'. Deze zijn nog niet officieel vastgesteld en daarmee is de basis van indicatoren over dit onderwerp nog wankel.

Aanknopingspunt voor de ontwikkeling van deze indicatorenset was wat er in de Wpg staat aan taken en verantwoordelijkheden. Dit is echter niet altijd even duidelijk omschreven. We hebben daarbij in onze ogen de meest gangbare interpretatie gevolgd, in nauw overleg met het ministerie van VWS, en daar de set op gebaseerd. De indicatorenset hebben we vervolgens voorgelegd aan het veld. Daarmee hebben we ook onze interpretatie van de wet zo goed mogelijk proberen te toetsen.

### **6.5 Degelijke onderbouwing met inzet van deskundigen**

Het resultaat van de methodologische aanpak is een set van indicatoren die de toets der kritiek heeft doorstaan.



Het bleek lastig om op korte termijn voldoende deskundigen voor alle thema's te vinden. Uiteindelijk is het met de nodige inspanning toch gelukt om voldoende respons te krijgen. Deelname werd ervaren als een behoorlijke tijdsinspanning en de inhoud van het gevraagde als ook moeilijk te bevatten (te abstract) en ver afstaand van de dagelijkse praktijk. Toch is het voor alle thema's gelukt om voldoende deelnemers te vinden (8 tot 15, met een gemiddelde van 10,6). Daarbij is per thema gestreefd naar een ook zo goed mogelijke afvaardiging van mensen uit wetenschap, beleid en praktijk om een zo breed mogelijk gedragen en haalbare set te ontwikkelen.

Overigens zien de geraadpleegde deskundigen nog tal van andere mogelijkheden om de geselecteerde set verder aan te scherpen. Sommige indicatoren kunnen met enige aanpassingen enorm aan zeggingskracht winnen. Soms met een verdere uitwerking van de voorgelegde indicator en soms attendeerden deskundigen ons op aanvullende aspecten waarvoor nieuwe indicatoren kunnen worden ontwikkeld. In het onderhavige onderzoeksproject was het niet meer mogelijk de aanvullingen en suggesties te verwerken. Dit zal onderdeel kunnen zijn van een vervolg.

## **6.6 Beschikbaarheid van indicatoren en gegevens per thema**

De vraag of momenteel, aan de hand van de (mogelijk) geschikte indicatoren waarvoor gegevens beschikbaar waren een goed beeld kan worden gegeven van het functioneren van het stelsel, is lastig te beantwoorden. In z'n algemeenheid is het antwoord op die vraag afhankelijk van het aantal indicatoren waarmee het thema gedekt wordt, de relevantie en variatie van de onderwerpen waar de indicatoren betrekking op hebben, de variatie in het type indicatoren en de beschikbaarheid van gegevens om de indicatoren te meten. In tabel 6.2 wordt voor elk thema ingegaan op de vraag of met behulp van de hierboven gepresenteerde kwantitatieve informatie een goed beeld kan worden verkregen van het functioneren van de publieke gezondheid.

De indicatoruitkomsten geven wel een indruk van het functioneren van het stelsel, maar voor een volledig beeld zal nog een aantal vervolgstappen gezet moeten worden, zie paragraaf 6.7. Verder is ook aanvulling met een meer kwalitatieve benadering een mogelijkheid om het functioneren van stelsel nog beter in beeld te krijgen. Sommige aspecten van het functioneren van het stelsel zijn lastig in één getal te vatten.

Tabel 6.2. Beeld per thema op basis van de geselecteerde indicatoren.

Jeugdgezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indicatoren meten uitkomsten van twee belangrijke landelijke programma's t.b.v. de gezondheid van kinderen.</li> <li>- Er is geen zicht op kerntaken JGZ zoals het systematisch volgen en beoordelen van de lichamelijk en psychosociale ontwikkeling van jeugdigen en het signaleren van risico's.</li> <li>- Ontwikkelde indicatoren die nog niet geschikt zijn moeten verbeterd worden om een compleet beeld te kunnen geven.</li> <li>- Beschikbaarheid van gegevens uit het Digitaal Dossier JGZ zou een grote vooruitgang zijn.</li> </ul>
Medische milieukunde	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor medische milieukunde is het niet mogelijk iets te zeggen over het functioneren omdat er maar één indicator als mogelijk geschikt is aangemerkt, de definities voor deze indicator nog niet vaststaan en er nog geen gegevens beschikbaar zijn.</li> </ul>
Rampen en crises	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De vier indicatoren waarvoor gegevens beschikbaar zijn (van de zeven geschikte indicatoren), geven een redelijk beeld van de mate waarin GGD'en zijn voorbereid op rampen en crises.</li> <li>- In een structurele dataverzameling is (nog) niet voorzien.</li> </ul>
Infectieziektebestrijding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er zijn gegevens beschikbaar voor twee indicatoren. Eén hiervan is alweer aan vervanging toe (score van 100%).</li> <li>- Over veel taken van de infectieziektebestrijding is geen indicator of bron beschikbaar.</li> </ul>
Technische hygiënezorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Met maar één indicator, ontbreekt het zicht op de effectiviteit van de uitvoering van THZ grotendeels.</li> </ul>
SEGV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gezien de complexiteit van het thema is het op basis van de twee geselecteerde indicatoren waarvoor gegevens beschikbaar zijn, moeilijk om een goed beeld van functioneren te krijgen.</li> <li>- Mogelijk is een beter beeld te krijgen als tevens gebruik wordt gemaakt van de Gebiedsindicatoren ontwikkeld in het kader van Gezond in...</li> </ul>
Gemeentelijk gezondheidsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De effectiviteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is niet duidelijk, omdat er slecht één indicator ingevuld kon worden. Bovendien was de validiteit</li> </ul>

	<p>van deze indicator beperkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor twee andere indicatoren waren er geen gegevens beschikbaar.</li> <li>- Als voor alle drie de (mogelijk) geschikte indicatoren gegevens beschikbaar zijn, is het nog steeds de vraag of deze voldoende inzicht geven over het brede terrein van gemeentelijk gezondheidsbeleid.</li> </ul>
Ouderengezondheidsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Voor twee indicatoren zijn gegevens beschikbaar.</li> <li>- Voor een goed beeld van dit thema zijn meer indicatoren nodig of nadere verdieping. Ook zijn gegevens op gemeenteniveau nodig.</li> </ul>
Epidemiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Er is voor slecht één indicator een heel ruw cijfer beschikbaar, waarbij ook nog eens twijfels over de validiteit zijn.</li> <li>- Met deze ene indicator kan geen helder beeld verkregen worden van het functioneren van het taakveld epidemiologie.</li> </ul>
Gezondheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De vier indicatoren waarvoor gegevens beschikbaar zijn, zijn gericht op roken en jongeren. Hoe het er met andere leefstijlfactoren en bevolkingsgroepen voorstaat, blijft buiten beeld.</li> </ul>

## 6.7 De huidige set als groeimodel

Een belangrijke stap om de set te vervolmaken, kan het verwerken van de aanvullingen en suggesties door de inhoudsdeskundigen zijn. Het kan zinvol zijn één of meerdere workshops met de deskundigen te houden, waarin de resultaten van dit onderzoek, inclusief de suggesties, bediscussieerd worden. Op basis hiervan kan besloten worden indicatoren alsnog te verwijderen uit de set, en andere op te nemen. Sommige indicatoren die in dit onderzoek het label 'mogelijk geschikt' kregen, zouden hierna mogelijk toch het predicaat 'geschikt' kunnen krijgen en in de indicatorenset opgenomen kunnen worden. Voor indicatoren met het label 'minder geschikt' zal die kans klein zijn. Ook is het gewenst om over de nieuw voorgestelde indicatoren een standpunt in te nemen.

Ook is commentaar vanuit de Bestuurlijke adviescommissie Publieke Gezondheid (BacPG) en de raad van directeuren publieke gezondheid (DPG-raad) ontvangen op de set als geheel. Met wethouders, directeuren publieke gezondheid (DPG'en) en bestuurders van GGD'en zou overlegd kunnen worden om het commentaar te concretiseren om hieruit voorstellen voor indicatoren af te leiden. Ook zou een inventarisatie uitgevoerd kunnen worden van onderwerpen die wethouders, DPG'en en bestuurders van GGD'en indicatoren vinden thuishoren in de indicatorenset. Afbakening aan de hand van de wet PG blijft behouden, maar onderwerpen kunnen thema-overstijgend zijn.

Vervolgens zou de selectie van indicatoren nog een keer doorlopen moeten worden, niet vanuit het specifieke thema gezien, maar vanuit het stelsel publieke gezondheid. Daarmee kan dan een evenwichtige set van indicatoren opgeleverd worden, die recht doet aan de relatieve omvang en het belang van de verschillende themagebieden. Bij deze stap zouden deskundigen betrokken kunnen worden vanuit het lokale en landelijke beleid.

Het is zinvol om de set indicatoren al zo veel mogelijk in bestaande monitoring mee te nemen en de set in de loop van de tijd te vervolmaken. De set kunnen we daarbij het beste als een groeimodel positioneren. Dit biedt de mogelijkheid tussentijds indicatoren te wijzigen en in te spelen op nieuwe ontwikkelingen onder andere op het gebied van integraal werken of het beschikbaar komen van nieuwe veldnormen. Zo kunnen we gaandeweg de set aanscherpen en aanvullen en indicatoren laten vervallen die weinig blijken toe te voegen. Sommige indicatoren zullen altijd relevant blijven en zorgen voor de continuïteit die een indicatorenset ook nodig heeft.

De zogenoemde rijksindicatoren zijn belangrijk om ook op te nemen in de indicatorenset. Hiermee kan gemeten worden of het Rijk de ondersteuning biedt die gewenst is, of het Rijk de wettelijke taken uitvoert, of dat op een goede wijze gebeurt, en of datgene wat het Rijk doet aansluit bij behoefte van gemeenten (en vice versa). De rijksindicatoren die in dit rapport zijn voorgesteld hebben betrekking op de onderwerpen beleidscyclus en toezicht, en kennis en advies. De voorgestelde rijksindicatoren zouden nog voorgelegd kunnen worden aan de andere drie landelijke spelers (GGD GHOR Nederland, VNG en RIVM). De uiteindelijk geselecteerde indicatoren kunnen daarna verder uitgewerkt worden om onderdeel te worden van de totale set.

Voor de indicatoren die momenteel niet structureel gemonitord worden zal ook een oplossing moeten worden gevonden, of deze zullen uit de set moeten worden verwijderd of waar mogelijk vervangen worden door een passende andere indicator waarvoor wel gegevens beschikbaar zijn. Bij een groot deel van de indicatoren waarvoor geen data beschikbaar zijn (zie tabel 4.1), is het mogelijk om met een uitvraag bij gemeenten of GGD'en aan de gewenste informatie te komen. Hierbij gaat het steeds om de afweging tussen het belang van een indicator en de met de monitoring gepaard gaande lastendruk voor met name GGD'en en gemeenten. Soms is een onderwerp wel belangrijk maar bestaat er nog geen registratie voor en is het gebrek aan informatie juist waar het verbeterpotentieel zit. Een goede set dient ook dit soort signalerende indicatoren mee te nemen.

## **6.8 Breder indicatorenstelsel**

De huidige indicatorenset geeft een landelijk beeld van het functioneren van het stelsel PG. Voor deze landelijke set is de Wet PG het uitgangspunt. Daarnaast zijn er andere monitors, indicatorensets of andere metingen, die soms een wat ander perspectief hebben. Genoemd kunnen worden de Strategische Benchmark GGD, Gezond in..., Waarstaatjegemeente en onderzoeken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De indicatorenset kan ingebed worden in een breder

indicatorenstelsel. In een breder indicatorenstelsel is er afstemming tussen de indicatorensets, monitors en dataverzamelingen. Gezamenlijk leveren ze een integraal beeld op van de publieke gezondheid en aanpalende terreinen. De indicatoren vullen elkaar aan en maken het mogelijk in te zoomen van landelijk naar regionaal en lokaal (gelaagdheid). Overlap is afwezig of minimaal en de administratieve lastendruk is beperkt.



## **Bijlage 1: Betrokken partijen en personen**

Onze dank gaat uit naar iedereen die in enige vorm heeft meegewerkt aan de totstandkoming van dit rapport. Zonder de input van deze personen was dit niet gelukt.

### **Algemeen**

#### *RIVM projectteam*

Antonia Verweij (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Ronald Gijzen (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Evert Vijge (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Guus Luijben (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Nikkie Post (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Mariska van Blankers (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Fons van der Lucht (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Cindy Deuning (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

#### *Reviewers*

Ilse Storm (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Mirjam Busch (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

Bettie Carmiggelt (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid)

Monique Leijen (RIVM, Centrum Gezond Leven)

Carolien van den Brink (RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg)

Loes Lanting (RIVM, Centrum Gezond Leven)

#### *Ministerie van VWS*

Celia Kleijwegt

Ingrid van Hattem-Zuiderwijk

Maurice Nijstad

Jolanda van der Kamp

Henk Soorsma

Gerda van 't Bosch

Michiel Hoorweg

Alice van Gent

Laetitia Kuijpers

#### *GGD GHOR Nederland*

Sarah Pos

Saskia Boeker

Vincent Pot

Cisca Stom

#### *VNG*

Josephine Maasland

#### *LNAZ*

Twan Moors

## **Interne ronde/indicatorlijsten**

### *Jeugdgezondheidszorg*

Bettie Carmiggelt (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid)  
Heleen Hamberg (RIVM, Centrum Gezond Leven)

### *Medische milieukunde*

Annemiek van Overveld (RIVM, Centrum Veiligheid)

### *Rampen en crises*

Dianne Alting (RIVM, Centrum Veiligheid)

### *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen*

Mirjam Busch (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

### *Gemeentelijk gezondheidsbeleid*

Ilse Storm (RIVM, Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid & Zorg)

### *Infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg*

Hans van den Kerkhof (RIVM, Landelijke Coördinatie

Infectieziektebestrijding)

Gini van Rijckevorsel (RIVM, Landelijke Coördinatie

Infectieziektebestrijding

Evelien Belfroid (RIVM, Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding)

Thijs Veenstra (RIVM, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid)

### *Ouderengezondheidszorg*

Monique Leijen (RIVM, Centrum Gezond Leven)

Lidwien Lemmens (RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg)

Simone de Bruin (RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg)

Heleen Hamberg (RIVM, Centrum Gezond Leven)

### *Epidemiologie*

Carolien van den Brink (RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg)

### *Gezondheidsbevordering*

Cathy Rompelberg (RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg)

Loes Lanting (RIVM, Centrum Gezond Leven)

## **Invullers digitale vragenlijst**

De invullers van de digitale vragenlijst zijn geordend naar thema.

### *Jeugdgezondheidszorg*

Dhr. E.J. de Wilde

Nederlands Jeugdinstituut

Dhr. F. Pijpers

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Mw. A. van Grieken

ErasmusMC

Mw. I. Steinbuch

ActiZ

Mw. K. Wielaart

TNO

Dhr. F.J.M. van Leerdam

IGZ

Mw. S. Neppelenbroek

GGD GHOR Nederland

Mw. B. Bakker-Camu

V&VN afdeling Maatschappij en gezondheid.

Vakgroep Jeugd

Mw. M. van Kuppevelt

V&VN afdeling Maatschappij en gezondheid

Dhr. M. Damen

Stichting Icare

Mw. C.A.A. Slijkerman

Rivas Careyn



Dhr. J. de Wilde	GGD Haaglanden / LUMC
Mw. J. van Leent	GGD Gooi en Vechtstreek
Mw. O.H.M van der Goot- Wilms	GGD Zuid Limburg
Mw. D. de Lange	GGD West-Brabant
<i>Medische Milieukunde</i>	
Dhr. W. Hagens	MNS.VLH.M&V.RIVM
Mw. K. Mourits	Afdeling Maatschappelijke Ontwikkeling / Afdeling Publieke Gezondheid, Zorg & Welzijn gemeente Nijmegen, en Academische werkplaats AMPHI.
Mw. J. van den Boogaard	GGD, vakgroep MMK
Mw. I. van den Broek	GGD, vakgroep MMK
Mw. M. Vaal	GGD Gelderland-Midden
Mw. J. Willems	GGD Arnhem
Dhr. P. van den Hazel	GGD Regio's Oost / VGGM, werkgroep onderzoek en onderwijs
Mw. J. Gram & mw. R. Slob	GGD Rotterdam
Mw. M. Drijver	Gezondheidsraad / GGD Rotterdam- Rijnmond
Dhr. E. Lebret	RIVM
<i>Rampen en Crises</i>	
Mw. C. Cools	IFV / GHOR Academie
Dhr. I. Helsloot	Crisislab
Mw. W. Zwijnenberg	RIVM
Dhr. J. Sevenstern	Inspectie Veiligheid en Justitie
Dhr. M. Hoorweg	Ministerie van VWS
Mw. M. Peppelenbos	GGD IJsselland
Dhr. M. Hoff	GGD Gelderland Zuid
Dhr. J. van der Have	GGD Groningen
<i>SEGV</i>	
Mw. K. Stronks	Universiteit van Amsterdam
Dhr. A. Kunst	Universiteit van Amsterdam
Dhr. J.P. Mackenbach	ErasmusMC, Department of Public Health
Dhr. H. Bosma	Universiteit Maastricht
Dhr. J. Bleeker	GGD Fryslân, Academische Werkplaats Groningen
Mw. M. Jansen	Universiteit Maastricht, AWPG
Dhr. P. de Ruiters	GGD Drenthe
Dhr. L. Hagens	Ministerie van VWS
Dhr. R.F.M. van Bokhoven	Pharos
<i>Gemeentelijk gezondheidsbeleid</i>	
Mw. I. Storm	RIVM
Mw. A. Koorstra	GGD GHOR Nederland
Mw. J. Heinrich	GGD Noord- en Oost-Gelderland
Mw. R. van der Meulen	Gemeente Utrecht
Mw. J. Eggermont	Gemeente Houten
Mw. T. de Hoop	GGD Rotterdam-Rijnmond
Mw. H. Glazema-de Stigter	GGD regio Utrecht
Mw. K. de Ruijscher	GGD Fryslân

Mw. M. van Rooy	ZonMw
Dhr. A.W.L. van den Dungen	Gemeente St Michielsgestel
Dhr. K.J. Hajema	GGD Zuid Limburg
Mw. J. de Goede	GGD West-Brabant / Tranzo

*Infectieziektebestrijding en technische hygiënezorg*

Mw. T. Steen	Teamhoofd GGD Flevoland
Mw. L. Rust & mw. C. Laurent	Beleidsmedewerker GGD GHOR Nederland
Mw. C. Wijkmans	GGD Hart voor Brabant, Landelijk overleg Infectieziektebestrijding
Dhr. J. Worp	GGD Amsterdam, Deskundige infectiepreventie
Dhr. Westerhof	Inspectie voor de Gezondheidszorg
Mw. S. Wiessenhaan	Ministerie van VWS
Dhr. E. de Coster	GGD Haaglanden
Dhr. R. ter Schegget	GGD Brabant-Zuidoost
Dhr. J. van der Steen	GGD Brabant-Zuidoost
Dhr. S. de Gouw	GGD Hollands Midden

*Ouderengezondheidszorg*

Mw. L. Lemmens	RIVM
Mw. A. Haveman-Nies	Academische Werkplaats PG, AGORA
Mw. A. van Gent	Ministerie van VWS, directie PG
Mw. W. van Wijhe	GGD Amsterdam, Preventieve Ouderengezondheidszorg
Mw. M. van Rossum	GGD Hollands Midden
Mw. L. Schaerlaekens	GGD Hart voor Brabant
Mw. K. Schouten	Gemeente Boxmeer
Mw. F.C. Bakker	Windesheim, Toegepaste Gerontologie
Anonieme invuller	
Dhr. R. Stüssgen	Vilans, Kenniscentrum langdurende zorg
Mw. M. de Graaff & mw. E. van Oostrum	NUZO / Julius Centrum Utrecht

*Epidemiologie*

Mw. I. van Oostrum	GGD GHOR Nederland
Mw. S. Commandeur	GGD GHOR Nederland
Dhr. G. Molleman	GGD Gelderland-Zuid, afdeling Gezond Leven
Dhr. J. Kuiper	GGD Groningen
Mw. R. Cluitmans	GGD Kennemerland
Mw. C. Plevier	GGD regio Utrecht
Mw. M.P.H. Berns	GGD Haaglanden
Mw. G. Smulders	GGD Hart voor Brabant
Mw. J. Hoff	Bewustwording binnenmilieu basisscholen
Dhr. D. ten Berge	Gemeente Hardenberg-Ommen, Maatschappelijk Domein
Mw. V. Greveling	Gemeente Hardenberg-Ommen, Maatschappelijk Domein
Dhr. L. Zwakhals	RIVM

*Gezondheidsbevordering*

Mw. L. Lanting	RIVM
Mw. J. Schuit	RIVM / VUmc

Dhr. W. van Mechelen  
Dhr. M. Nijstad  
Dhr. S. Cremer

Dhr. R. van Zon  
Dhr. W.J.J. Assendelft  
Mw. I. van Rooijen  
Dhr. M. van den Berg  
Mw. H. Poletiek  
Mw. M. te Nijenhuis

VUmc  
Ministerie van VWS  
GGD Amsterdam, team Volwassenen en  
Ouderen  
Gemeente Rotterdam  
Radboud Universiteit  
ZonMw  
RIVM  
GGD Groningen  
GGD Drenthe

## Bijlage 2: Indicatorbeschrijvingen

Hieronder zijn de indicatorbeschrijvingen opgenomen zoals ze zijn voorgelegd aan de deskundigen. De aanvullingen, correcties en suggesties die zijn gegeven in het vragenlijstonderzoek, zijn hierin niet verwerkt.

### 1. Jeugdgezondheidszorg

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Som van het aantal fte JGZ-verpleegkundigen, fte JGZ-doktersassistenten en fte jeugdartsen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 jeugdigen van 0 t/m 18 jaar.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Capaciteit
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> Aantal fte JGZ-verpleegkundigen, fte JGZ-doktersassistenten en fte JGZ-artsen in het werkgebied van JGZ-organisatie. <i>Noemer:</i> Aantal jeugdigen van 0 t/m 18 jaar in werkgebied JGZ-organisatie (per 100.000).
<i>Niveau</i>	Data: JGZ-organisaties. Presentatie: gemiddelde van alle JGZ-organisaties + een spreidingsmaat (bijv. minimum, maximum, interkwartielafstanden).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Voor het leveren van goede JGZ is voldoende geschoold personeel nodig. Bij een te krappe bemensing is het moeilijk om aan kinderen en jongeren, en risicogroepen daarbinnen, zorg van goede kwaliteit te bieden.
<i>Bron</i>	Strategische Benchmark GGD (indicatoren B10 en B11) en uitvragen bij JGZ-organisaties, evt. via NCJ
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle JGZ-organisaties geven eenmaal per jaar aan wat op peildatum het aantal fte is.</li> <li>• Zowel vast als tijdelijk personeel, als inhuur.</li> <li>• Met JGZ-doktersassistenten wordt bedoeld assistenten die in het kader van de JGZ-contacten screenings van/gesprekken met kinderen/ouders uitvoeren, werkzaamheden verrichten als beoordeling triageformulier of collectieve voorlichting. Medewerkers die zich richten op planning, administratief verwerken van formulieren enz. worden hierin <u>niet</u> meegenomen.</li> <li>• Met JGZ-verpleegkundige wordt bedoeld hbo-afgestudeerde verpleegkundige met BIG-registratie en aanvullende opleiding jeugd-</li> </ul>

	<p>verpleegkundige (bijv. verpleegkundige M&amp;G, profiel jeugdgezondheidszorg).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Met jeugdarts wordt bedoeld arts M&amp;G profiel JGZ of jeugdarts KNMG, met BIG-registratie.</li> <li>• Van voorbije jaren worden er alleen fte's meegeteld die betrekking hebben op het Basispakket JGZ. Plus- of maatwerk tellen niet mee. Taken in het kader van het RVP worden wél meegeteld.</li> </ul>
<p><i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meer capaciteit betekent niet per definitie dat betere zorg wordt geleverd (en vice versa). De benodigde capaciteit is ook afhankelijk van de gezondheid van kinderen en jongeren en de sociale en fysieke omstandigheden waarin zij opgroeien. Bij een betere gezondheid en gunstigere omstandigheden is waarschijnlijk minder capaciteit nodig.</li> <li>• Deze indicator heeft vooral als doel achtergrondinformatie te geven. Indien andere indicatoren een verandering in de scores laten zien, kan nagegaan worden of dat correleert met de beschikbare capaciteit (in de jaren daarvoor).</li> </ul>
<p><i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i></p>	<p>Vanaf 2015 wordt er in het Basispakket JGZ geen onderscheid meer gemaakt in een uniform deel en een maatwerkdeel. Deze verandering kan hebben geleid tot een trendbreuk tussen 2014 en 2015 in aantal fte's.</p>
<p><i>Overige opmerkingen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vooralsnog sluiten we aan bij de formulering van de indicator zoals gehanteerd in de Strategische Benchmark GGD. De indicator kan nog zuiverder worden door de noemer te vervangen door het aantal jeugdigen in zorg bij de JGZ-organisatie. T.z.t. zou kunnen worden aangesloten bij het definitiedocument van NCJ over In beeld, in zorg en bereik. Vooralsnog is alleen het concept van 11 november 2015 beschikbaar. De definities en bijbehorende uitvoeringsregels zijn nog volop in ontwikkeling. Naar verwachting zal het definitiedocument najaar 2016 worden vastgesteld. Wanneer de uitvoeringsregels worden vastgesteld is nog onduidelijk.</li> <li>• Tellen JGZ-verpleegkundigen en jeugdartsen in opleiding ook mee? Aansluiten bij Strategische benchmark: alle artsen meetellen, dus artsen M&amp;G, jeugdartsen, evt. artsen in opleiding. Het gaat om het basispakket dat in alle gemeenten van de GGD wordt aangeboden, elke gemeente betaalt hiervoor met bijdrage per inwoner en/of kind. Taken in het kader van het RVP wel meenemen, hoewel dat officieel niet onder het basispakket JGZ valt. Plus- of maatwerk</li> </ul>

	<p>niet meetellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is gekozen voor samenvoegen van drie fte-indicatoren (een over JGZ-verpleegkundigen, een over JGZ-assistenten en een over jeugdartsen) om zo het aantal indicatoren in de gehele set PG-indicatoren beperkt te houden.</li> </ul>
<i>Bronnen m.b.t. inhoudsvaliditeit</i>	<p>VNG/Ministerie van VWS/Ministerie van VenJ. Factsheet Nieuw basispakket Jeugdgezondheidszorg. Den Haag): VNG/Ministerie van VWS/Ministerie van VenJ , 2014.</p> <p>NCJ. Landelijk professioneel kader Uitvoering basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ). Utrecht: NCJ, 2015.</p> <p>GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</p> <p>NCJ. Definities Jeugdgezondheidszorg. In beeld, in zorg en bereik. Utrecht: NCJ, concept 11 november 2015.</p>

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een of meer schriftelijke adviezen (gevraagd en ongevraagd) van de JGZ-organisatie heeft gekregen over de gezondheid, ontwikkeling en welzijn van de jeugd in de betreffende gemeente.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Beleidsadvisering
<i>Berekening</i>	<p><i>Teller:</i> aantal gemeenten in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een of meer schriftelijke adviezen (gevraagd en ongevraagd) van de JGZ-organisatie heeft gekregen JGZ-organisatie over de gezondheid, ontwikkeling en welzijn van de jeugd in de betreffende gemeente in peiljaar.</p> <p><i>Noemer:</i> aantal gemeenten in het werkgebied van een JGZ-organisatie in het peiljaar.</p>
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten. Presentatie: gemiddelde van alle JGZ-organisaties + een spreidingsmaat (bijv. minimum, maximum, interkwartielafstanden).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De JGZ-organisatie geeft aan gemeenten adviezen, waarmee gemeenten - via jeugd(gezondheids)beleid - kunnen bijdragen aan de bevordering van de gezondheid van jeugdigen. Het geven van beleidsadvies is opgenomen in het Basispakket JGZ (onderdeel collectieve activiteiten) en wordt gekenschetst als belangrijk.</li> <li>• Deze indicator geeft inzicht in of en de mate waarin dat gebeurt. De aanname achter deze</li> </ul>

	indicator is dat het geven van adviezen effectiever en passender jeugd(gezondheids)beleid oplevert.
<i>Bron</i>	Uitvragen JGZ-organisaties (evt. gemeenten).
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Geen norm beschikbaar zover bekend.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Onder werkgebied wordt verstaan: het postcodegebied waarvoor de gemeente de uitvoering van de JGZ-taken uit de Wpg heeft aangewezen aan een JGZ-organisatie die daardoor verantwoordelijk wordt voor het leveren van JGZ aan alle jeugdigen woonachtig in het aangewezen postcodegebied. Het advies moet op schrift zijn vastgelegd en geregistreerd zijn in het systeem dat de JGZ-organisatie daarvoor gebruikt.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Deze indicator zegt niets over de inhoudelijke kwaliteit, omvang of urgentie van de adviezen, noch over de tevredenheid erover bij de gemeenteambtenaren of in de politiek.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt aangenomen dat het geven van adviezen leidt tot effectiever beleid. Of dat daadwerkelijk altijd zo is, is niet bekend. Ongetwijfeld zal dat ook te maken hebben met de inhoudelijke kwaliteit van de adviezen, de timing van het verschijnen ervan, de tevredenheid erover en de aansluiting bij gemeentelijk bestuur en beleid.</li> <li>• Indien alle gemeenten in Nederland al ten minste elk jaar advies krijgen van een JGZ-organisatie, is deze indicator niet erg informatief.</li> <li>• De meetbaarheid van deze indicator moet nog worden vastgesteld.</li> <li>• Er zijn gerelateerde indicatoren opgenomen in de Strategische Benchmark GGD. Het gaat om het percentage gemeenten dat geadviseerd is over jeugdzorg (B28) en gemiddeld cijfer (1-10) dat gemeenten geven over de beleidsadvisering door de GGD (S13). De eerste excludeert JGZ, de tweede gaat over advisering in het algemeen.</li> <li>• Er is een algemene richtlijn voor het opstellen van beleidsadvies openbare gezondheidszorg door GGD'en. Tevens heeft het NCJ een</li> </ul>

	toolbox beleidsadviesing ontwikkeld en beschikbaar op de website.
<i>Bronnen m.b.t. inhoudsvaliditeit</i>	<p>VNG/Ministerie van VWS/Ministerie van VenJ. Factsheet Nieuw basispakket Jeugdgezondheidszorg. Den Haag: VNG/Ministerie van VWS/Ministerie van VenJ, 2014.</p> <p>NCJ. Landelijk professioneel kader Uitvoering basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ). Utrecht: NCJ, 2015.</p> <p>GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</p> <p>GGD Nederland. Richtlijn voor opstellen beleidsadvies openbare gezondheidszorg door GGD'en. Een procedure, format voor advies en evaluatie-instrument voor beleidsadvies. Utrecht: GGD Nederland, 2008.</p> <p>NCJ. Toolbox beleidsadviesing. Website <a href="https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/beleidsadviesing">https://www.ncj.nl/toolbox-basispakket-jgz1/beleidsadviesing</a>.</p>

<b><i>Indicator 3:</i></b> <b><i>Percentage jeugdigen (0-18 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie met een verwijzing naar zorg door JGZ, waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is dat ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Monitoren van zorg
<i>Berekening</i>	<p><u>Teller:</u> aantal jeugdigen in het werkgebied van een JGZ-organisatie waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is.</p> <p><u>Noemer:</u> aantal jeugdigen dat is verwezen.</p>
<i>Niveau</i>	Data: JGZ-organisaties. Presentatie: gemiddelde van alle JGZ-organisaties + een spreidingsmaat (bijv. minimum, maximum, interkwartielafstanden).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Door het volgen van kinderen kan voorkomen worden dat kinderen niet de juiste zorg, dan wel helemaal geen zorg ontvangen. Juist de JGZ is capabel voor het volgen van een kind omdat JGZ-medewerkers het kind gedurende een lange periode regelmatig zien. Voor professionals/ zorgaanbieders in de



	eerste en tweede lijn geldt dat in veel mindere mate vanwege de aard van de curatieve zorg.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij JGZ-organisaties, evt. via NCJ (waar mogelijk via DD-JGZ)
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Als een kind (om welke reden dan ook) niet verschijnt op het volgende contact, en een maand na die datum is niet bekend of het kind is aangekomen bij de zorg waarnaar is verwezen, wordt dit kind aangemerkt als 'niet bekend of het is aangekomen'.</li> <li>De verwijzing kan hebben plaatsgevonden tijdens een standaard contact of tijdens een vervolcontact.</li> <li>Verwijzing kan zijn naar jeugdzorg of de curatieve gezondheidszorg (waaronder huisarts, POH, medisch-specialistische zorg). Verwijzingen binnen de JGZ tellen niet mee<sup>11</sup>. Exclusief verwijzingen naar logopedie.</li> <li>Onder 'aangekomen' wordt verstaan: de jeugdige en/of ouder(s)/verzorgers hebben een face-to-face contact gehad met een hulpverlener (van de instelling) waarnaar door de JGZ-organisatie verwezen is.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Monitoren van zorg (of zorgcoördinatie), in dit geval het volgen van het kind, kan gezien worden als een gedeelde verantwoordelijkheid van alle ketenpartners. De IGZ geeft echter aan dat van elke JGZ-instelling een redelijke inspanning mag worden verwacht. Wat een redelijke inspanning behelst, is niet tot in detail beschreven.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>De indicator kan nog zuiverder door de noemer te vervangen door het aantal jeugdigen in zorg. T.z.t. zou kunnen worden aangesloten bij het definitiedocument van NCJ over In beeld, in zorg en bereik. Vooralsnog is alleen het concept van 11 november</li> </ul>

<sup>11</sup> Toevoeging: indien verwezen wordt naar specifieke zorg binnen de JGZ, telt dat wél mee (bijv. verwijzing naar professionals die VideoHome trainingen aan ouders geven)

	<p>2015 beschikbaar. De definities en bijbehorende uitvoeringsregels zijn nog volop in ontwikkeling. Naar verwachting zal het definitiedocument najaar 2016 worden vastgesteld. Wanneer de uitvoeringsregels worden vastgesteld is nog onduidelijk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Op jonge leeftijd zijn er voldoende contacten, maar voor oudere kinderen zijn er weinig reguliere contacten. Daarom kan uitsplitsing in leeftijdsklassen overwogen worden.</li> <li>• Vanaf 4 jaar is het aantal reguliere contacten beperkt. Daarom kan overwogen worden om vanaf die leeftijd een termijn van één jaar na verwijzing aan te houden om vast te stellen of een kind is aangekomen.</li> <li>• In de Strategische Benchmark GGD staat een gerelateerde indicator over % verwezen kinderen van alle kinderen die gezien zijn (indicator S9).</li> </ul>
<i>Bronnen m.b.t. inhoudsvaliditeit</i>	<p>Gijsen et al., Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg. Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007. Bilthoven: RIVM, 2009.</p> <p>GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</p> <p>NCJ. Definities Jeugdgezondheidszorg. In beeld, in zorg en bereik. Utrecht: NCJ, concept 11 november 2015.</p> <p>IGZ. De jeugdgezondheidszorg beter in positie. Utrecht: IGZ, 2014.</p>

<b><u>Indicator 4:</u></b> <b>Percentage jeugdigen (klas 4, 15/16 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een adolescentencontact jeugdgezondheidszorg heeft gehad.</b>	
Type indicator	Proces
Onderwerp	Bereik
Berekening	<p><u>Teller:</u> aantal uitgenodigde kinderen uit klas 4 (15/16 jaar) woonachtig in het JGZ-werkgebied dat een adolescentencontact JGZ heeft gehad.</p> <p><u>Noemer:</u> aantal uitgenodigde kinderen uit klas 4 (15/16 jaar) woonachtig in het JGZ-werkgebied</p>
Niveau	Data: JGZ-organisaties. Presentatie: gemiddelde van alle JGZ-organisaties + een spreidingsmaat (bijv.

	minimum, maximum, interkwartielafstanden).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>De JGZ draagt met haar basispakket JGZ bij aan een gezonde en veilige ontwikkeling van kinderen. Hiertoe onderzoekt de JGZ kinderen op verschillende momenten, zoals beschreven in het Landelijk professioneel kader uitvoering Basispakket JGZ.</p> <p>Het 'extra contact voor adolescenten' biedt mogelijkheden voor de JGZ om aan te sluiten bij de belevingswereld van jongeren en aandacht te besteden aan thema's als gezond gewicht, roken, veilig vrijen, het gebruik van alcohol en drugs, pesten en depressie.</p> <p>Bekend is dat in deze levensfase belangrijke lichamelijke en psychosociale ontwikkelingen plaatsvinden. Het risico op ongezond gedrag neemt toe met de leeftijd van de adolescent. Dit gedrag heeft gevolgen voor de gezondheid op de korte en de lange termijn. Risicogedrag voorkomen door voorlichting en vroegsignalering aansluitend bij de belevingswereld van adolescent kan een deel van de gezondheidsproblemen op latere leeftijd voorkomen of uitstellen.</p> <p>Deze indicator geeft inzicht in het bereik van de JGZ-organisatie en de mate waarin zij in staat is zorg te leveren aan adolescenten.</p>
<i>Bron</i>	Uitvragen bij JGZ-organisaties, evt. via NCJ (waar mogelijk via DD-JGZ). Het adolescentencontact is een JGZ-dienst die wordt geregistreerd in DD JGZ.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Het laatste standaard contact is dat van 13- en 14-jarigen in de tweede klas van het voortgezet onderwijs. Landelijk is afgesproken om contacten tussen adolescenten (vanaf 14 jaar) en de JGZ te intensiveren. Bijvoorbeeld door een extra contact op de leeftijd van 15 /16 jaar.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact' wil niet zeggen dat een kind letterlijk gezien moet zijn, als het bijvoorbeeld een vragenlijst heeft ingevuld, voldoet dat ook<sup>12</sup>. De locatie waar het contact plaatsvond (JGZ-locatie, school of thuis) is niet van belang.</li> <li>• Onder werkgebied wordt verstaan: het postcodegebied waarvoor de gemeente de uitvoering van de JGZ-taken uit de Wpg heeft aangewezen aan een JGZ-organisatie die daardoor verantwoordelijk wordt voor het leveren van JGZ aan alle jeugdigen</li> </ul>

<sup>12</sup> Toevoeging: op voorwaarde dat zo nodig op basis van de vragenlijst een vervolfgafpraak gemaakt kan worden.

	<p>woonachtig in het aangewezen postcodegebied. Het gaat hier om alle jeugdigen die staan ingeschreven in de BRP en de jeugdigen die niet in de BRP staan maar waarvan wel bekend is bij de JGZ-organisatie dat ze in het werkgebied wonen.</p>
<p><i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i></p>	<p>De openbare gezondheidszorg is vrijwillig. Er kan in overleg met ouders afgeweken worden van de standaardcontacten.</p>
<p><i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i></p>	<p>-</p>
<p><i>Overige opmerkingen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In het Professioneel Kader wordt gesproken van twee contacten tussen 12 en 18 jaar. Er moet nog vastgesteld worden op welk moment vastgesteld wordt of de jongere wel of niet een adolescentencontact heeft gehad.</li> <li>• Er kan ook voor contact op andere leeftijden worden gekozen.</li> <li>• De indicator kan nog zuiverder worden door de noemer te vervangen door het aantal jeugdigen in zorg dat uitgenodigd is. T.z.t. zou kunnen worden aangesloten bij het definitiedocument van NCJ over In beeld, in zorg en bereik. Vooralsnog is alleen het concept van 11 november 2015 beschikbaar. De definities en bijbehorende uitvoeringsregels zijn nog volop in ontwikkeling. Naar verwachting zal het definitiedocument najaar 2016 worden vastgesteld. Wanneer de uitvoeringsregels worden vastgesteld is nog onduidelijk.</li> <li>• In de Strategische benchmark GGD staat een gerelateerde indicator (B7). In de versie uitvraag 2015 gaat het om: % kinderen van 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO 2VO)<sup>13</sup> die zijn gezien op standaard contactmoment (bereik).</li> </ul>
<p><i>Bronnen m.b.t. inhoudsvaliditeit</i></p>	<p>NCJ. De JGZ in beeld bij adolescenten. Samen bouwen aan gezondheid en gezond gedrag voor duurzame participatie van jongeren. Utrecht: NCJ, 2013.</p> <p>NCJ. Landelijk professioneel kader Uitvoering basispakket jeugdgezondheidszorg (JGZ). Utrecht: NCJ, 2015.</p> <p>NCJ. Definities Jeugdgezondheidszorg. In beeld, in zorg en bereik. Utrecht: NCJ, concept 11 november 2015.</p>

<sup>13</sup> Indien de GGD geen PGO 2VO uitvoert, kan dit ook een ander contactmoment voor adolescenten zijn (Brief Tweede Kamer 25 juni 2012, betreffend "Extra middelen bestrijding overgewicht bij kinderen").

	<p>GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definitie strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</p> <p>Dunnink et al. Advies extra contactmoment in de leeftijdsperiode 12-19 jaar. Bilthoven: RIVM, 2009.</p>
--	---

<p><b><u>Indicator 5:</u></b>  <b><i>Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).</i></b></p>	
Type indicator	Proces
Onderwerp	Bereik
Presentatie	<p><b>Teller:</b> aantal zuigelingen uit een specifiek geboortecohort dat alle vaccinaties volgens het RVP-schema toegediend heeft gekregen voor het bereiken van de leeftijd van 2 jaar, en daarmee de basisimmunitet heeft bereikt.</p> <p><b>Noemer:</b> totaal aantal zuigelingen uit een specifiek geboortecohort in Nederland.</p>
Niveau	<p>Data: gemeenten</p> <p>Presentatie: één percentage voor heel Nederland + een spreidingsmaat, bijv. waarden in de gemeenten met de hoogste en laagste waarde of percentage gemeenten met een vaccinatiegraad van <math>\geq 90\%</math>.</p>
Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)	<p>De hoofddoelstelling van het RVP is het voorkomen van ziekte en sterfte, door middel van vaccinaties. Het collectieve programma is werkzaam op twee niveaus: individuele bescherming en groepsbescherming om zo ook epidemieën te voorkomen.</p> <p>Het aanbieden van vaccinaties in het kader van het RVP is een taak van de jeugdgezondheidszorg volgens de Wpg (artikel 5c).</p> <p>Deze indicator meet het bereik van preventie en de mate waarin het doel van preventie wordt gehaald en geeft daarmee een indicatie van de kwaliteit van het stelsel. Om een hoge vaccinatiegraad te kunnen bereiken dient onder andere de samenwerking en coördinatie tussen de uitvoerende partijen goed te verlopen. Bij de uitvoering van het RVP zijn meerdere partijen betrokken: thuiszorgorganisaties, GGD'en, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), verloskundige hulpverleners, kinderartsen en huisartsen. Het RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) voert de centrale regie, evaluatie en communicatie in opdracht van het ministerie van VWS. Regionale Coördinatie Programma's (RCP) coördineert en</p>

	heeft medisch toezicht op de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma.
<i>Bron</i>	RIVM-CIB
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nederland heeft voor BMR de norm van de WHO voor mazelen en rode hond overgenomen (95%), en hanteert voor DKTP een streefpercentage van minstens 90%. Het gaat hier om landelijke normen. Regionaal geldt voor mazelen een streefwaarde van 95% en voor alle andere vaccinaties 80%. Deze normen zijn nodig om groepsimmunitet te bereiken.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Een zuigeling heeft volledig deelgenomen aan het RVP als hij/zij alle vaccinaties volgens het RVP-schema toegediend heeft gekregen voor het bereiken van de leeftijd van 2 jaar.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Deelname aan de publieke gezondheidszorg is vrijwillig, 100% bereik is niet altijd het doel. Bij infectieziekten waarbij groepsimmunitet wordt nagestreefd, is een hoge vaccinatiegraad echter gewenst. De vaccinatiegraad in een regio wordt beïnvloed door de omvang van de groep ouders die vaccinatie om bijv. religieuze of antroposofische overwegingen afwijzen.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Verschuiving van activiteiten van en naar andere organisaties
<i>Overige opmerkingen</i>	<p><b><u>Gerelateerde indicatoren:</u></b></p> <p><b>Volksgezondheid en zorg.info</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Volledige deelname vaccinaties</a></li> </ul> <p><b>Staat VenZ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <a href="#">Deelname zuigelingen Rijksvaccinatieprogramma</a></li> </ul> <p><b>Nationaal Programma Preventie Alles is gezondheid</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentage zuigelingen dat is gevaccineerd tegen BMR</li> <li>• Percentage kleuters dat is gevaccineerd tegen DK(T)P</li> <li>• Percentage meisjes dat is gevaccineerd tegen HPV</li> </ul>
<i>Bronnen m.b.t. inhoudsvaliditeit</i>	RIVM. Website Rijksvaccinatieprogramma. <a href="http://www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Rijksvaccinatieprogramma">http://www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Rijksvaccinatieprogramma</a> . Bezocht juli 2016. Van Lier et al. Vaccinatiegraad

	Rijksvaccinatieprogramma Nederland: Verlagjaar 2016. Bilthoven: RIVM, 2016.
--	--

<b><u>Indicator 6:</u></b> <b><i>Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt, dat is opgespoord via de hielprikscreening.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Vroegsignalering
<i>Berekening/presentatie</i>	<i>Teller:</i> aantal pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening dat is opgespoord middels het programma Neonatale Hielprikscreening (NHS). <i>Noemer:</i> aantal pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt in het programma NHS.
<i>Niveau van uitvragen en presentatie</i>	Data: landelijk. Presentatie: landelijk; één percentage.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De indicator geeft inzicht in de effectiviteit van het programma Neonatale Hielprikscreening. Met de hielprik kan een aantal zeldzame, erfelijke aandoeningen worden opgespoord. Hoe vaker deze aandoeningen vroeg worden opgespoord, hoe beter. Door interventies kort na de geboorte te starten, kan zeer ernstige en vaak onherstelbare schade aan de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind worden voorkomen of beperkt. De hielprik bestaat uit het afnemen van bloed in de eerste week na de geboorte. In de periode 2011-2016 werd het bloed in het laboratorium onderzocht op 17 aandoeningen. De uitvoering van de hielprik valt onder de systeemverantwoordelijkheid van VWS voor de publieke gezondheidszorg (Wpg artikel 4a, 2). De regie voor de neonatale hielprikscreening ligt bij Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM en de praktische uitvoering via RIVM-DVP (Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's) bij medewerkers van JGZ-organisaties of verloskundigen.
<i>Bron</i>	VZinfo, onderdeel prestatie-indicatoren gezondheidszorg (op termijn, ten tijde van schrijven sheet nog niet), en de Staat van Volksgezondheid en Zorg. Berekeningen zijn gebaseerd op de Evaluatie van de neonatale hielprikscreening, uitgevoerd door TNO.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Geen norm voor zover bekend, al is het streven naar een programmasensitiviteit van 100%.

<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Er wordt een totaalcijfer berekend voor alle 17 aandoeningen.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soms wordt Informatie over gemiste gevallen pas enkele jaren later bekend. Deze informatie wordt met terugwerkende kracht nog verwerkt, waardoor de cijfers uit voorgaande jaren nog kunnen wijzigen.</li> <li>• In de loop van de jaren zijn ziekten toegevoegd of verwijderd uit het programma.</li> </ul>
<i>Overige opmerkingen</i>	Op 8 april 2015 heeft de Gezondheidsraad de minister geadviseerd om de hielprikscreening uit te breiden met 14 ziektes, waardoor er in totaal op 31 ziektes gescreend wordt. De minister heeft gezegd dat ze dit advies overneemt en gaat uitvoeren. Op termijn deze indicator aanpassen aan de 31 ziektes.
<i>Bronnen m.b.t. inhoudsvaliditeit</i>	Gezondheidsraad. Neonatale screening: nieuwe aanbevelingen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2015. Gezondheidsraad. Neonatale screening. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.

## 2. Medische milieukunde

<b><i>Indicator 1: Percentage GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Capaciteit
<i>Berekening</i>	<p><i>Teller:</i> formatie MMK in het werkgebied op 1-1-2016.</p> <p><i>Noemer:</i> 0,42 fte + 0,16 fte per miljoen euro in 2016 voor de cluster fysiek milieu in het werkgebied (waakvlamnorm MMK).</p>
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en en een spreidingsmaat (bijv. aantal GGD'en <75% of >110%, minimum, maximum); alternatieve maat kan zijn: totale formatie in Nederland/benodigde formatie volgens de waakvlamnorm.
<i>Rationale (waarom deze indicator en</i>	In de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) staat dat gemeenten de taak hebben de medisch



<i>niet een andere?)</i>	<p>milieukundige zorg te bevorderen. Om welke taken het dan precies gaat staat beschreven in het Besluit PG (artikel2, lid3e).</p> <p>De minimale formatie die nodig is om de medisch milieukundige taken uit te kunnen voeren is vastgelegd in een 'waakvlamniveau' per GGD-regio. Als aan dat niveau niet wordt voldaan is een verantwoorde uitvoering van de medisch milieukundige zorg niet mogelijk.</p> <p>Er bestaan zorgen over het halen van deze norm in het veld. De verwachting is dat de komende jaren de uitstroom aan o.a. artsen groter is dan de instroom. Daarnaast zal de vraag naar medisch milieukundige zorg toenemen vanwege epidemiologische ontwikkelingen en toenemende maatschappelijke aandacht voor milieuvraagstukken (Jambroes et al., 2013).</p>
<i>Bron</i>	Strategische Benchmark GGD'en.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	<p>Het waakvlamniveau geeft de grens aan waaronder uitvoering van de Wpg-taak MMK niet mogelijk is. De definitie voor het berekenen van de waakvlamniveau voor de GGD-regio is vastgelegd in het Standpunt formatierichtlijn medisch milieukundige zorg: Waakvlamniveau = 0,42 fte + 0,16 fte per 1 milj. euro p/j voor cluster fysiek milieu.</p>
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De bijdrage voor het 'cluster fysiek milieu' is de uitkering die de gemeente ontvangt voor het cluster milieu via het gemeentefonds. De uitkering wordt bepaald door factoren die bepalend zijn voor de invloed van milieuvervuiling op de samenleving, zoals: inwonertal, bedrijfsvestigingen, klantenpotentieel regionaal, landoppervlakte, oppervlakte bebouwing, woonruimten en omgevingsadressendichtheid.</li> </ul> <p>Exclusie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medewerkers die werken op de afdeling Medische milieukunde maar niet voldoen aan de opleidingseisen voor 1e of 2e lijns medisch milieukundige.</li> <li>• Formatie die door een andere regio is ingehuurd.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet?)</i>	-

<i>Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<p>Het berekenen van de waakvlamnorm MMK conform bovenstaande methode is niet meer goed mogelijk, omdat de factor leefomgeving waarmee de berekening werd gemaakt, niet meer berekend wordt. Specialisten in de MMK van GGD GHOR Nederland ontwikkelen een nieuwe berekeningssystematiek. De indicator zal hier dan aan worden aangepast.</p> <p>De waakvlamnorm is een ondergrens om MMK-taken te kunnen uitvoeren. In het standpunt formatierichtlijn Medisch milieukundige zorg (2005) is ook een streefwaarde genoemd van 135 FTE MMK. De streefwaarde is een inschatting van de formatie inzet waarmee een adequate uitvoering van de medisch milieukundige zorg gegarandeerd is. De mate waarin deze streefwaarde wordt gehaald, is wellicht ook een interessante indicator omdat het een indicatie kan geven van de kwaliteit van zorg. Het nog niet optimaal kunnen oppakken van bepaalde MMK-taken (o.a. proactief advies ) hangt volgens GGD'en vooral samen met het tekort aan beschikbare formatie.</p> <p>Gerelateerde indicatoren in bestaande indicatorsets:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uit strategische benchmark GGD: % formatie MMK t.o.v. waakvlamnorm.</li> </ul>
<i>Bronnen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wet publieke gezondheid, artikel 2 lid 2e.</li> <li>• GGD Nederland/VNG. Standpunt formatierichtlijn medisch milieukundige zorg. Versterkingsproject medische milieukunde. GGD Nederland/VNG, 2005.</li> <li>• GGD GHOR Nederland. Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</li> <li>• GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definitie strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</li> <li>• Jambroes M, Van Honschooten R, Essink-Bot M. Eindrapport Kwaliteit en kwantiteit van beroepsbeoefenaren werkzaam in de Medisch Milieukundige zorg in Nederland Resultaten van een landelijk onderzoek. Amsterdam: AMC, afdeling Sociale geneeskunde, 2013.</li> </ul>

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Financiële middelen/budget
<i>Berekening</i>	<u>Teller:</u> budget voor de ondersteuning van taken MMK, psychosociale hulpverlening (PSH) en gezondheidsonderzoek na rampen (GOR) door Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM in peiljaar. <u>Noemer:</u> budget voor de ondersteuning van taken MMK, PSH en GOR door Centrum Gezondheid en Milieu van het RIVM in voorgaand jaar.
<i>Niveau</i>	Data: RIVM. Presentatie: één percentage voor heel Nederland. Niet absoluut budget weergegeven maar trend (bijv. middels indexatie).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM ondersteunt de GGD'en en GHOR bij hun taken op het gebied van gezondheid en milieu, in opdracht van VWS. Het gaat daarbij o.a. om het ontwikkelen, onderhouden en verspreiden van producten die aansluiten op de behoeften van GGD'en en GHOR op het terrein van preparatie op incidenten en crises en op het terrein van de medische milieukunde. Producten zijn bijvoorbeeld: richtlijnen, Q&A's, literatuuroverzichten, nieuwsbrieven en kennisbijeenkomsten.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij RIVM, Centrum Gezondheid en Milieu.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	-
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Rekening houden met inflatie.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het budget kan verschillen van de gerealiseerde uitgaven.</li> <li>• Niet alle middelen zullen aangewend worden voor directe ondersteuning (mensen), een deel van het budget wordt aangewend voor huisvesting, secretariële ondersteuning, materiaal enz.</li> <li>• Deze indicator zegt niet iets over de kwaliteit</li> </ul>

	(effectiviteit) van de ondersteuning.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	Als referentiejaar is nu 2012 aangehouden zodat er kan worden teruggekeken. Mogelijk dat een ander jaar beter is.
<i>Bronnen</i>	Den Hertog. De rol van VWS op het terrein van medische milieukunde. Een oriëntatie. Bilthoven, RIVM, 2013.

<b><u>Indicator 3:</u></b> <b>Percentage gemeenten waarvan de GGD één of meer samenwerkingsverbanden heeft met omgevingsdiensten.</b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Samenwerking/coördinatie
<i>Berekening</i>	<u>Teller</u> : aantal gemeenten waarvan de GGD één of meer samenwerkingsverbanden heeft met omgevingsdiensten. <u>Noemer</u> : totaal aantal gemeenten.
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en/gemeenten. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>In 2019 gaat de Omgevingswet in. De gemeente voert de regie. De bedoeling is dat elke gemeente een omgevingsvisie en -plan maakt en daarbij samenwerkt met relevante partijen zoals waterschappen, GHOR, GGD'en en omgevingsdiensten. Een omgevingsdienst voert de milieutaken van meerdere gemeenten uit. Het gaat om vergunningverlening, handhaving en advies. Er zijn in Nederland 29 omgevingsdiensten.</p> <p>De GGD adviseert de bevolking onder meer bij gezondheidsproblemen die voortkomen uit de fysieke leefomgeving, zoals verontreinigingen van bodem, lucht en water of het binnenmilieu met onder andere chemische verontreinigingen en straling.</p> <p>Samenwerken wordt nu al, ook los van de Omgevingswet, gestimuleerd. Volgens de wet PG (artikel 2c) heeft de GGD een taak in het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. Een goede samenwerking met relevante partijen helpt hierbij. Door een integrale aanpak in omgevingsbeslissingen kan de publieke</p>

	gezondheid beter beschermd en bevorderd worden bijvoorbeeld door de aanleg van meer parken, plaatsing van scholen etc. langs verkeersluwe straten etc. Gemeenten leggen de samenwerking op het gebied van publieke gezondheid vaak neer bij de GGD ( voor milieu gerelateerde zaken bij de afdeling MMK).
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD of gemeente.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Zover bekend is er geen norm voor samenwerking, het is puur streven naar.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	-
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	De indicator in de huidige vorm zegt niks over de kwaliteit van de samenwerking, noch over de mate waarin wordt samengewerkt.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	Hoe deze indicator precies gemeten moet worden, is nog niet duidelijk. Slechts enkele regio's hebben een formeel contract met omgevingsdiensten (bijv. convenant).
<i>Bronnen</i>	Website <a href="#">Loket gezond leven</a> Bezocht augustus 2016. Website <a href="#">Omgevingsdienst</a> . Bezocht augustus 2016.

<b><u>Indicator 4:</u></b> <b><i>Percentage meldingen per GGD over het (binnen)milieu dat door een MMK-medewerker binnen een maand is afgehandeld of waarbij is doorverwezen, van het totaal aantal meldingen.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Klantgerichtheid
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> het aantal meldingen dat binnen een maand is afgehandeld of waarbij is doorverwezen. <i>Noemer:</i> het aantal binnengekomen meldingen.
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Het afhandelen van (gezondheids)meldingen is een belangrijke taak van de afdeling MMK (LCM, 2004). Zij besteedt aan reactief handelen (naar aanleiding van melding) relatief de meeste tijd. Bovendien is dit een activiteit die iedere GGD moet uitvoeren. Tijdige afhandeling, zeker bij ernstige meldingen, kan erger voorkomen. Ook geeft de

	<p>tijdigheid van de afhandeling een indicatie van de klantgerichtheid.</p> <p>Sinds 2004 registreren de GGD'en de meldingen van milieugerelateerde gezondheidsklachten uniform via een door het RIVM ontwikkeld registratieprogramma (Dusseldorp et al., 2002). Doel van het uniform registreren is tweeledig:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De GGD'en worden ondersteund in hun werkzaamheden op het gebied van de medische milieukunde (MMK), door gebruik van het programma bij het registreren van meldingen.</li> <li>2. Er kan landelijk beter inzicht worden verkregen in aantal en type meldingen.</li> </ol>
<i>Bron</i>	Uitvragen GGD'en of bij RIVM (periodieke rapportage).
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks, registratie in Osiris is vrijwillig. Per 1 januari 2009 registreren (op één na) alle GGD'en met een MMK-afdeling de meldingen in de web-based applicatie en is de deelname bijna 100 procent geworden.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	-
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doorverwezen: het advies van een MMK-medewerker aan een indiener van een melding om contact op te nemen met een hulpverlener (bijvoorbeeld huisarts) of een instantie (milieudienst, woningcorporatie) die de klacht dan wel het binnenmilieuprobleem zouden kunnen verhelpen.</li> <li>• Afgehandeld: meldingen die telefonisch dan wel schriftelijk of door persoonlijke waarneming tijdens een huisbezoek/meting door een MMK-medewerker zijn afgehandeld. Het verstrekken van een folder wordt niet als afgehandeld gerekend.</li> <li>• Binnengekomen meldingen: gezondheidsklachten of ongerustheid van burgers die telefonisch of schriftelijk bij de afdeling MMK van een GGD binnenkomen.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	De tijdigheid van de afhandeling van de melding hangt samen met de hoeveelheid klachten en beschikbare fte. Bij veel meldingen is het lastiger om deze tijdig af te handelen. Het aantal meldingen dat bij een GGD binnenkomt, is deels afhankelijk van de bekendheid van de GGD bij de plaatselijke bevolking. Daarbij neemt het aantal meldingen toe als er bijvoorbeeld door de media aandacht wordt besteed aan een bepaald onderwerp.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of</i>	-

<i>uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Meldingen over binnenmilieu zijn oververtegenwoordigd in het kwaliteitssysteem. De mate van urgentie is afhankelijk van de ernst van de melding, en de snelheid van handelen is sterk afhankelijk van het aantal fte's dat beschikbaar is voor afhandeling van meldingen. Dat laatste hangt weer samen met de prioriteiten die GGD-directies en de gemeenten stellen. Uit overleg met MMK-medewerkers blijkt dat het registreren niet altijd optimaal verloopt. Vooral bij vragen om informatie, ook wel kortere meldingen, worden de gegevens over bijv. bron en agens minder uitgebreid ingevuld (Dusseldorp et al., 2013).
<i>Bronnen</i>	Dusseldorp A., Hall E.F., Van Poll H.P.F.M. Meldingen van milieugerelateerde gezondheidsklachten bij GGD'en. Vierde inventarisatie (2011-2012). Bilthoven: RIVM, 2013.

<b><i>Indicator 5:</i></b> <b><i>Percentage indieners van meldingen (over het binnenmilieu en over andere onderwerpen) dat gunstige ervaringen heeft met het doen van een melding bij een GGD, van het totaal aantal indieners bij wie navraag is gedaan.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Klantgerichtheid
<i>Presentatie</i>	<i>Teller:</i> het aantal indieners van meldingen dat gunstige ervaringen heeft met het doen van een melding bij de afdeling MMK van een GGD. <i>Noemer:</i> het aantal indieners van meldingen bij wie navraag is gedaan.
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Het afhandelen van (gezondheids)meldingen is een belangrijke taak van de afdeling MMK (LCM, 2004). Zij besteedt aan reactief handelen (naar aanleiding van melding) relatief de meeste tijd. Bovendien is dit een activiteit die iedere GGD moet uitvoeren. De meldingen moeten niet alleen worden afgehandeld, dit moet idealiter ook op een klantgerichte manier gebeuren.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en. Exacte formulering moet nog ontwikkeld worden.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Driejaarlijks, aansluitend bij het verplichte klanttevredenheidsonderzoek voor HKZ-certificering. Om een HKZ-certificaat PG te ontvangen moet een afdeling MMK klantervaringen (van bijvoorbeeld burgers) via een vastgestelde werkwijze in kaart brengen.

	Om voldoende informatie voor deze indicator op te halen, zullen er waarschijnlijk aanvullende vragen moeten worden gesteld over het proces van melden. Ook zal nagedacht moeten worden over een voor alle GGD'en uniforme aanpak van dit onderzoek om het te kunnen gebruiken voor indicatordoeleinden.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	-
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<p>Wat er onder gunstige ervaringen verstaan wordt dient nog gedefinieerd te worden. Daarbij kan gedacht worden aan aspecten als bejegening (beleefd benaderd, serieus genomen), doorlooptijd van de melding (van melding tot eerste reactie), op de hoogte houden over de voortgang, duidelijkheid van het advies of doorverwijzing.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Navraag: een MMK-medewerker neemt contact op met de indiener van een melding om te vragen naar zijn ervaringen aangaande de afhandeling van de melding.</li> <li>• Inclusie: meldingen van burgers wonend in het werkgebied van een GGD in het peiljaar.</li> <li>• Exclusie: meldingen die niet in het peiljaar zijn gemeld aan de afdeling MMK van een GGD.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<p>Wanneer een GGD heel veel vragen krijgt, is het waarschijnlijk lastiger om deze allemaal af te handelen. Hierdoor neemt de kans op slechte ervaringen van de melder over de afhandeling mogelijk toe. Wanneer een GGD heel weinig vragen krijgt, neemt de kans op goede ervaringen toe. De ervaringen zijn onder meer afhankelijk van het aantal fte's MMK waar een GGD over beschikt. Hier kan een GGD maar zeer beperkt invloed op uitoefenen, de gemeente bepaalt dit.</p> <p>Ervaringen van melders hoeven niks te zeggen over de kwaliteit van de verstrekte adviezen of de juistheid van doorwijzen. Het geeft een indicatie van de klantgerichtheid. Hierbij moet worden aangetekend dat de mate waarin de burger ervaart dat het gemelde probleem is</p>



	opgelost mogelijk ook van invloed is op de uitkomsten van deze indicator. Al speelt dit waarschijnlijk minder een rol dan bij tevredenheidsvragen.
<i>Bronnen</i>	Dusseldorp A., Hall E.F., Van Poll H.P.F.M. Meldingen van milieugerelateerde gezondheidsklachten bij GGD'en. Vierde inventarisatie (2011-2012). Bilthoven: RIVM, 2013

<b><u>Indicator 6:</u></b> <b>Percentage GGD'en dat een contract heeft met een bovenregionaal GGD-centrum op gebied van MMK.</b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Landelijke ondersteuning
<i>Berekening/presentatie</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat een contract heeft met een bovenregionaal GGD-centrum op het gebied van MMK. <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en.
<i>Niveau van uitvragen en presentatie</i>	Data: GGD. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM ondersteunt de GGD'en en GHOR bij hun taken op het gebied van gezondheid en milieu, in opdracht van VWS. Het gaat daarbij o.a. om het ontwikkelen, onderhouden en verspreiden van producten die aansluiten op de behoeften van GGD'en en GHOR op het terrein van preparatie op incidenten en crises en op het terrein van de medische milieukunde. Producten zijn bijvoorbeeld: richtlijnen, Q&amp;A's, literatuuroverzichten, nieuwsbrieven en kennisbijeenkomsten. De ondersteuning is georganiseerd volgens het 1-5-25 model. 1 RIVM, 5 bovenregionale centra en 25 GGD'en.</p> <p>In die vijf bovenregionale GGD-centra zijn RIVM-adviseurs 1 dag per week aanwezig om lokale GGD'en te ondersteunen. Met de fysieke aanwezigheid van RIVM'ers bij de GGD'en wordt beoogd een korte/snelle/goede verbinding tussen lokale GGD'en en RIVM te leggen en laagdrempelige toegang te bieden tot alle kennis die in het netwerk aanwezig is. Elkaar en collega's ontmoeten zorgt ervoor dat er een beter begrip ontstaat voor de achtergrond van (lokale) vragen, maar ook van de mogelijkheden om deze (wetenschappelijk) te beantwoorden.</p> <p>GGD'en sluiten contracten met bovenregionale centra (kenniskring). VWS betaalt RIVM voor</p>

	landelijke ondersteuning.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en of bij vijf bovenregionale centra.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	-
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Inclusie: GGD'en met een afdeling MMK (hebben ze alle 25 nu een afdeling MMK?)
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Aansluiting an sich hoeft niks te zeggen over de mate waarin gebruik gemaakt wordt van de ondersteuning.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	Als de indicatorscore 100% is, kan overwogen worden de indicator te verwijderen of te herformuleren.
<i>Bronnen</i>	-

### 3. Rampen en crises

<b><u>Indicator 1:</u></b> <b><i>Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Organisatie
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat een crisisplan heeft. <i>Noemer:</i> aantal GGD'en in Nederland.
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Het crisisplan biedt een basis om bij elke crisis voorbereid te zijn. Het crisisplan bevat onder meer een bestuurlijke visie op crisismanagement, beleidsuitgangspunten, risicoanalyse en een beschrijving van de vijf processen van crisismanagement. Het hebben van een crisisplan is een voorwaarde voor adequate actie tijdens een ramp of crisis.
<i>Bron</i>	Mogelijk kan worden aangesloten bij de Landelijke rapportage (LNAZ, 2015), die gebaseerd is op een vragenlijst die OTO-coördinatoren (OTO = opleiden, trainen en oefenen) voor hun regio invullen. Een andere optie is om deze indicator uit te vragen bij GGD'en, bijv. bij de coördinator van het

	crisisteam van elke GGD. In beide gevallen beoordeelt de coördinator of de GGD beschikt over een crisisplan.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Alle GGD'en dienen een crisisplan te hebben (norm 2 in het concept Kwaliteitskader 2.0).
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<p>Voor de Landelijke rapportage zijn twee aspecten van deze indicator uitgevraagd bij OTO-coördinatoren. De vragen waren gebaseerd op het vorige Kwaliteitskader (uit 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heeft de GGD een risicoanalyse, als basis voor het crisisplan, uitgevoerd? Om op deze vraag bevestigend te antwoorden, dienen zowel interne risico's als de (regionale) risicoanalyse die door de veiligheidsregio wordt ingebracht, verwerkt te zijn.</li> <li>• Heeft de GGD een bestuurlijk vastgesteld crisisplan? Om op deze vraag bevestigend te antwoorden, dient er een crisisplan te zijn, deze dient bestuurlijk te zijn vastgesteld en deze dient daadwerkelijk ingevoerd c.q. geïmplementeerd te zijn. Indien er alleen een GGD Rampenopvangplan (GROP) beschikbaar is, dient de vraag ontkennend te worden beantwoord.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<p>Deze indicator sluit aan bij norm 2 uit het Kwaliteitskader 2.0. Deze norm zelf is niet heel precies gedefinieerd. Wat een crisisplan is, is bijv. niet in de norm beschreven. Daardoor is deze indicator gevoelig voor interpretatieverschillen tussen beoordelaars.</p> <p>De prestaties die volgens het Kwaliteitskader bij de norm horen, zijn preciezer geformuleerd (zie onder 'overige opmerkingen'). De prestaties betreffen echter hele specifieke items, waarmee ze minder geschikt zijn om als indicator voor een breder aspect van rampen- en crisesbeheersing te fungeren. Bovendien verschaffen de prestaties GGD'en 'enkel' richting om de norm te realiseren, het zijn geen prestaties die perse gehaald moeten worden.</p>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Deze indicator is afgeleid van norm 2 van het concept Kwaliteitskader 2.0, 'de organisatie heeft een crisisplan'. Bij deze norm hoort een aantal prestaties. Die geven aan organisaties richting en stellen daarmee organisaties in staat de norm te realiseren. Degene die beoordeelt

	<p>(interpreteert) of de GGD aan deze de norm voldoet (bijv. de OTO-coördinator of coördinator van het GGD crisisteam), zou dat aan de hand van deze prestaties kunnen afmeten. De prestaties zijn:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. De organisatie beschikt over een crisisplan met daarin een relatie naar onderliggende plannen en procedures.</li> <li>2. In de onderliggende relevante plannen en procedures is de relatie met het crisisplan vastgelegd.</li> <li>3. Het crisisplan is door de raad van bestuur/directie vastgesteld.</li> <li>4. De geldigheid van het crisisplan en onderliggende relevante plannen is vastgelegd.</li> <li>5. In het crisisplan zijn tenminste de vijf processen voor crisismanagement uitgewerkt.</li> <li>6. In het crisisplan zijn de risico's (intern, extern of gecombineerd) die kunnen uitgroeien tot een ramp of een crisis benoemd.</li> <li>7. Het crisisplan beschrijft de impactgebieden van een ramp of crisis.</li> <li>8. In het crisisplan zijn de mogelijk kritieke besluiten beschreven die de grootste impact hebben.</li> <li>9. In het crisisplan staat wie de ketenpartners en stakeholders zijn.</li> </ol> <p>In de toelichting is beschreven dat een crisisplan een samenhangend plan is waarin een basiswerkwijze bij crisissituaties staat beschreven en waarin een relatie naar onderliggende plannen en procedures is vastgelegd.</p> <p>Tevens is beschreven wat de vijf processen voor crisismanagement zijn: a) melding en alarmering; b) op- en afschaling; c) leiding en coördinatie; d) informatiemanagement; e) crisiscommunicatie.</p>
<p><i>Bronnen</i></p>	<p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg, maart 2013.</p> <p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg; LNAZ, september 2016.</p> <p>LNAZ. Jaarverslag crisisbeheersing en OTO 2014. Een inhoudelijke en financiële verantwoording van het landelijk OTO-project. Tilburg; LNAZ, september 2015.</p>

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Financiële middelen/budget
<i>Berekening</i>	<u>Teller:</u> budget voor de ondersteuning van taken MMK, psychosociale hulpverlening (PSH) en gezondheidsonderzoek na rampen (GOR) door Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM in peiljaar. <u>Noemer:</u> budget voor de ondersteuning van taken MMK, PSH en GOR door Centrum Gezondheid en Milieu van het RIVM in voorgaand jaar.
<i>Niveau</i>	Data: RIVM. Presentatie: één percentage voor heel Nederland. Niet absoluut budget weergegeven maar trend (bijv. middels indexatie).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Centrum Gezondheid en Milieu (cGM) van het RIVM ondersteunt de GGD'en en GHOR bij hun taken op het gebied van gezondheid en milieu, in opdracht van VWS. Het gaat daarbij o.a. om het ontwikkelen, onderhouden en verspreiden van producten die aansluiten op de behoeften van GGD'en en GHOR op het terrein van preparatie op incidenten en crises en op het terrein van de medische milieukunde. Producten zijn bijvoorbeeld: richtlijnen, Q&A's, literatuuroverzichten, nieuwsbrieven en kennisbijeenkomsten.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij RIVM, Centrum Gezondheid en Milieu.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	-
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Rekening houden met inflatie.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het budget kan verschillen van de gerealiseerde uitgaven.</li> <li>• Niet alle middelen zullen aangewend worden voor directe ondersteuning (mensen), een deel van het budget wordt aangewend voor huisvesting, secretariële ondersteuning, materiaal enz.</li> <li>• Deze indicator zegt niet iets over de kwaliteit</li> </ul>

	(effectiviteit) van de ondersteuning.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	Als referentiejaar is nu 2012 aangehouden zodat er kan worden teruggekeken. Mogelijk dat een ander jaar beter is.
<i>Bronnen</i>	Den Hertog. De rol van VWS op het terrein van medische milieukunde. Een oriëntatie. Bilthoven, RIVM, 2013.

<b><i>Indicator 3:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Organisatie
<i>Berekening</i>	<u>Teller</u> : aantal GGD'en dat een procedure heeft voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis. <u>Noemer</u> : aantal GGD'en in Nederland.
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en/gemeenten. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Leiding en coördinatie is een van de vijf processen van crisismanagement. Degenen die bij een ramp of crisis leiden en coördineren moeten kritieke besluiten nemen, welke een grote impact kunnen hebben en mede bepalend kunnen zijn voor het verloop van een crisis. Het is daarom belangrijk dat vooraf het proces van leiding en coördinatie goed doordacht is, vastgelegd en duidelijk is voor betrokkenen.
<i>Bron</i>	Mogelijk kan worden aangesloten bij de Landelijke rapportage, die gebaseerd is op een vragenlijst die OTO-coördinatoren (OTO = opleiden, trainen en oefenen) voor hun regio invullen. Een andere optie is om deze indicator uit te vragen bij GGD'en, bijv. bij de coördinator van het crisisteam van elke GGD. In beide gevallen beoordeelt de coördinator of de GGD beschikt over een procedure voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Alle GGD'en dienen hier aan te voldoen (norm 5 in het concept Kwaliteitskader 2.0). Ook in het Modelplan GGD Rampenopvangplan (GROP) 2012 wordt aandacht geschonken aan het proces van leiding en coördinatie, onder het kopje 'samenstelling van het crisisteam'. Er zijn vier specifieke indicatoren opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het GROP zijn de verschillende rollen van het crisisteam beschreven. De bezetting</li> </ul>

	<p>bestaat minimaal uit een coördinator crisisteam, procesleider en communicatieadviseur, eventueel aangevuld met een ondersteuner.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het GROEP is beschreven welke functionarissen de diverse rollen in kunnen vullen</li> <li>• In het GROEP is beschreven hoe de besluitvorming is geregeld rond het stopzetten van reguliere werkzaamheden, indien nodig.</li> <li>• In het GROEP is beschreven op welke wijze het crisisteam op 24-uurs basis gedurende langere periode kan functioneren.</li> </ul>
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Voor de Landelijke rapportage is geen enkel aspect van deze indicator uitgevraagd bij OTO-coördinatoren. De vragen waren gebaseerd op het vorige Kwaliteitskader (uit 2013).
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<p>Deze indicator sluit aan bij norm 5 uit het Kwaliteitskader 2.0. Deze norm zelf is niet heel precies gedefinieerd. Wanneer een procedure volstaat, is bijv. niet in de norm beschreven. Daardoor is deze indicator gevoelig voor interpretatieverschillen tussen beoordelaars.</p> <p>De prestaties die volgens het Kwaliteitskader bij de norm horen, zijn preciezer geformuleerd (zie onder 'overige opmerkingen'). De prestaties betreffen echter hele specifieke items, waarmee ze minder geschikt zijn om als indicator voor een breder aspect van rampen- en crisesbeheersing te fungeren. Bovendien verschaffen de prestaties GGD'en 'enkel' richting om de norm te realiseren, het zijn geen prestaties die perse gehaald moeten worden.</p>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<p>Deze indicator is afgeleid van norm 5 van het concept Kwaliteitskader 2.0, 'de organisatie heeft een procedure voor het proces leiding en coördinatie'. Bij deze norm hoort een aantal prestaties. Die geven aan organisaties richting en stellen daarmee organisaties in staat de norm te realiseren. Degene die beoordeelt (interpreteert) of de GGD aan deze de norm voldoet (bijv. de OTO-coördinator of coördinator van het GGD crisisteam), zou dat aan de hand van deze prestaties kunnen afmeten. De prestaties zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het crisisplan is vastgelegd wie de crisis-organisatie op strategisch niveau leidt</li> </ul>

	<p>[bestuurlijk; geeft richting].</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In het crisisplan is vastgelegd wie de crisisorganisatie op tactisch niveau leidt [operationele coördinatie; richt in].</li> <li>• In het crisisplan is vastgelegd wie de crisisorganisatie op operationeel niveau leidt [uitvoering ter plaatse; verricht].</li> <li>• In het crisisplan is vastgelegd welke samenstelling crisisteams hebben bij een crisissituatie.</li> <li>• In het crisisplan is beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uursbasis gedurende een langere periode kan functioneren.</li> <li>• In het crisisplan is vastgelegd welke taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden de crisisteams hebben.</li> <li>• In het crisisplan is vastgelegd wanneer experts worden betrokken.</li> <li>• In het crisisplan is vastgelegd hoe bij een ramp of crisis wordt aangesloten bij ketenpartners in de zorgsector/veiligheidsdomein.</li> <li>• In het crisisplan is vastgelegd welke samenwerkingsafspraken er zijn (en de evaluatie hiervan) met betrokken ketenpartners.</li> </ul> <p>In de toelichting is beschreven dat een crisisteam meestal bestaat uit een voorzitter, een communicatiemedewerker (voorlichter), een crisiscoördinator en secretariële ondersteuning. Afhankelijk van het type ramp of crisis worden deskundigen uit de organisatie toegevoegd (de experts).</p> <p>Tevens is beschreven dat het crisisplan onder meer een bestuurlijke visie op crisismanagement, beleidsuitgangspunten, risicoanalyse en een beschrijving van de vijf processen van crisismanagement bevat.</p>
<p><i>Bronnen</i></p>	<p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg, maart 2013.</p> <p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg: LNAZ, september 2016.</p> <p>LNAZ. Jaarverslag crisisbeheersing en OTO 2014. Een inhoudelijke en financiële verantwoording van het landelijk OTO-project 2014. Tilburg: LNAZ, september 2015.</p> <p>GGD Nederland. Modelplan GROEP 2012. Utrecht: GGD Nederland, december 2012.</p>



<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Vakbekwaamheid
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en waarvan de OTO-coördinatoren (OTO = opleiden, trainen en oefenen) beoordelen dat de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen is geborgd <i>Noemer:</i> aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Opleiden, trainen en oefenen door (sleutel-)functionarissen zijn belangrijke aspecten van de voorbereiding op rampen en crises. Door opleiden en trainen kan men zich voorbereiden op de taken in de opgeschaalde situatie. Bij gebrek aan mogelijkheden in de praktijk om ervaring op te doen, dient te worden geoefend. Binnen een GGD dient geborgd te zijn dat de vakbekwaamheid van functionarissen op peil wordt gehouden.
<i>Bron</i>	Mogelijk kan worden aangesloten bij de Landelijke rapportage, die gebaseerd is op een vragenlijst die OTO-coördinatoren voor hun regio invullen. Een andere optie is om deze indicator uit te vragen bij GGD'en, bijv. bij de coördinator van het crisisteam. In beide gevallen beoordeelt de coördinator of de GGD de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen borgt.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Alle GGD'en dienen hier aan te voldoen (norm 9 in het concept Kwaliteitskader 2.0). Ook in het Modelplan GGD Rampenopvangplan (GROP) 2012 wordt aandacht geschonken aan Bekwaamheid. Hiervoor zijn drie specifieke indicatoren opgenomen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De functionarissen uit het crisisteam en hun vervangers volgen een OTO-programma gericht op de bekwaamheid voor hun taken in het crisisteam.</li> <li>• Het crisisteam GGD oefent regelmatig, minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 processen per jaar, waarbij het functioneren wordt geëvalueerd. Deze evaluatie is input voor OTO-activiteiten.</li> <li>• In het GROP zijn taakkaarten opgenomen voor de rollen in het crisisteam, deze worden jaarlijks geëvalueerd en bijgesteld op basis van inzet en OTO.</li> </ul>
<i>Methode (inclusie/exclusie,</i>	Voor de Landelijke rapportage zijn vijf aspecten van deze indicator uitgevraagd bij OTO-

<p><i>steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i></p>	<p>coördinatoren. De vragen waren gebaseerd op het vorige Kwaliteitskader (uit 2013):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heeft de GGD een vastgesteld OTO-jaarplan? Het opstellen en uitvoeren van een OTO-jaarplan is een voorwaarde voor het borgen van de vakbekwaamheid.</li> <li>• Wordt per sleutelfunctionaris de OTO-behoefte vastgesteld?</li> <li>• Zijn alle sleutelfunctionarissen en crisisteam opgeleid, getraind en geoefend? Deze taak is niet meer in deze bewoording opgenomen in het concept Kwaliteitskader 2.0, maar komt globaal overeen met de onderhavige indicator ("percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen").</li> <li>• Wordt er adequate registratie gevoerd ten aanzien van de OTO-activiteiten zoals opgenomen in het jaarplan met het oog op de PDCA-cyclus? Deze taak is niet meer in deze bewoording opgenomen in het concept Kwaliteitskader 2.0.</li> </ul>
<p><i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i></p>	<p>Deze indicator sluit aan bij norm 5 uit het Kwaliteitskader 2.0. Deze norm zelf is niet heel precies gedefinieerd. Wanneer de vakbekwaamheid geborgd is, en om welke functionarissen het precies gaat, is bijv. niet in de norm beschreven. Daardoor is deze indicator gevoelig voor interpretatieverschillen tussen beoordelaars.</p> <p>De prestaties die volgens het Kwaliteitskader bij de norm horen, zijn preciezer geformuleerd (zie onder 'overige opmerkingen'). De prestaties betreffen echter hele specifieke items, waarmee ze minder geschikt zijn om als indicator voor een breder aspect van rampen- en crisesbeheersing te fungeren. Bovendien verschaffen de prestaties GGD'en 'enkel' richting om de norm te realiseren, het zijn geen prestaties die perse gehaald moeten worden.</p>
<p><i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i></p>	<p>-</p>
<p><i>Overige opmerkingen</i></p>	<p>Deze indicator is afgeleid van norm 9 van het concept Kwaliteitskader 2.0, 'de organisatie borgt de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen'. Bij deze norm hoort een aantal prestaties. Die geven aan organisaties richting en stellen daarmee organisaties in staat de norm te realiseren. Degene die beoordeelt (interpreteert) of de GGD aan deze de norm voldoet (bijv. de OTO-coördinator of coördinator van het GGD crisisteam), zou dat aan de hand</p>

	<p>van deze prestaties kunnen afmeten. De prestaties zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekend is welke sleutelfuncties er zijn bij een crisissituatie.</li> <li>• Elke sleutelfunctie heeft een vastgesteld kwalificatieprofiel.</li> <li>• Alle sleutelfuncties zijn ingevuld.</li> <li>• Per sleutelfunctionaris is inzichtelijk of deze voldoet aan het beoogde kwalificatieprofiel.</li> <li>• Per sleutelfunctionaris is vastgelegd welke OTO-activiteiten nodig zijn om te (blijven) voldoen aan het beoogde kwalificatieprofiel.</li> <li>• De vakbekwaamheid (en de ontwikkelingen daarin) van sleutelfunctionarissen is geborgd.</li> </ul> <p>In de toelichting is beschreven dat ten behoeve van het borgen van de vakbekwaamheid de volgende jaarcyclus wordt gevolgd:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. opstellen van het OTO-jaarplan;</li> <li>2. uitvoeren van het OTO-jaarplan;</li> <li>3. evalueren van de uitvoering van het OTO-jaarplan in een kort jaarverslag;</li> <li>4. verwerken van de bevindingen in een OTO-jaarplan voor de komende periode.</li> </ol> <p>Verder wordt verondersteld dat voorafgaand aan de OTO-activiteiten ten minste de volgende stappen zijn doorlopen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. benoemen van de sleutelfuncties (inclusief vervanging);</li> <li>2. vaststellen van de taken per sleutelfunctie;</li> <li>3. vaststellen van het kwalificatieprofiel per sleutelfunctie;</li> <li>4. bepalen van het huidige kennis- en ervaringsniveau van de individuele sleutelfunctionaris.</li> </ol>
<i>Bronnen</i>	<p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg, maart 2013.</p> <p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg: LNAZ, september 2016.</p> <p>LNAZ. Jaarverslag crisisbeheersing en OTO 2014. Een inhoudelijke en financiële verantwoording van het landelijk OTO-project 2014. Tilburg: LNAZ, september 2015.</p> <p>GGD Nederland. Modelplan GROEP 2012. Utrecht: GGD Nederland, december 2012.</p>

<b><i>Indicator 5:</i></b> <b><i>Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Vorbereiding op rampen en crises
<i>Presentatie</i>	<i>Teller:</i> aantal vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en dat door OTO-coördinatoren (OTO = opleiden, trainen en oefenen) positief is gescoord (met "ja"). <i>Noemer:</i> aantal vragen in de vragenlijst over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en x aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en. Er kan nagegaan worden of het percentage vragen waarop GGD'en positief scoren in de loop van de tijd verandert. Ook kan worden nagegaan hoe GGD'en scoren ten opzichte van andere organisaties waarvoor de vragenlijsten zijn ingevuld (ambulancevoorziening, ziekenhuizen, huisartsenposten).
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Een goede voorbereiding op rampen en crisis draagt bij aan het adequaat reageren als er daadwerkelijk een ramp of crisis optreedt. Deze indicator geeft een overall beeld van de voorbereiding van GGD'en op rampen en crises, in tegenstelling tot de overige indicatoren op het gebied van rampen en crises, die een deelaspect belichten.
<i>Bron</i>	De Landelijke rapportage, die gebaseerd is op een vragenlijst die OTO-coördinatoren voor hun organisaties in hun regio invullen, waaronder GGD'en.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Alle GGD'en dienen te voldoen aan de normen in het concept Kwaliteitskader 2.0. Veel van de normen zijn ook beschreven in het Modelplan Rampenopvangplan (GROP) 2012.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Voor de Landelijke rapportage zijn 14 vragen voorgelegd aan OTO-coördinatoren over de voorbereiding van GGD'en op rampen en crises. De vragen waren gebaseerd op het vorige Kwaliteitskader (uit 2013).
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze 'overall' indicator laat in deze vorm niet zien op welke onderdelen verbetering mogelijk is.</li> <li>• Elke vraag wordt even zwaar gewogen, ook al gaan sommige vragen over belangrijkere aspecten dan andere.</li> <li>• De indicator is afhankelijk van de</li> </ul>

	interpretatie door verschillende OTO-coördinatoren.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Aangezien het Kwaliteitskader zal worden aangepast in 2016, zullen de metingen over 2014, 2015 en 2016 niet aansluiten bij de geldende versie. Tussen de oude en nieuwe vragenlijsten zal verschil zijn.
<i>Overige opmerkingen</i>	De vragen in de vragenlijst kunnen beantwoord worden met "ja", "nee" en "in ontwikkeling". Daarom kan ook het percentage vragen waarbij het antwoord "in ontwikkeling" wordt gegeven, worden gepresenteerd.
<i>Bronnen</i>	LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg, maart 2013. LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg: LNAZ, september 2016. LNAZ. Jaarverslag crisisbeheersing en OTO 2014. Een inhoudelijke en financiële verantwoording van het landelijk OTO-project. Tilburg: LNAZ, september 2015. GGD Nederland. Modelplan GROEP 2012. Utrecht: GGD Nederland, december 2012.

<b><i>Indicator 6:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en waar het crisisteam minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen oefent.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Oefenen
<i>Berekening/presentatie</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en waar het crisisteam minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen oefent, en waarbij het functioneren wordt geëvalueerd. <i>Noemer:</i> aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau van uitvragen en presentatie</i>	Data: GGD. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Opleiden, trainen en oefenen is van groot belang voor functionarissen uit het crisisteam. Onder meer omdat zij in het crisisteam een rol vervullen die afwijkt van hun reguliere taken. Door te oefenen kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt, zodat ten tijde van een crisis als vanzelfsprekend via de crisisteamstructuur wordt gewerkt.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en (bijv. bij de coördinator van het crisisteam) of bij OTO-coördinatoren (OTO = opleiden, trainen en oefenen).
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks

<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Alle GGD'en dienen hier aan te voldoen (indicator 24 uit het Modelplan Rampenopvangplan (GROP) 2012).
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	De vier GGD-processen zijn infectieziektebestrijding, medische milieukunde, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 'Oefening' is nog niet heel precies omschreven. Is deze beperkt van omvang of uitgebreid? Hoeveel en welke personen doen er aan mee? Doen andere organisaties mee? Hoe lang duurt de oefening? Hoe is de evaluatie georganiseerd?</li> <li>• Oefenen is geen doel op zich, een bekwaam team dat op andere wijze de bekwaamheid op peil houdt, hoeft niet onder te doen voor een team dat 2x per jaar oefent.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	Het gaat hier om een specifieke indicator uit het GROP, en vormt niet een algemeen geformuleerde norm uit het concept Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. In het Kwaliteitskader zijn wel additionele richtlijnen opgenomen ('hoe' normen) die organisaties handvatten en richting geven bij het werken aan de voorbereiding op rampen en crises. De betreffende richtlijnen luiden (R5 en R6): "de organisatie organiseert ten minste jaarlijks twee OTO-activiteiten en deelprocessen uit het Crisisplan" en "Een oefening moet zijn uitgevoerd conform een oefenplan waarin tenminste zijn omschreven: de oefendoelen, organisatie/uitvoering van de oefening en de evaluatie".
<i>Bronnen</i>	<p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg, maart 2013.</p> <p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg: LNAZ, september 2016.</p> <p>GGD Nederland. Modelplan GROP 2012. Utrecht: GGD Nederland, december 2012.</p>

<b><i>Indicator 7: Percentage GGD'en dat samenwerkingsafspraken heeft met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen.</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Samenwerking
<i>Berekening/presentatie</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat over het verlenen van psychosociale hulp bij rampen, samenwerkingsafspraken heeft met zowel Slachtofferhulp Nederland, lokale GGZ-instellingen als aanbieders van maatschappelijk werk. <i>Noemer:</i> aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau van uitvragen en presentatie</i>	Data: GGD. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	In de Wpg staat dat het college van burgemeester en wethouders zorg draagt voor psychosociale hulpverlening (PSH) bij rampen. Deze taak is belegd bij GGD'en. GGD'en hebben een coördinerende rol op het proces PSH. Zij hebben samenwerkingsafspraken met de ketenpartners.  De Multidisciplinaire richtlijn PSH bij rampen en crises beschrijft dat voor taken die in samenwerking met anderen plaatsvinden, gezamenlijke voorbereiding nodig is. Een hulpmiddel hierbij is het PSH-modelconvenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten of GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Samenwerking met ketenpartners is een sterke aanbeveling in de multidisciplinaire richtlijn. Daartoe kunnen convenanten worden gesloten, maar het sluiten daarvan is geen verplichting. Een werkgroep heeft voor GGD'en wel een modelconvenant PSH ontworpen, dat als kapstok kan dienen.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Inclusie: de samenwerkingsafspraken zijn vastgelegd in een convenant of samenwerkingsovereenkomst.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Hoewel een convenant kan helpen bij het verschaffen van duidelijkheid over bijv. taken en verantwoordelijkheden, is het geen vanzelfsprekendheid dat processen dan goed verlopen. Omgekeerd is ook niet gezegd dat processen slecht verlopen als er geen

	convenant is.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	Overwogen kan worden om ondersteuning op verzoek vanuit Arq Psychotrauma Expert Groep en RIVM ook mee te nemen. Dit zou dan ook vastgelegd moeten zijn in een convenant of de samenwerkingsovereenkomst.
<i>Bronnen</i>	Multidisciplinaire richtlijn Psychosociale hulp bij rampen en crises: Diemen: Arq Psychotrauma Expert Groep, 2014. PSH modelconvenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners.

#### 4. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Gemeentelijke nota
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland.
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: landelijk cijfer
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De aanpak van SEGV is een belangrijk onderdeel van het VWS-beleid. De aanpak vindt voor een groot deel regionaal/lokaal plaats. Vrijwel alle gemeenten hebben te maken met SEGV. Aandacht voor dit thema is dan ook een belangrijk onderdeel van het volksgezondheidsbeleid. De aanname bij deze indicator is dat het benoemen van de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES betekent dat er in de gemeente expliciete aandacht is voor dit onderwerp. Dit zal de gemeente er waarschijnlijk toe zetten om zich in te spannen om het doel te bereiken.
<i>Bron</i>	Primaire bron: gemeentelijke nota's volksgezondheid / gezondheidsbeleid. Secondaire bron: de scan van de gemeentelijke nota's die GGD GHOR Nederland om de ca. vier jaar uitvoert; zij scant een groot aantal items, waaronder SEGV en SES.



<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Een gemeente stelt ongeveer eens per vier jaar een nota vast, maar de nota's komen niet allemaal op hetzelfde moment uit (in hetzelfde kalenderjaar). GGD GHOR Nederland scant de nota's ook ongeveer eens per vier jaar.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elke gemeente publiceert een gezondheidsnota binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke gezondheidsnota. De voorlaatste landelijke nota verscheen in mei 2011, de laatste in december 2015. GGD GHOR Nederland scant de gemeentelijke nota's op een groot aantal items, waaronder SEGV en SES. Er wordt nagegaan of het terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt genoemd. In november 2013 heeft GGD GHOR Nederland gepubliceerd over de lokale nota's die uitkwamen na het verschijnen van de landelijke nota in mei 2011 (GGD Nederland, 2013). De eerstvolgende scan wordt begin 2018 verwacht. Voor de rapportage van 2013 is bijna de helft van alle Nederlandse gemeenten de nota gescand.</li> <li>• Sommige nota's zijn regionaal of subregionaal geschreven, al dan niet met lokale paragrafen. De resultaten van deze (sub)regionale nota's kunnen aldus voor meerdere gemeenten gelden.</li> <li>• Indien de nota verwijst naar een vervolgdokument waarin nader wordt ingegaan op SEGV, kan dat ook meegenomen worden in de beoordeling.</li> <li>• Een gemeente scoort positief als er in de nota expliciet een doelstelling over het terugdringen van SEGV is opgenomen, of als er aandacht is voor het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep mensen met een lage SES (laag opleidingsniveau en/of laag inkomen).</li> <li>• Het kan voorkomen dat in een nota doelstellingen worden genoemd die te maken hebben met het verbeteren van de gezondheidstoestand van mensen in een kwetsbare positie, zonder dat de sociaaleconomische invalshoek wordt benoemd. Het gaat dan bijv. om dak- en thuislozen, asielzoekers, vluchtelingen of eenzame ouderen. Als de nota doelstellingen voor deze groepen bevat,</li> </ul>

	zonder dat dit in de context van het terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt geplaatst, wordt dit <i>niet</i> meegeteld bij deze indicator.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het ontbreken van een doelstelling in de nota betekent niet noodzakelijkerwijs dat er in de gemeente geen aandacht is voor SEGV.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Uitgebreide scans zijn verschenen in juni 2010 en november 2013.
<i>Overige opmerkingen</i>	<p>Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en mensen met een lage sociaaleconomische status (afgemeten aan opleidingsniveau en/of hoogte van het inkomen).</p> <p>In hoeverre een doelstelling op het gebied van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES nader is ingevuld, zou op termijn vastgesteld kunnen worden aan de hand van onderstaande gradaties, lopend van weinig concreet naar meer concreet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Er is een kwalitatieve doelstelling beschreven ("we gaan aandacht besteden aan SEGV").</li> <li>2. De kwalitatieve doelstelling is concreet gemaakt ("we gaan de toegankelijkheid van sportactiviteiten voor kinderen uit gezinnen met weinig inkomsten verbeteren").</li> <li>3. Er is een kwantitatieve doelstelling ("In 2020 is het verschil in rookprevalentie tussen SES-groepen gehalveerd").</li> <li>4. Er zijn concrete acties beschreven ("De volgende activiteiten zullen daartoe worden uitgevoerd: ...."), eventueel in een aparte plan van aanpak, activiteitenplan of implementatieplan.</li> <li>5. Aan de acties zijn concrete middelen gekoppeld ("voor deze activiteit zal x euro worden vrijgemaakt").</li> </ol>
<i>Literatuur</i>	GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt aangeboden</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Activiteiten / rapportages
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt aangeboden. <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland.
<i>Niveau</i>	Data: cijfers op gemeentelijk niveau Presentatie: landelijk cijfer
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De aanpak van SEGV is een belangrijk onderdeel van het VWS-beleid. De aanpak vindt voor een groot deel regionaal/lokaal plaats. Vrijwel alle gemeenten hebben te maken met SEGV. Daarom ligt het voor de hand dat er in elke regio wel iets gedaan wordt om SEGV te verminderen. We meten dat hier door te kijken of er minimaal één interventie in de GGD-regio wordt uitgevoerd die tot doel heeft om SEGV te verminderen.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle gemeenten geven bij elke meting aan welke gezondheidsbevorderende interventies zijn uitgevoerd die specifiek gericht waren op het verminderen van SEGV of op het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep mensen met een lage sociaaleconomische status (SES).</li> <li>• SEGV heeft over het algemeen betrekking op groepen personen met een lage opleiding en/of laag inkomen. Hierbij kan ook gedacht worden aan werklozen, gepensioneerden met alleen AOW, klanten van de voedselbank, mensen met schulden en mensen met lage gezondheidsvaardigheden.</li> <li>• Interventies die worden</li> </ul>

	<p>aangeboden aan specifieke groepen personen in een kwetsbare positie, zonder dat ze direct in de context staan van het verminderen van SEGV, worden bij deze indicator <i>niet</i> meegeteld. Dit zijn bijv. interventies gericht op dak- en thuislozen, asielzoekers en vluchtelingen of eenzame ouderen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het kan gaan om persoonsgerichte interventies, maar ook om interventies in de fysieke omgeving, bijv. het aanleggen van een speeltuin in een wijk met een lage SES.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Een gemeente die één niet-effectieve interventie aanbiedt aan een kleine groep personen telt even zwaar mee als een gemeente die meerdere effectieve interventies aanbiedt aan grote groepen personen.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het zou efficiënt kunnen zijn om de uitvraag via GGD'en te laten verlopen, maar het is de vraag of alle GGD'en inzicht hebben in het aanbod van de op SEGV gerichte interventies waarvan zij zelf niet de uitvoerder zijn.</li> <li>• Op termijn, als deze indicator enkele keren is gemeten, zal o.a. de omvang van de doelgroep meegewogen kunnen worden. Dan wordt de indicator bijvoorbeeld: "Percentage personen dat een gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV krijgt aangeboden".</li> <li>• Er zouden t.z.t. ook nog eisen aan de interventie gesteld kunnen worden, bijvoorbeeld dat het een (waarschijnlijk) effectieve interventie is.</li> </ul>
<i>Bronnen</i>	-

<b><i>Indicator 3:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten waar de doelgroep "mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Bereik / deelname bevolking

<i>Berekening</i>	Teller: aantal gemeenten waar de doelgroep "mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel. Noemer: totaal aantal gemeenten in Nederland.
<i>Niveau</i>	Data: cijfers op gemeenteniveau Presentatie: landelijk cijfer
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Door een wijkprofiel wordt in beeld gebracht in welke buurten, wijken, dorpen of kernen een oververtegenwoordiging is van mensen met een lage SES (mensen met een laag opleidingsniveau en/of laag inkomen) op postcodeniveau). Als duidelijk is waar de lage SES-groepen wonen, zijn deze groepen specifiek te benaderen wat mogelijk ten goede komt aan het slagen van interventies. Het maken van een wijkprofiel is de eerste stap bij een procesgerichte aanpak bij het lokaal terugdringen van gezondheidsachterstanden (Pharos, Platform31, 2016).
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten en/of GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle gemeenten geven bij elke meting aan of ze met een wijkprofiel de lage SES-groepen in beeld hebben gebracht.</li> <li>• Naast een wijk kan het ook gaan om een ander aandachtsgebied: , een buurt, een dorp, een kern, een postcodegebied of een ander herkenbaar organisatorisch of geografisch gebied.</li> <li>• Andere termen die voor wijkprofiel worden gebruikt, zijn gebiedsprofiel, wijkmonitor, gebiedsanalyse, gebiedsscan en wijkscan.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het identificeren van de gebieden waar lage SES-groepen wonen, wordt gezien als belangrijke eerste stap bij het terugdringen van gezondheidsachterstanden, maar het is niet vastgesteld dat gemeenten die deze stap overslaan altijd slechte resultaten bereiken op het terugdringen van SEGV.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	Pharos, Platform31. Gezond in... Gebiedsindicatoren. 2016.

<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie wordt aangeboden in een wijk met een lage SES</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Activiteiten / rapportages
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie wordt aangeboden in een wijk met een lage SES (d.w.z. een wijk waarin overwegend mensen wonen met een lage opleiding en/of een laag inkomen) <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: cijfers op gemeentelijk niveau Presentatie: landelijk cijfer
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De aanpak van SEGV is een belangrijk onderdeel van het VWS-beleid. De aanpak vindt voor een groot deel regionaal/lokaal plaats. Vrijwel alle gemeenten hebben te maken met SEGV. Daarom ligt het voor de hand dat er in elke regio wel iets gedaan wordt om SEGV te verminderen of te voorkomen. We meten dat hier door te kijken of er minimaal één interventie in een wijk met een lage SES wordt uitgevoerd.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle gemeenten geven bij elke meting aan welke interventies zijn uitgevoerd die specifiek gericht waren op inwoners van wijken met een lage SES.</li> <li>• Het kan ook gaan om interventies die worden aangeboden in een buurt, dorp of kern met een lage SES.</li> <li>• Gemeenten die aannemelijk kunnen maken (bijv. met een wijkprofiel) dat mensen met een lage SES niet geclusterd wonen in bepaald gebieden (wijken, buurten, dorpen, kernen), worden geëxcludeerd.</li> <li>• Het kan gaan om persoonsgerichte interventies, maar ook om interventies in de fysieke omgeving, bijv. het aanleggen van een speeltuin in een wijk met een lage SES.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en</i>	Een gemeente die één weinig effectieve interventie aanbiedt in één wijk aan een kleine groep personen telt even zwaar mee als een gemeente die meerdere effectieve

<i>praktijk)</i>	interventies aanbiedt in meerdere wijken aan grote groepen personen. Op termijn, als deze indicator enkele keren is gemeten, zal o.a. de omvang van het aanbod meegewogen kunnen worden. Dan wordt de indicator bijvoorbeeld: "Percentage personen in wijken met een lage SES dat een gezondheidsbevorderende interventie krijgt aangeboden".
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deze indicator kan gezien worden als een specificering van indicator 2 (Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV wordt aangeboden). Indicator 4 laat zien of hierbij een wijkgerichte aanpak wordt gehanteerd, waarvoor informatie uit het wijkprofiel (indicator 3) gebruikt kan worden.</li> <li>• Het zou efficiënt kunnen zijn om de uitvraag via GGD'en te laten verlopen, maar het is de vraag of alle GGD'en inzicht hebben in het aanbod van interventies waarvan zij zelf niet de uitvoerder zijn.</li> </ul>
<i>Literatuur</i>	-

<b><i>Indicator 5: Verschil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Gezondheid
<i>Berekening</i>	Index RIVM, waarbij rekening wordt gehouden met de verdeling van mensen over de verschillende opleidingsniveaus en wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht
<i>Niveau</i>	Data: personen Presentatie: landelijk cijfer
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Levensverwachting is een indicator voor de gezondheidsstatus van de bevolking. De levensverwachting verschilt tussen mensen met een hoge en mensen met een lage SES (sociaaleconomische status, afgemeten aan opleidingsniveau en/of hoogte van het inkomen). Beleidsdoel is om dit verschil niet te laten toenemen, en liefst te laten dalen. In de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 (2015) staat dat de gezondheidsverschillen tussen hoog- en laagopgeleiden nog steeds groot is en dat we daar wat aan moeten doen. "Omdat dit

	hardnekkig en complex is, is onze ambitie dat in 2030 deze verschillen gelijk zijn gebleven of, beter, afgenomen."
<i>Bron</i>	CBS (sterftegegevens en gegevens over opleiding); RIVM voert de berekeningen uit.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Bij het gebruik van een index wordt rekening gehouden met de verandering van de omvang van SES-groepen in de loop van de tijd.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Hoewel de publieke gezondheid effect heeft op het verloop van de levensverwachting en verschillen daarin tussen de SES-groepen, zijn er vele andere factoren die ook van invloed zijn.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is onlangs een nieuwe methode ontwikkeld voor de berekening. Deze is nog niet toegepast op levensverwachting.</li> <li>• Op termijn zou deze indicator eventueel vervangen kunnen worden door de indicator 'verschil in <i>gezonde</i> levensverwachting'.</li> </ul>
<i>Literatuur</i>	Uitleg over de index voor de indicator levensverwachting is nog niet gepubliceerd. Binnenkort wordt op <a href="https://www.volksgezondheidszorg.info">https://www.volksgezondheidszorg.info</a> wel gepubliceerd over een vergelijkbare index voor de prevalentie van roken.

## 5. Gemeentelijk gezondheidsbeleid

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Gemeentelijke nota
<i>Berekening</i>	Teller: aantal gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota Noemer: totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeente Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze</i>	De veronderstelling is dat de integratie van



<i>indicator en niet een andere?)</i>	nota's een startpunt is voor integraal werken. Bij een integrale aanpak worden oorzaken van gezondheidsproblemen vanuit verschillende domeinen aangepakt en de algemene opvatting is dat dit gunstige effecten heeft op de volksgezondheid. Een koppeling van volksgezondheidsbeleid aan maatschappelijke ondersteuning, jeugdzorg en participatie ligt het meest voor de hand.
<i>Bron</i>	Primaire bron: gemeentelijke nota's volksgezondheid / gezondheidsbeleid (al dan niet geïntegreerd met nota's op andere domeinen zoals sociaal beleid). Secondaire bron: de scan van de gemeentelijke nota's die GGD GHOR Nederland om de ca. vier jaar uitvoert; zij scant een groot aantal items, waaronder of de nota deel uitmaakt van de Wmo-nota.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Een gemeente stelt ongeveer eens per vier jaar een nota volksgezondheid vast, maar de nota's van alle gemeenten komen niet allemaal op hetzelfde moment uit (in hetzelfde kalenderjaar). GGD GHOR Nederland scant de nota's ook ongeveer eens per vier jaar.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elke gemeente publiceert een nota volksgezondheid binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke gezondheidsnota. De voorlaatste landelijke nota verscheen in mei 2011, de laatste in december 2015. GGD GHOR Nederland scant de gemeentelijke nota's op een aantal items, waaronder of de nota deel uitmaakt van de Wmo-nota. In november 2013 heeft GGD GHOR Nederland gepubliceerd over de lokale nota's die uitkwamen na het verschijnen van de landelijke nota in mei 2011 (GGD Nederland, 2013). De eerstvolgende scan wordt begin 2018 verwacht. Voor de rapportage van 2013 is bijna de helft van alle Nederlandse gemeenten de nota gescand.</li> <li>• Het gaat om een gezamenlijke nota die de afzonderlijke nota's vervangt. De nota moet vastgesteld zijn door de gemeenteraad.</li> <li>• Sommige nota's zijn regionaal of subregionaal geschreven, al dan niet met lokale paragrafen. De resultaten van deze (sub)regionale nota's kunnen aldus voor meerdere gemeenten gelden.</li> </ul>

<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De veronderstelling (zie rationale) is puur theoretisch, en nooit vastgesteld. Wel is bekend dat een geïntegreerde aanpak, waarbij meerdere beleidsdomeinen betrokken zijn, positief kan bijdragen aan het bevorderen van de volksgezondheid (VTV2010, VTV2014)</li> <li>• In de praktijk zou een gemeente integraal kunnen werken, terwijl er afzonderlijke nota's zijn uitgebracht. Omgekeerd is het mogelijk dat er een geïntegreerde nota is uitgebracht, terwijl de domeinen langs elkaar werken.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Uitgebreide scans van GGD GHOR Nederland zijn verschenen in juni 2010 en november 2013.
<i>Overige opmerkingen</i>	T.z.t. kan hier ook de nota ruimte (n.a.v. de omgevingswet) meegenomen worden.
<i>Literatuur</i>	GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013. RIVM. Een gezonder Nederland. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM, 2014. RIVM. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat in ten minste één van de nota's voor de beleidsvelden werk &amp; inkomen, ruimte &amp; wonen en milieu &amp; mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Integraal gezondheidsbeleid
<i>Berekening</i>	Teller: aantal gemeenten dat in ten minste één van de nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd Noemer: totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Niet alleen in het gezondheidsdomein worden activiteiten ontplooid die de gezondheid kunnen bevorderen, maar ook in het sociale en fysieke domein. Het leggen van een relatie met gezondheid in nota's over deze domeinen zorgt er daarom voor dat via verschillende invalshoeken aandacht is voor gezondheid. Bij een integrale aanpak

	worden oorzaken van gezondheidsproblemen vanuit verschillende domeinen aangepakt en de algemene opvatting is dat dit gunstige effecten heeft op de volksgezondheid. Deze indicator spitst zich toe op het fysieke domein en arbeidsparticipatie omdat daar de relatie met gezondheid naar verwachting wat minder vaak gelegd wordt dan in het sociale domein.
<i>Bron</i>	Gemeentelijke nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks (nota's kunnen meerdere jaren geldig zijn, maar niet alle gemeenten brengen alle nota's in hetzelfde kalenderjaar uit)
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per gemeente zullen de nota's voor de vermelde beleidsvelden gescreend moeten worden.</li> <li>• De aandacht in een nota voor gezondheid kan variëren tot het noemen van een relatie met een gezondheidsuitkomst (bijv. verkeer en astma) tot het formuleren van brede gezondheidsdoelen (bijv. het verbeteren van de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven of levensverwachting)</li> <li>• Gemeenten waarin beleid in het fysieke domein is voorgesteld dat gunstige effecten heeft op de volksgezondheid, zonder dat een relatie met gezondheid is benoemd in de nota, scoren toch negatief op deze indicator.</li> <li>• De nota's moeten vastgesteld zijn door de gemeenteraad.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het voorgestelde beleid kan positieve effecten hebben op de volksgezondheid, maar als in de nota de relatie met gezondheid niet expliciet is benoemd, scoort de gemeente toch negatief. Omgekeerd scoort een gemeente positief als er een relatie met gezondheid is benoemd in de nota, ook als het voorgestelde beleid in de praktijk geen of zelfs een negatief effect heeft op de volksgezondheid.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	-

<b><i>Indicator 3:</i></b> <b><i>Gemiddeld aantal formele samenwerkingsverbanden binnen een gemeente tussen partijen uit de publieke gezondheid en partijen uit het sociale domein, fysieke domein en/of domein werk &amp; inkomen, waarbij ten minste drie partijen zijn betrokken</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Formele samenwerking binnen een gemeente
<i>Berekening</i>	Gemiddeld aantal formele samenwerkingsverbanden binnen een gemeente tussen partijen uit de publieke gezondheid en partijen uit het sociale domein, fysieke domein en/of domein werk & inkomen, waarbij ten minste drie partijen zijn betrokken.
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: een gemiddelde voor heel Nederland + een spreidingsmaat, bijv. min. en maximaal aantal samenwerkingsverbanden per gemeente
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Samenwerking tussen PG en het sociale en fysieke domein en domein werk & inkomen biedt kansen voor een integrale aanpak. Bij een integrale aanpak worden oorzaken van gezondheidsproblemen vanuit verschillende domeinen aangepakt en de algemene opvatting is dat dit gunstige effecten heeft op de volksgezondheid. Als er binnen een gemeente formele afspraken over de samenwerking zijn gemaakt geeft dat aan dat de samenwerking structureel van aard is.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alle gemeenten geven bij elke meting aan tussen welke partijen er een formele samenwerking is. Het gaat hier om samenwerkingsverbanden die op de een of andere manier formeel zijn belegd, bijvoorbeeld door samenwerking in een programma of via regulier overleg met agenda en verslag.</li> <li>• Het gaat hier om interne samenwerking binnen gemeenten. Partijen kunnen afdelingen of gemeentelijke diensten zijn.</li> <li>• Onder fysieke domein wordt verstaan: ruimte &amp; wonen en milieu &amp; mobiliteit. Onder sociale domein wordt verstaan: maatschappelijke ondersteuning,</li> </ul>

	<p>jeugdhulp, veilig thuis.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elk formeel samenwerkingsverband wordt meegeteld. PG kan met elk van de domeinen meerdere samenwerkingsverbanden hebben. Die tellen alle mee.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Als er samenwerkingsafspraken zijn, wil dat niet zeggen dat er in de praktijk ook daadwerkelijk beter wordt samengewerkt, en dat dat leidt tot betere gezondheidsuitkomsten bij de burgers. Toch kan formele samenwerking wel ondersteunend zijn, en kunnen partijen hierop terugvallen.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	-

<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Gemiddeld aantal strategische netwerken op gemeentelijk of regionaal niveau met eerste- én tweedelijnszorgorganisaties waaraan een GGD deelneemt</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Samenwerking met de curatieve zorg
<i>Berekening</i>	Gemiddeld aantal strategische netwerken op gemeentelijk of regionaal niveau met eerste- én tweedelijnszorgorganisaties waaraan een GGD deelneemt
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en Presentatie: één gemiddelde voor heel Nederland; spreidingsmaat bijvoorbeeld: kleinste en grootste aantal strategische netwerken per GGD
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Een taak van GGD'en is het zorgaanbod en de samenhang in de zorg te bewaken, en verbetering van de relatie tussen preventie en curatie te bewerkstelligen. Dat was al zo voor de transities in het sociale domein, en dat is met de transities nog urgenter geworden, omdat gemeenten meer taken hebben gekregen op het terrein van de zorg. In de Strategische Benchmark GGD is het als volgt verwoord: "De transities in het sociaal domein vragen om nieuwe netwerken en verbindingen. Lukt het de GGD om een positie te verwerven in de juiste strategische netwerken waar ook eerste en tweede lijn samenkomen?"
<i>Bron</i>	Strategische Benchmark GGD
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Elk jaar

<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het gaat het om het aantal netwerken op strategische niveau, niet om het aantal keren dat een netwerk bij elkaar is gekomen.</li> <li>• De eerste en tweede lijn omvat onder andere huisartsenzorg, generalistische en curatieve ggz, ziekenhuiszorg, ambulancezorg, verpleeghuiszorg, thuiszorg en verloskundige zorg.</li> <li>• Met 'strategisch' wordt bedoeld: waar beleid wordt geformuleerd en afgesproken, waar samenwerkingsafspraken worden gemaakt.</li> <li>• De strategische netwerken hebben als doel de relatie tussen preventie en curatie te verbeteren.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Deelname aan een strategisch netwerk leidt niet automatisch tot betere en toegankelijker zorg, maar via een dergelijk netwerk kan een GGD wel enige sturing geven.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.

<b><i>Indicator 5: Percentage GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Algemeen kwaliteitsbeleid
<i>Berekening</i>	Teller: aantal GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd Noemer: totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De kwaliteit van de activiteiten die GGD'en uitvoeren, worden geborgd met behulp van een kwaliteitsmanagementsysteem. Kwaliteitsmanagement is het geheel aan maatregelen waarmee een organisatie voldoet aan de verwachtingen van de klant. Klanten van een GGD zijn gemeenten (in de hoedanigheid van opdrachtgever, financier

	<p>en afnemer van de dienst- en zorgverlening) en burgers. Een GGD die continue aandacht heeft voor de klant, en de activiteiten efficiënt uitvoert, kan van grote waarde zijn voor een gemeente, en bijdragen aan een effectief gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsmanagementsysteem is het uitvoeren van interne audits. Een interne audit is een methode voor systematische evaluatie en onafhankelijk onderzoek. Interne audits worden volgens een vooraf vastgesteld plan uitgevoerd, met o.a. een vastgestelde frequentie en volgens een vastgestelde methode.</p>
<i>Bron</i>	Jaarverslagen van GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Elk jaar of tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Deels. De publieke gezondheidszorg heeft de keuze gemaakt voor HKZ-certificering. HKZ-normen 4.16.1 en 4.16.2 gaan over interne audits (resp. over doel en methode). Een GGD bepaalt zelf hoe vaak een interne audit plaatsvindt.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Jaarverslagen van GGD'en dienen gescreend te worden. Indien de informatie daarin niet te vinden is, zal de informatie uitgevraagd moeten worden bij GGD'en.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Een audit kan GGD-breed zijn, maar ook per keer een enkele afdeling betreffen. Het kan om een breed scala aan onderwerpen gaan, maar ook om een beperkt aantal onderwerpen. Deze indicator voegt dit allemaal samen.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	<p>HKZ   NEN. Norm Publieke Gezondheidszorg. Versie 2015. Delft: HKZ, 2015.</p> <p>HKZ   NEN. Norm Algemeen Organisatiedeel. Versie 2015. Delft: HKZ, 2015.</p>

**Indicator 6:****Gemiddeld aantal adviezen van GGD'en aan de gemeenten over de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid**

<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Advisering
<i>Berekening</i>	Gemiddeld aantal schriftelijke adviezen van GGD'en aan gemeenten over de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van

	gezondheidsbeleid.
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één gemiddelde voor heel Nederland; spreidingsmaat bijvoorbeeld: minst en meest aantal ontvangen schriftelijke adviezen in een gemeente
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Het geven van advies aan gemeenten, is een kerntaak van GGD'en. Beleidsadvisering heeft tot doel beïnvloeding van (gemeentelijk) gezondheidsbeleid teneinde gezondheidswinst te bewerkstelligen. Adviezen hebben betrekking op maatregelen op het gebied van gezondheidsbevordering, gezondheidsbescherming en ziektepreventie of op mogelijke schade aan de gezondheid als gevolg van (gemeentelijk) ingrijpen (GGD Nederland, 2008). In HKZ-norm 2.6.4 is beschreven dat de GGD beleidsinformatie verstrekt aan de lokale overheid op basis van verzamelde gegevens, en in norm 2.6.5 is beschreven dat de GGD de lokale overheid (of andere opdrachtgevers) gevraagd en ongevraagd adviseert over gezondheidsaspecten van de bevolking resp. van beleidsvoornemens en de uitvoering van beleid. Gemeenten vragen, voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg, advies aan de GGD (Artikel 16 Wpg). Ook met het oog op het nemen van maatregelen in verband met infectieziekten, wordt advies aan de GGD gevraagd (Artikel 18 Wpg).
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Elk jaar
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een advies omvat een of meer aanbevelingen over gezondheid</li> <li>• Het betreft zowel adviezen op verzoek (gevraagd) als op eigen initiatief van de GGD (ongevraagd).</li> <li>• Een advies dat per e-mail of mondeling is verstrekt, zonder achterliggende rapportage, telt niet mee.</li> <li>• Adviezen na incidenten en acute situaties tellen niet mee.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een advies kan variëren van een advies over een klein onderwerp voor een bepaalde buurt tot een veelomvattend advies dat betrekking heeft op meerdere gemeenten. Alle adviezen worden in deze</li> </ul>



	<p>indicator even zwaar gewogen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adviezen die per e-mail of mondelinge zijn verstrekt, worden niet meegeteld. Dergelijke adviezen kunnen uiteraard waardevol zijn, maar zijn minder objectiveerbaar en kunnen variëren in omvang.</li> <li>• Bij deze indicator wordt gevraagd naar 'aantal ontvangen adviezen' en niet of er 'ten minste één advies is ontvangen' omdat waarschijnlijk 100% van de gemeenten wel een advies heeft ontvangen.</li> <li>• Er zou overwogen kunnen worden om tevens te meten op welke terreinen advies werd ontvangen.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	<p>HKZ   NEN. Norm Publieke Gezondheidszorg. Versie 2015. Delft: HKZ, 2015.</p> <p>GGD Nederland. Richtlijn voor opstellen beleidsadvies openbare gezondheidszorg door GGD'en. Een procedure, format voor advies en evaluatie-instrument voor beleidsadvies. Utrecht: GGD Nederland, februari 2008.</p>

<b><i>Indicator 7:</i></b>	
<b><i>Percentage gemeenten met gehonoreerde subsidieaanvragen door ZonMw voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Wetenschappelijk onderbouwd beleid
<i>Berekening</i>	<p>Teller: aantal gemeenten met één of meer gehonoreerde subsidieaanvragen door ZonMw voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid</p> <p>Noemer: totaal aantal gemeenten in Nederland</p>
<i>Niveau</i>	<p>Data: gemeenten</p> <p>Presentatie: één percentage voor heel Nederland</p>
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>Deze indicator laat zien of gemeenten bezig zijn met nieuwe vormen van beleid en wetenschappelijk onderbouwd beleid (evidence-based policy). Als gemeenten bezig zijn met wetenschappelijk onderbouwd beleid, draagt dat mogelijk bij aan de kennis en kunde bij gemeenteamttenaren en daarmee aan een effectiever gezondheidsbeleid over de volle breedte.</p>

<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten (eventueel bij ZonMw)
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Elk jaar
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Veel subsidieaanvragen zijn ingediend door een samenwerkingsverband van een of meer gemeenten, GGD'en, universiteit, hogeschool en/of onderzoeksinstituut. Deze subsidieaanvragen dragen bij aan de indicator, evenzoveel keren als het aantal gemeenten dat deelneemt.</li> <li>• De subsidieaanvraag telt mee in het jaar dat deze is ingediend. De honorering kan in volgende jaren hebben plaatsgevonden.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ZonMw kan maar een beperkt aantal subsidieaanvragen honoreren. Een laag percentage hoeft dus niet perse te betekenen dat weinig gemeenten aan evidence-based policy doen.</li> <li>• Een gemeente kan mogelijk ook van andere financieringsbronnen gebruik maken ten behoeve van gezondheidsbeleid.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Deze indicator heeft betrekking op een voorgaand jaar, omdat pas een of twee jaar na indiening van een subsidieaanvraag bekend is of het voorstel wel of niet gehonoreerd is.
<i>Overige opmerkingen</i>	In het thema 'epidemiologie' is een indicator opgenomen over samenwerking met universiteiten, academische werkplaatsen en andere GGD'en.
<i>Literatuur</i>	-

## 6. Infectieziektebestrijding

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en waar de beschikbare totale formatie IZB ≥ VISI-norm</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Capaciteit
<i>Berekening</i>	<p>Teller: aantal GGD'en waar de beschikbare totale formatie infectieziektebestrijding in het werkgebied groter dan of gelijk is aan de VISI-norm</p> <p>Noemer: totaal aantal GGD'en in Nederland</p>
<i>Niveau</i>	<p>Data: GGD.</p> <p>Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en; een spreidingsmaat (bijv. aantal</p>

	GGD'en < 75% of > 110%; minimum, maximum); alternatieve maat kan zijn: totale formatie in NL/benodigde formatie in NL.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Voor het waarborgen van een kwalitatief verantwoorde uitvoering van alle facetten van de infectieziektebestrijding, is een minimale personele omvang van het team Algemene Infectieziektebestrijding van GGD'en noodzakelijk.
<i>Bron</i>	Strategische Benchmark GGD'en (indicator B48). De indicator in de Strategische Benchmark luidt: "Beschikbare totale formatie IZB tov VISI norm (%)".
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	In juni 2013 is een nieuwe VISI-normering gepubliceerd (GGD Brabant-Zuidoost, 2013). Dit is een veldnorm, opgesteld door GGD-medewerkers. De VISI-normering ondersteunt bij het vaststellen van de noodzakelijke formatie van het team Algemene Infectieziektebestrijding.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per GGD wordt berekend wat de beschikbare totale formatie is t.o.v. de VISI-norm.</li> <li>• De totale formatie IZB betreft artsen, verpleegkundigen en administratief personeel.</li> <li>• Peildatum is 1 januari van het meetjaar.</li> <li>• Voor aios dient de feitelijke inzetbaarheid opgegeven te worden. Van opleiders dient 0,05 fte in mindering te worden gebracht.</li> <li>• Voor personen die ook andere taken vervullen (dus buiten algemene infectieziektebestrijding, bijv. op het gebied van seksuele gezondheid, reizigerszorg of tuberculosebestrijding) zou al dan niet op basis van hun functieomschrijving een globale inschatting gemaakt kunnen worden van hun bijdrage aan het aantal fte IZB.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	In 2013 is de herziening van de VISI-norm gepubliceerd. Bij de berekening van trends moet er rekening mee gehouden worden dat de VISI-norm van 2004 en 2013 niet door elkaar gebruikt kunnen worden.

<i>Overige opmerkingen</i>	<p>In de VISI-norm zijn de volgende aspecten verdisconteerd: het vóórkomen van infectieziekten, werkzaamheden en tijdbesteding volgens richtlijnen per ziektegeval, inwonersaantal per GGD-regio, registratie en melding van wel en niet-meldingsplichtige ziekten, publieksvoorlichting, beleidsadvisering, aandacht voor resistentieproblematiek, bijhouden van vakliteratuur en onderzoek (beperkt).</p> <p>De VISI-norm betreft alleen de formatie algemene infectieziektebestrijding. Mogelijk dat sommige GGD'en ook formatie SOA, Reizigerszorg, TBC of technische hygiënezorg hebben meegenomen, met name wanneer IZB-medewerkers ook op deze terreinen werkzaam waren. Op basis van de functieomschrijving van deze personen of een globale inschatting, zou hiervoor gecorrigeerd kunnen worden (zie onder 'Methode').</p> <p>Bij de berekenen van de teller en noemer kunnen andere interpretatieverschillen tussen GGD'en ook van invloed zijn (Schegget &amp; Dekker, 2015).</p>
<i>Literatuur</i>	<p>GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.</p> <p>GGD Brabant-Zuidoost. Herziening VISI-normering, Normering Formatie Algemene Infectieziektebestrijding 2013. Eindhoven: GGD Brabant-Zuidoost, juni 2013.</p> <p>Schegget R ter, Dekker JJA. Herziening VISI-normering formatie Algemene infectieziektebestrijding. Infectieziekten Bull 2015; 26 (5): 99-102.</p>

***Indicator 2:******Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is***

<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Toegankelijkheid bij crises
<i>Berekening</i>	<p>Teller: aantal GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is</p> <p>Noemer: totaal aantal GGD'en in Nederland</p>

<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>Volgens het Generiek draaiboek infectieziekten voor GGD-artsen en – verpleegkundigen borgt de GGD de (telefonische) bereikbaarheid bij calamiteiten en heeft hiervoor een rooster (24/7). De GGD heeft tevens een actueel overzicht van de contactgegevens en bereikbaarheid (24/7) van o.a. de artsen en verpleegkundigen infectieziektebestrijding van de GGD. Er is echter niet met zoveel woorden vermeld dat de arts IZB 24/7 (telefonisch) beschikbaar dient te zijn.</p> <p>Prestatie 3.2 van het Kwaliteitskader Crisisbeheersing en OTO stelt dat het proces van melding en alarmering op basis van 7 x 24 uur is geborgd. Dit is o.a. van toepassing op GGD'en.</p> <p>Volgens het toetsingskader algemene infectieziektebestrijding van de IGZ (2015) functioneert een GGD goed als altijd (24/7) een arts infectieziektebestrijding bereikbaar is, en dat dit meerdere malen per jaar getoetst wordt én dat de resultaten van de toets schriftelijk worden geregistreerd.</p> <p>De 24/7 bereikbaarheid is van belang in het kader van de meldingsplicht door artsen en laboratoria, en in het kader van de uitbraak van infectieziekten (outbreak management).</p>
<i>Bron</i>	<p>Er zou meerdere keren per jaar een beltest gedaan moeten worden.</p> <p>Mogelijk kan worden aangesloten bij de Landelijke rapportage, die gebaseerd is op een vragenlijst die OTO-coördinatoren voor hun regio invullen (LNAZ, 2015). Hierin is ook opgenomen of de alarmering, bereikbaarheid en beschikbaarheid van de crisisorganisatie (in dit geval IZB van de GGD) 24/7 geborgd en getest is.</p>
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	1- tot 4-jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Bij elke GGD is een arts IZB 24/7 bereikbaar (veldnorm)
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie,</i>	

<i>correctie)</i>	
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Met een beltest wordt een GGD slechts op één moment onderzocht. Toeval speelt daarbij een grote rol. Daarom zou eigenlijk veel vaker een beltest moeten worden uitgevoerd, tijdens verschillende week- en dagdelen. Dat is echter tamelijk belastend voor de betrokkenen.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	In het Generiek draaiboek infectieziekten wordt geadviseerd dat de GGD haar bereikbaarheid buiten kantooruren voor ketenpartners borgt, en dit vier keer per jaar toetst.
<i>Literatuur</i>	LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg: LNAZ, september 2016. RIVM. Generiek draaiboek infectieziektebestrijding. Bilthoven: RIVM, december 2014. IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar. Den Haag: IGZ, 2015.

<b><i>Indicator 3:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat in het peiljaar in alle gevallen een arts van het LCI (Landelijk Coördinatie Infectieziektebestrijding) van het RIVM binnen een uur telefonisch kon bereiken</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Toegankelijkheid bij crises
<i>Berekening</i>	<u>teller</u> : aantal GGD'en dat in het peiljaar in alle gevallen een arts van het LCI (Landelijk Coördinatie Infectieziekte-bestrijding) van het RIVM binnen een uur telefonisch kon bereiken <u>noemer</u> : aantal GGD'en dat ten minst één maal contact heeft gezocht met een arts van het LCI
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en Presentatie: één percentage
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	In de Wpg staat dat de GGD de ontvangst van een melding van een infectieziekte (die nader omschreven is), onverwijld doorgeeft aan het RIVM. Dat betekent dat een arts van het LCI 24/7 (telefonisch) bereikbaar moet zijn.  Volgens de website van het RIVM kunnen

	GGD-artsen en sociaal verpleegkundigen infectieziektebestrijding met vragen over de LCI-richtlijnen of over een infectieziekte in hun regio 24/7 bellen met de LCI. Buiten kantooruren brengt de Meldkamer Ambulancezorg (MKA) in Utrecht de beller in contact met de arts van dienst.  De termijn van 1 uur kan beschouwd worden als een redelijke termijn.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij afdelingen infectieziektebestrijding van GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	1x per jaar
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Het RIVM (LCI) is 24/7 bereikbaar (Wpg)
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Uitvragen bij afdelingen infectieziektebestrijding van GGD'en
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Een GGD die vaak contact heeft gezocht met een arts van het LCI draagt even vaak bij aan de indicatoruitkomst als een GGD die weinig contact heeft gezocht.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Aanvullend zou om een toelichting gevraagd kunnen worden, met name als het lang duurde eer de arts van het LCI bereikt kon worden.
<i>Literatuur</i>	

<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Draaiboeken bij GGD'en
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Het landelijke draaiboek (gepubliceerd december 2014) biedt een denkkader en een uniforme werkwijze die voor meerdere typen

	<p>uitbraken kan worden toegepast, zowel in de voorbereiding als tijdens een crisis. Het draaiboek is vanuit de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) ontwikkeld in samenwerking met artsen en verpleegkundigen van de GGD'en. Het draaiboek is bedoeld voor GGD-artsen en -verpleegkundigen en gaat uit van hun ervaring en expertise.</p> <p>Een eigen draaiboek infectieziekte crisis sluit aan op de organisatie van de publieke gezondheid en gezondheidszorg in de eigen regio, en helpt bij het nemen van de juiste maatregelen bij de uitbraak van infectieziekten. Het ontbreken van een eigen draaiboek infectieziekte crisis bij een GGD kan betekenen dat de GGD er nog niet aan toe gekomen is om een eigen draaiboek op te stellen. De reden daarvan kan zijn dat er binnen de GGD andere prioriteiten waren en men er nog niet aan toe was gekomen, of dat het landelijk generiek draaiboek niet aansluit bij de lokale situatie, of dat de bekendheid ervan bij GGD-medewerkers beperkt is.</p> <p>Volgens het toetsingskader algemene infectieziektebestrijding van de IGZ (2015) functioneert een GGD goed als deze de protocollen van de LCI, draaiboeken of andere richtlijnen binnen de GGD doorvertaald heeft naar de lokale/regionale situatie.</p>
<i>Bron</i>	Uitvragen bij afdelingen infectieziektebestrijding van GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Geen (?)
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Het is niet nodig om criteria te hanteren aan de hand waarvan vastgesteld wordt of een draaiboek wel gebaseerd is op het landelijke draaiboek. Het is namelijk aannemelijk dat elk lokale draaiboek gebaseerd is op het landelijk generiek draaiboek.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of</i>	Het generieke draaiboek is in december 2014 gepubliceerd. Meting over de periode



<i>uitsplitsing</i>	vóór 2015 is dus niet aan de orde.
<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>Literatuur</i>	IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar. Den Haag: IGZ, 2015. RIVM. <a href="#">Generiek draaiboek infectieziektebestrijding</a> . Bilthoven: RIVM, december 2014.

<b><i>Indicator 5:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Oefenen
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Opleiden, trainen en oefenen (OTO) door (sleutel)functionarissen zijn belangrijke aspecten van de voorbereiding op rampen en crises. Door opleiden, trainen en oefenen kan men zich voorbereiden op de taken in de opgeschaalde situatie. De uitbraak van een infectieziekte zal één van de concrete onderdelen zijn van het OTO-jaarplan.
<i>Bron</i>	Screening van de OTO-jaarplannen van GGD'en op voorkomen van het onderwerp uitbraak van infectieziekten. Dit kan bijv. verlopen via de coördinator van het crisisteam of de OTO-coördinator.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Alle GGD'en dienen te voldoen aan norm 8 in het concept Kwaliteitskader 2.0: de organisatie heeft een procedure voor de OTO-planvorming en voert jaarlijks de Zelfevaluatie uit. In het Kwaliteitskader zijn geen concrete inhoudelijke onderwerpen vermeld, zoals de uitbraak van een infectieziekte.  Het Modelplan GGD Rampenopvangplan (GROP) 2012 stelt dat de functionarissen uit het crisisteam en hun vervangers een OTO-programma volgen, gericht op de bekwaamheid voor hun taken in het crisisteam (indicator 23).

	Verder wordt gesteld dat alle GGD'en minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen dienen te oefenen (indicator 24). Als zij elke keer andere GGD-processen oefenen, komt IZB eens per jaar aan bod.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Alleen de vermelding van het woord infectieziekte volstaat niet, er dienen concrete acties vermeld te worden.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het opnemen van het onderwerp infectieziekten wil nog niet zeggen dat de activiteiten inderdaad uitgevoerd worden, noch dat dat op een goede manier is gebeurd (met een positieve evaluatie).
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	<p>Deze indicator is afgeleid van norm 8 van het concept Kwaliteitskader 2.0, 'de organisatie heeft een procedure voor de OTO-planvorming en voert jaarlijks de Zelfevaluatie uit'. Bij deze norm hoort een aantal prestaties. Die geven aan organisaties richting en stellen daarmee organisaties in staat de norm te realiseren. Degene die beoordeelt (interpreteert) of de GGD aan deze de norm voldoet (bijv. de OTO-coördinator of coördinator van het GGD crisisteam), zou dat aan de hand van deze prestaties kunnen afmeten. De prestaties zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De organisatie heeft een visie vastgesteld op welke wijze medewerkers op een sleutelfunctie worden voorbereid.</li> <li>• De organisatie heeft vastgesteld hoe en met welke frequentie de activiteiten en processen, die in het crisisplan staan, worden beoefend.</li> <li>• Het meerjaren OTO-beleidsplan, dat in het ROAZ is vastgesteld, is op relevante onderdelen verwerkt in het OTO-jaarplan van de organisatie.</li> <li>• Relevante onderdelen uit het door het ROAZ vastgestelde OTO-jaarplan, zijn verwerkt in het OTO-jaarplan van de organisatie.</li> <li>• De organisatie voert jaarlijks een evaluatie uit over de OTO-activiteiten in het afgelopen jaar (OTO-jaarplan).</li> <li>• De organisatie legt de bevindingen uit de evaluatie van OTO-activiteiten vast in</li> </ul>

	<p>een OTO-jaarverslag.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het OTO-jaarverslag voldoet aan de binnen het ROAZ gestelde regionale inhoudsnorm.</li> <li>• De evaluatie wordt zodanig uitgevoerd dat minimaal het verloop van de vijf processen wordt beschreven en leerpunten worden aangegeven.</li> <li>• De resultaten van een evaluatie worden als input meegenomen bij de aanpassing van OTO-activiteiten.</li> <li>• De organisatie voert jaarlijks de Zelfevaluatie uit.</li> <li>• De aanbevelingen uit de Zelfevaluatie zijn verwerkt in een verbeterplan en/of direct herleidbaar in het crisisplan / OTO-jaarplan van de organisatie, zodat de PDCA-cyclus is doorlopen.</li> </ul>
Literatuur	<p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg, maart 2013.</p> <p>LNAZ i.s.m. andere organisaties. Kwaliteitskader crisisbeheersing en OTO 2.0. De zorgsector aantoonbaar voorbereid op rampen en crises. Tilburg: LNAZ, september 2016.</p> <p>GGD Nederland. Modelplan GROEP 2012. Utrecht: GGD Nederland, december 2012.</p>

<b>Indicator 6:</b>	
<b>Percentage GGD'en dat in het peiljaar een RAC-consulent tot de beschikking had</b>	
Type indicator	Structuur
Onderwerp	Ondersteuning
Berekening	<p><u>Teller</u>: aantal GGD'en G dat in het peiljaar een RAC-consulent tot de beschikking had</p> <p><u>Noemer</u>: totaal aantal GGD'en in Nederland</p>
Niveau	<p>Data: GGD</p> <p>Presentatie: één percentage voor heel Nederland</p>
Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)	<p>De bestrijding van infectieziekten in Nederland wordt uitgevoerd door de GGD'en, met ondersteuning van het RIVM. Bij de samenwerking van GGD'en en RIVM hebben de Regionaal Arts Consulenten (RAC'ers) een belangrijke rol.</p> <p>Nederland is verdeeld in zeven verzorgingsgebieden. In deze regio's werken de GGD'en samen aan de uitvoering van de infectieziektebestrijding. In elke regio is een RAC'er aangesteld. Zij werken deels</p>

	<p>bij GGD'en en deels bij het RIVM. De RAC'ers zorgen voor een verbinding tussen het RIVM en de regio, zorgen voor brede verspreiding van kennis, kunnen de regio ondersteunen en zijn bij uitbraken van infectieziekten een belangrijke schakel tussen de verschillende partijen.</p> <p>De infectieziektebestrijding is gebaseerd op een goed werkend landelijke netwerk van GGD'en, RIVM en RAC'ers. Deze indicator meet of alle GGD'en gebruik kunnen maken van het RAC-netwerk.</p>
<i>Bron</i>	Uitvraag bij GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	-
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Uitvragen bij GGD'en.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	Website RIVM: <a href="http://www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Regionale_infectieziektebestrijding">http://www.rivm.nl/Onderwerpen/R/Regionale_infectieziektebestrijding</a> .

## 7. Technische hygiënezorg

<b><u>Indicator 1:</u></b> <b>Beschikbare formatie (in fte) technische hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners</b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Capaciteit
<i>Berekening</i>	<p><u>Teller</u>: beschikbare totale formatie technische hygiënezorg (THZ)</p> <p><u>Noemer</u>: aantal inwoners in het werkgebied van de GGD</p>
<i>Niveau</i>	<p>Data: GGD.</p> <p>Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en; een spreidingsmaat (bijv. kwartielen, minimum, maximum); alternatieve maat kan zijn: totale formatie in NL/benodigde formatie in NL, met frequentieverdeling van GGD'en.</p>
<i>Rationale (waarom)</i>	Voor het waarborgen van een kwalitatief

<p><i>deze indicator en niet een andere?)</i></p>	<p>verantwoorde uitvoering van alle facetten van de technische hygiënezorg, is een minimale personele omvang van het team THZ van GGD'en noodzakelijk.</p> <p>De Wpg stelt dat B&amp;W zorgt voor het bevorderen van THZ (artikel 2.2.f). De verdere invulling daarvan is open gelaten. Artikel 57 (Ship Sanitation) benoemt nog wel een specifieke taak: burgemeesters van een aantal aangewezen zeehavens zijn bevoegd tot de afgifte van het certificaat van sanitaire controle van schepen en van het certificaat tot vrijstelling van sanitaire controle van schepen (indien het schip vrij is van besmetting). Dit is verder uitgewerkt in de Regeling Publieke Gezondheid (artikel 8 en de bijlage).</p> <p>Het Warenwetbesluit Tatoeëren en piercen belegt toezicht op tatoeage- en/of piercingshops bij GGD'en.</p> <p>In sommige gemeenten is in de Algemene Plaatselijke Verordening vastgelegd dat de GGD toezicht op de hygiëne houdt bij bijvoorbeeld publieksevenementen en bij seksbedrijven.</p> <p>GGD'en adviseren gemeenten waarop toezicht moet worden gehouden. De beschikbare formatie THZ geeft aan hoeveel aandacht er is voor THZ.</p>
<p><i>Bron</i></p>	<p>Strategische Benchmark GGD'en (indicator B47) of uitvragen bij GGD'en. De indicator in de Strategische Benchmark luidt: "Beschikbare formatie THZ per 100.000 inwoners in FTE (excl. formatie kinderopvang)".</p>
<p><i>Meetperiodiciteit van de bron</i></p>	<p>Jaarlijks</p>
<p><i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i></p>	<p>In januari 2015 is een nieuwe VISI-normering gepubliceerd (LOHV, 2015). Dit is een veldnorm, opgesteld door GGD-medewerkers. In de VISI-normering staat omschreven wat de tijdsinvestering is per THZ-taak en welke deskundigheid voor de taak nodig is. De normering moet op dit moment (eind oktober 2016) nog geaccordeerd worden door GGD GHOR Nederland.</p>
<p><i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspectie van kinderopvang in het kader van de Wet Kinderopvang (Wko) en markttaken vallen niet onder het stelsel PG; de hiervoor benodigde formatie dient dus niet meegeteld te worden.</li> <li>• Eén van de taken van THZ is 'ship sanitation' In niet iedere GGD-regio is echter een A- of B-haven gelegen. De VISI-norm kan hiervoor</li> </ul>

	<p>corrigeren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De totale formatie THZ betreft artsen, hygiënisten (hygiëneadviseur en de deskundige infectiepreventie) en administratief medewerkers.</li> <li>• Peildatum is 1 januari van het meetjaar.</li> <li>• Bij de Herziening VISI-normering is een Excel-spreadsheet gepubliceerd waarmee elke GGD de normformatie kan uitrekenen. Daarbij wordt rekening gehouden met de specifieke kenmerken van de GGD. Onderdeel van de berekening is het aantal hygiënebezoeken aan collectieve voorzieningen in de regio (zoals dak- en thuislozencentra en verpleeghuizen). De normformatie kan afgezet worden tegen de beschikbare totale formatie THZ.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Indien niet gebruik wordt gemaakt van de VISI-normering, is de indicator lastig te interpreteren. Er is niet vastgesteld wat de noodzakelijke of optimale beschikbare formatie per 100.000 inwoners is. Het is dan natuurlijk wel interessant om trends in de tijd te onderzoeken, maar nog steeds niet goed mogelijk om die te duiden als gunstig of ongunstig.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Een alternatieve (betere) indicator kan zijn: percentage GGD'en waar de beschikbare totale formatie THZ $\geq$ VISI-norm.
<i>Bronnen</i>	GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016. Landelijk Overleg Hygiëne en Veiligheid. Herziening VISI-normering. Normering Formatie Technische Hygiënezorg (concept). Januari 2015. LCHV, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. Beleidsrichtlijn Technische Hygiënezorg: prioriteren en financieren. LCHV: 2010.

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Richtlijnen
<i>Berekening</i>	<p><i>Teller:</i> aantal richtlijnen dat is te raadplegen op de RIVM-website, waarvan de publicatiedatum korter dan 5 jaar geleden is, gemeten vanaf peildatum</p> <p><i>Noemer:</i> aantal richtlijnen dat op de RIVM-website, onderdeel Landelijk Centrum Hygiëne</p>

	en Veiligheid (LCHV), is te raadplegen
<i>Niveau</i>	Data: RIVM (LCHV). Presentatie: één percentage.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Bij de infectieziektepreventie kunnen inzichten snel veranderen onder invloed van wetenschappelijke bevindingen, surveillance, hygiëneaudits, inspecties of ervaring met incidenten. Daarom is het belangrijk dat onder andere GGD-medewerkers van de afdeling THZ kunnen uitgaan van actuele richtlijnen.  Op de LCHV-website is bij de richtlijnen vermeld dat er het streven is om de richtlijnen eens in de 3 tot 5 jaar te herzien.
<i>Bron</i>	Website van het RIVM, onderdeel LCHV, en uitvragen bij LCHV-medewerkers
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Het is gewenst dat 100% van de richtlijnen actueel zijn
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen richtlijnen, geen draaiboeken</li> <li>• In de richtlijnen is geen vervaldatum opgenomen. Daarom is bij deze indicator aangesloten bij het maximum van de geldigheidsduur waarnaar gestreefd wordt. Een richtlijn die ouder is dan 5 jaar wordt aldus beschouwd als verlopen.</li> <li>• Mogelijk dat de exacte publicatiedatum nagetrokken moet worden bij LCHV-medewerkers.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Sommige veranderingen van inzicht zijn beperkt, zodat het aanpassen van een richtlijn in die gevallen weinig zinvol is. Een oude richtlijn kan dan nog steeds geldigheid hebben, en gebruik daarvan heeft dan weinig negatief effect op de preventie van infectieziekten.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Het streven is om een richtlijn na 3 à 5 jaar te herzien. Aldus zou men kunnen stellen dat ernaar gestreefd wordt dat de gemiddelde geldigheid van een richtlijn 4 jaar is. Hierbij kan een alternatieve indicator gedefinieerd worden: "Gemiddelde geldigheidsduur van richtlijnen" (met als streefcijfer 4 jaar). Deze zou verder geoperationaliseerd kunnen worden als: "Gemiddelde duur tussen de publicatiedatum van geldende versies van de richtlijnen en de publicatiedatum van de voorgaande versies van de richtlijnen voor overeenkomstige onderwerpen".

	Nadeel van deze indicator is dat deze betrekking heeft op richtlijnen die op de peildatum niet meer geldig zijn.
<i>Bronnen</i>	Website LCHV: <a href="http://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Landelijk_Centrum_Hygiene_en_Veiligheid_LCHV/LCHV_Richtlijnen">http://www.rivm.nl/Onderwerpen/L/Landelijk_Centrum_Hygiene_en_Veiligheid_LCHV/LCHV_Richtlijnen</a>

<b><u>Indicator 3:</u></b> <b><i>Het percentage tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na aanvraag beoordeeld is</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Tijdig hygiënebezoek
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na binnenkomst van het verzoek tot beoordeling is beoordeeld <i>Noemer:</i> aantal tattoo- en/of piercingstudio's waarvan een verzoek tot beoordeling is binnengekomen
<i>Niveau</i>	Data: GGD. Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Volgens het Warenwetbesluit Tatoeëren en piercen (21-3-2007) is de GGD de toezichthoudende instantie bij studio's waar tatoeëring en/of piercing plaatsvindt. Iedere drie jaar moet een studio die onder dit Besluit valt worden geïnspecteerd. Vervolgens zal er een vergunning worden afgegeven of geweigerd. Tussen het indienen van het verzoek en het ontvangen van de vergunning mogen de shops niet praktiseren, tenzij ze nog beschikken over een geldende vergunning.  De Regeling mandaatverlening aan de GGD'en met betrekking tot de uitvoering van het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen (1-6-2007) stelt dat GGD'en gemandateerd zijn om vergunningen af te geven en in te trekken.  Volgens de Warenwetregeling tatoeëren en piercen (1-6-2007) is een vergunning drie jaar geldig.  Deze indicator zegt iets over klantgerichtheid richting ondernemers.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij afdelingen THZ van GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Termijn van 6 weken



<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusie van bedrijven waar alleen piercing van de oorlel en neusvleugel plaatsvindt.</li> <li>• Exclusie van publieksevenementen waarbij tatoeëring en/of piercing plaatsvindt (hiervoor is vrijstelling van vergunning).</li> <li>• Er moet nog vastgesteld worden wat het exacte tijdstip van binnenkomst van verzoek tot beoordeling is, en wat het exacte tijdstip van beoordeling is. Tussen het moment van beoordeling en verzenden van vergunning, afwijzing of verbeterlijst kan ook nog tijd zitten.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	De beoordeling van tattoo- en/of piercingstudio's is niet opgenomen in de Wpg. Het wordt echter wel als relevant volksgezondheidsonderwerp gezien, waardoor het is opgenomen in wetgeving. De wetgever heeft er echter voor gekozen het op te nemen in een apart Warenwetbesluit Tatoeëren en piercen. Het is daarom de vraag of deze indicator het functioneren van het stelsel PG, volgend uit de Wpg, meet.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er is uitstel van de termijn van 6 weken mogelijk; er moet daar wel reden voor zijn (bijv. er is meer onderzoek nodig of de ondernemer heeft geen volledige gegevens aangeleverd) en de ondernemer moet hiervan worden geïnformeerd.</li> <li>• Gemeenten kunnen het toezicht op tattoo- en/of piercingstudio's ook bij andere partijen dan de GGD beleggen.</li> </ul>
<i>Bronnen</i>	Warenwetbesluit tatoeëren en piercen Warenwetregeling vrijstelling vergunningplicht tatoeëren en piercen

<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat contact onderhoudt met de volgende instellingen: opvang asielzoekerscentra, sociale pensions en dak- en thuislozenopvang, evenementen</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Onderhouden van contact met instellingen
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat te minste éénmaal in het peiljaar contact heeft gehad met <i>alle</i> genoemde instellingen in de regio: opvang asielzoekerscentra, sociale pensions en dak- en thuislozenopvang, evenementen <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en.

	Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>In het document waarin de herziening van de VISI-normering voor THZ is beschreven, wordt gesteld dat het van belang is dat er regelmatig contact en overleg is met collectieve voorzieningen in de regio (verpleeg- en verzorgingshuizen, justitiële inrichtingen, publiekevenementen, etc.) om tot een goede en effectieve uitvoering van de technische hygiënezorgstaken te komen. Het doel van de contacten is informatie uit te wisselen en activiteiten af te stemmen. Een goede samenwerking bevordert het effectief toezicht en de eventuele handhaving. Bij het contact kunnen instellingen worden voorzien van advies over hygiëne en infectiepreventie en kunnen medewerkers van de GGD een indruk krijgen van de risico's. Er zijn vele typen collectieve voorzieningen waarmee contact onderhouden wordt. Hier wordt ingezoomd op drie belangrijke typen.</p> <p>Exclusie van instellingen en evenementen in gemeenten die de technische hygiënezorg ook bij andere partijen dan de GGD hebben belegd.</p>
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Contact: bezoek van de instellingen waarbij contact is met verantwoordelijke daarvan (manager, beheerder), en face-to-face of telefonisch contact met de organisatoren van evenementen. Onderwerp van gesprek is het uitvoeren en afstemmen van activiteiten die de kans op verspreiding van pathogene micro-organismen verkleinen.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Of er contact is geweest met alle instellingen en organisatoren van evenementen, is alleen vast te stellen als de sociale kaart op orde is en overzichten van specifieke voorzieningen actueel is, dus bekend is welke collectieve voorzieningen in de regio aanwezig zijn, en als alle geplande evenementen bekend zijn. Ook dient er een goede registratie te zijn van alle contacten die hygiëneadviseurs en deskundigen infectiepreventie hebben. Gemeenten of GGD'en kunnen na inventarisatie besluiten dat ander type instellingen meer prioriteit hebben om

	contact mee te houden dan de drie genoemde, omdat daar de risico's hoger zijn.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Gemeenten kunnen het technische hygiënezorg ook bij andere partijen beleggen.
<i>Bronnen</i>	Landelijk Overleg Hygiëne en Veiligheid. Herziening VISI-normering. Normering Formatie Technische Hygiënezorg (concept). Januari 2015. GHOR Nederland. Landelijke handreiking geneeskundige advisering publieksevenementen versie 2.1. GHOR Nederland, 2011.

<b><i>Indicator 5:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat een actueel gemeentelijk of regionaal risicoprofiel heeft opgesteld op basis van de beleidsrichtlijn THZ</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Opstellen risicoprofiel
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat een actueel gemeentelijk of regionaal risicoprofiel heeft opgesteld op basis van de beleidsrichtlijn THZ <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en. Presentatie: één percentage voor heel Nederland.
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De Beleidsrichtlijn THZ (LCHV, 2015) beveelt aan om een gemeentelijk of regionaal risicoprofiel op te stellen, nadat een inventarisatie van voorzieningen en risico-inschatting per soort voorziening is uitgevoerd. In het risicoprofiel is aangegeven hoeveel voorzieningen (instellingen) in de regio aanwezig zijn, en welke prioriteit elk type voorziening zou moeten krijgen met het oog op infectiepreventiemaatregelen. Bij de voorzieningen met een hoge prioriteit zou jaarlijks een hygiëneaudit uitgevoerd moeten worden om de voortgang te bewaken. Zo nodig kunnen de voorzieningen worden geïnformeerd en geadviseerd over hygiëne en infectiepreventiemaatregelen.  In het document waarin de herziening van de VISI-normering voor THZ is beschreven (LOHV, 2015), wordt het opstellen van een risicoprofiel per gemeente ook beschreven (deeltaak 2, beleidsadviesing).
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks

<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Of een GGD een risicoprofiel heeft opgesteld, wordt uitgevraagd bij de GGD'en.</li> <li>• Indien een GGD niet voor alle gemeenten in de regio een risicoprofiel heeft opgesteld, maar wel voor enkele, telt deze GGD toch mee in de teller (en noemer).</li> <li>• Actueel wil zeggen dat het publicatie van het risicoprofiel niet langer geleden is dan 1 jaar voor de peildatum.</li> <li>• Het risicoprofiel is opgesteld op basis van de Beleidsrichtlijn THZ, en geeft aan hoeveel voorzieningen in de regio aanwezig zijn, en welke prioriteit elk type voorziening zou moeten krijgen met het oog op infectiepreventiemaatregelen.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het opstellen van een risicoprofiel leidt nog niet tot vermindering van het optreden van infecties. Daarvoor is het ook nodig dat instellingen geïnformeerd en geadviseerd worden, en dat ze de preventiemaatregelen adequaat uitvoeren. Het opstellen van een risicoprofiel is wel een activiteit om efficiënt met de capaciteit THZ om te gaan, waarbij gericht wordt op voorzieningen met de hoogste risico's.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>Bronnen</i>	LOHV, Landelijk Overleg Hygiëne en Veiligheid. Herziening VISI-normering. Normering Formatie Technische Hygiënezorg (concept). Januari 2015. LCHV, Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid. Beleidsrichtlijn THZ. Praktische uitwerking van kader voor THZ. Bilthoven: RIVM, december 2015.

## 8. Ouderengezondheidszorg

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Gezondheid(szorg) ouderen
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten

	Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Deze indicator laat zien dat gemeenten aandacht besteden aan de gezondheid van ouderen. Vanuit de Wpg artikel 5a ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg bij het college van burgemeester en wethouders. Door aan dit thema in de nota aandacht te besteden, zullen gemeenten mogelijk hun activiteiten gericht op ouderen in kaart brengen, wat kan leiden tot nieuwe inzichten en uiteindelijk een samenhangender ouderengezondheidszorgbeleid.
<i>Bron</i>	Primaire bron: gemeentelijke nota's volksgezondheid / gezondheidsbeleid. Secondaire bron: de scan van de gemeentelijke nota's die GGD GHOR Nederland om de ca. vier jaar uitvoert; zij scant een groot aantal items, waaronder ouderengezondheidszorg.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Een gemeente stelt ongeveer eens per vier jaar een nota vast, maar de nota's komen niet allemaal op hetzelfde moment uit (in hetzelfde kalenderjaar). GGD GHOR Nederland scant de nota's ook ongeveer eens per vier jaar.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elke gemeente publiceert een gezondheidsnota binnen twee jaar na het verschijnen van de landelijke gezondheidsnota. De voorlaatste landelijke nota verscheen in mei 2011, de laatste in december 2015. GGD GHOR Nederland scant de gemeentelijke nota's op een groot aantal items, waaronder ouderengezondheidszorg. Er wordt nagegaan of het item ouderengezondheidszorg wordt genoemd. In november 2013 heeft GGD GHOR Nederland gepubliceerd over de lokale nota's die uitkwamen na het verschijnen van de landelijke nota in mei 2011 (GGD Nederland, 2013). De eerstvolgende scan wordt begin 2018 verwacht. Voor de rapportage van 2013 is van bijna de helft van alle Nederlandse gemeenten de nota gescand.</li> <li>• Sommige nota's zijn regionaal of subregionaal geschreven, al dan niet met lokale paragrafen. De resultaten van deze (sub)regionale nota's kunnen aldus voor meerdere gemeenten gelden.</li> <li>• De nota gezondheidsbeleid kan gekoppeld zijn aan de Wmo- of ouderennota. Volgens de Scan in 2013 was 17% van de nota's gezondheidsbeleid gekoppeld aan de Wmo-nota.</li> <li>• Indien de nota verwijst naar een</li> </ul>

	vervolgdocument waarin nader wordt ingegaan op oudergezondheidszorg, kan dat ook meegenomen worden in de beoordeling.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indien het item ouderengezondheidszorg niet wordt genoemd in de nota, betekent dit niet noodzakelijkerwijs dat er in de gemeente geen aandacht is voor ouderengezondheidszorg.</li> <li>• Het thema ouderengezondheidszorg kan ook beschreven zijn in bijv. de Wmo-nota of ouderennota.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Uitgebreide scans zijn verschenen in juni 2010 en november 2013.
<i>Overige opmerkingen</i>	Op termijn zou gemeten kunnen worden of gemeenten doelstellingen op het gebied van ouderengezondheidszorg hebben geformuleerd, en welke dat dan zijn. Gedacht kan worden aan kwaliteit van zorg, lagere zorgkosten, meer samenwerking tussen instanties op gebied van preventieve ouderengezondheidszorg, betere gezondheidsuitkomsten etc. Er zou ook gemeten kunnen worden hoe concreet de doelstellingen zijn, van alleen een kwalitatieve doelstelling tot een kwantitatieve doelstelling met daaraan gekoppeld een bepaald budget.
<i>Literatuur</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panteia. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, september 2012.</li> <li>• GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.</li> </ul>

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Tevredenheid van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema preventieve ouderenzorg over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Landelijke ondersteuning
<i>Berekening</i>	<p><i>Kencijfer:</i> gemiddelde score van alle gemeenten op een vraag naar de ervaren mate van landelijke informatie en ondersteuning bij de uitvoering van de taak preventieve ouderenzorg</p> <p>en/of:</p> <p><i>Teller:</i> aantal gemeenten dat een goede landelijke informatie en ondersteuning ervaart bij de uitvoering van de taak preventieve ouderenzorg</p> <p><i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland</p>

<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: een gemiddelde (plus een spreidingsmaat) of een percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	De minister is verantwoordelijk voor het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en het instandhouden en verbeteren van de landelijke ondersteuningsstructuur. Bij het invullen van het thema preventieve ouderenzorg hebben gemeenten behoefte aan informatie en ondersteuning.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij beleidsmedewerkers van gemeenten die die zich bezighouden met het thema preventieve ouderenzorg zoals bedoeld in artikel 5a van de Wpg. Er zou één reactie per gemeente gevraagd kunnen worden, of er kan een reactie van meerdere ambtenaren die zich bezighouden met het thema ouderengezondheidszorg gevraagd worden.</li> <li>• De behoefte aan ondersteuning kan veel verschillende onderwerpen betreffen, zoals informatie over de invulling van het beleid, informatie over goede voorbeelden in andere gemeenten, praktische ondersteuning (bijv. in de vorm van handreikingen en adviezen), financiële ondersteuning en extra ambtelijke capaciteit.</li> <li>• Landelijke instanties die ondersteuning kunnen bieden zijn bijv. RIVM/CGL, Vilans, Pharos, ZonMw en Academische werkplaatsen.</li> <li>• De exacte vraagstelling en antwoordcategorieën moeten nog ontwikkeld worden. Eventueel zou de vraag uitgesplitst kunnen worden naar soort van ondersteuning: informatie, handreikingen, advies, middelen enz.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Een ervaringsvraag is subjectief, en vaak lastig te interpreteren. Voor een beter begrip van de waardering zouden vervolgvragen gesteld kunnen worden over de ondersteuning waar men gebruik van maakt en de ondersteuning die men mist.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hoewel deze indicatorenset uitgaat van de</li> </ul>

<i>opmerkingen</i>	<p>taken die vermeld staan in de Wpg, is er in de praktijk overlap met taken die vermeld zijn in de Wmo. Voor beleidsmedewerkers zijn de gemeentelijke taken en bijbehorende ondersteuning mogelijk ook lastig te onderscheiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behalve aan gemeenteambtenaren, zou deze vraag ook gesteld kunnen worden aan GGD-medewerkers die zich bezighouden met het thema ouderengezondheidszorg.</li> </ul>
<i>Literatuur</i>	-

<b><u>Indicator 3:</u></b> <b><i>Percentage gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Monitoring
<i>Berekening</i>	<p><u>Teller</u>: aantal gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord</p> <p><u>Noemer</u>: totaal aantal gemeenten in Nederland</p>
<i>Niveau</i>	Data: gemeente Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>In de Wpg is opgenomen dat gemeenten op systematische wijze de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen volgen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren signaleren. Dit interpreteren wij als monitoring op populatieniveau.</p> <p>Inzicht in de gezondheidssituatie van ouderen kan helpen de gezondheidsproblemen van ouderen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren in gemeente en wijk efficiënter en doelgerichter aan te pakken. Het laat zien wat er speelt onder oudere bewoners en helpt om gericht interventies in te zetten, verbindingen te leggen en aandachtspunten voor nieuw beleid te formuleren.</p>
<i>Bron</i>	<p>Primair: ouderenmonitor of gezondheidsmonitor van de GGD, gegevens van de lokale welzijnsorganisatie, zorgregistraties, gegevens van het Wmo-loket, geregistreerde gegevens bij huisbezoeken, de regionale VTV, eigen onderzoek van de gemeente (omnibusenquête, leefbaarheidsonderzoek, onderzoek naar kwetsbaarheid), enz.</p> <p>Secondair: uitvragen bij gemeenten</p>
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Vierjaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee



<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Uitvragen bij gemeenten
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het type bron, detail van de gegevens, actualiteit, omvang van de onderzochte populatie en schaalniveau van presentatie, kan verschillen tussen gemeenten</li> <li>• Het in kaart brengen van de gezondheidssituatie van ouderen betekent nog niet dat gepaste zorg (op termijn) ook aangeboden gaat worden. De relatie van deze indicator met de gezondheidstoestand van ouderen is dus mogelijk niet zo sterk.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	Panteia. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, september 2012.

<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Percentage ouderen met psychische problematiek</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Psychische gezondheid
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal ouderen met psychische problematiek <i>Noemer:</i> aantal ouderen bij wie het voorkomen van psychische problematiek is gemeten
<i>Niveau</i>	Data: gemeente Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Vanuit de Wpg dragen gemeenten zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Het doel hiervan is de gezondheid van ouderen te bevorderen en bedreigingen te voorkomen. In hoeverre dat doel bereikt wordt, kan met deze indicator gemeten worden. Psychische gezondheid is één van de aspecten van gezondheid, naast lichamelijke gezondheid en sociale gezondheid. In de Wpg is ook opgenomen dat gemeenten ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren op systematische wijze volgen en signaleren. Dat betekent dat ook psychische gezondheid gevolgd wordt.

<i>Bron</i>	Primaire bron: Gezondheidsmonitor, CBS-Gezondheidsenquête. Secondaire bron: uitvragen bij gemeenten.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Vierjaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Uitvragen bij gemeenten, kan via Gezondheidsmonitor van GGD.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waarschijnlijk zijn gegevens over psychische problematiek niet voor elke gemeente beschikbaar, wellicht alleen op GGD-niveau.</li> <li>• Idealiter wordt in elke gemeente dezelfde methode en hetzelfde instrument gebruikt. Indien dat niet het geval is, is vergelijking tussen gemeenten problematisch, evenals de interpretatie van een landelijk totaalcijfer.</li> <li>• Geen enkel instrument meet alle mogelijke psychische problemen. De K10 (gebruikt in de Gezondheidsmonitor) en de MHI-5 (gebruikt in de CBS-GE) meten bijvoorbeeld vooral angst- en depressieklachten. De aanwezigheid van alcoholproblematiek en slaapstoornissen wordt minder goed gemeten.</li> <li>• De relatie tussen datgene wat een gemeente doet op het gebied van ouderengezondheidszorg, en het voorkomen van psychische problematiek onder ouderen in de bevolking, kan wellicht verondersteld worden, maar is niet onomstotelijk bewezen.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	-

<b><i>Indicator 5:</i></b> <b><i>Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Ervaren gezondheid
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal ouderen met een goed ervaren gezondheid <i>Noemer:</i> aantal ouderen bij wie de ervaren gezondheid is gemeten
<i>Niveau</i>	
<i>Rationale (waarom</i>	Vanuit de Wpg dragen gemeenten zorg voor de

<i>deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Het doel hiervan is de gezondheid van ouderen te bevorderen en bedreigingen te voorkomen. In hoeverre dat doel bereikt wordt, kan met deze indicator gemeten worden. Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie.</p> <p>In de Wpg is ook opgenomen dat gemeenten ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren op systematische wijze volgen en signaleren. Ervaren gezondheid past daar uitstekend bij.</p>
<i>Bron</i>	<p>Primaire bron: Gezondheidsmonitor, CBS-Gezondheidsenquête.          Secundaire bron: uitvragen bij gemeenten.</p>
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Vierjaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Uitvragen bij gemeenten, kan via Gezondheidsmonitor.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waarschijnlijk zijn gegevens over ervaren gezondheid niet voor elke gemeente beschikbaar, wellicht alleen op GGD-niveau.</li> <li>• Idealiter wordt in elke gemeente dezelfde methode gebruikt om ervaren gezondheid te meten. Indien dat niet het geval is, is vergelijking tussen gemeenten lastig, evenals de interpretatie van een landelijk totaalcijfer.</li> <li>• De relatie tussen datgene wat een gemeente doet op het gebied van ouderengezondheidszorg, en de ervaren gezondheid van ouderen, kan wellicht verondersteld worden, maar is niet onomstotelijk bewezen.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	-

<b><i>Indicator 6:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	In kaart brengen van de zorgbehoefte
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht <i>Noemer:</i> alle gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	In de Wpg is opgenomen dat gemeenten bij ouderen de behoefte aan zorg ramen. Tezamen met inzicht in het aanbod aan zorg kan zo inzicht verkregen worden over de mate waarin het aanbod op de behoefte aansluit.  Het in kaart brengen van de zorgbehoefte interpreteren wij als behoeftebepaling op populatieniveau, niet om de bepaling van de zorgbehoefte op individueel niveau. Er kan hiertoe wel gebruik gemaakt worden van (geanonimiseerde) individuele gegevens.
<i>Bron</i>	Primair: onderzoek van de GGD (bijv. de regionale VTV), gegevens van het Wmo-loket, gegevens van de lokale welzijnsorganisatie, zorgregistraties (huisartsen, ROS'en), geregistreerde gegevens bij huisbezoeken, gegevens van ouderenorganisaties, enz. Secondair: uitvragen bij gemeenten
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Uitvragen bij gemeenten.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Het in kaart brengen van de zorgbehoefte van ouderen betekent nog niet dat die zorg (op termijn) ook aangeboden gaat worden. De relatie van deze indicator met de gezondheidstoestand van ouderen is dus mogelijk niet zo sterk.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	
<i>Overige opmerkingen</i>	Het ramen van de zorgbehoefte op populatieniveau lijkt op het monitoren van de gezondheidssituatie (indicator 4). Zorgbehoefte

	kan gezien worden als de behoefte die ouderen zelf zeggen te hebben, terwijl kennis over de gezondheidssituatie (en risicofactoren) op meer indirecte wijze aangeeft welke zorg ouderen nodig hebben. De invalshoeken zijn deels complementair. Zo kan de raming van de zorgbehoefte laten zien dat en bepaald type zorg door ouderen gemist wordt, terwijl een gezondheidsmeting kan laten zien dat bepaalde risicofactoren veel voorkomen, wat erop kan wijzen dat het aanbieden van preventieve interventies mogelijk zinvol is.
<i>Literatuur</i>	Panteia. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, september 2012.

<b><i>Indicator 7:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Vroegsignalering
<i>Berekening</i>	<u>Teller</u> : aantal gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert <u>Noemer</u> : alle gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	In de Wpg is opgenomen dat gemeenten vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit uitvoeren. Ook is opgenomen dat zij voorlichting, advies, instructie en begeleiding geven. Dat laatste zal onder andere gegeven worden aan ouderen bij wie een of meer aandoeningen vroegtijdig zijn opgespoord.  Het doel van vroegsignalering is het vroegtijdig aanbieden van zorg en ondersteuning waardoor (verdere) problemen uitgesteld kunnen worden of mogelijk zelfs voorkomen kunnen worden, wat ertoe kan bijdragen dat ouderen langer zelfstandig kunnen blijven functioneren en wonen.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie,</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij gemeenten.</li> <li>• De vroegsignalering betreft het signaleren van</li> </ul>

<p><i>steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i></p>	<p>fysieke, cognitieve of psychisch aandoeningen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De gemeente zelf kan de vroegsignalering uitvoeren, maar het kan ook uitgevoerd worden door andere partijen, zoals zorgaanbieders in de eerste lijn (bijv. huisartsen of praktijkondersteuners huisartsenzorg), thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, GGZ-instellingen (waaronder psychogeriatric en verslavingszorg), ziekenhuizen, vrijwilligersorganisaties en GGD'en.</li> <li>• Bij vroegsignalering kan het gaan om huisbezoeken door een ouderenadviseur, maar ook om signalering door een professional of vrijwilliger op een plek waar ouderen komen, zoals zorg- en welzijnsorganisaties, buurthuizen, wijkcentra, kerken/moskeeën of zelfs supermarkten.</li> <li>• Vroegsignalering kan gericht zijn op alle ouderen of op bepaalde doelgroepen, bijv. ouderen met een lage sociaaleconomische status, zorgmijders, mensen met psychische problemen, mensen zonder enig sociaal netwerk, oudere mantelzorgers en oude ouderen.</li> </ul>
<p><i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Of vroegsignalering bij ouderen een effectieve methode is om problemen in het functioneren en zelfredzaamheid te voorkomen, is nog niet duidelijk aangetoond, noch hoe dat het beste kan plaatsvinden noch op welke risicofactoren en aandoeningen men zich het beste kan richten.</li> <li>• Het begrip 'vroegsignalering', is nog niet scherp gedefinieerd, waardoor deze indicator waarschijnlijk lastig te vergelijken is tussen gemeenten en de interpretatie ook lastig is.</li> </ul>
<p><i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i></p>	<p>-</p>
<p><i>Overige opmerkingen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vroegsignalering is een eerste stap. Daarna is het belangrijk dat ouderen met een aandoening, gepaste zorg/ondersteuning/hulp krijgen. Zorg- en dienstverleners kunnen ouderen daartoe voorzien van relevante informatie over het zorgaanbod en de sociale activiteiten.</li> <li>• Hoewel deze indicatorenset uitgaat van de taken die vermeld staan in de Wpg, is er in de praktijk overlap met taken die vermeld zijn in de Wmo. Dat geldt ook voor vroegopsporing, waarbij de vroegopsporing zich kan verbreden tot risico's op aandoeningen, kwetsbaarheid en onwelbevinden.</li> </ul>
<p><i>Literatuur</i></p>	<p>Bruin S de, Lette M, Baan C, Berg M van den.</p>

	<p>Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen. Bilthoven: RIVM, augustus 2014.</p> <p>Bruin S de, Lemmens L, Lette M, Buist Y, Stoop A, Baan C. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? Bilthoven: RIVM, juli 2016.</p> <p>Panteia. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, september 2012.</p>
--	--

<b><u>Indicator 8:</u></b> <b><i>Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Vroegsignalering
<i>Berekening</i>	<u>Teller</u> : aantal gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen <u>Noemer</u> : alle gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeente Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>In de Wpg is opgenomen dat gemeenten vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit uitvoeren. Ook is opgenomen dat zij voorlichting, advies, instructie en begeleiding geven. Dat laatste zal onder andere gegeven worden aan ouderen bij wie een of meer aandoeningen vroegtijdig zijn opgespoord.</p> <p>Het is belangrijk dat gemeenten hierbij samenwerken met andere partijen en informatie daarmee uitwisselen. Dit voorkomt langs elkaar heen werken waardoor signalen worden gemist, en ouderen niet weten waar ze terecht kunnen of door verschillende instanties worden benaderd die allemaal op hun eigen gebied risico's en problemen opsporen.</p>
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef,</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij gemeenten.</li> <li>• De vroegsignalering betreft het signaleren van fysieke, cognitieve of psychisch aandoeningen.</li> </ul>

<i>instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet alle gemeenten zullen vroegsignalering bij ouderen uitvoeren. Van de gemeenten die dat wel doen, zal slechts een deel afspraken daarover hebben gemaakt met andere partijen. Bij deze indicator wordt de teller gevormd door het aantal gemeenten dat vroegsignalering uitvoert én samenwerkt met andere partijen.</li> <li>• Partijen waarmee gemeenten afspraken kunnen maken over vroegsignalering kunnen variëren van sociale netwerken van ouderen tot landelijke organisaties. Het gaat onder meer om zorgaanbieders in de eerste lijn, ROS, ziekenhuizen, GGZ-instellingen (waaronder psychogeriatric en verslavingszorg), thuiszorgorganisaties, verzorgingshuizen, verpleeghuizen, welzijnsorganisaties, vrijwilligersorganisaties, sociale netwerken van ouderen, informele vindplaatsen (bibliotheek, kerk, moskee, supermarkt, wijkcentrum), ouderenorganisaties, Wmo-raad, GGD'en, andere gemeenten in de regio, woningbouwcorporaties, zorgverzekeraars, sportorganisaties (sportkoepels/sportvoorzieningen/sportverenigingen), stichting MEE, Zorgbelang, Wmo-loket, seniorenraad en het algemeen maatschappelijk werk.</li> <li>• Bij vroegsignalering kan het gaan om huisbezoeken door een ouderenadviseur, maar ook om signalering door een professional of vrijwilliger op een plek waar ouderen komen, zoals zorg- en welzijnsorganisaties, buurthuizen, wijkcentra, kerken/moskeeën of zelfs supermarkten.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<p>Hoewel deze indicatorenset uitgaat van de taken die vermeld staan in de Wpg, is er in de praktijk overlap met taken die vermeld zijn in de Wmo. Dat geldt ook voor vroegopsporing, waarbij de vroegopsporing zich kan verbreden tot risico's op aandoeningen, kwetsbaarheid en onwelbevinden.</p>
<i>Literatuur</i>	<p>Bruin S de, Lette M, Baan C, Berg M van den.  Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: op weg naar betere aansluiting bij wat ouderen zelf willen en kunnen. Bilthoven: RIVM, augustus 2014.</p> <p>Bruin S de, Lemmens L, Lette M, Buist Y, Stoop A,</p>



	<p>Baan C. Vroegopsporing bij (kwetsbare) ouderen: wat is nodig om beter aan te sluiten bij hun wensen en behoeften? Bilthoven: RIVM, juli 2016.</p> <p>Panteia. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, september 2012.</p>
--	---

<b><i>Indicator 9:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Aanbieden van preventieve activiteiten
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>In de Wpg is opgenomen dat gemeenten, in het kader van ouderengezondheidszorg, vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit uitvoeren en voorlichting, advies, instructie en begeleiding geven. Uit onderzoek uitgevoerd in 2015 blijkt dat preventie en gezonde leefstijl bij gemeenten niet hoog op de agenda staan (Schuttelaar &amp; Partners, 2016). Toch is hier veel winst te behalen. En omdat gemeenten zeggenschap over vrijwel het hele sociale domein hebben gekregen, kunnen ze dat efficiënt doen, door bundeling van preventie en ondersteuning.</p> <p>Ten tijde van het onderzoek waren de meest voorkomende interventies gericht op bewegen en vallen, sociaal isolement/eenzaamheid, depressie en zelfredzaamheid. Minder aandacht was er voor roken, alcoholmisbruik en ondervoeding (Schuttelaar &amp; Partners, 2016).</p>
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Bijvoorbeeld tweejaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij gemeenten</li> <li>• Met preventieve activiteiten wordt hier bedoeld activiteiten waaraan ouderen zelf kunnen deelnemen. Ze zijn gericht op een gezonde leefstijl (roken, bewegen, voeding, overgewicht, alcoholgebruik), preventie van gezondheidsproblemen (vallen, ondervoeding,</li> </ul>

	<p>uitdroging), vroegsignalering van gezondheidsproblemen (depressie, fysieke aandoeningen) en interventie op risicofactoren voor gezondheidsproblemen (sociaal isolement/eenzaamheid, zelfredzaamheid).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventieve activiteiten die aangeboden worden aan alle volwassenen, inclusief ouderen, tellen niet mee.</li> <li>• De preventieve activiteiten kunnen aangeboden worden door gemeenten zelf, de GGD maar ook andere partijen zoals GGZ-instellingen en instellingen voor verslavingszorg, de eerste lijn, sportaanbieders en thuiszorgaanbieders.</li> </ul>
<p><i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preventieve activiteiten bij ouderen zijn mogelijk kansrijk, maar er zijn nog wel problemen te overwinnen: er is vaak weinig of slechts tijdelijke financiering, er is gebrek aan inzicht over hoe lange termijn effecten bereikt kunnen worden, er is gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing en het veld is gefragmenteerd. Hierdoor is het voor gemeenten niet vanzelfsprekend om preventieve activiteiten voor ouderen aan te bieden, en zullen verschillende gemeenten ongetwijfeld andere keuzen maken.</li> <li>• Een gemeente die één interventie aanbiedt aan ouderen in één buurt, scoort even hoog als een gemeente die meerdere interventies aanbiedt aan ouderen in de hele gemeente.</li> </ul>
<p><i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i></p>	-
<p><i>Overige opmerkingen</i></p>	-
<p><i>Literatuur</i></p>	<p>Schuttelaar &amp; Partners. Een leven lang vitaal. Eindrapport project ouderen &amp; preventie. Den Haag, 2016.</p> <p>Panteia. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Eindrapport. Zoetermeer: Panteia, september 2012.</p> <p>Leijen M. Ouderen verdienen meer aandacht van de Publieke Gezondheid. Final Paper. Master of Public Health. Utrecht: NSPOH, mei 2014.</p>

## 9. Epidemiologie

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Capaciteit
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD op peildatum <i>Noemer:</i> aantal inwoners in het werkgebied van de GGD op peildatum
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en Presentatie: gemiddelde van alle GGD'en; een spreidingsmaat
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Om de taken onderzoek, monitoring, signalering, rapportage en beleidsadvisering naar behoren uit te voeren, is voldoende deskundig personeel nodig. Bij een te krappe bemensing is het moeilijk om goede kwaliteit te bieden. Volgens de Wpg dienen de epidemiologisch onderzoekers geregistreerd te zijn als epidemioloog A (in het register van de Vereniging voor Epidemiologie) of epidemioloog B (door de Stichting voor opleiding tot Medisch Biologisch Wetenschappelijk Onderzoeker). Deze indicator geeft een indicatie van de mate van investering door gemeenten en GGD'en in onderzoeks- en beleidstaken bij de GGD, afgemeten aan het aantal fte epidemiologie.
<i>Bron</i>	Strategische Benchmark GGD'en (indicator B45).
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Zowel vast als tijdelijk personeel.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GGD'en kunnen verschillende georganiseerd zijn. Epidemiologen kunnen werkzaam zijn op een stafafdeling, of een afdeling beleid, epidemiologie, gezondheidsbevordering of onderzoek.</li> <li>• De onderzoeks- en beleidstaken worden ook vaak ingevuld door onderzoekers met een andere achtergrond. Vooral nog zal echter worden aangesloten bij de indicator uit de Strategische Benchmark GGD'en om de registratielast te voorkomen.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het kan ook voorkomen dat onderzoek wordt uitbesteed aan andere organisaties dan de GGD, of gemeenten doen zelf onderzoek. Deze fte's worden niet meegeteld.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Trendbreuken kunnen ontstaan bij veranderingen in de interne organisatie van GGD'en of veranderingen in het beleid om onderzoek uit te besteden.
<i>Overige opmerkingen</i>	Indien de indicator ook onderzoekers met een andere achtergrond meetelt, zal de titel kunnen zijn: "Aantal fte onderzoekers werkzaam op de afdeling onderzoek en beleid van een GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied".
<i>Literatuur</i>	GGD GHOR Nederland. Strategische Benchmark GGD. Definities strategische indicatoren en basisindicatoren. Uitvraag 2015. Utrecht: GGD GHOR Nederland, 2016.

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat eens in de vier jaar een regionale volksgezondheidsrapportage uitbrengt</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Rapportage
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat vier jaar of korter geleden de laatste volksgezondheidsrapportage heeft uitgebracht <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Definitie</i>	Een regionale volksgezondheidsrapportage is een product dat inzicht geeft in de regionale volksgezondheid op hoofdlijnen en bevat een integrale analyse van de regionale gezondheidssituatie. Het geeft antwoord op de volgende vragen: 'Wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen in de regio?', 'Wat zijn de belangrijkste oorzaken van (on-)gezondheid in de regio?', 'Wat gebeurt er nu aan beleid, preventie en zorg in de regio?' en 'Wat brengt de toekomst?'. Belangrijke stakeholders, waaronder gemeenten, dienen bij de productie betrokken te zijn geweest.
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Volgens de Wpg verwerft elke gemeente, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Elke vier jaar verzamelt en analyseert elke gemeente, voorafgaand aan de opstelling

	van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over gezondheidssituatie van de bevolking. Deze verzameling en analyse is over het algemeen bij de GGD belegd.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks (al zal een GGD slechts om de paar jaar een rapportage uitbrengen, maar dat zal niet voor alle GGD'en in hetzelfde jaar zijn).
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Ja, vierjaarlijks
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij GGD'en.</li> <li>• Een tabellenboek of een cijferoverzicht op een website wordt niet als volksgezondheidsrapportage gezien.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	In de Toolkit regionale VTV wordt uitgebreid ingegaan op de kenmerken van een volksgezondheidsrapportage. In de praktijk kan een dergelijke rapportage variëren van een enkel rapport, meerdere factsheets tot een regionale of gemeentelijke website of een regionale VTV.
<i>Literatuur</i>	Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. Bilthoven: RIVM, < <a href="http://www.toolkitvtnl.nl">http://www.toolkitvtnl.nl</a> > versie 4.10, 16 februari 2015

***Indicator 3:******Percentage gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeenteambtenaren***

<i>Type indicator</i>	Proces
<i>Onderwerp</i>	Rapportage en beleid
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeenteambtenaren <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel

	Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Een volksgezondheidsrapportage en de landelijke gezondheidsmonitors met regionale uitsplitsing worden o.a. uitgevoerd om te weten hoe het er met de volksgezondheid voorstaat en welke specifieke gezondheidsproblemen zich voordoen in de gemeente, zodat gericht beleid gevoerd kan worden. Om de vertaalslag van onderzoek naar beleid te maken, is het gewenst dat medewerkers van de GGD en de gemeenteambtenaren resultaten van de volksgezondheidsrapportage en/of de gezondheidsmonitors samen bespreken. De GGD-medewerker kan daarbij adviseren over effectieve aanpakken en kan verbindingen leggen met partijen in relevante sectoren (GGD GHOR Nederland, 2015).
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten en/of GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks (al zal een overleg over de volksgezondheidsrapportage en/of de gezondheidsmonitors mogelijk eens in de vier jaar plaatsvinden)
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij gemeenten en/of GGD'en</li> <li>• Er wordt teruggevraagd over een periode van 4 jaar</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	RIVM Centrum Gezond Leven. Handreiking Gezonde Gemeente: wijkgezondheidsprofiel. Bilthoven: RIVM, 2016.

**Indicator 4:**  
**Percentage gemeenten van de G36-gemeenten dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld of heeft laten opstellen**

<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Rapportage en beleid
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten van de grote

	gemeenten (G36) dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld of heeft laten opstellen <i>Noemer:</i> Alle G36-gemeenten
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Een wijkgezondheidsprofiel kan helpen gezondheidsproblemen in een wijk efficiënter en doelgerichter aan te pakken (RIVM: Handreiking Gezonde Gemeente: wijkgezondheidsprofiel, 2016). Dit is vooral relevant voor grote gemeenten omdat daar de verschillen tussen wijken groot kunnen zijn. Het profiel: <ul style="list-style-type: none"> <li>• maakt de risicogroepen duidelijk en helpt prioriteiten te stellen</li> <li>• laat zien wat er speelt onder bewoners</li> <li>• helpt om gericht interventies in te zetten, verbindingen te leggen en aandachtspunten voor nieuw beleid te formuleren</li> </ul>
<i>Bron</i>	Uitvragen bij gemeenten (of GGD'en)
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Omschrijving van een wijkgezondheidsprofiel: een inventarisatie van de gezondheidssituatie, wensen en behoeften en gezondheidsbeleving van inwoners binnen een gemeente op dorps-, buurt- of wijkniveau (of gemeenteniveau bij kleine gemeenten). Het profiel bevat kwantitatieve en kwalitatieve gegevens. Vaak zijn ook met gezondheid samenhangende factoren beschreven, zoals armoede, inkomen, veiligheid en leefomgeving.</li> <li>• Een gemeente scoort positief als ten minste voor één wijk een wijkgezondheidsprofiel is opgesteld.</li> <li>• De wijkgezondheidsprofielen zijn bij peiling ten hoogste vier jaar oud.</li> <li>• Inclusie: G36-gemeenten.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	De indicator geeft aan in hoeverre gemeenten energie steken in het inzichtelijk maken van lokale verschillen in gezondheid en gezondheidsdeterminanten. Dat dit inzicht één op één leidt tot een betere volksgezondheid, is echter niet het geval. Het kan daartoe wel een eerste aanzet zijn.

<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	RIVM Centrum Gezond Leven. Handreiking Gezonde Gemeente: wijkgezondheidsprofiel. Bilthoven: RIVM, 2016.

<b><i>Indicator 5:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking openbaar heeft gemaakt via een website</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Rapportage
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal gemeenten dat gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking openbaar heeft gemaakt via een website <i>Noemer:</i> totaal aantal gemeenten in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Volgens de Wpg verwerft elke gemeente, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Elke vier jaar verzamelt en analyseert elke gemeente, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, op landelijk gelijkvormige wijze gegevens over gezondheidssituatie van de bevolking. Het is gewenst dat de gemeente transparant is richting burger en gemeenteraad, en de resultaten over de gezondheidstoestand van de bevolking openbaar maakt via de website van de gemeente.
<i>Bron</i>	Gemeentelijke websites
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks (al zal een gemeente niet elk jaar alle informatie actualiseren).
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Ja, vierjaarlijks
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitvragen bij gemeenten, GGD'en of zelf de gemeentelijke websites raadplegen</li> <li>• Een link naar bijv. de website van de GGD, waar volksgezondheidsinformatie per gemeente wordt gepresenteerd, wordt ook positief gescoord.</li> <li>• Een link naar CBS-Statline of Volksgezondheidszorg.info telt niet mee als openbaarmaking door de gemeente.</li> <li>• Het gaat om informatie die verzameld is m.b.v. de gezondheidsmonitors en/of</li> </ul>



	andere onderzoeken.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Deze indicator heeft waarschijnlijk geen relatie met de volksgezondheidstoestand, maar zegt sec iets over de openheid, transparantie en vindbaarheid van informatie.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	-

## 10. Gezondheidsbevordering

<b><i>Indicator 1:</i></b> <b><i>Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Beleid
<i>Presentatie</i>	<b><i>Berekening:</i></b> van alle gemeenten het gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: landelijk gemiddelde; spreidingsmaat, bijv. frequentietabel
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikel 13 lid 2 van de Wpg stelt dat gemeenten twee jaar na het uitkomen van de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid, een gemeentelijke nota opstellen. Bij het vaststellen van de nota neemt de gemeenteraad in ieder geval de landelijke prioriteiten, zoals opgenomen in de landelijke nota, in acht.</li> <li>• De onderwerpen die in de huidige en voorgaande landelijke nota's gezondheidsbeleid als speerpunten zijn aangemerkt, zijn roken, overmatig alcoholgebruik, (ernstig) overgewicht, bewegen, depressie en diabetes mellitus. Volgens de nota is met verbetering van de trends voor deze onderwerpen nog steeds de meeste gezondheidswinst te behalen. Hierbij passen een aanbod van gezond voedsel en gezonde (groene) leefomgeving.</li> </ul>
<i>Bron</i>	Gemeentelijke nota's volksgezondheid / gezondheidsbeleid; mogelijk kan gebruik worden gemaakt van de informatie die verzameld is ten behoeve van de scan van

	de gemeentelijke nota's die GGD GHOR Nederland om de ca. vier jaar uitvoert. Daarin is ook opgenomen of in de nota beleid beschreven wordt op de zes speerpunten.
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Een gemeente stelt ongeveer eens per vier jaar een nota volksgezondheid vast, maar de nota's van alle gemeenten komen niet allemaal op hetzelfde moment uit (in hetzelfde kalenderjaar). GGD GHOR Nederland scant de nota's ook ongeveer eens per vier jaar.
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Voor een positieve score is het niet vereist dat voor elk onderwerp zowel voor de jeugd als voor volwassenen beleid is beschreven. Per gemeente kan de prioriteit namelijk bij een andere doelgroep liggen.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Gemeenten kunnen kiezen om aan andere onderwerpen aandacht te schenken als die voor hen relevanter zijn. Ze kunnen beargumenteerd afwijken van landelijke speerpunten.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In de scan van GGD GHOR Nederland wordt ook nagegaan of er beleid beschreven is voor het onderwerp 'psychische gezondheid', omdat veel gemeenten naast depressie het thema weerbaarheid, eenzaamheid of dementie hebben opgenomen.</li> <li>• Er is een verschil tussen het enkel benoemen van een onderwerp en er concrete beleidsinvulling aan geven. Op termijn zou een gradatie aangebracht kunnen worden in de concretisering van het voorgestelde beleid, lopend van weinig concreet naar meer concreet: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Het onderwerp is benoemd.</li> <li>2. Er is een kwalitatieve doelstelling beschreven ("we gaan aandacht besteden aan overgewicht").</li> <li>3. De kwalitatieve doelstelling is concreet gemaakt ("we gaan de toegankelijkheid van sportactiviteiten voor kinderen verbeteren").</li> <li>4. Er is een kwantitatieve doelstelling ("In 2020 is het percentage kinderen met overgewicht 20% lager dan in 2010").</li> <li>5. Er zijn concrete acties beschreven ("De</li> </ol> </li> </ul>

	<p>volgende activiteiten zullen daartoe worden uitgevoerd: ...”), eventueel in een aparte plan van aanpak, activiteitenplan of implementatieplan.</p> <p>6. Aan de acties zijn concrete middelen gekoppeld (“voor deze activiteit zal x euro worden vrijgemaakt”).</p>
<i>Literatuur</i>	<p>GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.</p> <p>Ministerie van VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019. Kenmerk 846306-142553-PG. Den Haag: VWS, 4 december 2015.</p>

<b><i>Indicator 2:</i></b> <b><i>Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke gezondheidsnota een kwantitatieve doelstelling op het gebied van gezondheidsbevordering heeft beschreven</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Beleid
<i>Berekening</i>	<p><u>Teller</u>: aantal gemeenten dat in de gemeentelijke gezondheidsnota een kwantitatieve doelstelling op het gebied van gezondheidsbevordering heeft beschreven</p> <p><u>Noemer</u>: totaal aantal gemeenten in Nederland</p>
<i>Niveau</i>	Data: gemeenten Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	Deze indicator laat zien of gemeenten activiteiten van plan zijn te ontplooiën. Naar verwachting werken gemeenten die in de nota doelstellingen hebben geformuleerd, actief aan het behalen van die doelstellingen. Die gemeenten behalen mogelijk betere resultaten dan gemeenten die geen doelstelling hebben geformuleerd.
<i>Bron</i>	Gemeentelijke nota's volksgezondheid / gezondheidsbeleid
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Een gemeente stelt ongeveer eens per vier jaar een nota volksgezondheid vast, maar de nota's van alle gemeenten komen niet allemaal op hetzelfde moment uit (in hetzelfde kalenderjaar).
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie,</i>	Het kan een doelstelling zijn op het gebied van gezondheid (bijv. het aantal volwassenen met depressie zal x% lager zijn), determinanten (bijv. het % rokers onder jongeren daalt met y%) of bereik

<i>correctie</i>	(bijv. z% van de ouderen doet mee aan een bepaalde interventie).
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het wordt verwacht dat gemeenten die kwantitatieve doelstellingen formuleren betere resultaten bereiken, maar dit is niet onomstotelijk aangetoond.</li> <li>• Het kan gaan om de zes speerpunten die zijn benoemd in de landelijke nota (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen), maar ook om gezondheidsproblemen die lokaal spelen.</li> </ul>
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	-

<b><i>Indicator 3:</i></b> <b><i>Percentage erkende gezondheidsbevorderende interventies van alle uitgevoerde interventies op het gebied van overgewicht/bewegen</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Activiteiten
<i>Presentatie</i>	<p><i>Teller:</i> aantal erkende van de uitgevoerde gezondheidsbevorderende interventies op het gebied van overgewicht/bewegen</p> <p><i>Noemer:</i> aantal uitgevoerde gezondheidsbevorderende interventies op het gebied van overgewicht/bewegen</p>
<i>Niveau</i>	Data: cijfers op GGD-niveau Presentatie: landelijk cijfer en per GGD-regio
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>Volgens de Wpg geeft elke gemeente in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid aan welke acties worden ondernomen om de gemeentelijke doelstellingen te behalen (artikel 13.2.b). Eén van de doelstellingen luidt: het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering (artikel 2.2.d). Het is gewenst dat de interventies die uitgevoerd worden om de gemeentelijke doelstellingen te behalen effectief zijn. De effectiviteit wordt door een onafhankelijke commissie beoordeeld. Deze indicator meet indirect of wordt samengewerkt met het Centrum Gezond Leven (CGL).</p> <p>Er zijn meerdere volksgezondheidsproblemen waar gemeenten en GGD'en interventies voor uitvoeren. Het thema overgewicht/bewegen is een belangrijk volksgezondheidsprobleem waarvoor juist</p>

	relatief vaak door gemeenten en GGD'en, evt. in samenwerking met andere organisaties, een interventie wordt aangeboden. Om niet te veelomvattend te zijn, wordt de indicator toegespitst op dit thema.
<i>Bron</i>	GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Elk jaar
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Een gezondheidsbevorderende leefstijlinterventie is elke planmatige en doelgerichte aanpak om het gedrag van burgers te veranderen en/of hun omstandigheden te beïnvloeden, met als doel gezondheid te bevorderen of ziekte te voorkomen.</li> <li>• Een interventie kan ook een integraal programma zijn. Bij integrale programma's wordt een mix aan maatregelen en interventies in samenhang ingezet vanuit uiteenlopende beleidsterreinen en partnerorganisaties, en richt men zich op de verschillende factoren die van invloed zijn op het gezondheidsprobleem.</li> <li>• Uitvragen bij GGD'en. GGD-medewerkers geven aan welke van de uitgevoerde interventies als goed onderbouwd en effectief beoordeeld zijn volgens de Interventiedatabase van CGL.</li> <li>• Waarschijnlijk is overgewicht/bewegen een thema waarvan GGD'en inzicht hebben in het aanbod van interventies, ook als zij zelf niet de uitvoerder zijn.</li> <li>• Op termijn zou deze indicator ook interventies op andere gebieden kunnen meten.</li> <li>• Een erkende interventie is ten minste goed onderbouwd. Een interventie die alleen goed is beschreven, wordt niet beschouwd als erkend.</li> <li>• Om het inzicht nog te vergroten, of voor onderzoeksdoeleinden, zou bij het verzamelen van de gegevens gelijk een uitsplitsing gemaakt kunnen worden naar 'goed onderbouwd' en 'effectief'. Een interventie wordt beoordeeld als effectief als de effectiviteit is aangetoond met in ieder geval Nederlands onderzoek.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet?)</i>	Het kan vóórkomen dat in een GGD-regio alle aangeboden interventies niet erkend zijn, op één na. De GGD-regio scoort dan

<i>Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	positief.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	
<i>Literatuur</i>	RIVM Centrum Gezond Leven. Handreiking Gezonde Gemeente: wijkgezondheidsprofiel. Bilthoven: RIVM, 2016.

<b><i>Indicator 4:</i></b> <b><i>Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Output
<i>Onderwerp</i>	Gezonde school
<i>Presentatie</i>	<u>Teller</u> : aantal scholen met het Vignet Gezonde School <u>Noemer</u> : totaal aantal scholen
<i>Niveau</i>	Data: scholen Presentatie: één percentage voor heel Nederland plus een spreidingsmaat (percentage per GGD-regio)
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)</i>	<p>Het vignet Gezonde School is een erkenning voor scholen die structureel, planmatig en integraal werken aan het verbeteren van de gezondheid van leerlingen. Met het vignet laten scholen zien dat zij voldoen aan bepaalde kwaliteitscriteria. Een school richt zich hierbij op een of meerdere themacertificaten. Scholen die structureel aan gezondheid werken kunnen het vignet aanvragen en zich profileren als Gezonde School. Met het vignet voldoet een school aan een aantal (wettelijke) basisvoorwaarden (zie voor bijv. PO <a href="https://www.gezondeschool.nl/primair-onderwijs/vignet-gezonde-school/basisvoorwaarden-po">https://www.gezondeschool.nl/primair-onderwijs/vignet-gezonde-school/basisvoorwaarden-po</a>) én aan de criteria van minimaal één themacertificaat naar keuze. Een vignetschool mag zich gedurende drie jaar Gezonde School noemen en het logo voeren. Ieder themacertificaat heeft betrekking op een bepaald onderwerp. Een school die wil werken met de Gezonde School-aanpak kan ondersteuning krijgen van een Gezonde School-adviseur van een GGD of van preventiepartners en gemeenten.</p> <p>Uit de literatuur blijkt dat Gezonde School-activiteiten kunnen bijdragen aan een gezondere leefstijl van leerlingen (RIVM,</p>

	2015; website <a href="https://www.gezondeschool.nl/literatuurlijst-onderbouwing-gezonde-school">https://www.gezondeschool.nl/literatuurlijst-onderbouwing-gezonde-school</a> ).
<i>Bron</i>	Websites <a href="https://vignetgezondeschool.nl/zoektool">https://vignetgezondeschool.nl/zoektool</a> en <a href="http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring">http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring</a> .
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Op de website <a href="https://vignetgezondeschool.nl">vignetgezondeschool.nl</a> wordt bijgehouden welke scholen het vignet hebben ontvangen. Het aantal kan per GGD-regio of per gemeente worden opgevraagd.</li> <li>• De informatie op de website is afkomstig van GGD GHOR Nederland. Zij is namelijk verantwoordelijk voor de uitgifte, het beheer en het onderhoud van het vignet.</li> <li>• Een school kan voor meerdere thema's vignetten behalen. Deze indicator telt echter het aantal scholen dat ten minste één vignet heeft.</li> <li>• Het totaal aantal scholen per GGD-regio kan mogelijk verkregen worden via GGD'en.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Het vignet Gezonde School voor PO is beschikbaar sinds 2011, voor het VO sinds 1 september 2014 en voor het mbo sinds 1 november 2013.
<i>Overige opmerkingen</i>	In de Strategische Benchmark GGD'en is een vergelijkbare indicator opgenomen, al wordt daarin het <i>aantal</i> vignetten geteld (in plaats van het aantal scholen met één of meer vignet).
<i>Literatuur</i>	RIVM. De effectiviteit van Gezonde School-activiteiten Wat is het verband tussen Gezonde School-activiteiten, een gezonde leefstijl en schoolprestaties? Bilthoven: RIVM, 2015. Website <a href="https://vignetgezondeschool.nl/">https://vignetgezondeschool.nl/</a> . Website <a href="https://www.gezondeschool.nl/">https://www.gezondeschool.nl/</a> . Website <a href="https://www.loketgezondleven.nl/school">https://www.loketgezondleven.nl/school</a> Website <a href="https://www.volksgezondheidenzorg.info/sport/sportopdekaart/beleid-onderwijs#node-vignet-gezonde-school-">https://www.volksgezondheidenzorg.info/sport/sportopdekaart/beleid-onderwijs#node-vignet-gezonde-school-</a>

	<a href="#">primair-onderwijs-gemeente</a> Website <a href="https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/gezonde-scholen-nationaal-programma-preventie">https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/gezonde-scholen-nationaal-programma-preventie</a>
--	--

<b><u>Indicator 5:</u></b> <b>Percentage rookvrije schoolterreinen (naar type onderwijs)</b>	
Type indicator	Output
Onderwerp	Gezonde school / roken
Presentatie	<i>Teller:</i> aantal scholen met een rookvrij schoolterreinen <i>Noemer:</i> aantal scholen
Niveau	Data: scholen Presentatie: één percentage voor heel Nederland plus spreidingsmaat (percentage per GGD-regio)
Rationale (waarom deze indicator en niet een andere?)	<p>De gemeente draagt bij aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering (Wpg artikel 2.2.d).</p> <p>Volgens het Longfonds begint de helft van de rokers op het schoolplein. Kinderen gaan sneller roken als hun vrienden dat ook doen. Hoe eerder een kind begint met roken, hoe waarschijnlijker het is dat hij/zij verslaafd raakt. En hoe moeilijker het is om later nog te stoppen.</p> <p>Op 1 januari 2014 heeft het kabinet de leeftijdsgrens voor de verkoop van tabak van 16 naar 18 jaar verhoogd en de campagne NIX18 gelanceerd. Begin 2016 is er een amendement aangenomen die scholen verplicht schoolterreinen voor 2020 rookvrij te maken. Zo wil men het roken door kinderen ontmoedigen.</p> <p>GGD, gemeente en landelijke organisaties rondom roken (bijv. Trimbos-instituut) kunnen scholen bijstaan in hun streven.</p> <p>De doelstelling om schoolterreinen rookvrij te krijgen, past binnen het concept van het Gezonde Schoolplein. Dit is een aandachtspunt in het Nationaal Programma Preventie (Alles Is Gezondheid...). Op een Gezond Schoolplein krijgen jongeren de ruimte om te bewegen en te spelen in een uitdagende, groene en rookvrije omgeving. Een Gezond Schoolplein wordt daarnaast gebruikt als buitenlokaal en is na schooltijd geopend als speelplek.</p>



<i>Bron</i>	Jaarlijks onderzoek van het Mulier instituut
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks (vanaf 2015)
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Ja, vanaf 2020 dienen alle schoolterreinen rookvrij te zijn.
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apart voor primair onderwijs, voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs.</li> <li>• Via een online panelonderzoek, waarbij directeuren van scholen zijn bevestigd.</li> <li>• Het betreft een steekproef van scholen.</li> <li>• Scholen zonder schoolplein worden geëxcludeerd.</li> </ul>
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	Kinderen kunnen net buiten het schoolplein nog wel roken.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Alle scholen dien volgens de wet voor 2020 rookvrij te zijn. Wanneer dat streven gehaald wordt, zal deze indicator minder relevant worden.
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	<p>Breedveld K, Lammertink N. Rookvrije schoolterreinen – 2016. Utrecht: Mulier instituut, 2016.</p> <p>website <a href="https://www.longfonds.nl/feiten-en-cijfers#">https://www.longfonds.nl/feiten-en-cijfers#</a></p> <p>website <a href="http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring">http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring</a></p> <p>website <a href="https://www.gezondeschool.nl/advies-en-ondersteuning/een-rookvrij-schoolterrein/veelgestelde-vragen-rookvrij-schoolterrein">https://www.gezondeschool.nl/advies-en-ondersteuning/een-rookvrij-schoolterrein/veelgestelde-vragen-rookvrij-schoolterrein</a></p> <p>website <a href="https://www.gezondeschool.nl/advies-en-ondersteuning/gezonde-schoolpleinen/zelf-aan-de-slag/aan-de-slag-met-een-rookvrij-0">https://www.gezondeschool.nl/advies-en-ondersteuning/gezonde-schoolpleinen/zelf-aan-de-slag/aan-de-slag-met-een-rookvrij-0</a></p>

<b><i>Indicator 6:</i></b>	
<b><i>Percentage jongeren dat rookt</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Uitkomst
<i>Onderwerp</i>	Roken
<i>Presentatie</i>	<p><i>Teller:</i> aantal jongeren van 12-16 jaar dat aangeeft in de maand voorafgaand aan het onderzoek sigaretten of shag te hebben gerookt</p> <p><i>Noemer:</i> aantal jongeren van 12-16 jaar</p>
<i>Niveau</i>	Data: jongeren Presentatie: één percentage voor heel Nederland plus spreidingsmaat (percentage per GGD-regio)
<i>Rationale (waarom deze indicator en niet een</i>	De gemeente draagt bij aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met

<i>andere?)</i>	<p>inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering (Wpg artikel 2.2.d).</p> <p>Gemeenten en GGD'en hebben een rol bij het voorkomen dat jongeren gaan roken. Ze kunnen jongeren bereiken via jeugdgezondheidszorg en scholen. Roken is een speerpunt in het landelijk volksgezondheidsbeleid. Het is veruit de belangrijkste risicofactor voor ziekte en sterfte.</p> <p>Deze indicator sluit aan bij de indicator over rookvrije schoolterreinen.</p>
<i>Bron</i>	Peilstationsonderzoek Scholieren Middelengebruik en HBSC-onderzoek
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Een keer per vier jaar
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	Gegevens zijn afkomstig uit het Peilstationsonderzoek Scholieren Middelengebruik (Trimbos-instituut) en het Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) (Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht en SCP). Gepresenteerd op VZinfo en De Staat van V&Z.
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	-
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	Er dient gecorrigeerd te worden voor evt. veranderingen in de samenstelling van de groep jongeren naar leeftijd en schooltype.
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	Website <a href="https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/roken-jongeren">https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/roken-jongeren</a>

<b><i>Indicator 7:</i></b> <b><i>Percentage GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering</i></b>	
<i>Type indicator</i>	Structuur
<i>Onderwerp</i>	Kwaliteitsborging
<i>Berekening</i>	<i>Teller:</i> aantal GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering <i>Noemer:</i> totaal aantal GGD'en in Nederland
<i>Niveau</i>	Data: GGD'en Presentatie: één percentage voor heel Nederland
<i>Rationale (waarom deze</i>	Om de toegankelijkheid en kwaliteit van

<i>indicator en niet een andere?)</i>	producten, diensten en voorzieningen voor de publieke gezondheid te verbeteren, is het belangrijk dat GGD'en samenwerken met andere universiteiten en hogescholen. Gezondheidsbevordering kan als voorbeeldthema dienen om de samenwerking tussen GGD'en en universiteiten en hogescholen te meten. Dit is een thema waarvoor vanaf de oprichting van academische werkplaatsen publieke gezondheid (AWPG's) aandacht was.
<i>Bron</i>	Uitvragen bij GGD'en
<i>Meetperiodiciteit van de bron</i>	Jaarlijks
<i>Norm (veld-, wettelijke of beleidsnorm)</i>	Nee
<i>Methode (inclusie/exclusie, steekproef, instrument, codes, analyse, weging, standaardisatie, correctie)</i>	De samenwerking is structureel. Dit blijkt uit een convenant, samenwerkings-overeenkomst, netwerkstructuur of regulier overleg (met agenda en verslag).
<i>Beperkingen van de indicator en bron (wat zegt de indicator niet? Ruimte tussen wens en praktijk)</i>	De samenwerking dient structureel te zijn (zie Methode), maar desondanks kan de intensiteit van de samenwerking verschillen. Dat wordt met deze indicator niet gemeten.
<i>Aandachtspunten bij trendanalyse en/of uitsplitsing</i>	-
<i>Overige opmerkingen</i>	-
<i>Literatuur</i>	Poortvliet P, Lameris P, Pasmaan H. Evaluatie en impact analyse programma Academische Werkplaatsen Publieke Gezondheid. Rijswijk: Bosman & Vos, 12 maart 2015.

### Bijlage 3: Samenvatting van de toelichting van het deskundigenpanel

Hieronder wordt per thema een samenvatting gepresenteerd van de toelichtingen en suggesties die door de deskundigen werden gegeven. Deze zijn geordend naar indicatoreigenschap (relevantie, validiteit, beïnvloedbaarheid en meetbaarheid, aangevuld met definitie) en aantal deskundigen dat het betreffende item noemde.

#### 1. Jeugdgezondheidszorg

##### **Indicator 1: Som van het aantal fte JGZ-verpleegkundigen, fte JGZ-doktersassistenten en fte jeugdartsen in het werkgebied van een JGZ-organisatie per 100.000 jeugdigen van 0 t/m 18 jaar.**

Toelichting bij de antwoorden

Def	Wat is de definitie van een assistente bij deze indicator?	1
Def	Bij deze indicator tellen mee: artsen M&G, jeugdartsen, evt. artsen in opleiding. Artsen die niet in opleiding zijn tellen bij deze indicator niet mee. Kan score op indicator sterk bepalen bij organisaties waar relatief veel artsen zijn die nog in afwachting zijn van in opleiding te gaan.	1
Rel	Deze indicator als duiding gebruiken, niet indicator.	1
Rel	Bij deze indicator wordt ervan uitgegaan dat mensen alleen JGZ-taken doen. Sinds decentralisaties doen mensen die JGZ-taken doen, ook andere werkzaamheden. Bij actiz daarom met uitvraag van deze indicator gestopt.	1
Rel	In dienst hebben van verpleegkundigen en artsen is wettelijke taak; in dienst hebben van doktersassistenten niet. Dat er doktersassistenten worden wegbezuinigd haal je niet uit deze indicator.	1
Val	Deze indicator meet het totaal aan fte, waardoor de som van het aantal fte bij verschillende JGZ-organisaties hetzelfde kan zijn, terwijl de verhouding tussen de beroepsgroepen verschilt (bijv. bij de ene organisatie meer jeugdartsen en bij de andere meer doktersassistenten). Voor de uitvoering van JGZ kan dit een groot verschil maken.	4
Val	Deze indicator meet jeugdartsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Ook bijv. gezondheidsbevorderaars, epidemiologen hebben belangrijke rol bij de uitvoering van het Basispakket. De inzet van deze groepen zegt ook iets over hoe belangrijk gemeenten het Basispakket vinden.	2
Val	Het aantal fte's op zich zegt niets. Je zou de indicatorscore af moeten zetten tegen kenmerken van de populatie.	1
Val	Respondent is onbekend met literatuur over relatie indicatorscore en gezondheid.	1
Val	Gemeenten moeten deze zorg bieden. Of ze belang hechten aan gezondheid vd jeugd niet is direct uit indicator te halen.	1
Val	Je kunt de scores op deze indicator niet goed tussen GGD'en vergelijken. Maatwerk kan per GGD verschillen en ook het moment waarop bepaald werk tot het basispakket wordt gerekend.	1

Val	Bij deze indicator wordt geen onderscheid gemaakt tussen medewerkers die de relevante opleidingen en specialisaties hebben afgerond en medewerkers die alleen de basisopleiding hebben gedaan en vers van de school/universiteitsbanken komen. Kwaliteit van zorg hoger bij medewerkers die de relevante opleidingen en specialisaties hebben afgerond.	1
-----	---	---

#### Suggesties teller en noemer

Gewicht geven aan de doktersassistente, jeugdverpleegkundige en jeugdarts Methode om zwaarte van disciplines te duiden. Teller zou kunnen zijn: som van fte doktersassistente + fte jeugdverpleegkundige*1,5 + fte jeugdarts *2.	1
Toevoegen van andere disciplines aan de teller/ noemer (niet alleen deze 3).	1
Voor elke discipline een aparte indicator.	3
Suggestie alternatieve indicator: personeelskosten uitvoerend GGD-personeel per inwoner als teller. Zo rekening houden met onderscheid artsen, verpleegkundigen, assistenten.	1
Fte koppelen aan doelgroep. Aantal FTE per 100.000 jeugdigen uit de doelgroep (soms is dat voor een JGZ instelling alleen de groep 0-4 jarigen).	1
Deze indicator geeft een beeld van de inzet op jeugdgezondheid, zoals in beschrijving weergegeven.	1
Tegenwoordig wordt bij een jeugdverpleegkundige ook een post-HBO opleiding gevraagd. Veel jeugdverpleegkundigen hebben geen PostHBO opleiding. Als je bij deze indicator alleen degenen meetelt die een post-HBO opleiding hebben gevolgd krijg je een onderschatting.	1

#### Overige suggesties

Voor de meetbaarheid is het van belang om te weten hoeveel uren per fte als extern productief worden gezien, waarbij duidelijk dient te worden gedefinieerd welke taken hieronder vallen.
Aangeven dat het om een gemiddelde per jaar gaat. Op een bepaald meetmoment in een jaar kan de formatie toevallig even heel hoog zijn of heel laag t.o.v. een ander moment.
Aangeven of tijdelijke dienstverbanden ook meetellen.
In de beschrijving staat dat aantal nodige fte afhankelijk is van kinderen in het gebied en de omstandigheden aldaar; wordt dit ook daadwerkelijk aan elkaar gekoppeld?
Jeugdigen in zorg bij de JGZ, zoals vermeld in de indicator beschrijving zou de indicator zuiverder maken. jeugdigen in de zorg bij JGZ, op welke manier kan dit worden achterhaald en in welke mate kan deze zuiver worden gemeten.
Juiste benaming: jeugdverpleegkundige
Een groot aantal jeugdverpleegkundigen heeft geen Post-HBO opleiding. Als we die niet mee tellen krijg je een vertekend beeld in fte.
Jeugdverpleegkundigen in opleiding zouden ook meegeteld moeten worden, net als artsen in opleiding. Zij voeren dezelfde taken uit als jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen KNMG.
Zo ook zijn nog niet alle jeugdartsen opgeleid, daarmee mis je dus ook een percentage.

**Indicator 2: Percentage gemeenten in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een of meer schriftelijke adviezen (gevraagd en ongevraagd) van de JGZ-organisatie heeft gekregen over de gezondheid, ontwikkeling en welzijn van de jeugd in de betreffende gemeente.**

Toelichting bij de antwoorden

Rel	De indicator zegt niets over of de zorg voor jeugdigen beter wordt. De activiteiten die voortvloeien uit de adviezen zijn afhankelijk van o.a. samenwerking tussen gemeente-JGZ, vertalen van adviezen etc.	4
Rel	Veel advies wordt mondeling gegeven. Dat telt hier niet mee.	2
Rel	Het gaat om schriftelijke adviezen. In regulier overleg met beleidsmedewerkers kunnen ook al veel vragen worden beantwoord.	2
Rel	Indicator meet alleen advies aan gemeenten. Adviezen aan scholen worden niet meegenomen.	1
Rel	Schriftelijke adviezen vormen geen goede indicator om 'de inspanningen die worden verricht ten gunste van de gezondheid van jeugdigen die de individuele zorg aan jeugdigen overstijgt' te meten. Inhoudelijk kan men dan ook aan primaire preventie, voorlichting, etc. denken.	1
Rel	Bij advisering in de vorm van een regionaal rapport mist vaak specifiek advies aan gemeente.	1
Rel	Advies geven staat nu expliciet in het basispakket JGZ. Het meten en waarde toekennen aan deze indicator is nog in ontwikkeling. Op termijn als beleidsadvisering door JGZ veel gebruikelijker is geworden is het mogelijk wel een goede indicator.	1
Rel	Indicator is erg GGD gericht (GGD geeft adviezen aan gemeente) en erg instrumenteel. Of en hoe een JGZ-organisatie meedenkt over jeugdbeleid in gemeente belangrijker.	1
Val	Er zijn geen criteria waaraan een advies moet voldoen. De indicator meet alle soorten adviezen. Verschillen in de kwaliteit en impact van het beleidsadvies wordt niet gemeten. En ook: in weinig tijd kan een advies voor alle gemeenten gemaakt worden of in veel tijd advies voor een deel van de gemeenten.	1 1
Val	Bij organisaties met veel kleine gemeenten is de berekening teller aantal adviezen/ noemer aantal gemeenten niet juist.	1
Val	GGD heeft sowieso een beleidstaak, andere uitvoerende JGZ-organisaties niet. Als dat niet helder gescheiden wordt ligt het aantal adviezen van een GGD altijd hoger dan van een niet-GGD.	1
Meet	Adviezen worden niet (eenduidig) geregistreerd. De ene JGZ-organisatie zal alles goed registreren, zelfs de kleinste vraag, een ander alleen formele vragen.	3

Suggesties teller en/of noemer

Voorstel alternatieve indicator: FTE besteed aan "inspanningen die worden verricht ten gunste van de gezondheid van jeugdigen die de individuele zorg aan jeugdigen overstijgt" (beleidsmedewerkers /

adviseurs).
Voorstel aanvullende indicator: de mate waarin de gemeente tevreden is met de advisering van de GGD.
Niet jaarlijks uitvragen en over een langere periode verspreiden. In de jaren dat er een gezondheidsnota moet worden opgesteld zal er meer om advies gevraagd gaan worden, en zal er ook meer initiatief zijn om een advies ongevraagd te geven.
Onderscheid in algemeen advies, beleidsadvies e.d.?
Advies specifieker maken: op grond van gegevens uit DD JGZ.
De tekst van de zin loopt niet bij berekening teller.
Adviezen tellen waar gemeenten ook iets aan gehad hebben.
Ook mondelinge adviezen meetellen.
Adviezen tellen die geleid hebben tot beleidsverandering

#### Overige suggesties

In de indicatorbeschrijving ook opnemen dat deze indicator weinig bruikbaar is om iets te zeggen over het stelsel en samenwerking in de gemeenten.
--

### **Indicator 3: Percentage jeugdigen (0-18 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie met een verwijzing naar zorg door JGZ, waarvan tijdens het contact volgend op dat van de verwijzing bekend is dat ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar ze verwezen zijn.**

#### Toelichting bij de antwoorden

Rel	Deze indicator zegt wél iets over de effectiviteit van het verwijzen namelijk is de verwijzing opgevolgd. Zegt niets over monitoring van zorg. Als je dit wilt monitoren moet er bijvoorbeeld een verplicht contact zijn na verwijzing binnen een bepaalde termijn. Indicator zegt weinig over monitoring van zorg (aangekomen bij instelling en ook outcome van zorg). Nu nog niet haalbaar, maar wenselijk is wel dat z.s.m. te gaan koppelen aan de gegevens over outcome van de zorg. zie <a href="http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Monitoring/Aanbod-van-het-Nederlands-Jeugdinstituut/Outcome-in-Zicht">http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Monitoring/Aanbod-van-het-Nederlands-Jeugdinstituut/Outcome-in-Zicht</a> .	3
Rel	Vrije keuze ouders/kind (wel ondergrens streng bewaken: veiligheid kind).	3
Rel	Monitoren op specifieke zorgverlener (goed definiëren), niet voor alle verwijzingen doen.	1
Rel	Belangrijke indicator.	1
Rel	Deze indicator gaat er te veel vanuit dat de JGZ een controlerende taak heeft. Gaat in tegen: -vrijheid burger -flexibilisering JGZ.	1
Rel	Prima indicator, maar andere formulering teller en noemer. Percentage zegt niet zoveel als je niet weet hoeveel kinderen verwezen zijn.	1
Rel	Alleen face to face contact meetellen is te streng.	1
Val	De verwijzing is een actie die volgt op een signaal. De JGZ kan maar deels aangerekend worden als iemand de keuze maakt de verwijzing niet op te volgen. Door motivering heeft de JGZ	4

	hier mogelijk invloed op. Je meet vooral compliance ouders/jongeren.	
Val	Door overgang naar andere JGZ-organisatie is opvolging niet meer mogelijk.	1
Val	Aanbod van hulpverleners beïnvloedt mogelijk hoeveelheid verwijzingen.	1
Meet	Contacten bij JGZ 4-18 liggen zover uiteen dat een controle of iemand aangekomen is niet in eenzelfde jaar plaatsvindt en soms niet meer te achterhalen is.	5
Meet	Wordt niet eenduidig geregistreerd (suggestie: registratie in BDS van het DD JGZ).	3
Meet	Of de indicator eenduidig meetbaar is, is afhankelijk van zorgverleners waarnaar is verwezen.	1
Meet	Door de korte tijd tussen de contacten op jonge leeftijd kan een kind soms nog niet aangekomen zijn bij een hulpverlener.	1

#### Suggesties teller en/of noemer

Andere formulering: jeugdigen in zorg bij JGZ-organisatie omdat de JGZ ook de zorg heeft voor kinderen die op school zitten in het werkgebied maar woonachtig in werkgebied van de JGZ-organisatie of het buitenland.
Andere formulering: dat ze zijn aangekomen weglaten.
Monitoring van zorg belangrijk. Een JGZ organisatie zou moeten nagaan of haar verwijzingen goed terecht komen, opdat ze daar beleid op kunnen zetten als het niet goed is.
Waarom niet vragen naar het opvolgen door JGZ van een verwijzing binnen een jaar na verwijzing? % jeugdigen waarvan bekend is of ze een verwijzing wel of niet hebben opgevolgd; je krijgt dan 2 cijfers: 1. % door JGZ opgevolgde verwijzingen 2. % 'aangekomen' verwijzingen bij degene naar wie is verwezen als onderdeel van alle opgevolgde verwijzingen.
Als definitie van 'aangekomen' toevoegen: interventie gestart.
Moeilijkheid is wie de terugkoppeling doet, de ouder/ jongere of degene naar wie verwezen is.
Veel te lange tijd tussen contact. Alternatief om na 3 maanden na te bellen is arbeidsintensief en staat haaks op idee van eigen regie ouders/kind.
Alternatief: aantal onderwerpen vaststellen, en veiligheid kind.
Eigenlijk wil je in de noemer het % kinderen hebben staan van de kinderen in zorg die zijn verwezen.

#### Overige suggesties

Specificeren van de 'redelijke inspanning' van de JGZ.
Toevoegen: verwijzingen naar eerstelijns, interventies die onder jeugdwet vallen.



**Indicator 4: Percentage jeugdigen (klas 4, 15/16 jaar) in het werkgebied van een JGZ-organisatie dat een adolescentencontact jeugdgezondheidszorg heeft gehad.**

Toelichting bij de antwoorden

Def	Bij deze indicator is uitgegaan van face-to-face contact. (Ook) kijken naar andere vormen van contact die meer aansluiten bij de doelgroep.	1
Rel	Wat uit de contacten komt is relevanter dan het percentage kinderen dat gezien wordt.	1
Rel	Goed om in kaart te brengen hoeveel jongeren er bereikt worden.	1
Rel	"Verplicht" contact past niet bij de uitgangspunten van flexibilisering en regie bij de burger.	1
Rel	goede indicator: stimuleert gemeente om contacten uit te voeren.	1
Val	Door alleen naar adolescentencontact te kijken beperkt beeld van wat gemeenten doen. Gemeenten kunnen zelf invulling geven aan wijze waarop ze geld besteden gericht op bevordering leefstijl jongeren.	1
Val	Het adolescentencontact wordt regionaal en lokaal op maat uitgevoerd afhankelijk van gemeenten, scholen, onderwijstype en gezondheidssituatie. Wat je meet is dus heel divers.	6
Val	Zeer beïnvloedbaar wanneer op deze manier gemeten. Noemer klopt niet.	1
Val	Indicator geeft weinig inzicht of de zorg voor de adolescenten op orde is. Je meet niet of adolescenten echt geholpen worden.	1
Bein	De opkomst bij zo'n contact is beïnvloedbaar door de wijze waarop er bekendheid aan gegeven wordt, de positieve ervaringen van degene die eraan hebben deelgenomen, maar daarentegen ook niet beïnvloedbaar als er minder behoefte is bij de jeugdigen.	1
Meet	Moeilijk te meten. Bij face-to-face contact makkelijker te meten dan websitebezoek of via chat.	1
Meet	Doelgroep is scholieren in de regio van JGZ-organisatie. Moeilijk om die gegevens te krijgen.	2

Suggesties teller en/of noemer

Effect van de activiteiten van de JGZ op gezondheid en welzijn van jongeren moeilijk te meten.
'Uitgenodigd' eruit.
Aantal verwijzingen/aantal contacten of aantal adviesgesprekken/aantal jongeren.
Suggestie: aantal jongeren woonachtig/ingeschreven in postcodegebied ipv uitgenodigde kinderen. JGZ-organisaties kunnen zelf bepalen wie ze uitnodigen.
Voorkeur voor een indicator die vanuit de kind kant dit benadert. Als je vragen hebt over... weet je dan waar je terecht kan bijv.
Noemer: zorg bij de JGZ organisatie.

Overige suggesties

De beperking van de indicator is onjuist beschreven: 'De openbare
---

gezondheidszorg is vrijwillig. Er kan in overleg met ouders afgeweken worden van de standaardcontacten. Het adolescentencontact betreft ook jongeren die 16 zijn en waarbij geen overleg met ouders hoeft te zijn.  
Trimbos gaat onderzoek doen naar de uitvoering van dit contact.

**Indicator 5: Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma (RVP).**

Toelichting bij de antwoorden

rel	Goed om risicogebieden in kaart te brengen mbt tot deelname rvp	1
Rel	Norm: regionale percentage vergelijkbaar of hoger moet zijn dan het landelijke percentage.	1
Val	Invloed religieuze en levensbeschouwelijke overwegingen.	2
Val	Ook in gemeenten met veel asielzoekers kunnen cijfers anders uitvallen	1
Bein	Beïnvloedbaarheid: de al dan niet negatieve beeldvorming over vaccinaties in de social media en de tijd die beschikbaar is om hierop te reageren.	1
Bein	Indicator zegt iets over: bereidwilligheid van mensen om mee te doen; en over hoe goed uitvoerders zijn in voorlichting.	1
Bein	Indicator zegt niet per se of JGZ werk goed doet. Keuze aan ouders om hun kinderen te vaccineren. De beïnvloedbaarheid bij weigering op religieuze of levensbeschouwelijke gronden is niet erg groot. Maar als het daalt de vaccinatiegraad moeten we dat scherp analyseren en op communicatie met ouders/jongeren insteken.	3
meet	Deze indicator wordt al in kaart gebracht. Cijfers zijn al bekend.	5

Suggesties teller en/of noemer

Percentage zuigelingen aanpassen. Dus duidelijk zijn op welke leeftijd gemeten wordt.
Ook naar redenen van niet-deelname kijken.
Streven hoeft niet 100% te zijn.
Thuiszorgorganisaties bestaan bijna niet meer.

Overige suggesties

Wat is de invloed van het aantal nieuwkomers?
Is het niet beter om te meten bij het RIVM?

**Indicator 6: Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt, dat is opgespoord via de hielprikscreening.**

Toelichting bij de antwoorden

Rel	Relevante indicator, gaat om zeldzame ziektes dus een norm is lastig.	1
Rel	Goed om de hielprikscreening op deze manier te onderzoeken op sensitiviteit.	1
Bein	Moeilijk te beïnvloeden. Beïnvloedbaar in de wijze waarop het	4

	wordt uitgevoerd (kwaliteit), registratie en onderzoek. beïnvloedbaarheid is twijfelachtig, aangezien naar mijn weten al vrijwel alle kinderen in Nederland gescreend worden. Deels te beïnvloeden: wel optimalisatie van zorg. Niet: de bereidheid tot afnemen van deze zorg door de ouders.	
Meet	Twijfel over meetbaarheid want dit impliceert dat er een landelijke registratie moet zijn van alle gevallen van de ziekten waarop wordt gescreend (buiten de hiepriek om).	1
Meet	Cijfers zijn al bekend. Geen toegevoegde waarde bovenop hoe het RIVM op dit moment dit al uitstekend doet.	3

#### Suggesties teller en/of noemer

Ook nuttig om het aantal opgespoorde zuigelingen met een aangeboren afwijking te meten als percentage/promillage van alle gescreende zuigelingen. Dit geeft ook een indicatie van de kosteneffectiviteit van de screening van zeer zeldzame ziekten.
Klopt de berekening wel? Gaat het er om dat de zeldzame ernstige aandoening door de hiepriek is opgespoord versus andere mogelijkheden?

#### Overige suggesties

Type indicator: outcome ipv output. Het zegt iets over de effectiviteit van het programma.
Is dit niet beter te meten bij het RIVM?

#### Aanvullende onderwerpen of indicatoren

Voorstel voor nieuwe onderwerpen/indicatoren:

<b>Structuur</b>
Percentage van scholen, waarbij de JGZ deel uit maakt van de zorgstructuur (niveau 1 of 2)
De voorgestelde indicator <i>Percentage 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)</i> is concreter dan de andere voorgestelde indicator die meet of er in de gemeentelijke nota aandacht besteed is aan de samenwerking tussen JGZ en voor de regio relevante partijen.
<b>Proces</b>
Percentage van 1gezin1plan waarbij informatie van JGZ is opgevraagd of JGZ-professional betrokken is geweest
De indicatoren haken vooral in op signaleren en doorverwijzen als kerntaak van de JGZ. Ook indicatoren over voorlichting: Percentage jeugdigen (in po en/of vo) dat klassikaal voorlichting heeft gekregen over een bepaald onderwerp (seks, drugs, kindermishandeling etc.)
CB: Percentage zwangere vrouwen / ouders dat voorgelicht is over Shaken Baby Syndrome. Percentage zwangere vrouwen / ouders dat voorgelicht is over

geweldloos opvoeden.
Een JGZ(-arts) heeft ook vaak een nuttige rol in de zorgcoördinatie, waarbij men aan een indicator kan denken als: Percentage jeugdigen met meerdere hulp- of ondersteuningstrajecten waarbij JGZ-er coördinerende/regisserende rol vervult
Het percentage kinderen bij wie de gesignaleerde problematiek aanleiding gaf tot extra consulten (begeleiding, monitoren).
Het percentage verwijzingen n.a.v. psychosociale problematiek
Het percentage verwijzingen n.a.v. fysieke problematiek
Ook de context/samenwerking/verwijzingen is een belangrijk element om in kaart te brengen. Dit is naast het meten van de signaleringsfunctie van de JGZ belangrijk in de mate waarin effectief zorg aan de jeugd wordt verleend.
Percentage terugkoppeling aan verloskunde/kraamzorg na warme overdracht in het kader van doorlopende geboortezorg.
Percentage opvoedondersteuning geboden aan ouders volgens de definitie van Kousemaker.
Percentage aan mogelijkheden die ouders geboden wordt om contact met JGZ te hebben via social media.
Percentage registraties Verwijsindex en opvolging na matches.
Percentage ouders dat gebruik maakt van interventies die door de JGZ worden geboden waardoor duurdere zorg wordt voorkomen.
Bereikbaarheid van de JGZ voor ouders/kinderen en stakeholders
Vrijwel géén van bovenstaande indicatoren meet naar mijn mening hoe de JGZ wordt uitgevoerd, wat de effecten zijn en of de JGZ organisatie 'in control' is. Wellicht kun je nog iets verzinnen als: aantal kinderen dat door toedoen van de JGZ eerder dan bij afwachten is gediagnosticeerd met een (behandelbare) afwijking en aantal kinderen dat door toedoen van de JGZ is afgehouden van ten onrechte gebruik maken de 2e lijn.
<b>Uitkomst</b>
Voor gemeenten zijn waarschijnlijk maatschappelijke outcome-indicatoren van belang, zoals: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentage jongeren met overgewicht in betreffende regio</li> <li>• Percentage jongeren dat voldoet aan de norm gezond bewegen in de betreffende regio</li> <li>• Percentage jongeren dat in de "problematische range" van de SDQ scoort</li> </ul>
De indicatoren gaan te veel beschrijvend over het werk van de jeugdgezondheidszorg. En niet over het resultaat. Bovendien zijn ouders en kinderen zelf verantwoordelijk. Indicator 5 en 6 zeggen iets over dit resultaat, maar kun je als organisatie niet echt beïnvloeden. Hoeveel kinderen we zien vind ik minder relevant, maar wel wat we uit de contacten halen en of het verschil uitmaakt.

## 2. Medische Milieukunde (MMK)

### 1. Percentage GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen.

Toelichting:

Meet.	De waakvlamnorm kan niet meer berekend worden omdat het cluster 'fysiek milieu' in het Gemeentefonds niet meer bestaat.	4
Meet.	Er moet een nieuwe benchmark worden ontwikkeld (i.s.m.	3

	VNG en IGZ)	
Val.	De waakvlamnrm beschrijft de minimale formatie (interpretatie: dus niet welke formatie adequaat/voldoende of optimaal is). Om alle activiteiten die opgenomen zijn in de Wpg adequaat te kunnen uitvoeren, is meer nodig dan de waakvlamnrm.	3
Val.	Het is onduidelijk of de indicator rekening houdt met de problematiek in de regio. Milieuproblematiek kan erg verschillen tussen regio's en stad/platteland.	3
Val.	De relatie input en output is bij de waakvlamnrm minder direct dan bij bijv. de VISI-norm, omdat de waakvlamnrm direct afhankelijk is van de uitkering van het cluster 'fysiek milieu' in het Gemeentefonds.	1
Val.	Er zouden meer factoren meegenomen moeten worden bij de berekening van de waakvlamnrm, factoren die een grote invloed kunnen hebben op de benodigde capaciteit.	1
Val.	Vergelijkbaarheid tussen regio's is niet goed mogelijk omdat salariskosten en overhead verschillen tussen regio's.	1
Val.	Er kunnen erg grote verschillen zijn in benodigde capaciteit per type vraag. Een GES is veel omvangrijker dan een kankercluster, wat weer omvangrijker kan zijn dan een binnenmilieuvraag. Bij wat zich aandient, speelt toeval een grote rol (naast regio en stad of platteland).	1
Val.	De indicator zegt wél iets over de prioriteit die gemeenten en GGD'en aan MMK geven, maar het is niet wetenschappelijk aangetoond dat er een relatie is tussen indicatorscore en gezonde leefomgeving.	1

## Suggesties teller en noemer:

Een landelijke normering is van belang	1
De norm zou rekening moeten houden met een landelijke prioriteitenstelling voor taken.	1
Er is een plan voor een norm geschreven dat in eerste fase is goedgekeurd binnen het Programmacollege M&G	3
Twee opties: Indirect: de norm is gebaseerd op een uitkering uit het Gemeentefonds. De uitkeringen uit het Gemeentefonds zijn afhankelijk van een aantal sociale en fysieke kenmerken van de omgeving en daarom is de norm indirect afhankelijk van een aantal fysieke en sociale kenmerken van de omgeving. Direct: de norm is direct gebaseerd op een aantal kenmerken van de fysieke en sociaal-maatschappelijke omgeving.	1
De indicator zou ook fte-ruimte moeten bevatten voor 'koude' taken / proactieve taken.	1
De indicator zou ook fte-ruimte moeten bevatten voor de toenemende vragen rondom de omgevingswet, klimaatverandering en maatschappelijke incidenten.	1
De indicator zou ook fte-ruimte moeten bevatten voor kennisbevordering, deelname aan onderzoeksprojecten (AWPG), deelname aan landelijke MMK-werkgroepen (vanuit GGD GHOR NL).	1
Er zou een verdeling gemaakt moeten worden van verschillende noodzakelijke taken: advisering, incidenten, onderzoek (deelname aan AWPG), kennisbevordering van lokale belanghebbenden,	1

kennisverzameling, signalering van problemen.	
---	--

## Overige suggesties:

De nieuwe Omgevingswet vraagt om ander beleid en een ander werkwijze van gemeenten t.a.v. gezondheid en fysieke leefomgeving.	1
Onder 'Methode' in indicatorbeschrijving: is dit incl. veehouderijen en landbouwbedrijven?	1
De waakvlamnorm beschrijft de minimale formatie. De reactieve taken nemen een aanzienlijk deel van de formatie in beslag, terwijl het streven is om meer preventief te werken. Nu staan preventieve taken onder druk. Bij meer formatie is er meer ruimte voor preventieve taken.	1

## 2. Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.

## Toelichting:

Rel.	Het cGM wordt gebruikt voor verdiepende vragen, onderzoek, crisis activiteiten e.d. Indicator geeft weinig zicht op reguliere/lokale MMK-taken (door GGD'en).	3
Rel.	Het cGM heeft enkel een coördinerende rol, de expertise ligt elders.	1
Rel.	Weinig representatief voor MMK-werkveld.	1
Val.	Het is onduidelijk waaraan het budget wordt besteed (kerntaken of overhead?).	1
Val.	Indicator is te gevoelig voor seizoensgebonden incidenten. Toeval speelt een te grote rol.	1
Val.	Indicator is te gevoelig voor interne ontwikkelingen (vanwege kleine bezetting), zoals personeelwisselingen en detachering vanuit het veld.	1
Val.	Indicator zegt niks over kwaliteit van de ondersteuning, noch over de relevantie van de aard van de expertise bij het cGM.	2
Val.	Het budget omvat naast MMK ook PSH en GOR.	2
Val.	Er is al jaren een vast budget, dus zegt weinig over groei of krimp in MMK in Nederland.	1

## 3. Percentage gemeenten waarvan de GGD één of meer samenwerkingsverbanden heeft met omgevingsdiensten.

## Toelichting:

Def.	Hoe wordt samenwerking gedefinieerd? Een onderliggend contract of onderling contact tijdens een casus?	1
Def.	Het gaat niet om het percentage gemeenten, maar om het percentage GGD'en. Als het om MMK gaat, zouden 25 van de 25 GGD'en een samenwerkingsverband moeten hebben.	2
Def.	Per gemeente is er slechts één omgevingsdienst, maar per GGD kunnen er meerdere zijn. Teller en noemer zijn onduidelijk.	2
Rel.	Samenwerking is niet altijd relevant want als een omgevingsdienst veel expertise heeft, heeft een GGD weinig te bieden aan de omgevingsdiensten en/of is een	2

	omgevingsdienst weinig relevant voor een GGD. Er is een grote variatie onder omgevingsdiensten.	
Rel.	Relevantie is laag want samenwerking met een omgevingsdienst is maar een klein onderdeel van het MMK-werkveld.	1
Rel.	Er zijn veel meer samenwerkingspartners dan de omgevingsdienst.	1
Rel.	Er zijn talloze onderwerpen waarmee afdelingen MMK van GGD'en zich bezighouden, die door omgevingsdiensten niet behartigd worden.	1
Val.	De indicator in de huidige vorm zegt niks over de kwaliteit van de samenwerking, noch over relevantie van de samenwerking. Zonder formeel samenwerkingsverband kan de feitelijke samenwerking goed zijn en met een formeel samenwerkingsverband kan deze slecht zijn.	4
Val.	Omgevingsdiensten zijn niet evenwichtig verdeeld over de landelijke regio's.	1
Val.	Er zijn GGD-regio's met veel gemeenten (meer dan 20) en er zijn GGD-regio's met maar enkele gemeenten (Amsterdam, Haaglanden, Rotterdam). De vergelijkbaarheid van de indicator voor deze regio's is laag.	1
Bein.	Beïnvloedbaarheid is wellicht matig/laag, omdat er vaak een cultuuromslag nodig zal zijn om samenwerking tot stand te brengen.	1

## Overige suggesties:

	De indicator zou de samenwerking tussen GGD'en, omgevingsdiensten en de Veiligheidsregio kunnen meten, dus een drieslag. Het zijn alle drie ondersteunende uitvoerende diensten voor gemeenten, met min of meer dezelfde regio-grootte. PS: Er is een intentieverklaring in de maak tussen de GGD Rotterdam, Veiligheidsregio Rijnmond en DCMR Milieudienst Rijnmond, waarmee beoogd wordt de onderlinge samenwerking te versteken.	1
--	---	---

#### 4. Percentage meldingen per GGD over het (binnen)milieu dat door een MMK-medewerker binnen een maand is afgehandeld of waarbij is doorverwezen, van het totaal aantal meldingen.

## Toelichting:

Def.	De indicator in 2010 had 1 jaar i.p.v. 1 maand als referentieperiode.	1
Rel.	MMK beweegt zich van reactief meldingen afhandelen naar pro-actief / collectief werken. Daarom is er meer samenwerking met gemeenten en woningcorporaties.	3
Rel.	Mensen bellen niet meer zo gauw, maar zoeken en vinden op andere manieren hulp, bijv. via de GGD-website. De GGD stimuleert dat ook.	2
Rel.	Het gaat erom of de melder tevreden is met de aard en kwaliteit van het antwoord.	1
Rel.	De variatie in werkzaamheden binnen een GGD is groot: de ene handelt vragen van burgers af en de andere beoordeelt bodemrapporten. Met deze indicator beoordeel je slechts één of een paar medewerkers.	1

Rel.	Er is variatie tussen GGD'en in de aandacht voor individuele zorg en collectieve projecten.	1
Val.	Of een melding binnen een maand kan worden afgehandeld, hangt sterk af van de soort melding. Sommige casus hebben meer dan een maand nodig, bijv. als gemeenten en woningcorporaties bij de afhandeling betrokken worden. De afhandeling kan dan goed verlopen zijn. Een snelle afhandeling zegt dus weinig over kwaliteit. Er is ook veel schommeling door het jaar heen.	3
Val.	De indicator zegt meer iets over de grootte van het verzorgingsgebied, de bekendheid van de GGD en de bereidheid de GGD ergens bij te betrekken.	1
Val.	De indicator geeft vooral aan hoeveel mensen de GGD bedient.	1
Val.	Indicator zegt weinig over gezondheidswinst. Meer reclame in wijkkrantjes leidt tot meer meldingen.	1
Meet.	Niet alle GGD'en gebruiken OSIRIS, want het is vrijwillig.	1
Meet.	Er is verschil tussen GGD'en in de wijze waarop zij meldingen registreren en welke meldingen zij registreren.	1

## Suggesties:

Onderscheid maken in de onderwerpen waar de meldingen over gaan.	1
Meer output gestuurd op basis van de taken in de wetgeving.	1

**5. Percentage indieners van meldingen (over het binnenmilieu en over andere onderwerpen) dat gunstige ervaringen heeft met het doen van een melding bij een GGD, van het totaal aantal indieners bij wie navraag is gedaan.**

## Toelichting:

Def.	Wat zijn klanten: burgers, gemeenten, provincies?	2
Rel.	Klanttevredenheid wordt al gemeten in het kader van HKZ. GGD'en leren daar weinig van.	1
Rel.	De indicator suggereert dat een deel van de melders ontevreden mag zijn.	1
Val.	Een deel van de melders zal nooit tevreden zijn omdat de GGD hen bijv. niet verder kan helpen (m.n. bij laagfrequent geluid (LFG) en elektromagnetische velden (EMV)).	3
Val.	De tevredenheid hangt af van de inhoud van het advies. Als het advies anders is dan verwacht, is er grotere kans op ontevredenheid. Dat geldt m.n. voor burgers, minder voor gemeenten.	2
Val.	Klanttevredenheid is erg subjectief.	1
Val.	De indicator zegt meer over de vaardigheden van de MMK-medewerkers om melders een tevreden gevoel te geven, dan over de kwaliteit van het gegeven advies.	1
Val.	De tevredenheid van de klant komt niet altijd overeen met de kwaliteit van de afhandeling van de melding.	1
Val.	Er is variatie in de tevredenheid tussen populaties indieners van meldingen (naar type melding).	1
Val.	Er zijn te grote cultuurverschillen tussen de inwoners van regio's. Dit kleurt de tevredenheid/ervaringen.	1



Bein.	De beroepsnorm is dat de dienstverlening uitmuntend is. Een verbetering is dus niet mogelijk.	1
Meet.	Klanttevredenheidsonderzoeken hebben altijd een grote non-respons.	1
Meet.	Klanttevredenheidsonderzoeken worden niet vaak uitgevoerd door een GGD.	1
Meet.	Klanttevredenheidsonderzoeken kosten de GGD veel tijd.	2

**Suggesties:**

Voorkeur voor een waarderingcijfer op basis van enkele korte vragen. Dit kan na afloop van de melding gevaagd worden, per e-mail, zoals bedrijven doen.	1
Excluderen van meldingen over laagfrequent geluid (LFG) en elektromagnetische velden (EMV).	1
Selecteer een uniforme groep indieners van meldingen (of analyseer per subgroep).	1

**6. Percentage GGD'en dat een contract heeft met een bovenregionaal GGD-centrum op gebied van MMK.****Toelichting:**

Rel.	Er lijkt een vraag achter de vraag te zitten. Deze indicator gaat te veel uit van controle.	2
Rel.	Er is al intensieve samenwerking binnen bovenregionale netwerken (op enkele GGD'en na). Binnen de bovenregionale netwerken trekken de sterke GGD'en de zwakkere mee. Rijkssturing is niet nodig.	2
Rel.	Het landelijke netwerk (i.p.v. het bovenregionale GGD-centrum) vervult vaak de rol van kennisbank.	1
Rel.	Regionale samenwerking heeft altijd meerwaarde, omdat je kennis kunt delen en specialisaties kunt spreiden.	1
Bein.	Dit hoort gewoon bij goed MMK-werk, daardoor is het een zinloze indicator.	1
Bein.	De indicatoruitkomst zal in de tijd weinig veranderlijk zijn.	1
Val.	Het 1-5-25 model staat onder druk door bezuinigingen. Sommige regio's hebben geen bovenregionaal centrum meer, andere vinden dat ze dat zijn en andere dat ze geen ondersteuning meer nodig hebben. De indicator zegt dus vooral iets over bezuinigingen van GGD'en.	1
Val.	Of er feitelijke samenwerking is, wordt ook bepaald door de samenwerkingscultuur en het management.	1
Val.	Een contract met een bovenregionaal centrum garandeert niet dat er een geregistreerde arts-MMK substantieel beschikbaar is.	1
Val.	Aansluiting bij het 1-5-25 model zegt niks over de mate waarin er gebruik gemaakt wordt van de ondersteuning.	1

**Suggesties:**

Aantal fte's geregistreerde artsen-MMK dat werkzaam is in een GGD of bovenregionaal centrum.	1
Nagaan wat er gebeurt om te voorkomen dat GGD'en onvoldoende presteren. Bijv. het sluiten van een convenant tussen twee GGD'en, waarbij ingezet wordt op ondersteuning van de GGD met minder	1

expertise door de GGD met meer expertise.	
Misschien heeft niet elke GGD een afdeling MMK, maar wel heeft elke GGD een aanspreekpunt MMK.	1

### Suggesties uitkomstindicatoren

Uitkomstindicatoren zijn niet beschikbaar voor de meeste gemeenten.	1
Uitkomsten liggen vaak buiten de invloedssfeer van GGD'en.	1
De uitkomstindicatoren zeggen vooral iets over politieke keuzen.	1
Voorstel: hoogte en variatie van de <a href="#">MGR</a> (Milieu-GezondheidsRisico)-indicator ten opzichte van het landelijk gemiddelde en omliggende regio's. De MGR geeft het risico van milieufactoren op de volksgezondheid weer op lokaal niveau. Ook geeft de MGR-score een beeld van de gevolgen van opeenstapeling van omgevingsfactoren.	1

### Suggesties voor andere onderwerpen

Voorgestelde indicatoren en nieuw indicator:

De beschreven indicatoren geven een goed beeld van de omvang / belang van het werk van de MMK in de regio, maar MMK is niet direct verantwoordelijk voor de indicatorscores of kunnen er weinig aan doen.	1
Een belangrijke vraag is hoeveel tijd het verzamelen van de indicatorinformatie vergt. Als daar teveel tijd mee gemoeid is, gaat dat ten koste van de kwaliteit van de MMK-zorg.	1
Voorstel: tevredenheid van burgers met de kwaliteit van de leefomgeving.	1

Indicatoren gericht op preventie:

De nieuwe omgevingswet vraagt van gemeenten een andere benadering t.a.v. fysieke leefomgeving en gezondheid. Daarbij zou gemeten moeten worden wat de <i>betrokkenheid</i> van MMK is bij: <ul style="list-style-type: none"> <li>• het opstellen van een omgevingsvisie, -programma, en – projecten</li> <li>• het opstellen van sommige omgevingsvergunningen, verkeerscirculatieplannen, enz.</li> <li>• betrokkenheid bij het opstellen van preventieve programma's, inrichtingsvraagstukken</li> </ul> <p>Te onderscheiden elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moment</li> <li>• Wijze</li> <li>• Aard</li> </ul>	2
Bovenstaande indicatoren liggen buiten de directe invloedssfeer van MMK en zijn daarom niet geschikt. Het is mogelijk relevanter om een meer taakgebonden indicator erbij te betrekken, en dan met name gericht op het preventieve stuk. Bijvoorbeeld: is er een bijdrage geleverd aan beleidsplannen zoals een structuurvisie (omgevingsvisie), omgevingsplan, nota gezondheidsbeleid, enz. Bij welk percentage van de gemeenten?	1

<p>De dynamiek van MMK vraagt om meer nuance dan enkele indicatoren. Aspecten die het moeilijk maken: integrale aanpak, variatie in soort incidenten, verandering in de maatschappij, veranderende mogelijkheden voor diagnostiek en veranderende belasting van het milieu (meer chemische stoffen, klimaatverandering, meer druk via zoönosen, etc.).</p> <p>De personele inzet moet een weerspiegeling zijn van maatschappelijke waarden en problemen. De inzet zal dus afhankelijk zijn van de hoeveel problemen die in de media komen, het aantal vragen bij de gemeente over infrastructuur, hinderproblemen, vergunningen, incidenten, nieuwe bedrijven, extreme omstandigheden, de benodigde tijd om deze te bespreken en de benodigde tijd om er over te rapporteren (in de media, bij de gemeente, bij andere instanties).</p> <p>Voor de signaleringsfunctie alleen al zou een verdubbeling van het fte nodig zijn.</p>	1
<p>Hoeveelheid <i>tijd</i> die nodig is om gemeenten goed te adviseren om gezondheid mee te nemen in het afwegingskader. Voorbeelden van producten waar MMK een rol bij kan spelen: omgevingsvisie, omgevingsplannen, beleidsplannen, veranderingen in fysieke leefomgeving, adviezen aan woningcorporaties en scholen, adviezen over of aan bedrijven (industrieel/agrarisch).</p>	1

### 3. Rampen en crises

#### Indicator 1: Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft.

##### Toelichting bij de antwoorden

Def	De definitie moet zijn: ' <u>actueel</u> crisisplan'. Sommige GGD'en hebben ooit een GROEP gemaakt, maar doen er jaren niks mee.	2
Def	Een plan is bruikbaar wanneer deze ook echt wordt toegepast door de organisatie. Dat gebeurt vaker als plannen generiek en niet te uitgebreid zijn, heel duidelijk de verwachtingen beschrijven en praktische handvatten als checklists bevatten.	1
Rel.	Voor effectief crisismanagement zijn plannen van belang, mits ze generiek zijn en goed zijn uitgewerkt, d.w.z. teams en functionarissen moeten uit het plan kunnen halen wat er wanneer van hen verwacht wordt.	1
Rel	De risicoanalyse maakt onderdeel uit van de verschillende GGD-processen en is ook opgenomen in de regionale crisisplannen die per veiligheidsregio worden opgesteld.	1
Rel	Relevant in combinatie met andere indicatoren (waaronder output-indicatoren).	1
Rel	Belangrijker is een beschrijving van het werkproces en de methodiek die gehanteerd wordt.	1
Val	Er is geen relatie tussen planvorming en prestaties in de werkelijkheid. In de praktijk bestaat de kans dat plannen op de plank (blijven) liggen en niet gebruikt worden.	5
Beïn	De indicator is gevoelig voor interpretatieverschillen en 'gaming'.	1
Meet	Alleen meetbaar als de indicator concreter wordt uitgewerkt. Het is nu mogelijk GGD'en hetzelfde scoren maar dat de	2

	<p>kwaliteit van de ene veel beter is dan van de andere. De diverse termen moeten eenduidig te beoordelen zijn.</p> <p>Voorbeelden: wat wordt verstaan onder 'kritische besluiten' en wat onder 'uitgewerkt'? [onder 'overige opmerkingen' in DS]</p>	
Meet	Het begrip crisisplan kan op verschillende manieren worden uitgelegd en is in die zin dus lastig eenduidig te meten.	1

## Suggesties:

	Tel alleen de GGD'en met een bewezen actueel crisisplan mee (bijv. korter dan 1 jaar geleden geactualiseerd)	2
	De punten 1 t/m 9 'onder overige opmerkingen' in de DS moeten verder worden uitgewerkt zodat voor de beoordelaar eenduidig is wat onder de criteria wordt verstaan, dan wel of aan de criteria wordt voldaan.	1
	Waarom wordt het GGD Rampenopvangplan als onvoldoende beschouwd? Blijkbaar omdat het niet aansluit bij de eisen die de LNAZ heeft geformuleerd?	1
	Risicoanalyse: niet opnemen in plan zelf maar borgen dat een verbinding is gelegd met de risicoanalyse die per veiligheidsregio worden opgesteld.	1
	Aanvullende indicator: of incidenten worden geëvalueerd en op basis van welke criteria (?)	1
	Punt 9 onder 'Overige opmerkingen': In het crisisplan staat wie de ketenpartners en stakeholders zijn. Dit is nogal summier. Het plan moet niet alleen vermelden wie dit zijn maar ook hoe afstemming met externen vorm krijgt (denk aan welke functionaris contact heeft met externe ketenpartners, wie wanneer aansluit bij andere crisisgremia etc, kortom de aansluiting interne crisisstructuur met externe crisisstructuur).	1
	Er zou gevraagd moeten worden naar de relatie met het regionaal crisisplan van de veiligheidsregio. In geval van rampen en crises is er een zeer nauwe samenwerking tussen GGD'en en veiligheidsregio's.	1

**Indicator 2: Budget in peiljaar voor de taken MMK, PSH en GOR, zowel warm als koud (voorbereiding, crisis, nazorg) bij het cGM van het RIVM, ten opzichte van het budget in voorgaand jaar.**

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Het gaat om een standaardbudget dat niet afhankelijk is van inzet bij rampen en crises. Een verlaging van het budget kan een logische aanpassing zijn omdat er in de afgelopen jaren weinig gebruik van is gemaakt van de ondersteuning.	1
Rel.	Het budget voor MMK, PSH en gezondheidsonderzoek (GZO) is niet relevant voor het meten van de voorbereiding op rampen en crises.	1
Val.	Budget is een voorwaarde, maar kan ook besteed worden aan onnuttige zaken.	3
Val.	Zie onder 'Beperkingen' in DS. De indicator zegt niks over de kwaliteit van de ondersteuning.	2
Val.	Pleidooi voor een breder financieel blikveld. In Noord-Nederland tellen t/m 2016 alleen de extern gefinancierde oefeningen en trainingen mee in het door Cycloon-ROAZ goedgekeurde OTO	1

	jaarplan. Een aantal als nuttig ervaren oefeningen die zelfstandig door de GGD'en zijn opgezet en gefinancierd kwamen niet voor in het OTO jaarplan.	
Val.	Het veld zou de kwaliteit van de ondersteuning moeten beoordelen. Bijvoorbeeld: ondersteuning sluit aan bij behoefte in het veld, over de producten wordt gecommuniceerd, de producten worden toegepast, enz.	1
Val.	Belangrijk is vooral of voorzien is in een goede GAGS-structuur, samenhang met AGS-organisatie van de brandweer etc.	1

#### Suggesties:

Er moet meer informatie komen over de wijze waarop het geld wordt besteed.
Maak een splitsing tussen warm en koud, koud is meer voorwaardenscheppend. Nu meet je twee criteria in één indicator.
Wellicht combineren met het aantal keer dat het cGM gevraagd is voor ondersteuning door GGD'en of anderen.
Vervangen door: zijn er actuele structuren, actuele samenwerkingsafspraken, zijn de processen in het afgelopen jaar in een OTO-traject getest, etc.

### Indicator 3: Percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis.

#### Toelichting bij de antwoorden (elke toelichting 1x genoemd)

Def.	Het item "In het crisisplan is beschreven op welke wijze de crisisorganisatie op 24-uursbasis gedurende een langere periode kan functioneren" is vaag (onder 'Overige opmerkingen' in de DS).
Rel.	Leiding en coördinatie is een aspect van voorbereiding op rampen en crises, maar meet niet de totale crisisvoorbereiding.
Rel.	Het hebben van een vastgestelde procedure (in dit geval 'leiding geven') heeft alleen zin als er ook een actief training- en oefenbeleid van sleutelfunctionarissen (indicator 4) aan gekoppeld is.
Val.	De hebben van een vastgestelde procedure (in dit geval 'leiding geven') zegt niks over de kwaliteit.
Val.	Het gaat erom dat er een <u>actuele</u> procedure is en dat deze in de praktijk getest /geoefend is.
Bein.	Alle GGD'en moeten een procedure hebben voor het proces leiding en coördinatie, dus theoretisch is er een score van 100%.
Bein	De indicator is gevoelig voor interpretatieverschillen en 'gaming'.

#### Suggesties:

Deze indicator is een uitwerking van indicator 1.
Sleutelfunctionarissen heten tegenwoordig bij de meeste GGD'en "procesleiders".
Verander de indicator in een meer kwalitatieve indicator, die iets zegt over de kwaliteit van het proces. Zijn bijvoorbeeld de functionarissen aantoonbaar opgeleid, getraind en geoefend voor hun functie? Is er een piketregeling zodat de functiebezetting gegarandeerd is?
Toevoegen aan indicatorbeschrijving: het gaat erom dat er een <u>actuele</u>

procedure is en dat deze in de praktijk getest /geoefend is.
Onder leiding en coördinatie valt ook de afstemming tussen de teams (strategisch, tactisch, operationeel). Het crisisplan zou ook moeten beschrijven hoe afstemming plaatsvindt: wie komt als eerste samen, welk team daarna of parallel. Het crisisplan zou ook moeten beschrijven hoe opschaling plaatsvindt, omdat dat proces aangeeft wie wanneer de leiding heeft. Bij een incident met criteria A, B dan komt het strategische team samen, bij een incident met criteria X, Y ligt de leiding en coördinatie in handen van de voorzitter van het tactische team enz. In de praktijk gaat het hier weleens mis en dat komt de kwaliteit van crisisbeheersing niet ten goede.

**Indicator 4: Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van sleutelfunctionarissen.**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Het hebben van een actief training- en oefenbeleid van sleutelfunctionarissen heeft alleen zin als er ook een vastgestelde procedure (in dit geval 'leiding geven') (indicator 3) aan gekoppeld is.	1
Rel.	Overlap met indicator 1 (beschikbaarheid crisisplan). Borging vakbekwaamheid is een onderdeel van de vier GGD-processen.	1
Val.	Het hebben van een vastgestelde procedure (in dit geval 'borging vakbekwaamheid') zegt niks over de kwaliteit.	2
Val.	Of de vakbekwaamheid is geborgd, is afhankelijk van een subjectief oordeel van de OTO-coördinator.	1
Val.	De indicator moet objectiveerbaar gemaakt worden, m.n. het begrip 'vakbekwaamheid' (vakbekwaam worden en vakbekwaam blijven). Welke normen worden gehanteerd? Denk aan: 'succesvolle deelname aan OTO-trajecten', 'positief beoordeelde inzet', enz.	2
Beïn.	Alle GGD'en moeten de vakbekwaamheid van sleutelfunctionarissen borgen, dus theoretisch is er een score van 100%.	1
Meet.	Het is belangrijk of er gedegen geregistreerd wordt (of niet).	1

Suggesties:

I.p.v. 'geborgd' 'voldoende geborgd'. Echter, dat maakt de meetbaarheid nog zwakker.
De kwaliteit van de OTO-activiteiten wordt niet beoordeeld. Voor OTO zijn er 4 belangrijke bouwstenen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. plannen en procedures (incl. kwalificatieprofielen);</li> <li>2. aansluiting op het niveau en de leerbehoefte van de medewerkers;</li> <li>3. de koppeling tussen OTO en evaluatie van OTO;</li> <li>4. daadwerkelijke incidenten en crises.</li> </ol>
M.b.t. de OTO-activiteiten zelf, kunnen de volgende vragen gesteld worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• worden er goede OTO-activiteiten georganiseerd?</li> <li>• gebeurt dit door bekwame trainers?</li> <li>• worden leerdoelen gehaald?</li> <li>• heeft de GGD bekwame waarnemers voor observatie en evaluatie?</li> </ul>

**Indicator 5: Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord.**

Toelichting bij de antwoorden:

Val.	Door het aantal positieve antwoorden te scoren, wordt er bij deze indicator vanuit gegaan dat alle aspecten in de voorbereiding even relevant zijn c.q. even zwaar wegen. Dat is niet zo.	1
Val.	Door het optellen van items mis je inzicht in de ontwikkelingen op de verschillende aspecten.	1
Val.	Verwacht kan worden dat alle OTO-coördinatoren positief zullen scoren. [slager keurt z'n eigen vlees?]	1
Beïn.	Om de indicatoruitkomst goed te kunnen interpreteren is (zoals gebruikelijk bij indicatoren) vervolgonderzoek nodig.	1
Beïn.	De indicator heeft slechts in beperkte mate aanknopingspunten voor verbeteringen	1
Meet.	Subjectief. Er is controle nodig van de antwoorden die gegeven worden.	3

**Indicator 6: Percentage GGD'en waar het crisisteam minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen oefent.**

Toelichting bij de antwoorden:

Val.	Het gaat erom dat het goede wordt geoefend. Crisisprocedures die afwijken van de dagelijkse praktijk kunnen wel geoefend worden, maar worden toch niet gevolgd als er een crisis is.	1
Val.	In veel GGD'en wordt ook met een zo geheten "virtueel crisisteam" geoefend. De oefenstaf vertegenwoordigt daarbij het crisisteam. 1x per jaar met een volledig opgetuigd crisisteam oefenen is realistischer.	1
Val.	Onder 'Beperkingen' in de DS: er zijn ook andere manieren om de vakbekwaamheid op peil te houden. Denk aan opleidingen, of specifieke trainingen. Desalniettemin is het zinnig om een crisisteam als geheel te blijven trainen/oefenen.	1
Val.	Een ketentraining (met meerdere teams/ondersteuning/backoffice of externe partners) is ook relevant. Dat neem je nu niet mee.	1
Val.	OTO-activiteiten zouden verschillende niveaus moeten bevatten: individu (kennis/vaardigheden), team (werkproces, inhoudelijk product), keten (meerder teams/betrokkenen binnen GGD) en externe keten (met externe partners).	1
Val.	Dit is een belangrijke indicator, maar dekt niet een volwaardig OTO-programma (dat eigenlijk nodig is voor het op niveau krijgen van een crisisorganisatie). Ik snap echter wel dat je een selectie maakt en dan vind ik de keuze voor het crisisteam een goede.	1
Val.	Oefenen is slechts een enkel aspect van de voorbereiding.	1
Val.	Ook de mate van oefening zou meegenomen moeten worden.	1
Val.	Oefenen is slechts een enkel aspect van de vakbekwaamheid op peil te houden c.q. door te ontwikkelen. Er zijn ook andere leervormen die van belang zijn, bijv. bijscholing, vakliteratuur bijhouden, casuïstiekbesprekingen, intercollegiale toetsing,	1

	assessments, etc.	
Val.	Andere aspecten van oefenen waarnaar goed gekeken moet worden: <ul style="list-style-type: none"> <li>• relevante scenario's</li> <li>• de kwaliteit van de oefenscenario's</li> <li>• diversiteit in de deelnemers</li> <li>• afwisseling van deelnemers aan de oefeningen</li> <li>• leerdoelen die gesteld zijn aan de oefeningen</li> </ul>	1

**Suggesties:**

Niet alleen kijken of geoefend wordt, maar ook naar de inhoud van de oefeningen.
Bij een goede voorbereiding mag je verwachten dat jaarlijks alle processen ten minste één keer worden geoefend.
Wellicht toevoegen: waarvan minimaal 1 multi-oefening (i.s.m. Veiligheidsregio, partners, etc.)
De behoefte aan oefeningen is afhankelijk van de organisatie, ervaring van personen e.d. Of de organisatie voorbereid is op een crisis, moet per GGD (en per persoon) beoordeeld worden. Het gaat wellicht te ver als op basis van deze indicator gesteld wordt dat alle GGD'en 2xpj moeten oefenen.

**Indicator 7: Percentage GGD'en dat samenwerkingsafspraken heeft met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen.**

**Toelichting bij de antwoorden:**

Rel.	Aanboren van eigen kracht binnen de GGD (procesleiders PSH, JGZ) in combinatie met externe partners [welke?] wordt ook als goed ervaren.	1
Rel.	Samenwerkingsafspraken hebben is idd belangrijk, want het verschaft helderheid over rollen, taken en verantwoordelijkheden.	1
Rel.	Volgens de indicatorbeschrijving moeten GGD'en samenwerkingsafspraken hebben met drie partijen. Echter, hoe elke regio dat precies regelt, is volgens mij niet voorgeschreven. Er zijn ook GGD'en die hier eigen personeel voor inzetten.	1
Val.	Plannen, procedures en afspraken zijn niets waard als ze niet bekend zijn bij personeel op de werkvloer en mensen deze niet geïnternaliseerd hebben. Daarom iets toevoegen als: 'en zijn binnen de organisatie bekend en toepasbaar'.	1
Val.	Het is ook van belang of het gaat om actuele afspraken die in de praktijk worden geoefend.	1
Val.	Prestatie hangt af van de invulling van de samenwerkingsafspraken. In de afspraken moet ook aandacht besteed worden aan OTO en vakbekwaamheid van de samenwerkingspartners. Ook moeten er afspraken gemaakt worden over taken, bevoegdheden & verantwoordelijkheden (TBV's) en verwachtingen naar elkaar.	1
Val.	Het maken van afspraken zegt niets over de output.	1



Suggesties:

Waarom alleen afspraken voor de PSHOR? Waarom niet voor alle vier de processen?
---

#### Andere suggesties voor onderwerpen

Validiteit vergt een diepere inhoudelijke beoordeling van de indicatoren, anders ontstaat planfixatie zonder operationele betekenis.
Indicatoren 9 en 8 (resp. percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces op- en afschaling en percentage GGD'en dat een procedure heeft voor het proces melding en alarmering) zijn belangrijk. Dat zijn twee praktische aspecten die in de praktijk heel relevant zijn (wanneer moeten we in actie komen en hoe zorgen we voor snelle opschaling)
De vraagstellingen moeten worden aangepast want alleen het hebben van een procedure zegt niet genoeg.
Er zijn nu weinig indicatoren opgenomen over de rollen van VWS, RIVM en gemeenten. Voor VWS en RIVM is dat ook lastig omdat je ja/nee antwoorden krijgt, maar het zou wel evenwichtiger kunnen worden als ook VWS en RIVM vragen moeten beantwoorden over bijvoorbeeld crisisplan, leiding en coördinatie en geoefendheid. Op die manier worden de indicatoren waarschijnlijk ook relevanter voor de GGD'en en het stelsel als geheel.
Bereikbaarheid van GGD'en, cGM en VWS voor incidenten en crises (d.m.v. testen).

#### 4. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

##### Indicator 1: Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES heeft opgenomen

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Belangrijke indicator omdat de basis voor beleid op dit terrein wordt gevormd door de betreffende nota's waarin de doelstelling 'het verkleinen van gezondheidsverschillen' is opgenomen. Het specifiek noemen van SEGV/gezondheidsachterstanden zegt iets over de <u>intentie</u> van gemeenten; het laat zien dat het op het netvlies staat. De indicator meet niet of het beleid uitvoerbaar is of dat feitelijk iets bereikt is.	3
Val.	Dat een beleidsdoelstelling is opgenomen in een nota wil nog niet zeggen dat er ook concrete acties volgen en geormerkte budgetten zijn.	3
Val.	In gemeenten die het terugdringen van SEGV niet hebben opgenomen in hun nota, kan het terugdringen van SEGV toch een belangrijke beleidsdoelstelling zijn of er kan indirect toch veel aan gedaan worden.	2
Val.	Een indicator die uitvraagt of gemeenten een gedragen en doelgericht plan van aanpak voor een <u>integrale lokale aanpak</u> van gezondheidsachterstanden hebben, is beter (specifieker en beter meetbaar). Een integrale lokale aanpak is bepalend voor het realiseren van de doelstellingen.	1
Val.	Het is onduidelijk waarom plannen t.a.v. specifieke groepen	1

	(bijv. daklozen) niet worden meegeteld.	
Val.	Niet alle gemeenten stellen iedere 4 jaar een nieuwe nota op, waardoor je het risico loopt dat het oordeel gebaseerd is op verouderd materiaal.	1
Beïn.	Het is onzeker of verschillen tussen gemeenten of veranderingen in de tijd met deze indicator zichtbaar gemaakt kunnen worden.	1
Meet.	Het is niet helemaal duidelijk wat onder terugdringen van SEGV als doelstelling moet worden beschouwd. Wordt bijv. het verbeteren van de gezondheid in bepaalde wijken positief gescoord bij deze indicator?	1

## Suggesties:

	Vooraf een aantal varianten beschrijven van hoe het terugdringen van SEGV geformuleerd kan worden, en dan aangeven welke wel en welke niet als beleid ter verkleining van SEGV gelden. Dan is het voor iedereen duidelijk of bijv. het verbeteren van de gezondheid in bepaalde wijken positief gescoord kan worden.	1
	Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota de doelstelling terugdringen van SEGV heeft opgenomen en een gedragen en doelgericht plan voor een integrale lokale aanpak heeft opgesteld.	1
	Indicator uitsplitsen naar grootte van de gezondheidsachterstanden in gemeenten. De verschillen tussen gemeenten zijn namelijk groot. Pragmatische aanpak: onderscheid maken in wel/niet GIDS-gemeenten of enkel kijken naar gemeenten met serieuze lage-SES-problematiek (bijv. GIDS-gemeenten of gemeenten waarbij het percentage huishoudens met een laag inkomen >10 of het percentage kinderen dat in armoede opgroeit >5). Immers, een gemeente met nauwelijks lage SES hoeft SEGV niet te prioriteren.	2
	Rekening houden met het feit dat sommige gemeenten minder nadruk leggen op nota's schrijven en vaker 'modernere' manieren gebruiken om beleid te communiceren, bijv. door het maken van infographics. Dat zou ook meegeteld moeten worden.	1
	Percentage gemeenten dat integraal SEGV-beleid voert, dus daadwerkelijk samen optrekt met andere sectoren dan alleen Volksgezondheid. Bijvoorbeeld ook met sector onderwijs en arbeid. Te meten aan de hand van concrete projecten.	1

**Indicator 2: Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie gericht op het verminderen van SEGV of het verbeteren van de gezondheid bij de doelgroep lage SES wordt aangeboden**

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Waarschijnlijk zal de score 100% zijn, want elke gemeente heeft wel een interventie of programma dat kan worden gepresenteerd als een interventie die speciaal gericht is op mensen met een lage SES (al was het maar een voedingsadvies door een CB of CJG). Hierdoor is de indicator niet onderscheidend.	3
Rel.	Er bestaan geen specifieke gezondheidsbevorderende interventies waarmee gezondheidsverschillen verkleind kunnen worden.	1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Het gaat om allerlei niet-telbare beleidsmaatregelen. Voorbeelden: armoedebeleid, verbeteren van infrastructuur of huisvesting in achterstandswijken. Het gaat dus om integraal gezondheidsbeleid.</li> <li>- Het doel van de interventies is vaak verbetering van maatschappelijke omstandigheden, niet gezondheidsbevordering.</li> <li>- Deze indicator meet vooral of gezondheidsbevorderende interventies specifiek gericht worden op achterstandswijken.</li> </ul>	
Rel.	Het moet gaan om een integrale aanpak. Het is inmiddels bekend dat de traditionele benadering van gezondheidsbevordering met eenzijdige focus op gezonde leefstijl niet werkt. Uitgangspunt zouden de 5 sporen van Gezond in... kunnen zijn.	1
Rel.	Het moet niet alleen gaan om de traditionele benadering van gezondheidsbevordering, maar <u>ook</u> om een integrale aanpak.	1
Rel.	De indicator is erg zinvol om te meten welke gemeenten nog niets doen aan het verminderen van SEGV.	1
Rel.	De indicator vult de vorige indicator goed aan; er bestaat immers altijd verschil tussen voornemen (nota) en actie (interventie).	1
Rel.	De indicator meet niet hoe effectief het is wat gemeenten doen.	1
Rel.	Er zijn weinig interventies specifiek voor de doelgroep lage SES doorontwikkeld.	1
Val.	Interventies kunnen groot of klein zijn en daarmee heel verschillend in bereik en effect.	1
Val.	Het gaat er bij lokaal SEGV-beleid om dat de gemeente de doelgroep betreft bij de activiteiten, en de dingen in samenhang uitvoert. Het gaat er niet zozeer om dat de gemeente maar 'iets' aanbiedt.	1
Val.	De indicator zegt niets over: werving en bereik van doelgroep, kwaliteit en intensiteit van de interventie, de dosis die afgeleverd wordt en die de doelgroep ontvangt (exposure), blijvende participatie van de doelgroep (compliance) en evenmin over de context.	1
Meet.	Het aggregatieniveau van gemeenten is te grof.	1
Meet.	Het is lastig om een eenduidige definitie van 'gezondheidsbevorderende activiteit' te hanteren. Er is namelijk een enorme diversiteit aan activiteiten die gemeenten doen.	1
Meet.	Een gezondheidsbevorderende interventie zou alleen meegeteld moeten worden als deze bewezen-effectief is en voldoende mensen in de doelgroep bereikt.	1
Meet.	Het zou goed zijn om een onderscheid te maken tussen persoonsgerichte interventies en interventies in de fysieke omgeving (zie Methode in DS).	1

## Suggesties:

Percentage gemeenten met maatregelen ter bevordering van integraal gezondheidsbeleid, met een focus op groepen met een gezondheidsachterstand. Hierin is naast gezondheidsbevordering ook beleid op het gebied van participatie, sociale leefomgeving,	2
--	---

fysieke leefomgeving (huisvesting in achterstandswijken), werk en inkomen (armoedebeleid) opgenomen.	
Het aantal (en welke) sporen dat gevolgd wordt in de aanpak van SEGV. Gedoeld wordt op de 5 sporen van Gezond in...	1
De indicator alleen hanteren voor GIDS-gemeenten. Of de selectie iets verruimen m.b.v. de SCP sociaaleconomische positie van gemeenten (op basis waarvan GIDS gemeenten zijn geselecteerd).	1
De indicator eerst preciseren. Nu scoren alle gemeenten positief. Daarna uittesten in de praktijk.	1
Per gemeente het aantal interventies tellen en per interventie het bereik bepalen (bereik afgezet tegen de omvang van de te bereiken doelgroep).	1
Vragen gebruiken uit de vragenlijst die VWS jaarlijks bij GIDS-gemeenten uitzet als monitor voor het GIDS-programma.	1
Bij groepen met een lage SES moet de insteek mogelijk niet 'gezondheid' zijn, maar het tegengaan van intergenerationele overdracht van problematiek. Te denken valt aan opvoedingsondersteuning voor jonge ouders en sport-, beweeg- en cultuurlessen voor kinderen. Daarmee worden meer kansen gecreëerd voor sociale mobiliteit.	1

**Indicator 3: Percentage gemeenten waar de doelgroep "mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel**

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Via de website van het SCP hebben alle gemeenten inzicht in de statuscores. Daarvoor is dus geen wijkprofiel nodig.	2
Rel.	Het in beeld brengen van het aantal mensen met een lage SES is nodig om tot gerichte maatregelen te komen.	1
Rel.	Het maken van een wijkscan duidt erop dat een gemeente zich baseert op feiten. Bij voorkeur is het laagste aggregatieniveau een wijk, maar liever nog een postcode, omdat de lokale context sterk verschilt.	1
Rel.	Wijkprofielen zijn nodig om inzicht te krijgen in de stand van de bevolking en de <u>volksgezondheid</u> (uitgewerkt naar leeftijd, geslacht, etniciteit en SES). Die informatie levert input voor beleid.	1
Rel.	De indicator verwijst naar een proces dat met een wijkscan in gang gezet wordt. Een wijkscan vormt een onderdeel van een procesgerichte aanpak waarbinnen men brede verscheidenheid van relevante data over het gebied/de wijk verzamelt en daarover in gesprek gaat met bewoners en professionals.	1
Rel.	Goede indicator, maar verschillen in gezondheid binnen een wijk/buurt zijn vele malen groter dan verschillen tussen wijken/buurtten. Het is dus belangrijk om de 'armen' in de 'rijke buurt/wijk' niet te vergeten bij het beleid ter reducering van SEGV	1
Rel.	Het koppelen van 'verminderen van SEGV' aan het 'opstellen van wijkprofielen' is onnodig, want mensen met een lage SES wonen niet keurig bij elkaar in een paar wijken. SEGV is primair een gemeente-breed probleem dat zich niet laat reduceren tot een paar 'achterstandswijken'. Ook de oplossing	1

	ligt niet per definitie in 'de buurt'.	
Rel.	Sociaaleconomische problemen kunnen ook wijk/buurt/gemeente-overstijgend zijn en op regionaal niveau liggen (bijv. krimpregio's).	1
Rel.	De indicator zegt niets over SEGV, alleen over kenmerken en omvang van de groep met een lage SES. Gezondheid komt er niet in voor.	1
Val.	Het in beeld hebben van de doelgroep wil niet zeggen dat er daadwerkelijk stappen worden ondernomen om gezondheidsverschillen te verkleinen.	4
Bein.	De indicator is sterk beïnvloedbaar. Een wijkprofiel is gemakkelijk gemaakt.	1

## Suggesties:

	Ook een indicator opnemen of gemeenten ook vaststellen op welke aspecten van gezondheid er een achterstand is.	1
	Percentage gemeenten waar een gebiedsscan is uitgevoerd om in beeld te krijgen waar gezondheidsachterstanden zich binnen de gemeente zich concentreren. Tevens: percentage gemeenten waar een gebiedsscan is uitgevoerd en waar met bewoners en professionals in gesprek is gegaan over wat er speelt.	1
	Het gaat erom dat gemeenten scherper krijgen welke gezondheidsachterstanden er zijn in wijken met een lage SES. Daartoe zullen meerdere gezondheidsindicatoren gemeten moeten worden. Het gaat er niet om dat gemeenten met een wijkscan onderzoeken welke wijken oververtegenwoordigd zijn door mensen met een lage SES.	1
	Indicator alleen voor GIDS-gemeenten berekenen, of een onderscheid maken tussen wel en niet GIDS-gemeenten.	1
	Rekening houden met de lijst gebiedsindicatoren die binnen Gezond in... is opgesteld. Per 1 maart 2017 komen deze op een tegel binnen de site waarstaatjegemeente.nl. Gemeenten krijgen dan met 1 druk op de knop inzicht in waar zich gezondheidsachterstanden bevinden.	1
	De gegevens uit de GIDS-vragenlijst gebruiken.	1
	Indicator toevoegen: het percentage gemeenten met een wijkprofiel dat concrete acties heeft uitgevoerd op basis van dat wijkprofiel.	1

**Indicator 4: Percentage gemeenten waar ten minste één gezondheidsbevorderende interventie wordt aangeboden in een wijk met een lage SES**

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Er bestaan geen specifieke gezondheidsbevorderende interventies waarmee gezondheidsverschillen verkleind kunnen worden. - Het gaat om allerlei niet-telbare beleidsmaatregelen. Voorbeelden: armoedebeleid, verbeteren van infrastructuur of huisvesting in achterstandswijken. Het gaat dus om integraal gezondheidsbeleid. - Het doel van de interventies is vaak verbetering van maatschappelijke omstandigheden, niet gezondheidsbevordering.	1
------	---	---

	- Deze indicator meet vooral of gezondheidsbevorderende interventies specifiek gericht worden op achterstandswijken.	
Rel.	Het moet gaan om een integrale aanpak. Het is inmiddels bekend dat de traditionele benadering van gezondheidsbevordering met eenzijdige focus op gezonde leefstijl niet werkt. Uitgangspunt zouden de 5 sporen van Gezond in... kunnen zijn.	1
Rel.	Het moet niet alleen gaan om de traditionele benadering van gezondheidsbevordering, maar <u>ook</u> om een integrale aanpak.	1
Rel.	Er zijn weinig interventies specifiek voor de doelgroep lage SES doorontwikkeld.	1
Rel.	De indicator vult de eerste indicator goed aan; er bestaat immers altijd verschil tussen voornemen (nota) en actie (interventie).	1
Rel.	Goede indicator, maar verschillen in gezondheid binnen een wijk/buurt zijn vele malen groter dan verschillen tussen wijken/buurtten. Het is dus belangrijk om de 'armen' in de 'rijke buurt/wijk' niet te vergeten bij het beleid ter reducering van SEGV	1
Rel.	Sociaaleconomische problemen kunnen ook wijk/buurt/gemeente-overstijgend zijn en op regionaal niveau liggen (bijv. krimpregio's).	1
Val.	Interventies kunnen groot of klein zijn en daarmee heel verschillend in bereik en effect.	2
Val.	Het gaat er bij lokaal SEGV-beleid om dat de gemeente de doelgroep betreft bij de activiteiten, en de dingen in samenhang uitvoert. Het gaat er niet zozeer om dat de gemeente maar 'iets' aanbiedt.	1
Val.	Waarschijnlijk zal de score 100% zijn, want elke gemeente heeft wel in een achterstandswijk wel een interventie of programma dat kan worden gepresenteerd als een interventie die speciaal gericht is op mensen met een lage SES (al was het maar een voedingsadvies door een CB of CJG). Hierdoor is de indicator niet onderscheidend.	1
Meet.	Lastig te meten. Er is namelijk een enorme diversiteit aan activiteiten die gemeenten uitvoeren. Het kan gaan om hele specifieke interventies (lage SES-groep verleiden gezonder te leven) maar ook om indirecte interventies (jongeren die op school dreigen uit te vallen te begeleiden). De aanleg van een parkje zou er ook onder kunnen vallen.	3
Meet.	Een gezondheidsbevorderende interventie zou alleen meegeteld moeten worden als deze bewezen-effectief is en voldoende mensen in de doelgroep bereikt.	1
Meet.	Het aggregatieniveau van wijken is beter dan gemeenten.	1

## Suggesties:

	Het aantal (en welke) sporen dat gevolgd wordt in de aanpak van SEGV. Gedoeld wordt op de 5 sporen van Gezond in...	1
	Suggestie om indicator 2 en 4 samen te voegen: het gaat erom of voornemens van gemeenten ook in praktijk worden gebracht. In principe maakt het niet uit om de hoeveelheid SEGV-beleid naar wijk- of doelgroep uit te splitsen. Zoals al beschreven in de methode zijn er ook gemeenten waarin de doelgroep niet duidelijk in één wijk woont.	1

Bij groepen met een lage SES moet de insteek mogelijk niet 'gezondheid' zijn, maar het tegengaan van intergenerationele overdracht van problematiek. Te denken valt aan opvoedingsondersteuning voor jonge ouders en sport-, beweeg- en cultuurlessen voor kinderen. Daarmee worden meer kansen gecreëerd voor sociale mobiliteit.	1
Als de insteek 'gezondheid' is, zou dat in samenhang met andere beleidssectoren gezien moeten worden: onderwijs-, armoede- of arbeidsbeleid. Op den duur kan gezondheid dan onderdeel worden van die beleidsterreinen.	1

### Indicator 5: Verschil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Het terugdringen van verschillen in levensverwachting is relevant. De indicator is bruikbaar voor beleid.	4
Rel.	Effecten van beleidsmaatregelen ter reductie van SEGV zijn op het niveau van de levensverwachting pas op hele lange termijn zichtbaar.	2
Rel.	Niet relevant om de indicator op gemeenteniveau te berekenen.	1
Val.	Rekening houden met de samenstelling van de SES-groepen. Die zullen vermoedelijk substantieel verschillen tussen bijvoorbeeld de randstad en de Veenkoloniën.	1
Val.	SEGV wordt door zoveel andere zaken beïnvloedt dan alleen PG. Door deze indicator op te nemen, wordt de schijn gewekt dat SEGV enkel door PG wordt veroorzaakt. Daarom niet opnemen.	1
Val.	Verschillen in levensverwachting tussen regio's kunnen ook beïnvloed worden door versturende factoren, zoals de aanwezigheid van verpleeghuizen of selectieve migratie. Je zou dus aandacht moeten schenken aan een samenspel van indicatoren (modelmatig).	1
Meet.	Op basis van de GGD-monitors kan deze indicator per gemeente worden vastgesteld.	1

Suggesties:

Nagaan wat de verschuiving is t.o.v. de 'baseline' en wat de ontwikkeling in de tijd is. Suggestie: een 'kaart' van Nederland met de levensverwachting van de lage en de hoge SES-groepen per regio. En vervolgens de verschuivingen hierin in de loop der jaren.	1
Duidelijk aangeven of deze indicator ook op gemeenteniveau berekend zal worden (wat moeilijk zal zijn gegeven de kleine aantallen).	1
Niet relevant om de indicator op gemeenteniveau te berekenen.	1
Deze indicator zou aangevuld moeten worden met een indicator die direct beïnvloedbaar is en die beleidseffecten op kortere termijn zichtbaar maakt.	1
Om effecten van beleid op korte termijn te meten zijn andere indicatoren nodig. Bijvoorbeeld verschillen in ervaren gezondheid, of percentage mensen met een chronische aandoening, of een beperking. Of veranderingen op niveau van determinanten van	1

gezondheid, zoals percentage rokers, of mensen met overgewicht.	
Ook zou de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen, in goede geestelijke gezondheid, zonder chronische aandoeningen, en in goed ervaren gezondheid kunnen worden berekend.	1
Ook naar verschillen in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog inkomen / SES kijken (dus niet alleen opleiding).	1

### Aanvullende onderwerpen

Interessante kwestie: in hoeverre is er verschil tussen de inzet en het effect van enerzijds 'top down' interventies en anderzijds interventies die samen met de inwoners ontwikkeld en uitgevoerd worden. [weet daar geen indicator bij]	1
Zie de indicatorenlijst voor de GIDS-projecten (in het kader van Gezond in..).	1
Indicatoren op het gebied van participatie, bijv. percentage mensen met een uitkering binnen het sociale domein of netto-arbeidsparticipatie. Zie ook de indicatorenlijst voor de GIDS-projecten.	1
Van belang zijn sociale determinanten van gezondheid zoals werkloosheid, CITO-scores (of leerprestaties), zelfmanagement, zelfcontrole en aangeleerd probleemoplossend vermogen. Deze zijn deels ook opgenomen in de GGD-monitors. Daarnaast sociale mobiliteit, SEGV op de basisschool en verbreding ervan in levensloopperspectief. Misschien zijn andere databronnen nodig.	1
Indicatoren over integraal beleid dat gemeenten voeren als het volksgezondheid betreft. Hierbij meten of gemeenten samenwerken met andere sectoren dan volksgezondheid.	1
Als perse een uitkomstmaat opgenomen moet worden, dan de prevalentie van diabetes (naast levensverwachting). Verschillen in de prevalentie van DM2 tussen SES-groepen kunnen te maken hebben met verschillen in toegang tot zorg en effectiviteit van gezondheidsbevordering. De prevalentie van DM2 heeft een sterkere relatie met PG dan andere uitkomstindicatoren.	1
Alle uitkomstindicatoren zijn reeds opgenomen in de VTV (op basis van de GGD-monitors).	1
De voorgelegde set van vijf indicatoren legt het accent veel te veel op wat gemeenten doen. Hieraan zou slechts één indicator gewijd moeten worden. De overige indicatoren zouden gewijd moeten worden aan uitkomsten en aan wat de rijksoverheid doet.	1
De voorgestelde indicatoren zijn alle zeer relevant en valide. De nadrukkelijke aandacht voor leefstijlinterventies zou minder mogen. Belangrijk is een meer structurele en fundamentele insteek bij gemeenten (en Rijk) om iets aan de SEGV te doen, waarbij er ook aandacht is voor beleid voor arme mensen in rijke buurten en bovenregionale of misschien zelfs wel nationale sociaaleconomische problematiek en beleid dienaangaande.	1
Een input-indicator, maar het is ondoenlijk om uitgaven in euro's te monitoren (lastig te verzamelen en slecht vergelijkbaar tussen gemeenten en over de tijd).	1
Onduidelijk waarom alleen de prevalentie van diabetes mellitus gemonitord moet worden en niet de prevalentie van andere aandoeningen.	1



Wat is de samenhang van de voorgestelde indicatoren? Zijn ze onderling onafhankelijk of hangen ze onderling samen? Volgens mij is er sprake van onderlinge verwevenheid waardoor een monocausale benadering op basis van losse indicatoren geen recht doet aan de complexe werkelijkheid waaraan gerefereerd wordt.	1
---	---

## 5. Gemeentelijk gezondheidsbeleid

### Indicator 1: Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota

#### Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Deze indicator meet m.n. de integratie met het sociaal domein, minder met rampen en ongevallen en milieu.	1
Rel.	Integratie met milieu is ook van belang i.v.m. veehouderij.	1
Rel.	Er zou vermeld moeten worden hoeveel nota's zijn gecombineerd. Alleen Wmo, alleen Jeugd, Wmo+Jeugd, Wmo+Jeugd+Rampen&Ongevallen?	1
Rel.	Nota's waarin Wmo en Wpg gecombineerd worden, geven minder aandacht aan beleid op 'klassieke' PG-thema's zoals gezondheidsbevordering en infectieziekten (bron: Scans van GGD GHOR NL).	1
Rel.	Er bestaat de indruk dat gecombineerde nota's vooral door kleine gemeenten opgesteld worden omdat ze er dan minder tijd (=geld) aan kwijt zijn. Dus een negatieve prikkel.	1
Val.	Onduidelijk waar deze indicator iets over zegt.	1
Val.	Zonder gezamenlijke nota kan er toch goed samengewerkt worden. De samenwerking kan bijv. ook zitten in activiteitenplannen die gemeenten opstellen. Die zou je ook mee moeten nemen.	3
Val.	Het is de vraag of een op papier gecombineerde nota in de praktijk ook gecombineerd wordt opgepakt. Vaak is er eerst de beleidsnota en dan de uitvoeringsnota. Als alleen de beleidsnota is gecombineerd schiet het nog niet veel op.	1
Val.	Ondanks dat er in een Wmo-nota een paragraaf over volksgezondheid is opgenomen, kan er in de praktijk weinig geïntegreerd zijn.	1
Val.	De indicator moet iets zeggen over de integraliteit van beleid en niet over integraliteit van nota's. Het gaat om het verbinden van gezondheid met alle relevante beleidsterreinen. Dat heeft ook te maken met hoe je naar gezondheid kijkt. Gezondheid is een doel en een middel. Daarnaast heeft gezondheid ook een relatie met de inrichting van de leefomgeving, milieu, mobiliteit, werkgelegenheid etc.	2
Beïn.	Gemeenten kunnen bepalen of zij een gecombineerde nota maken of niet. In die zin is de indicatorwaarde beïnvloedbaar.	1
Meet.	Het is lastig dat de planning van de nota PG en andere nota's niet persé gelijk lopen.	1
Meet.	De indicator kan goed gemeten worden door informatie op te vragen.	1
Meet.	Soms worden nota's nog niet echt gecombineerd, maar wordt er in nota's wel naar andere nota's verwezen. Is het dan wel of	1

	niet gecombineerd?	
--	--------------------	--

## Suggesties:

Ook meenemen: dat er meerdere bestuurders bij betrokken zijn geweest, dat de nota "eigendom" is van meerdere wethouders.
Uitbreiden tot andere nota's, niet alleen sociaal domein.
Zoeken naar indicatoren die iets zeggen over het proces van totstandkoming van het beleid.
Aanvullen met een indicator die meet hoeveel budget er voor PG wordt gereserveerd.
Vervangen door: percentage gemeenten met een regionale gezondheidsnota. Argumentatie: met een regionale nota laten gemeenten zien inhoudelijk invulling te geven aan het zijn van een GGD-regio en met elkaar bestuurlijk de inhoudelijke lijn te hebben besproken en bepaald.
Worden alle nota's opgevraagd of alleen de nota volksgezondheid?

**Indicator 2: Percentage gemeenten dat in ten minste één van de nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd**

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Interessante indicator met het oog op de nieuwe omgevingswet.	1
Val.	Het voorgestelde beleid in de nota hoeft niet te zijn omgezet in concreet beleid.	1
Val.	Is het voldoende als één van de nota's een relatie met gezondheid wordt gelegd? Zegt dat voldoende? Is het onderscheidend genoeg? Met de komst van de omgevingswet zal gezondheid in ieder geval genoemd worden in de omgevingsvisie. Dan scoort elke gemeente dus 100%.	1
Val.	Deze indicator meet of er daadwerkelijk een relatie is tussen domeinen (i.t.t. de eerste indicator).	1
Val.	Het is de vraag of een relatie die in de beleidsnota wordt gelegd, nog wel terugkomt in de uitvoeringsnota.	1
Val.	De indicator moet iets zeggen over de integraliteit van beleid en niet over integraliteit van nota's.	1
Val.	Aanscherpen teller: de relatie is gelegd als in minimaal één van de nota's van de andere beleidsdomeinen aan doelstellingen uit de gezondheidsnota wordt gerefereerd en wordt aangegeven hoe dit beleidsdomein daaraan zal bijdragen.	1
Beïn.	Een GGD kan de indicatoruitkomst beïnvloeden als deze wordt betrokken bij het maken van beleid. De betrokkenheid is o.a. afhankelijk van de grootte en organisatie van de gemeente.	1
Beïn.	Gemeenten kunnen bepalen of zij een gecombineerde nota maken of niet. In die zin is de indicatorwaarde beïnvloedbaar.	1
Meet.	Indicator berekenen is veel werk, er moet een grote hoeveelheid documenten worden gescreend (verordeningen, beleidsregels, beleidsnota's, etc). Is het de moeite waard?	4
Meet.	Moet er in het document expliciet verwezen zijn naar gezondheidsbeleid kan volstaan worden met een overweging	1

	over gezondheid?	
Meet.	Hoe meet je of 'een relatie gelegd is'? Moet gezondheid bij de prioriteiten genoemd worden? Moet gezondheid in het activiteitenplan genoemd worden? Mag het ook om een determinant gaan?	1

## Suggesties teller en/of noemer

Een peildatum hanteren.
Percentage gemeenten dat in ten minste <i>twee</i> van de nota's voor de beleidsvelden werk & inkomen, ruimte & wonen en milieu & mobiliteit een relatie met gezondheid heeft gelegd. Of beleidsterreinen laten aanvinken en dan een gemiddelde berekenen.
Vragen of in de beleidsvelden <u>sociaal</u> (onderwijs, sport, Wmo), <u>fysiek</u> (wonen, verkeer, milieu, ruimtelijke ordening) en <u>economisch</u> (economisch, financieel, sociale zaken, werkgelegenheid) wordt ingegaan op doelen uit de gezondheidsnota. Dus drie aparte vragen. <i>Hier is ervaring mee.</i>

**Indicator 3: Gemiddeld aantal formele samenwerkingsverbanden binnen een gemeente tussen partijen uit de publieke gezondheid en partijen uit het sociale domein, fysieke domein en/of domein werk & inkomen, waarbij ten minste drie partijen zijn betrokken**

## Toelichting bij de antwoorden

Val.	Hoe definieer je een samenwerkingsverband? Moet er een overeenkomst onder liggen of is een regulier overleg elk half jaar voldoende? Tellen korte 'gelegenheids' samenwerkingsverbanden mee? Deze kunnen in korte tijd echt wat met elkaar bereiken omdat men er over en weer belang bij heeft.	6
Val.	De indicator meet vooral het aantal praatclubs van bestuurders. Eén goed samenwerkingsverband kan beter zijn dan 10 slechte. Indicator zegt niks.	4
Val.	Gemiddeld aantal is misschien niet zo'n goede indicator. Vergelijkbaarheid tussen grote en kleine gemeenten is hierbij een probleem.	3
Val.	Waarom tellen samenwerkingsverbanden waarbij twee partijen zijn betrokken niet mee?	1
Val.	Het criterium van samenwerking tussen minimaal drie partijen is goed.	1
Val.	Mag samenwerking binnen één domein zijn (bijv. huisartsen, zorgverzekeraars en gemeente) of moet er voorgeschreven worden dat het gaat om intersectorale verbanden?	1
Val.	Ook informele netwerken zijn van belang. Die worden steeds belangrijker. Zoals samenwerking met inwoners, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en kennisinstellingen. Op maat en situationeel. We gaan uit van energie en waar belangen samenkomen. Dit gebeurt veelvuldig en is moeilijk meetbaar. Vaak is het niet nodig deze informele netwerken formeel te bestendigen.	1
Val.	Veel samenwerkingsverbanden zijn niet gemeentelijk maar regionaal, waardoor aantallen niet onderscheidend zijn.	1

Meet.	Lastig meetbaar. Er is geen vast overzicht van dit soort verbanden. Belasting voor gemeenten.	3
Meet.	Uniform meten zal lastig zijn vanwege interpretatieverschillen tussen gemeenten.	1
Meet.	Meten kost veel inspanning.	1
Meet.	Kans op dubbeltellingen als de indicator bij meerdere professionals wordt uitgevraagd.	1
Meet.	Het zal soms lastig zijn personen te vinden die de indicator kan scoren, gezien de verkokering binnen gemeenten.	1

## Suggesties:

Toevoegen aan rationale: het doel van de samenwerkingsverbanden is bijdragen aan bescherming en bevordering van de publieke gezondheid.
---

**Indicator 4: Gemiddeld aantal strategische netwerken op gemeentelijk of regionaal niveau met eerste- én tweedelijnszorgorganisaties waaraan een GGD deelneemt**

## Toelichting bij de antwoorden

Val.	De relatie tussen het aantal netwerken (praatclubs) en kwaliteit/gezondheid is twijfelachtig.	6
Val.	Soms neemt de gemeente deel aan de netwerken i.p.v. de GGD (bijv. de gemeentelijke afdeling die betrokken is bij gezondheidsbevordering en welzijn). In het algemeen is de impact het grootste wanneer gemeenten rechtstreeks betrokken zijn en niet via de GGD. Of wanneer gemeenten ook actief participeren in het netwerk.	2
Val.	Regionale GGD'en zijn alleen in specifieke situaties gesprekspartner. Hier heeft de GGD een marginale rol in de samenwerking met de eerste- en tweedelijnsorganisaties. De gemeente spreekt rechtstreeks met relevante zorg- en welzijnspartijen en met de verzekeraar.	1
Val.	Over wie zegt deze indicator iets? Bij bestaande netwerken kan de GGD vaak relatief gemakkelijk aansluiten, maar de GGD is vaak niet in positie om een nieuw netwerk te starten.	1
Val.	Vergelijkbaarheid tussen grote en kleine gemeenten is een probleem. Grote gemeenten hebben per definitie meer netwerken / samenwerkingspartners / zorgaanbieders. Je zou eerst in kaart moeten brengen hoeveel strategische netwerken er binnen een gemeente maximaal mogelijk zouden zijn en hoeveel er daadwerkelijk zijn. Dus dat je de indicator meer als een percentage brengt. [Ik besef me dat de voorgelegde indicator ook in de strategische Benchmark zit, maar daar wordt in het werkveld ook wisselend over gedacht.]	2
Val.	Moet het niet meer gaan om de kwaliteit van de strategische netwerk i.p.v. het aantal strategisch netwerken?	1
Val.	Ook informele netwerken zijn van belang. Die worden steeds belangrijker. Zoals samenwerking met inwoners, bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties en kennisinstellingen. Op maat en situationeel. Vaak is het niet nodig deze informele netwerken formeel te bestendigen.	1
Val.	Er is vooral aangetoond dat het op wijkniveau samenwerken van GGD, huisartsen en thuiszorg bijdraagt aan de gezondheid	1

	(IGZ, <a href="https://www.igz.nl/actueel/nieuws/leefstijlondersteuning_in_achterstandswijken_ondanks_goede_initiatieven_nog_onvoldoende.aspx">https://www.igz.nl/actueel/nieuws/leefstijlondersteuning_in_achterstandswijken_ondanks_goede_initiatieven_nog_onvoldoende.aspx</a> ).	
Meet	Hoe wordt strategisch overleg gedefinieerd?	2
Meet	Onduidelijk hoe geteld gaat worden.	1

## Suggesties:

Suggestie: "percentage gemeenten dat tevreden is over de strategische netwerken met de 1e en 2e lijn van de GGD." Dat is een subjectieve vraag maar wel sturingsrelevant.
Indicator toespitsen: "(één van de) doel(en) van de netwerken zijn bij te dragen aan de publieke gezondheid."
Eerst een pilot uitvoeren om de meetbaarheid te onderzoeken.

### Indicator 5: Percentage GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Relevant, want sinds de IGZ geen inspecties meer uitvoert is dit aan het verslonzen.	1
Rel.	Deze indicator past niet bij de andere indicatoren.	1
Rel.	Als men HKZ-gecertificeerd is, zullen er interne audits gedaan zijn, daarom is het overbodig om hier apart naar te kijken.	1
Rel.	Deze indicator zou uitgebreid kunnen worden naar alle partijen in het werkveld van PG.	1
Rel.	Om te kijken of uitvoerende taken goed gaan, is een audit goed bruikbaar.	1
Rel.	Effectieve ondersteuning van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is maar een onderdeel van een interne audit.	1
Val.	De relatie tussen interne audits en kwaliteit is zwak.	2
Val.	Interne audits kosten veel tijd en geld [dus niet wenselijk om uit te voeren?]	1
Val.	De indicator zegt niet perse iets over gezondheidsbeleid.	1
Val.	Gaat het om een afdelingsaudit of een GGD-brede audit?	1
Val.	Een externe audit is relevanter dan een interne audit. Intern is men het al snel eens over de (on)mogelijkheden en neemt beperkingen als waarheden aan, terwijl een extern iemand misschien eerder ziet dat een GGD aan een bepaalde aanpak vasthoudt die niet werkt.	1

## Suggesties:

Met het meten van deze indicator zou ook het verslag van de audit gevraagd kunnen worden aan de GGD'en.
Suggestie: een evaluatie naar de maatschappelijke impact van GGD'en.

### Indicator 6: Gemiddeld aantal adviezen van GGD'en aan de gemeenten over de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Het is (ook) relevant(er) om te meten over welke thema's/onderwerpen/ beleidsterreinen er vooral wordt geadviseerd, bijv. jeugd, ouderen, OGGZ, SEGV, milieu, leefstijl, mantelzorg.	3
Rel.	De aard (kwaliteit) van de adviezen is relevanter dan het tellen van het aantal adviezen.	2
Rel.	Interessanter om te vragen aan gemeenten of de adviezen bruikbaar waren en of ze er wat mee gedaan hebben (vaak wordt vanwege financiële beperkingen het advies maar deels overgenomen).	2
Val.	Onduidelijk wat wel en niet meetelt. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waarom tellen adviezen die mondeling of per e-mail zijn verstrekt niet mee? Dat is heel veel wat je dan mist.</li> <li>• Tellen presentaties met aanbevelingen mee (bijv. Elektronische MONitor Volksgezondheid; E-MOVO).</li> <li>• Hoe tel je een gezamenlijk advies aan meerdere gemeenten (de gemeenschappelijke regeling) mee, één advies of xx adviezen aan xx gemeenten?</li> </ul>	3
Val.	Er is een grote variatie in de omvang van adviezen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• groot: gezondheidsbeleid breed of een preventieplan over een thema.</li> <li>• klein: een advies n.a.v. een evenementenaanvraag of een vraag uit de raad. Het product is een factsheet, beleidsadvies, telefoontje, mailtje.</li> </ul>	2
Val.	Deze indicator legt de nadruk op schriftelijke adviezen. Mondelinge en telefonische adviezen worden genegeerd. Dat lokt mogelijk een ongewenste bureaucrativering uit.	1
Val.	Wat is een advies? Alleen als er een rapport achter hangt? Waarom tellen adviezen n.a.v. acute situaties niet mee?	1
Val.	Vergelijken tussen GGD'en is niet zomaar mogelijk. Een GGD met weinig gemeenten en veel informeel overleg zal tot lage aantallen officiële adviezen komen.	1
Meet.	Uitvragen bij GGD'en i.p.v. bij gemeenten.	1
Meet.	Onduidelijk hoe dit gemeten moet worden. De indicator is gevoelig voor interpretatieverschillen en 'gaming'. (IGZ heeft een keer gemeten hoeveel adviezen de GGD'en vonden dat ze gaven en hoeveel de gemeenten vonden dat ze hadden ontvangen - daar zat een enorm verschil tussen.)	2

Suggesties teller en/of noemer

Adviezen per beleidsterrein uitvragen: jeugd, ouderen, OGGZ, SEGV, milieu, leefstijl, mantelzorg. En dan een score berekenen, wie scoort er 7/7?
Een indicator waarbij de rol van de DPG als adviseur wordt gemeten. En dan niet zozeer over aantallen adviezen maar of er adviezen zijn uitgebracht aangaande gezondheidsrisico's.
Uitvragen bij GGD'en i.p.v. gemeenten. Bij GGD'en zal het beter te achterhalen zijn dan bij gemeenten. Bij een GGD is er (in principe) per

gemeente een vaste beleidsadviseur, die eerste contactpersoon is vanuit GGD. Deze persoon zou een overzicht moeten kunnen maken.
Aantal adviezen van de GGD dat is overgenomen door de gemeente.
Aandachtspunt terminologie: niet alle GGD'en voeren gemeentelijk gezondheidsbeleid uit. Zo voert de GGD Regio Utrecht alleen taken uit zoals infectieziektebestrijding, reizigersvaccinatie, TBC-bestrijding, medische milieukunde. Kortom taken die samenhangen met het regionale veiligheidsbeleid.

### **Indicator 7: Percentage gemeenten met gehonoreerde subsidieaanvragen door ZonMw voor de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van gezondheidsbeleid**

Abusievelijk niet in de web-enquête opgenomen. Nog wel één reactie.

Hoeveel personele ruimte heeft een GGD om in ZonMw-onderzoek te investeren? Heeft een GGD daar de juiste mensen voor in huis? Is er überhaupt een samenwerking met een universiteit?

Waarom telt kwalitatief goed onderzoek in opdracht van gemeenten niet mee? Hier zijn gemeenten vaak tevredener mee dan met ZonMw-onderzoek, wat voor beleid vaak te lang op zich laat wachten.

### **Suggesties voor andere onderwerpen**

<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Evaluatie van beleid</i></li> </ul>
Percentage gemeenten dat de vorige nota heeft geëvalueerd. En wat heeft men daarmee gedaan?
Een indicator die meet of beleidsdoelen zijn gehaald. De doelen zijn af te leiden uit de nota's. Ook zouden beleidsevaluaties uitgevoerd kunnen worden (bijv. zoals bij een IBO maar dan regionaal/lokaal).
Percentage gemeenten dat beleidsevaluaties uitvoert van concrete uitwerkingen van (gezondheids)beleid.
Een indicator die meet of burgerparticipatie is vormgegeven in de beleidscyclus.
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Samenwerking en integratie</i></li> </ul>
Een indicator die meet of er regionale/lokale samenwerkingsovereenkomsten zijn om doelen uit de beleidsnota's te bereiken.
In hoeverre werken GGD'en integraal mee in het gemeentelijk sociaal domein (wijkteams, jeugdteams, veiligheid)? Niet als adviseur, maar als participant. Bijv. aantal wijkteams/jeugdteams met jeugdarts als participant.
Percentage gemeenten dat de gezondheid verbindt met alle relevante beleidsdomeinen. D.w.z. niet alleen zorggerelateerd, maar ook gerelateerd aan de fysieke en virtuele leefomgeving. En ook aan onderwijs, werkgelegenheid, enz.
Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid aandacht besteedt aan een integrale aanpak van gezondheidsbeleid.
<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Monitoring en signalering</i></li> </ul>
Een indicator over monitoring en onderzoek.
Percentage gemeenten dat inzicht heeft in de lokale gezondheidssituatie. Dit blijkt uit het hebben van een monitor die meet

hoe het met de gezondheid van de inwoners staat.
Percentage gemeenten dat een adequaat signaleringssysteem heeft om praktijkinformatie te verkrijgen. Zorgt u voor het borgen van signalen uit de praktijk in de monitor ten behoeve van beleid?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Overige onderwerpen</i></li> </ul>
Vragen naar beleid voor specifieke doelgroepen: lage SES, dak- en thuislozen, laaggeletterden.
Vragen naar de werkervaring van de ambtenaar VGZ (gezien de wisselingen lijkt dit meer op corvee).
De capaciteit die beschikbaar is voor gezondheidsbeleid: tijd, geld, kwaliteit/continuïteit ambtelijk apparaat.
Een indicator over inspectie gezondheidsbescherming
Ervaren gezondheid
Zichtbaarheid bij de burger. Gezondheid is al dan niet zichtbaar in uitingen van gemeenten, onderdeel imago.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Uitgebreider onderzoek</i></li> </ul>
De maatschappelijke impact van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dat vraagt om onderzoek. Daarin zou ook de wederzijdse invloed van lokaal en landelijk beleid naar voren kunnen komen.
Naast de indicatorenset ook een jaarlijks aanvullend kwalitatief onderzoek, om meer/beter inzicht te krijgen in wat er in de praktijk speelt. Dit kan de interpretatie van de kwantitatieve informatie ook ten goede komen. Hoe wenselijk ook om iets in een 'harde maat' uit te drukken, dat gaat niet altijd.

## 6. Infectieziektenbestrijding

### **Indicator 1: Percentage GGD'en waar de beschikbare totale formatie IZB ≥ VISI-norm**

Toelichting bij de antwoorden

Def.	Er is al weer een nieuwe VISI-norm die nauwkeuriger is. Uitgangspunt is de gemelde gevallen van meldingsplichtige ziekten vermenigvuldigd met het aantal uren werk dat vereist is voor de behandeling van de melding en de bestrijding. Dit is uitgesplitst in uren-arts en uren-verpleegkundige.	1
Rel.	Bruikbaar om de bezetting objectief vast te stellen.	2
Rel.	De inspectie gebruikt de VISI-norm niet als handhaafbare norm.	1
Rel.	Een gemeente heeft er weinig aan als ze weten dat de GGD 50% boven of 50% onder de norm zit.	1
Val.	De VISI-norm heeft niet de verschillen in incidentie en aandacht voor infectieziekten tussen GGD-regio's (bijv. rurale en stedelijke) verdisconteerd. De verschillen kunnen fors zijn.	2
Val.	Beschikbare capaciteit bepaalt de kwaliteit van het werk.	2
Val.	Scoren onder de VISI-norm betekent niet dat een GGD niet geprepareerd is voor een infectieziekte-uitbraak. Substantieel daaronder zitten, is echter wel nadelig voor de preparatie op een uitbraak.	1
Val.	De VISI-norm mist werkzaamheden door arts- en verpleegkundige-infectieziekten die niet verbonden zijn aan meldingen. Voorbeelden:	1



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Voorbereiding op de komst van een ebola-patiënt in de regio.</li> <li>• Voorbereiding van GGD'en op grootschalige uitbraken van infectieziekten.</li> </ul>	
Val.	Niet alle formatie wordt daadwerkelijk aan IZB besteed. <ul style="list-style-type: none"> <li>• IZB-personeel wordt in de praktijk soms ook voor andere taken ingezet.</li> <li>• Taken op gebied van P&amp;O en financiën zijn overgegaan naar de afdeling IZB, en dat is ten koste gegaan van de beschikbare capaciteit voor infectieziektenbestrijding.</li> </ul>	2
Val.	Ook andere disciplines dan artsen, verpleegkundigen en administratie kunnen een zinvolle bijdrage leveren (bijv. gezondheidswetenschappers). Taakherschikking is dus niet verdisconteerd.	2
Val.	Het voldoen aan de norm zegt niks over de kwaliteit van de uitvoering van de taken IZB.	1
Beïn.	Overheid heeft mogelijkheid om formatie aan te passen.	1
Beïn.	Al jaren wordt er over de lage score vergaderd, maar er gebeurt niks.	1
Meet.	De VISI-norm bevat een subjectief begrip, namelijk 'kwalitatief verantwoorde uitvoering van alle facetten van infectieziekten'.	1
Meet.	Invullen van het instrument is soms onjuist. Dan wordt bijv. soa en reizigerszorg meegeteld.	2
Meet.	Berekening is niet helemaal duidelijk. Moeten leidinggevend (ook niet-inhoudelijke) worden meegeteld? Automatisering? Administratie?	1
Meet.	Artsen IZB voeren verschillende taken uit. De bestede uren per taak worden niet exact geregistreerd. Exacte meting per taak (meldingen, bron en contactopsporing, outbreak/onderzoek/beleidsadvies) is lastig.	1

## Suggesties:

Mogelijk maken dat bij de berekening van de formatie en norm IZB ook andere disciplines meegeteld kunnen worden. Bepaalde deeltaken kunnen namelijk ook door epidemiologen, gezondheidswetenschappers of beleidsmedewerker worden uitgevoerd.	2
Er voor zorgen dat de VISI-norm eenduidiger ingevuld wordt.	1

## Indicator 2: Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid van de arts IZB 100% sluitend geregeld is

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Vanuit de crisisorganisatie wordt 24/7 bereikbaarheid van IZB als verplichting gezien.	1
Rel.	Adequate reactie (kwaliteit) hangt van meer aspecten af dan de telefoon opnemen. Het gaat er ook om door wie de telefoon wordt opgenomen (bijv. geregistreerd arts IZB of aios), van gemaakte afspraken in de regio en de organisatie van de opschaling in de regio (bijv. actuele bellijsten).	3
Val.	Een beltest is slechts een steekproef.	1
Val.	Als aangenomen wordt dat de arts IZB adequaat beoordeelt en direct handelt, is dit een goede indicator.	1

Val.	Op sommige momenten is beschikbaarheid van belang (i.p.v. bereikbaarheid).	1
Bein.	Beïnvloedbaarheid hangt af van de beschikbaarheid van professionals.	1
Meet.	Nog vaststellen hoe je '100% sluitend geregeld' meet.	1

## Suggesties:

Teller: concreet maken, dus nagaan of de arts IZB daadwerkelijk binnen het uur bereikbaar is.
Teller: Precies omschrijven wat 'sluitend geregeld' is. Precies aangeven op welke momenten de beltest wordt uitgevoerd.
Rationale: er staat dat de IGZ eist dat een arts IZB 24/7 bereikbaar is. Dat klopt niet helemaal. IGZ stelt dat de arts IZB 24/7 <b>BINNEN 1 UUR</b> bereikt moet kunnen worden (zie Kortschrift van de IGZ, 2007, pag. 3).
Metten of er aantoonbaar een rooster beschikbaar is.

**Indicator 3: Percentage GGD'en dat in het peiljaar in alle gevallen een arts van het LCI (Landelijk Coördinatie Infectieziekte-bestrijding) van het RIVM binnen een uur telefonisch kon bereiken**

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Ook van belang is of de LCI-arts andere organisaties gemakkelijk (en snel) kan bereiken (NVWA, referentielab, enz.). Zou eigenlijk ook gemeten moeten worden.	1
Val.	Bereikbaarheid is voldoende om te meten omdat de kwaliteit van de LCI-arts minder een punt is omdat het een kleine pool artsen betreft met veel ervaring.	1
Val.	De termijn van 1 uur is geen veldnorm en niet met het veld afgestemd.	1
Meet.	Dit wordt momenteel niet geregistreerd.	2
Meet.	Deze indicator betekent dat GGD'en het hebben van contact moeten registreren. Dat betekent extra registratielast.	1
Meet.	Navragen aan GGD'en zonder dat exact geregistreerd wordt, leidt tot subjectieve schattingen.	1
Meet.	Op deze manier wordt gemeten in hoeverre GGD'en terecht kunnen bij een LCI arts op momenten dat zij dat willen, niet zozeer de 24/7 bereikbaarheid. Voorkeur voor het testen met een bepaalde frequentie of de LCI arts bereikbaar is.	2
Meet.	Binnen kantoortijd kan de voorwacht de GGD al te woord staan. Hoe wordt dat geteld?	1

## Suggesties:

Niet vragen aan GGD'en maar responsnelheid meten (beltest).	2
Indicator objectief meetbaar maken	1
Ook meten of LCI-arts andere organisaties gemakkelijk (en snel) kan bereiken (NVWA, referentielab, enz.).	1

**Indicator 4: Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek**

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Het hebben van een draaiboek is een minimumeis.	1
Rel.	Ook meten of het draaiboek volledig is en een goede kwaliteit heeft (voldoende uitgewerkt, up-to-date e.d.).	5
Rel.	Ook meten of relevante professionals het draaiboek kennen en of het draaiboek wordt geoefend.	1
Val.	De indicator meet of de GGD op de hoogte is van de landelijke ontwikkelingen en daarvan op de hoogte blijft.	2
Val.	Hoe stel je vast wat een actueel draaiboek is? Moet het jaarlijks bijgesteld zijn? Wat moet er precies vastgelegd zijn?	2
Val.	Een draaiboek dat niet gebaseerd is op het generieke draaiboek kan ook prima zijn.	1
Val.	Een draaiboek dat niet is omgezet naar een regionaal draaiboek, kan ook prima zijn. Er kunnen lokaal afspraken zijn gemaakt over hoe om te gaan met de implementatie van de richtlijnen en er kunnen werkafspraken/werkinstructies zijn gemaakt die vastgelegd worden in kwaliteitshandboeken. Bij ieder groter incident wordt het draaiboek gehanteerd en werkafspraken gemaakt.	1
Val.	Uit de literatuur is bekend dat in tijde van incidenten draaiboeken, ook al zijn ze aangepast, niet gehanteerd worden en de werkelijkheid toch weer aanpassing vraagt...	1

Suggesties:

Een datum opnemen in de teller.	1
Meten hoe up-to-date het draaiboek is.	1
Indicator niet selecteren.	1
Beschrijven waaraan het draaiboek moet voldoen.	1
Eis: het draaiboek voor A-infectieziekten moet ook door de veiligheidsregio vastgesteld zijn, met betrokkenheid van de DPG.	1

**Indicator 5: Percentage GGD'en met een OTO-jaarplan waarin het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' is opgenomen**

Toelichting bij de antwoorden

Def.	Aanpassing indicatorbeschrijving: IZB komt 1x per 2 jaar aan bod.	1
Rel.	Het hebben van een OTO-jaarplan is een eerste vereiste. Als er geen plan is, wordt er ook niet geoefend.	1
Rel.	Ook de kwaliteit van het OTO-jaarplan is belangrijk.	1
Rel.	Ook zou gemeten moeten worden of men het OTO-jaarplan in het voorgaande jaar heeft uitgevoerd zoals gewenst.	1
Rel.	Er zou geëvalueerd moeten worden of daadwerkelijk geoefend is.	3
Val.	Er moeten voorwaarden gesteld worden aan het OTO-jaarplan: jaarlijks oefenen, intern en met relevante externe partijen (GHOR, Veiligheidsregio, RIVM, gemeentes, ziekenhuizen,	1

	huisartsen, enz.). [De respondent laat in het midden of oefenen opgenomen moet zijn in het OTO-jaarplan, of dat daadwerkelijk geëvalueerd moet worden of geoefend is.]	
Val.	Het OTO-jaarplan kan tussen GGD'en verschillen in omvang en intensiteit. Er dient dus beschreven te worden waaraan een OTO-jaarplan minimaal moet voldoen. Er moet bijv. beschreven worden 'hoe' geoefend moet worden.	2

Suggesties voor een andere indicator:

	Er is geoefend. Evt.: de kwaliteit van het oefenen beoordelen a.d.h. van het oefenverslag.	2
	Aantal GGD'en die in de afgelopen 2 jaar in het OTO jaarplan het onderwerp 'uitbraak van een infectieziekte' hebben opgenomen.	1
	Er is geoefend. Evt. onderscheid maken in intern bij afzonderlijke afdelingen, GGD-breed, met externe partijen.	1
	Er is een OTO-jaarplan én er is in het voorgaande jaar geoefend.	1

Overige suggesties:

	Norm opnemen: dat elke regio iedere 2 jaar alle processen oefent.	1
	Oefenen definiëren (wat merk je wel en niet aan als oefening)?	1
	Oefenen laten registreren	
	Hele kwaliteitscyclus meten: is er geoefend, is er geëvalueerd, wat is er met de verbeterpunten gedaan?	1

### Indicator 6: Percentage GGD'en dat in het peiljaar een RAC-consulent tot de beschikking had

Toelichting bij de antwoorden

Def.	Indicator scherper definiëren. Wat houdt 'beschikbaar' in? Of er contact is geweest? Of de RAC'er de GGD heeft ondersteund?	3
Def.	Een RAC'er die 1 dag in een jaar beschikbaar is scoort even goed als een RAC'er die 365 dagen beschikbaar is.	1
Rel.	In de crisisbestrijding is de regionale rol van de RAC'er in de regel beperkt geweest en niet afhankelijk van het feit of in de betreffende regio een RAC'er was aangesteld.	1
Rel.	Wat is relevant? (1) dat RAC'ers beschikbaar zijn ter ondersteuning van individuele GGD'en of (2) dat ze overkoepelende onderwerpen oppakken ?	1
Val.	Het gaat er om hoe de RAC'er functioneert (samenwerkt) en wat de RAC'er voor de GGD kan betekenen.	5
Val.	De indicator meet niet de <i>mate</i> van beschikbaarheid van de RAC'er.	2
Val.	De IGZ vraagt naar gestructureerd overleg met de RAC'er (met agenda en verslag). Dat is wat concreter.	1
Val.	Zinloze indicator, het is al bekend of er wel of niet RAC'ers beschikbaar zijn.	1
Val.	Het RIVM organiseert de beschikbaarheid van RAC'ers voor GGD'en. Met het meten kun je niet de kwaliteit van de GGD'en meten.	1
Beïn.	Vanuit elke regio was er vanaf 2007 wel een RAC'er	3

	aangesteld. Wanneer er tijdelijk geen RAC'er was voor een regio (vacature) namen collega's taken over. Een RAC'er kan (volgens contract) ook elders ingezet worden.	
Bein.	Aantal beschikbare RAC'ers in beïnvloedbaar, maar de kwaliteit van de geleverde diensten minder.	1

## Suggesties:

	Concrete criteria aan de teller verbinden. Die kun je navragen bij GGD'en. Hiermee zou je er wellicht ook een kwalitatief aspect aan kunnen verbinden.	1
--	--	---

**7. Technische hygiënezorg****Indicator 1: Beschikbare formatie (in fte) technische hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners**

## Toelichting bij de antwoorden

Def.	De nieuwe VISI-normering is nog niet vastgesteld.	1
Def.	Onduidelijk of DIP-ers (deskundigen infectiepreventie) meegeteld moeten worden bij deze indicator.	
Def.	Onduidelijk of formatie voor markt taken op het gebied van THZ (die additioneel wordt gefinancierd) meegeteld moet worden bij deze indicator.	
Val.	Het aantal fte/100.000 inwoners is een wankle raadgever. Naast het aantal inwoners, hangt de formatie erg af van wat er in de regio aanwezig is aan specifieke instellingen. Bijv. centra voor asielopvang, penitentiaire instellingen en de aanwezigheid (en type) van industrie. Hierdoor zijn er verschillen tussen rurale en stedelijke gebieden.	2
Val.	De formatie zegt niets over wat er feitelijk gedaan wordt.	1
Meet.	De VISI norm kan een goede indicator zijn mits zorgvuldig ingevuld door GGD'en. In praktijk zijn er grote verschillen in hoe GGD'en (en gemeenten) THZ interpreteren als taakgebied en wat ze eronder scharen (bijv. inspectie kinderopvang en markt taken infectiepreventie).	3
Meet.	In praktijk is er niet altijd een duidelijke scheiding tussen de werkzaamheden van een hygiëne-adviseur en een deskundige infectiepreventie. Het is onduidelijk hoe dat in de VISI-norm wordt verwerkt.	1

## Suggesties:

	Vragen naar een formatieplan gebaseerd op een risico-inventarisatie. Vervolgens nagaan of het aantal Fte overeenkomt met het formatieplan.
	Vooralsnog de voorgestelde teller en noemer gebruiken (totdat er een nieuwe VISI-norm is).
	Aanvullend vragen wat de verdeling is van de taken hygiëne-adviseur en de taken deskundige infectiepreventie. Dit kan namelijk de uitkomst beïnvloeden. Indien er geen formatie deskundige infectiepreventie is, zou vastgesteld moeten worden of daar iets aan gedaan zou moeten worden.

## Indicator 2: Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Deze indicator zou ook kunnen gelden voor andere richtlijnen (bijv. die van LCI).	2
Rel.	Beter: elke 5 jaar een check of herziening van de richtlijnen wenselijk is.	1
Rel.	Belangrijk dat de richtlijnen up-to-date zijn.	1
Val.	Het is de vraag of alle richtlijnen elke 5 jaar herzien moeten zijn.	2
Val.	Het is gemakkelijk een datum aan te passen, zonder de richtlijn te herzien.	1
Val.	Het up to date zijn van de richtlijnen zegt echter niets over het feit of GGD-en de richtlijnen gebruiken.	1
Val.	Het up to date zijn van de richtlijnen zegt niets over een goede uitvoering van THZ.	1
Meet.	Eenvoudig te meten.	1

Suggesties:

Ook relevant: of de GGD-medewerkers bekend zijn met de herziening van richtlijnen, zijn de richtlijnen vindbaar, worden de richtlijnen gebruikt?
Zelfde indicator opnemen voor de LCI-richtlijnen

## Indicator 3: Het percentage tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na aanvraag beoordeeld is

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Deze indicator zegt iets over de uitvoering van de THZ.	1
Rel.	De doelgroep is beperkt van omvang.	1
Val.	Deze indicator meet klantvriendelijkheid en of een GGD de bezetting goed op orde heeft. De vraag is of dat iets zegt over het functioneren van het stelsel.	2
Val.	Deze indicator heeft geen betrekking op het stelsel PG. GGD'en krijgen apart betaald voor de beoordeling van studio's, buiten de Wpg om. De klant betaalt.	1
Meet.	Goede meetbaarheid. GGD'en gebruiken het registratiesysteem Tatoeus. Dat is dermate ingericht dat op ieder moment gekeken kan worden wie buiten de boot valt en wat de workload is. Het kan gebruikt worden voor het berekenen van de indicator.	2
Meet.	Methode moet nog verder uitgewerkt worden. Nog vaststellen hoe je met uitstel van de termijn van 6 weken omgaat.	2

Suggesties:

Nog vaststellen hoe je omgaat met aanvragen waarvoor uitstel is verleend maar die wel binnen de termijn in behandeling zijn genomen.
--

**Indicator 4: Percentage GGD'en dat contact onderhoudt met de volgende instellingen: opvang asielzoekerscentra, sociale pensions en dak- en thuislozenopvang, evenementen**

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	De indicator is gericht op enkele specifieke collectieve voorzieningen, terwijl er in bepaalde regio's aandacht kan zijn voor juist andere voorzieningen (zie onderdeel 'beperkingen').	1
Rel.	Vanuit het contract Publieke Gezondheidszorg Asielzoekers (PGA) tussen GGD GHOR Nederland en het COA moeten GGD'en alle AZC's controleren. Is dit dan interessant als indicator?	1
Rel.	Dak- en thuislozenopvang vallen onder de Wmo en ca. 2/3 van de GGD'en is daarvoor momenteel toezichthouder.	1
Rel.	In niet alle regio's zijn asielzoekerscentra.	1
Val.	Bezoek of contact zegt niets over de effectiviteit van het advies en toezicht.	1
Meet.	Het definiëren van evenementen is lastig. Alles wat vergunningplichtig is? Dat is erg veel, want straat-BBO's zijn dat ook.	3
Meet.	'Ten minste eenmaal contact' is onduidelijk. Is één telefoontje ook voldoende? Telt mailcontact ook mee? En het sturen van een nieuwsbrief? De vraag is ook wat dit precies oplevert.	3
Meet.	De vraag is of GGD'en inzicht hebben in alle instellingen in de regio.	1
Meet.	Bij evenementen wordt een selectie gemaakt van welke evenementen een infectierisico hebben.	1

Suggesties:

	Suggestie om evenementen te excluderen. Het zijn geen instellingen. Het gaat bij evenementen om het afgeven van vergunningen en dat is iets anders dan wat je wilt doen met de contacten en werkafspraken met instellingen.	2
	Wellicht een aparte indicator over de schriftelijke afspraken die GGD'en hebben gemaakt met gemeenten over advisering THZ bij evenementen.	1
	Deze indicator is ook van belang voor OGGZ, SOA, TBC en IZB en eventueel ook voor JGZ. Van belang is dat de GGD werkafspraken maakt met deze instellingen op diverse thema's. Dus deze indicator zou meer een algemene indicator op GGD-niveau moeten zijn en dan inzoomen op de diverse taken van de GGD.	1
	Indicator verder uitwerken.	1

**Indicator 5: Percentage GGD'en dat een actueel gemeentelijk of regionaal risicoprofiel heeft opgesteld op basis van de beleidsrichtlijn THZ**

Toelichting bij de antwoorden

Def.	Onder 'Methode' staat dat als GGD'en voor enkele gemeenten een risicoprofiel hebben gemaakt, dit meetelt in de teller (en noemer). Dat het al dan niet meetelt in de noemer kan niet, want de noemer is gewoon 25 (aantal GGD'en).	1
------	--	---

Rel.	Het opstellen van een risicoprofiel geeft een basis voor de uitvoering van infectiepreventie.	1
Rel.	Het opstellen van een risicoprofiel op organisatie/instelling/locatie -niveau is niet haalbaar omdat gemeenten hiervoor geen geormerkt geld krijgen.	1
Rel.	Deze indicator is ook relevant voor infectieziektenbestrijding.	1
Rel.	Het is van belang jaarlijks te beoordelen of het risicoprofiel nog up-to-date is. Er hoeft niet jaarlijks een bezoek te worden gebracht aan alle instellingen.	1
Val.	Een GGD scoort positief als slechts enkele gemeenten een risicoprofiel hebben opgesteld (bijv. 2 van de 22). Dat is niet streng genoeg.	1
Val.	Het gaat erom of de juiste zaken zijn beschreven in het risicoprofiel.	1
Val.	Het vaststellen van welke voorzieningen prioriteit moeten krijgen, is niet altijd even objectief.	1
Meet.	Het opstellen van een risicoprofiel op organisatie/instelling/locatie -niveau is alleen mogelijk als je van die organisatie/instelling/locatie alle ins en outs kent.	1

#### Suggesties:

Toevoegen dat GGD'en een onderbouwing of motivatie moeten hebben opgegeven bij de instellingen die prioriteit hebben gekregen.
--

#### Aanvullende onderwerpen of indicatoren

##### Opmerkingen met een afkeurende toon:

Indicatoren voor infectieziekten voldoen niet (blijkt uit ervaringen van IGZ). De enige indicator die echt iets zegt over de kwaliteit van de uitvoering is het percentage volledig gevaccineerde seronegatieve contacten van een hepatitis B-index.
Indicatoren leiden tot perverse reacties bij de GGD'en (dat ze alleen focussen op de in te vullen getallen).
Veel indicatoren zijn structuurindicatoren. Die zeggen niet direct iets over kwaliteit van het stelsel.
Bij veel indicatoren is de noemer een GGD. Dit doet geen recht aan de verschillen in omvang van GGD'en. GGD-regio's verschillen sterk van elkaar qua inwonertal.

##### Voorstel voor nieuwe onderwerpen:

Beschikbaarheid bij een GGD van een (surveillance)systeem voor de vroegdetectie van uitbraken (bijv. afspraken met laboratoria, signalen uit het eigen registratiesysteem van meldingen)
Er worden indicatoren gemist die gericht zijn op proactieve taken.
Of GGD'en alle deeltaken voor IZB en THZ uitvoeren.
Percentage LCI-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar



## 8. Ouderengezondheidszorg

### Indicator 1: Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	De doelgroep ouderen is te breed. Vanaf welke leeftijd? Hoe wordt rekening gehouden met de enorme heterogeniteit in de 'groep' ouderen? Hoe wordt omgegaan met diversiteit?	1
Val.	Het hebben van beleid (of het opnemen van het woord 'ouderengezondheidszorg') is geen enkele garantie dat er werkelijk wat wordt gedaan (en dat dat van goede kwaliteit is). Het geeft louter een commitment van goede intenties.	5
Val.	Het benoemen van het item ouderengezondheidszorg zegt weinig over de inhoud van het beleid.	1
Val.	Relatie tussen structuur en proces is zwak. Als het in de nota staat wil dat niet zeggen dat er in de gemeente aandacht voor is, en omgekeerd.	1
Val.	Ouderengezondheidszorg kan ook in een andere nota staan (Wmo, Ouderennota).	2
Beïn.	De verantwoordelijkheid voor de preventieve ouderengezondheidszorg ligt bij de gemeente en die zit zelf aan het roer.	1

Suggesties:

Ook andere nota's screenen op het onderwerp ouderengezondheidszorg (bijv. Wmo- of ouderennota).	3
Dat 'ouderengezondheidszorg' genoemd is, is niet voldoende. Meer uitwerken. Bijv. ook kijken naar doelstelling of wat er concreet gebeurt (activiteiten).	2
Aan gemeenten die in de gezondheidsnota geen aandacht schenken aan ouderengezondheidszorg vragen waar dat dan wel staat.	
Het proces van het tot stand komen van de nota zou gemeten moeten worden en welke partijen erbij betrokken waren.	1
Percentage gemeenten dat in het proces van het schrijven van de gemeentelijke nota de doelgroep heeft betrokken/geconsulteerd. Van belang is namelijk dat het geformuleerde beleid aansluit bij wat de doelgroep zelf belangrijk acht.	1
Een indicator die meet of het geformuleerde beleid aansluit bij het landelijk beleid.	1
Een indicator die meet of het geformuleerde beleid state-of-the-art is, d.w.z. aansluitend bij de meest recente inzichten uit de wetenschap en praktijk.	1
Onder 'Beperkingen' staat: "Indien het item ouderengezondheidszorg niet wordt genoemd in de nota, betekent dit niet noodzakelijkerwijs dat er in de gemeente geen aandacht is voor ouderengezondheidszorg." Het omgekeerde kan ook het geval zijn.	
Vragen wat er terecht is gekomen van het voornemen op het gebied van ouderengezondheidszorg in de vorige nota.	

**Indicator 2: Tevredenheid over landelijke ondersteuning**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Deze 'zachte' indicator vult de eerste 'harde' indicator aan.	1
Rel.	Deze indicator meet de werking van het stelsel PG	1
Rel.	De GGD wordt gemist. Die speelt ook een rol in advisering over ouderenbeleid.	1
Rel.	Het is niet relevant of het landelijke of regionale ondersteuning betreft. Deze hebben vaak een relatie en zijn dus moeilijk te onderscheiden.	1
Rel.	Het is van belang om te meten of mensen weten (of niet weten) dat er ondersteuning is. Als zij dat niet weten, ligt daar een taak om mensen daar beter van op de hoogte te brengen.	1
Val.	Tevredenheid is lastig te meten, het is heel subjectief en beïnvloedbaar door bijv. periodes van hoge werkdruk.	2
Val.	Tevredenheid over landelijke ondersteuning is afhankelijk van hoe een individu dit oppakt (houding, kennis, vaardigheden) en welk verwachtingenmanagement er is. Welke ondersteuning verwacht iemand en is dat ook realistisch?	1
Val.	Soms is het lastig om aan te geven wat je mist als je niet weet dat iets er is.	1
Val.	Er moet rekening gehouden worden met het feit dat de behoefte van gemeenteambtenaren aan informatie en ondersteuning kan verschillen tussen gemeente.	1
Meet.	Onduidelijk of het gaat om ondersteuning door VWS of andere landelijke instanties.	1

Suggesties:

	Landelijke instanties vervangen door <u>regionale</u> en landelijke instanties. Evt. ook lokale.	2
	De indicator vraagt om een hele zorgvuldige uitsplitsing in vragen.	1
	Tevredenheid toespitsen op 'vindbaarheid van informatie' en uitvragen of de ondersteuning door landelijke instanties zich in voldoende mate richt op de behoefte van beleidsmedewerkers.	1
	Ook sportbeleid en ruimtelijke ordening meenemen (naast Wmo en Lokaal gezondheidsbeleid).	1
	De naam van de indicator luidt 'tevredeheid' maar in de teller/noemer gaat het over ervaringen. Dat is iets anders.	1
	Bij de uitvraag met goed op de terminologie gelet worden. De omschrijving 'preventieve ouderenzorg', zegt misschien weinig beleidsmakers iets, in tegenstelling tot termen als vitaal oud worden, eenzaamheid, zelfstandig thuis blijven wonen en valpreventie.	

**Indicator 3: Percentage gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord**

Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Alle gemeenten hebben de gegevens van de GGD- (ouderen)monitor ter beschikking of geven de GGD opdracht gezondheidsenquêtes uit te voeren, dus elke gemeente zal	4
------	--	---

	aangeven dat de gezondheid van ouderen wordt gemonitord.	
Rel.	Is het de bedoeling om in beeld te brengen wat nog naast de GGD monitor wordt gemonitord?	1
Rel.	Monitoring van de gezondheid van ouderen is cruciaal voor goed beleid en uitvoering.	1
Rel.	Het is relevanter om te meten of informatie over de gezondheidssituatie wordt gebruikt om beleid te formuleren.	1
Val.	Monitors hebben mogelijk steeds minder waarde, vanwege de selectieve respons van burgers op vragenlijsten. Mensen raken vragenlijst-moe.	1

**Suggesties:**

	Een gemeente hoeft zich niet alleen te baseren op GGD-monitors, maar kan ook data gebruiken uit wetenschappelijke onderzoeken die lopen in bepaalde regio's, bijv. LASA, onderzoeken/ projecten die lopen vanuit het Nationaal Programma Ouderenzorg, enz. Evt. zou ook samengewerkt kunnen worden met bijv. huisartsen.	1
--	--	---

**Indicator 4: Percentage ouderen met psychische problematiek****Toelichting bij de antwoorden**

Rel.	De meting van de psychische gesteldheid is belangrijk om een goed beeld te krijgen van ouderen. Eenzaamheid en zingeving zijn minstens zo belangrijk als goede zorg.	
Rel.	Deze indicator is te nauw. Waarom wordt niet ook fysieke, cognitieve en sociale kwetsbaarheid gemeten?	
Val.	De psychische gezondheid van ouderen wordt door heel veel factoren beïnvloed (bijv. sociale deprivatie, woningnood). Gemeentelijk beleid is hier slechts één van. Landelijke overheidsbeleid is misschien nog een belangrijker factor	3
Val.	De indicator meet niet het functioneren van het stelsel.	1
Beïn.	Het welbevinden van ouderen is deels beïnvloedbaar, ondanks het verlies van gezondheid en sociale contacten. Voorwaarde is dat er voldoende nieuwe impulsen zijn en zij actief zich voorbereiden op de laatste fase. De discussie over voltooid leven versterkt deze noodzaak.	1
Beïn.	Het is niet aangetoond dat beleid van gemeenten van invloed is op de psychische gezondheid van ouderen.	1
Meet.	Alleen de GGD-monitor meet dit.	1
Meet.	Het meten van psychische gezondheid is lastig. Mogelijk mis je een grote groep mensen die niet zelf aangeven problemen te hebben en ook niet in contact zijn met zorg-/hulpverleners.	1

**Suggesties:**

	Case-mix correctie (bijvoorbeeld voor SES) is wel belangrijk bij deze indicator.
	Een indicator over de vraag of en hoe gemeenten een appel doen op de eigen verantwoordelijkheid van ouderen. Ouderen moeten weten wat hen te wachten staat en hoe zij zich goed kunnen voorbereiden op hun laatste fase. Dit geldt niet alleen voor huisvesting, zorg en lichamelijke gezondheid maar ook voor zingeving en contacten op peil houden en nieuwe contacten leren aangaan.

Op termijn kan overwogen worden om ook andere gezondheidsaspecten te meten, zoals aantal valincidenten, aantal ouderen dat eenzaam is, aantal ouderen dat zelfstandig thuis woont.

### Indicator 5: Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Het gaat er meer om dat gemeenten inzicht hebben in de gezondheidssituatie van hun populatie ouderen, minder over de vraag hoe gezond ze zijn.	1
Val.	Ervaren gezondheid is heel subjectief	2
Val.	Ervaren gezondheid is sterk afhankelijk van de sociale klasse en van de oudere en het sociale milieu in de omgeving.	2
Val.	De ervaren gezondheid van ouderen wordt door heel veel factoren beïnvloed (bijv. sociale deprivatie, woningnood). Gemeentelijk beleid is hier slechts één van. Landelijke overheidsbeleid is misschien nog een belangrijker factor,	1
Val.	Ook andere beleidsterreinen dan gezondheidsbeleid zijn van invloed op gezondheid.	1
Beïn.	Het is niet aangetoond dat beleid van gemeenten van invloed is op de ervaren gezondheid van ouderen.	3

Suggesties:

Case-mix correctie (bijvoorbeeld voor SES) is wel belangrijk bij deze indicator.

### Indicator 6: Percentage gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht

Toelichting bij de antwoorden:

Val.	De zorgbehoefte is subjectief. Het is afhankelijk van wat ouderen verwachten van de overheid en samenleving.	1
Val.	Het is nog niet duidelijk wat de definitie is van zorgbehoefte. Kunnen ouderen dit zelf goed inschatten?	2
Val.	Hoger en lager opgeleide ouderen gaan vaak anders met een verminderde gezondheid om. Dat heeft er mee te maken wat de mogelijkheden zijn om zorg zelf te financieren, welke compensatiemogelijkheden er zijn en hoe sterkte het sociale netwerk is. Het is nuttig dit goed in beeld te krijgen en daar het beleid op te versterken.	1
Val.	Er kan meer behoefte zijn dan naar boven komt (vanwege aangescherpte richtlijnen om ergens voor in aanmerking te komen).	1
Beïn.	Zorgbehoefte is in de praktijk heel erg breed en ligt lang niet altijd binnen de gemeentelijke invloedssfeer.	1
Meet.	Het meten van de zorgbehoefte is lastig en gebeurt wellicht niet overal op dezelfde manier.	1
Meet.	De gegevens komen bij de gemeente vaak binnen via casuïstiek. In de vertaalslag van deze individuele signalen naar beleid gaat veel informatie verloren. Bovendien ben je als gemeente afhankelijk van de expertise van je welzijns- of ouderenwerkers en is de verzameling van informatie daarmee	1

	persoonsafhankelijk geworden.	
--	-------------------------------	--

## Suggesties:

Misschien breder trekken en zeggen 'behoefte aan zorg en ondersteuning'? Dat zijn twee verschillende zaken die de gemeente allebei moet bieden. Voor ouderen is gezondheid meer dan hulp van thuiszorg of een wijkverpleegkundige.	2
Er is nadere studie nodig om de indicator en het begrip zorgbehoefte te definiëren.	2
Er zou een standaardformat voor het meten van zorgbehoefte moeten komen dat alle gemeenten gaan gebruiken.	1

### Indicator 7: Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert

## Toelichting bij de antwoorden

Rel.	Multimorbiditeit groeit enorm bij thuiswonende ouderen en vraagt een andere maatschappelijke aanpak dan voorheen. Kennis en bewustwording van dit proces is noodzakelijk voor goede beleidskeuzes bij nationale en lokale overheid.	2
Rel.	Het is belangrijk om in preventie van/bij chronische aandoeningen en multimorbiditeit te investeren.	1
Rel.	Het is onduidelijk wat gemeenten aan vroegsignalering kunnen en zouden moeten doen.	1
Rel.	Het is belangrijk dat er bij signalering iets gebeurt [dat zou ook gemeten moeten worden].	1
Val.	De term vroegsignalering is te vaag. Onduidelijk wat het inhoudt. Om wat voor problemen gaat het? Is het voldoende als in een gemeente 'een' organisatie 'iets' doet?	4
Val.	De mate waarin er signalen opgepikt kunnen worden, hangt af van de omvang van multimorbiditeit en SES-niveau. [maar daar gaat deze indicator niet over]	1
Val.	Uit literatuuronderzoek (RIVM) blijkt dat vroegsignalering bij ouderen wél een effectieve methode is om problemen in het functioneren en zelfredzaamheid te voorkomen (i.t.t. datgene dat onder 'Beperkingen van de indicator' staat). Ook is bekend hoe dat het beste kan plaatsvinden en op welke risicofactoren en aandoeningen men zich het beste kan richten.	1
Meet.	Vroegsignalering is lastig te vergelijken op landelijk niveau want het gebeurt overal op een andere manier en door verschillend partners.	2
Meet.	Vroegsignalering wordt uitgevoerd op verschillende niveaus, door verschillende personen/instanties. Dit vraagt om coördinatie en samenwerking.	2

## Suggesties:

Gaat het bij vroegsignalering niet om het signaleren van risico's op aandoeningen en multimorbiditeit i.p.v. de aandoeningen en multimorbiditeit zelf? Bijv. eenzaamheid en het ontbreken van een sociaal vangnet.
Het begrip vroegsignalering dient beter gedefinieerd te worden.

**Indicator 8: Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Samenwerking is cruciaal om onnodige en dubbele hulp te voorkomen en goede afstemming te bevorderen.	1
Rel.	De kwaliteit van de samenwerking is ook van belang.	1
Val.	Deze indicator meet of er een apart getekend contract over vroegsignalering is met een externe partij. Indien er een brede opdracht is voor een externe partij, incl. vroegsignalering, wordt dat niet meegeteld. Een niet-getekende overeenkomst, telt niet mee. En wat moet er precies in een contract staan, om mee te tellen?	2
Val.	Waarschijnlijk werkt elke gemeente wel samen met een organisatie, en scoren alle gemeenten positief.	1
Meet.	Het meten van samenwerking is moeilijk.	1

Suggesties:

Concreet aangeven met welke organisaties er samenwerking moet zijn.
Het gaat er om dat de gemeente zicht heeft op wie wat doet, en als dit onvolledig of van onvoldoende kwaliteit lijkt, dat de gemeente daar vervolgens op kan sturen. Een indicator zou dan moeten meten of er een structuur is om de uitvoering van de vroegsignalering te monitoren en of er nagegaan kan worden of verbindingen tussen partijen worden gelegd.
Eerst moet de indicator 'Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert' goed gedefinieerd zijn. Dan moet helder zijn wat gemeenten hiervoor zouden moeten doen.
Als deze indicator losgekoppeld wordt van 'vroegsignalering' kan het al wel een relevante indicator zijn. Dus: 'Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over gezondheidszorg bij ouderen'.
Ook inventariseren hoe gemeenten die samenwerking vormgeven, bijv. via transmurale zorg of ketenzorg. Goede voorbeelden moeten meer bekendheid krijgen.

**Indicator 9: Percentage gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Preventie is steeds belangrijker nu ouderen langer thuiswonen. Het effect van preventie is helaas niet goed meetbaar maar zou de belangrijkste trigger kunnen zijn om zorgkosten te verminderen, het welbevinden te verhogen en ouderen meer regie te kunnen geven. Een verschuiving van kosten voor zorg naar kosten voor preventie lijkt logisch en effectief.	1
Rel.	Er zou ook gemeten moeten worden of het aanbod van preventieve activiteiten aansluit bij de behoefte van ouderen.	1
Rel.	Ook de kwaliteit van de activiteiten zou gemeten moeten worden.	1
Rel.	Ook het bereik van de activiteiten zou gemeten moeten	1

	worden.	
Rel.	Deze indicator scoort altijd 100% want gemeenten zullen altijd wel iets van aanbod hebben, al is het maar 1 interventie. Bovendien geven gemeenten sociaal wenselijke antwoorden.	1
Val.	De tweede bullet bij Beperkingen van de indicator is wel problematisch (één kleine interventie scoort even goed als meerdere grootschalige interventies).	2
Val.	De indicator zegt niks over het feit of de gemeente iets doet op het gebied van ouderengezondheidszorg, noch over de mate waarin het dat doet. Preventieve activiteiten kunnen namelijk ook door andere partijen aangeboden worden (bijv. verpleeghuizen).	1
Meet.	De indicator dient verder geconcretiseerd te worden.	2
Meet.	Gemeenten hebben niet altijd zicht op het gehele aanbod.	1

## Suggesties:

Aantal activiteiten laten aangeven. Vervolgens evt. kwantificering van het aanbieden van preventieve activiteiten. Bijv. < 5 activiteiten, < 10 activiteiten etc. Op deze wijze kan er nuancering worden aangebracht en wordt een 'scheef' beeld worden voorkomen.	2
Kies voor bijv. de twee belangrijkste aandachtsgebieden, blijkend uit de gezondheidsmonitor.	1
Geen onderscheid maken tussen preventieve activiteiten voor ouderen en voor (andere) volwassenen, tenzij heel specifieke doelgroepen worden benoemd waarvoor heel specifieke activiteiten worden aangeboden.	1

**Suggesties voor andere onderwerpen**

Voorgestelde indicatoren proberen ingewikkelde zaken te meten. Dat lukt waarschijnlijk niet. Het probleem zit in de Wpg. Ouderengezondheidszorg is daarin zo algemeen gesteld dat gemeenten er weinig houvast aan hebben.
Of ouderen zelf betrokken worden bij beleidsontwikkeling
Of gemeenten participatie als beleidspeerpunt in het gemeentelijke beleid hebben
Of er structureel multidisciplinair overleg is binnen gemeenten over het thema ouderengezondheidszorg (zowel t.b.v. beleidsvorming als uitvoering in de praktijk)
Of er een koppeling gemaakt wordt met andere beleidsterreinen die van invloed zijn op de volksgezondheid
Hoeveelheid geld die gemeenten beschikbaar hebben voor ouderengezondheidszorg
Of gemeenten sociale wijkteams hebben die aan vroegsignalering bij ouderen doen, en wat ze dan precies doen (proactief of reactief).
Of gemeenten het bereik monitoren van preventieve interventies voor ouderen die ingezet worden in het kader van de Wpg.
Of de aangeboden interventies voor ouderen erkend zijn (vergelijkbaar met de indicator binnen het thema gezondheidsbevordering).

## 9. Epidemiologie

### Indicator 1. Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied.

Toelichting:

Val.	De indicator zou niet alleen het aantal geregistreerde epidemiologen moeten tellen, maar ook onderzoekers van een andere discipline. Achtergrond hiervan: (a) door het wijkgericht werken en nieuwe taken in het sociaal domein. (b) ontwikkeling van nieuwe onderzoekstechnieken (bijv. kwalitatief onderzoek). (c) sluit aan bij de huidige ontwikkeling van de vakgroep Onderzoek Publieke Gezondheid.	5
Val.	Er is een ondergrens aan de minimale capaciteit, waardoor er bij kleine GGD-regio's geen duidelijke relatie is met het aantal inwoners. Voor elke GGD is een basisformatie nodig.	2
Val.	Het benodigde aantal fte epidemiologen (per 100.000 inwoners) is afhankelijk van het aantal gemeenten dat een GGD verzorgt. Een GGD met veel gemeenten heeft meer epidemiologen nodig dan een GGD met veel minder gemeenten. Nu gemeenten meer wijkgericht gaan werken is het aantal gemeenten in een regio belangrijker dan het aantal inwoners in een gemeente.	2
Val.	In de Wpg is alleen voorgeschreven dat er epidemiologische deskundigheid aanwezig moet zijn binnen een GGD, maar de Wpg schrijft geen aantallen voor (artikel 15). Het Besluit PG schrijft ten minste één geregistreerd epidemioloog per GGD voor. Daarom is het wel interessant om de trend te monitoren.	2
Val.	Deze indicator geeft inzicht in het belang dat een regionale GGD hecht aan een sterke epidemiologische functie.	1
Val.	Door de inclusie van tijdelijke krachten (op bijv. tijdelijke onderzoeksubsidies) wordt niet per se het belang dat de gemeente hecht aan onderzoek gemeten.	1
Val.	Inclusie van andere onderzoekers dan epidemiologen, maakt deze indicator minder precies.	1
Val.	Sommige GGD'en voeren naast hun wettelijke basistaken ook extern gefinancierde epidemiologische klussen uit. Dergelijke GGD'en zullen een veel hoger aantal fte per 100.000 inwoners hebben.	1
Meet.	Meetellen van tijdelijke medewerkers kan het beeld vertroebelen (vanwege fluctuaties die op toeval berusten). Het aantal fte is afhankelijk van de peildatum.	2
Meet.	Wel lastig om precies het aantal fte epidemiologen te bepalen omdat het erg door elkaar loopt met andere onderzoekers en beleidsadviseurs.	1
Meet.	Bij de presentatie van de resultaten moet duidelijk aangeven worden dat andere onderzoekers werkzaam in de epidemiologie niet meegeteld zijn.	1
Meet.	Lastig dat bij onderzoekers met meerdere taken alleen de epidemiologische taken moeten worden meegeteld.	1



## Suggesties teller en noemer:

Goed definiëren wat 'epidemiologisch onderzoek' is en wanneer iemand dat type onderzoek doet (en wanneer niet).	1
Fte's uitsplitsen in vaste en tijdelijke formatie. Tijdelijke medewerkers zijn qua taak vaak vergelijkbaar met externe onderzoekers aan wie het onderzoek is uitbesteed. Het is dan wat merkwaardig dat de een wel wordt meegeteld en de ander niet.	2
Ook overige onderzoekers meetellen, en fte's uitsplitsen in epidemiologen en overige onderzoekers.	2
Epidemiologen uitsplitsen in geregistreerd en niet-geregistreerd. Dat zegt iets over de kwaliteit van de functie epidemiologie.	1
Epidemiologen bij andere afdelingen (bijv. MMK of Infectiebestrijding) ook meetellen. Daar werken vaak arts-epidemiologen.	1
Naast epidemiologen ook data-analisten die epidemiologische analyses doen, datascientists en big data analisten meetellen.	1
Noemer: aantal gemeenten (mogelijk in combinatie met aantal inwoners).	1

## Overige suggesties:

Presentatie: niet alleen spreiding en gemiddelde, maar ook aantal GGD'en onder de norm	1
Beleidsnorm: minimaal 1 geregistreerd epidemioloog per GGD	1
Ook registreren: aantal fte's voor onderzoek dat wordt uitbesteed	1

**Indicator 2. Percentage GGD'en dat eens in de vier jaar een volksgezondheidsrapportage uitbrengt.**

## Toelichting:

Val.	De definitie van volksgezondheidsrapportage is te beperkt, er bestaat een grote variatie in inhoud en vorm van rapportages. Flexibiliteit, actualiteit en maatwerk zijn belangrijke redenen voor de keuze van andere producten (profielen, factsheets, websites, apps e.d.), op gemeenteen/of wijkniveau). Hiermee samenhangend: wat tel je wel en niet mee? Een tabellenboek en cijferoverzicht blijktbaar niet (volgens DS).	6
Val.	Het uitbrengen van een volksgezondheidsrapportage is geen wettelijke taak (het systematisch in kaart brengen van de volksgezondheid wel), het is dus niet verplicht en meet dus niet het functioneren van een GGD.	2
Val.	Eens in de vier jaar een gezondheidsrapportage is te star. Het opstellen van de gezondheidsrapportage en gemeentelijke nota loopt niet in de pas. Soms is de gezondheidsrapportage te vroeg, soms te laat. Publicatie van producten moeten veel meer afgestemd worden op de actuele behoefte van gemeenten.	1
Val.	Het gaat niet zozeer om regionaal inzicht, maar inzicht per gemeente of wijk is van belang.	1
Beïñ	Waarschijnlijk zullen alle GGD'en wel op een of andere manier volksgezondheidsinformatie aanbieden, dus de score is 100%.	1

Suggesties teller en noemer: n.v.t., de daar gegeven antwoorden behoorden tot het kopje Overige suggesties. Zie onderstaand.

Overige suggesties:

Er zouden wat minder strikte eisen gesteld kunnen worden t.a.v. een rapportage.	1
Alternatieve indicator: <ul style="list-style-type: none"> <li>• of gemeenten meerdere updates van cijfers krijgen</li> <li>• en in hoeveel gemeenten in welke fase van het gemeentelijke beleidsproces gegevens zijn toegezonden (beleidsvoorbereiding, formulering, uitvoering en evaluatie (zie boek Annemien Haveman: Epidemiology in public health practice).</li> </ul>	1
Def: toevoegen dat ook inzicht in de risicogroepen en inzicht in de gezondheid van bijzondere doelgroepen verkregen wordt.	1
Alternatieve indicator: de indicator dient vooral inzicht per gemeente te geven (zie rationale in DS). Eerder kiezen voor gemeente of wijkschets(en) / profielen afgelopen 2 jaar. Het doel van de rVTV is toch dat je bepaalde gezondheidsthema's agendeert en dat je maatwerk levert? Het is beter om een indicator wat meer in die richting te formuleren.	1

**Indicator 3. Percentage gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeenteambtenaren.**

Toelichting:

Rel	Toelichting op de cijfers verbetert het gebruik ervan door beleid.	1
Val	Het is nu niet duidelijk wat de exacte definitie is van een 'gesprek' Er is een verschil tussen een kwalitatief goed gesprek waarin de uitkomsten van monitors worden besproken en een 'oppervlakkig' gesprek. Elementen van de definitie zijn: lengte en inhoud van het gesprek, minimaal aantal onderwerpen, adviezen, of het over één of alle monitors gaat, met wie het gesprek gevoerd wordt (ambtenaren en/of wethouders) , door wie van de GGD het gesprek gevoerd wordt (manager, beleidsmedewerker, onderzoeker zelf), of het met de individuele gemeenten is of in clusterverband en of het ook om andersoortig onderzoek gaat (kwalitatief onderzoek).	4
Val	De epidemiologische functie wordt vaak vervuld door het uitvoeren van monitors. Een regionale volksgezondheidsrapportage is geen wettelijke verplichting.	2
Val.	Er zijn vele epidemiologische producten die besproken kunnen worden: regionale volksgezondheidsrapportage (rVTV), monitors, kwalitatief onderzoek, registraties, gemeente- en wijkprofielen.	1
Beïn.	Verwachting is dat de uitkomst 100% zal zijn. De monitors worden meestal/altijd met de gemeenten besproken, voorafgaand aan de uitvoering en/of met de resultaten erbij.	3
Beïn.	Niet alleen de GGD is verantwoordelijk voor de uitkomst van	1

	deze indicator, maar ook de gemeente (die kan een gesprek steeds uitstellen of zeggen dat ze er geen behoefte aan heeft).	
Meet	De gezondheidsmonitor wordt niet altijd uitgevoerd door de GGD. De gemeente kan dit ook neerleggen bij een andere partij of een afdeling van de gemeente zelf.	2

#### Suggesties teller en noemer

	De gesprekken kunnen hebben plaatsgevonden met gemeenteambtenaren en/of <u>wethouders</u> .	1
	Preciezer omschrijven wat de criteria zijn waaraan een gesprek moet voldoen. Evt. bewijsmateriaal vragen dat het gesprek heeft plaatsgevonden.	1
	De toelichting op de uitkomsten van het volksgezondheidsonderzoek aan de gemeente moet door de onderzoeker die het onderzoek heeft uitgevoerd, <u>gegeven</u> worden.	1
	Meten of de resultaten worden besproken met ambtenaren van individuele gemeenten of in clusterverband. Hiermee leg je de late iets hoger. Overigens zullen stedelijke GGD'en hier standaard positief op scoren.	1
	Haal de rVTV uit de beschrijving (de epidemiologische functie loopt vaak via monitors). Een regionale volksgezondheidsrapportage is namelijk geen (wettelijke) verplichting.	2

#### Overige suggesties:

	Een oordeel gaan vellen op basis van gesprekken die hebben plaatsgevonden zonder verder eisen aan dat gesprek te stellen lokt misbruik van de indicator uit (als je een kort gesprekje voert, score je al gunstig).	1
--	---	---

### **Indicator 4. Percentage gemeenten van de G36-gemeenten dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld of heeft laten opstellen.**

#### Toelichting:

Rel.	De indicator is relevant omdat gemeenten meer en meer wijkgericht werken, waardoor er behoefte is aan cijfers op wijkniveau.	1
Rel.	Het opstellen van wijkprofielen is geen wettelijke verplichting maar een <u>gemeentelijke verantwoordelijkheid</u> .	2
Val	Deze indicator meet vooral het functioneren van gemeenten binnen de publieke gezondheidszorg, minder het functioneren van GGD'en.	2
Val	Niet zozeer het wijkprofiel zelf maar de dialoog voor- en achteraf over wat er met de cijfers wordt gedaan is eigenlijk het belangrijkste. Een wijkprofiel is alleen effectief als er na het opstellen van het wijkprofiel een traject is ingericht waarin het verkregen beeld aan het beeld van professionals in de wijk wordt getoetst, en als er sessies worden georganiseerd waarin prioriteiten op wijkniveau worden geformuleerd. De indicator meet het verkeerde aspect/fenomeen. Het aspect 'gebruik van een wijkprofiel' zou meer meegewogen moeten worden.	2

Val	De indicator stelt wellicht te veel eisen aan een wijkprofiel. Een beperkt profiel kan soms beter aansluiten bij de beleidsbehoefte dan een uitgebreid profiel dat opgesteld is volgens de eisen.	2
Val.	Een gemeente met erg veel wijken die maar een enkel wijkprofiel heeft laten opstellen, scoort op deze indicator positief. De vraag is of dat terecht is.	1
Meet	De definitie van een gezondheidsprofiel is onduidelijk. Een gezondheidsprofiel kan heel uitgebreid zijn, maar ook heel beknopt. Moet het gaan om een complete inventarisatie of is het voldoende als enkele onderwerpen uit de monitors hierin aandacht krijgen (bijv. over een thema zoals jeugd)?	2
Meet	Geeft de G36 wel een goed beeld? Is het een representatieve groep en/of is een breder beeld gewenst? Ook in niet-G36 gemeenten worden uitkomsten van de monitors vertaald naar wijken/buurtten.	2

#### Suggesties teller en/of noemer

De definitie van een gezondheidsprofiel zou verduidelijkt moeten worden.	
Het aantal wijkprofielen zou gerelateerd moeten worden aan het aantal wijken in een gemeente.	1
De indicator zou ook voor niet-G36 gemeenten kunnen gelden. Er zijn veel kleinere gemeenten die nu ook al een profiel laten opstellen en voor wie een wijkprofiel een zeer zinnige exercitie is.	1
Als de indicator meer zou moeten zeggen over het functioneren van de GGD (epidemiologie), zou de indicator gewijzigd kunnen worden naar: "Percentage GGD'en dat wijkgezondheidsprofielen heeft opgesteld (op eigen initiatief of in opdracht van) voor gemeenten van de G36-gemeenten". Daarbij is het van belang (voor de noemer) dat in alle GGD-werkgebieden in ieder geval één G36-gemeente ligt. Zo niet, dan moet de noemer worden aangepast.	1
Geen 'merknamen' benoemen, zoals regionale volksgezondheidsrapportage.	1

#### Overige suggesties:

Wijkprofiel is een verdere specificatie van indicator 2 (een vorm van rapporteren). Als je indicator 2 aanpast kan deze komen te vervallen	1
Beter is om deze indicator te koppelen aan de uitkomsten van de Gezondheidsmonitor en het hiervan inzichtelijk maken op gemeentelijk, wijk- en buurtniveau.	2

### **Indicator 5. Percentage gemeenten dat gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking openbaar heeft gemaakt via een website.**

#### Toelichting:

Rel.	Het openbaar maken van gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking via een website is een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Dit is niet opgenomen in de Wpg. Indicator is dus niet relevant.	2
Val.	De indicator stelt geen eisen aan de kwaliteit (o.a.	4

	betrouwbare en deskundige bron), volledigheid, inhoud, het aantal onderwerpen, actualiteit en vindbaarheid van de informatie op de websites.	
Val.	Er bestaat grote variatie tussen GGD'en in hoe zij gezondheidsinformatie openbaar maken, waaronder websites, infographics, pdf-rapporten.	2
Val.	De indicator is niet alles omvattend omdat er meer websites dan de gemeentelijke websites bestaan waarop relevante informatie wordt gepresenteerd. Bijvoorbeeld cijfers op <a href="http://waarstaatjegemeente.nl">waarstaatjegemeente.nl</a> of de gezondheidsatlas van de GGD.	1
Val.	Een juiste link naar de juiste gemeentecijfers op CBS-statline of andere website is ook informatief en heeft ook de intentie van openheid naar de burgers toe. Dit zou dus moeten meetellen.	1
Bein.	Bijna alle GGD'en en gemeenten publiceren wel op een of andere manier ergens op een website de resultaten. Er is dus weinig ruimte voor verbetering.	1

#### Suggesties teller en/of noemer

De indicator zou ook moeten meten wat de kwaliteit (o.a. betrouwbare en deskundige bron), volledigheid, actualiteit en vindbaarheid van de informatie op de websites is. De indicatorbeschrijving zou moeten aangeven welke informatie minimaal gepresenteerd moet worden (inhoud of aantal onderwerpen).	2
---	---

#### Suggesties:

Het is interessanter om te meten in hoeverre in de plannen van de gemeenten (in de nota's lokaal gezondheidsbeleid en jeugd, en liefst ook in de nota's op het gebied van Wmo en ruimtelijke ordening) cijfers over de gezondheidssituatie worden gebruikt als onderbouwing van gemaakte keuzes. Ook is het interessant om te meten of dergelijke cijfers worden gebruikt bij de evaluatie van het gevoerde beleid.	2
De indicator aanvullen met een maat voor de vindbaarheid. Er zou gepoogd kunnen worden om te meten of een gemeenteambtenaar informatie over de gezondheidstoestand in z'n gemeente eenvoudig (binnen 1 minuut) kan vinden. Dit is misschien wel lastig meetbaar, maar bij de huidige indicator ligt de lat wel erg laag.	1

#### Suggesties voor andere onderwerpen

##### Aanvullingen op huidige indicatoren/alternatieve indicatoren:

De onderwerpen gaan uit van de huidige situatie en spelen minder in op ontwikkelingen die momenteel gaande zijn. Het zou goed zijn om ook onderwerpen als <b>professionalisering, kwaliteit van epidemiologisch onderzoek, big data en innovatie</b> mee te nemen.	2
Percentage <b>GGD'en dat voor alle doelgroepen</b> (jeugd (0-12 jaar), adolescenten (12-18 jaar), volwassenen (18-65 jaar, met mogelijk onderscheid deelgroepen (18-30 jarigen, 30-55 jarigen, 55-65 jarigen), ouderen en kwetsbaren (OGGZ-groep) een monitor heeft opgezet.	2

Het <b>geven van advies</b> n.a.v. het epidemiologisch onderzoek ontbreekt. Hoe meer burgers gaan meedoen en meepraten, des te belangrijker wordt het om een onafhankelijk, gewogen en kundig oordeel te vellen n.a.v. de resultaten van onderzoek.	1
Het <b>'epidemiologisch onderzoek' dekt niet al het onderzoek</b> wat gedaan wordt op de GGD. Voorbeelden daarvan zijn onderzoeken naar schulden of geluk (gerelateerd aan gezondheid). Is er een andere indicator die dergelijke onderzoeken meet?	1
GGD'en doen meer <b>maatwerk</b> en leveren <b>continue rapportages</b> aan de gemeenten in plaats van standaardrapportages zoals de rVTV eens in de 4 jaar. Het is belangrijk dat de gezondheidsinformatie flexibel en actueel is. Met de kernboodschappen uit de rVTV werd niet veel gedaan door de gemeenten, maar de <b>wijkprofielen</b> die tegenwoordig gemaakt worden, worden wel goed door de gemeenten gebruikt. De indicatoren zouden beter moeten aansluiten bij deze ontwikkelingen.	1
De voorgelegde indicatoren gaan niet in op de <b>groei van kwalitatieve onderzoeksmethoden</b> (op verzoek van gemeenten). Kwalitatief onderzoek mag in de indicatoren nadrukkelijker terugkomen.	1
Het is belangrijk <b>de variatie in achtergrond/kennis in een team van onderzoekers</b> te meten en de mate van samenwerking met beleid/gemeenten. Er zou gemeten moeten worden in hoeverre onderzoekers meebewegen (door middel van bijv. <b>bijscholing</b> ) met nieuwe ontwikkelingen/eisen.	1
Percentage gemeenten dat <b>SMART-doelen</b> heeft gesteld in haar <b>nota</b> en het percentage gemeenten dat daarbij is <b>ondersteund door epidemiologie</b> .	1
Een indicator die meet <b>of het gemeentelijk beleid wordt onderbouwd met cijfers</b> vanuit wijkprofielen, monitors of een regionale gezondheidsrapportage.	
Een indicator die meet in hoeverre de informatie die GGD'en opleveren aansluit bij de <b>behoeften van gemeenten in het kader van het sociaal domein</b> .	1
Een indicator waarbij aan <b>ambtenaren</b> gevraagd wordt naar de <b>tevredenheid over de informatievoorziening van GGD'en</b> . Het meten van deze indicator is wel arbeidsintensief voor GGD'en.	1

## 10. Gezondheidsbevordering

**Indicator 1: Gemiddeld aantal onderwerpen van zes (roken, (ernstig) overgewicht, overmatig alcoholgebruik, diabetes, depressie en bewegen) waarvoor in de gemeentelijke gezondheidsnota's beleid is beschreven**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Het opnemen van onderwerpen in de nota wil nog niet zeggen dat daar uitvoering aan wordt gegeven, en op welke wijze.	3
Rel.	De indicator zegt niks over de kwaliteit van het beleid	1
Rel.	De zes onderwerpen zijn onderling afhankelijk.	1
Rel.	Belangrijker is een indicator die laat zien of de activiteiten aansluiten op de problemen. Blijkt bijv. uit de nota dat er wordt ingezet op problemen die naar voren komen uit bijv.	1

	een wijkgezondheidsprofiel?	
Val.	Het aantal onderwerpen in de nota zegt weinig over de aandacht die daadwerkelijk naar het thema uitgaat.	1
Val.	Gemeenten kunnen voor lokale speerpunten kiezen.	1
Val.	Niet alle gemeenten schrijven meer een Lokaal gezondheidsbeleidsplan.	1
Beïn.	Het is een vrij grove indicator. Het aantal kan alleen uitgedrukt worden in 0 t/m 6 (aantal onderwerpen).	1

## Suggesties:

De indicatoren zouden meer gebaseerd moeten zijn op de domeinen van de positieve gezondheid (Huber) en gezondheid zou integraler moeten worden opgevat dan de genoemde zes thema's. Dit zijn op bewegen na ziektes en een negatieve leefstijl. Deze thema's passen niet bij integrale gezondheidsbevordering binnen het sociale domein.
In indicator opnemen over uitvoeringsplannen voor de zes thema's en budget/uitgaven.
Steun voor voorgestelde gradatie in de DS onder 'Overige opmerkingen'. Dit stimuleert meer en is 'responsiever': je ziet sneller of er ook daadwerkelijk verbetering optreedt.
Gemiddeld aantal onderwerpen van zes in combinatie met een concreet aantal doelen ten aanzien van behoud of verbetering van de vorige/bestaande nota. [begrijp ik niet]
Voor steden: thema's die in de gebiedsagenda van de stad zijn opgenomen en of deze aan gezondheid zijn gelieerd [is geen indicator]

**Indicator 2: Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke gezondheidsnota een kwantitatieve doelstelling op het gebied van gezondheidsbevordering heeft beschreven**

## Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Indien een indicator opgenomen zou worden die meet of kwantitatieve doelen zijn gerealiseerd, is het ook belangrijk om gemeenten te laten aangeven wat de redenen waren van het al dan niet realiseren van de doelen.	1
Rel.	Een kwantitatieve doelstelling hoeft niet SMART te zijn.	1
Val.	Als het gaat om doelstellingen op bepaalde onderwerpen, kan het zijn dat sommige gemeenten daarop geen kwantitatieve doelstellingen hebben geformuleerd, omdat ze andere prioriteiten hebben gesteld.	1
Beïn.	Er hoeft maar voor één onderwerp een kwantitatieve doelstelling te zijn geformuleerd, en dan scoor je al 100%. Dat is weinig stimulerend en weinig responsief.	1
Beïn.	Eén kwantitatieve doelstelling is wat weinig.	1
Meet.	Het is meetbaar of er een nota is geschreven en vastgesteld door de gemeenteraad.	2

## Suggesties:

Ook meten: gemiddeld aantal kwantitatieve doelstellingen van alle Nederlandse gemeenten / percentage gemeenten met een kwalitatieve doelstelling.	2
Meten hoeveel oplossingen gemeenten hebben gevonden (i.p.v.	1

doelstellingen op het gebied van gezondheidsproblemen)	
Van een vaste set onderwerpen voor elk onderwerp beschrijven of er een kwantitatieve doelstelling is geformuleerd.	1
Een onderscheid aanbrengen tussen: a) bereik, b) determinanten, c) prevalentie (van ziekten).	1
Men zal een norm moeten bepalen.	1
Formuleren van subdoelstellingen. [wat wordt bedoeld?]	1
Formuleren van kwalitatieve doelstellingen die bij een (intermediaire) doelgroepen zijn te toetsen [wat wordt bedoeld?]	1

### **Indicator 3: Percentage erkende gezondheidsbevorderende interventies van alle uitgevoerde interventies op het gebied van overgewicht/bewegen**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Er zijn nog weinig erkende interventies voor overgewicht. Een goede aanpak is een interventie-mix waarbij het probleem dus op meerdere gebieden tegelijk wordt aangepakt.	2
Rel.	In de teller dienen interventies te worden opgenomen die goed zijn onderbouwd of bewezen effectief zijn. Voor volwassenen en ouderen zijn er nog weinig bewezen effectieve interventies.	1
Rel.	Niet alle erkende interventies zijn regionaal beschikbaar.	1
Rel.	Dit zou per gemeente gemeten moeten worden.	1
Rel.	Deze indicator kan uitstralen dat gemeenten en GGD'en zich eerst maar eens moeten richten op wat al is onderbouwd en effectief is. Dan geeft het goed de richting aan.	1
Meet.	Eenduidig meetbaar is lastig omdat gemeenten vaak van bewezen effectieve interventies hun eigen variant maken, zonder dat dat bekend is. Tellen die mee?	2
Meet.	Het aanbod aan interventies (teller en noemer) is niet goed te bepalen. Het gebruik/bereik van interventies wordt niet geregistreerd. GGD zijn niet altijd de uitvoerder en zijn ook niet van alles op de hoogte wat uitgevoerd wordt.	2
Meet.	Eenduidig meetbaar is lastig omdat in sommige gemeenten 'niet bewezen effectieve' interventies uitgevoerd worden. Tellen die mee? Die zijn niet onderzocht. Dat is niet hetzelfde als 'bewezen niet effectief' (wel onderzocht en door de mand gevallen).	1

Suggesties:

Niet aansturen op interventies die sec zijn gericht op de individuele BMI, maar op programma's die zijn samengesteld uit meerdere interventies, omdat die meestal meer impact hebben (integraal gezondheidsbeleid, Health in All Policies).
De indicator verbreden naar erkende leefstijlinterventies in het algemeen i.p.v. de focus op overgewicht/bewegen.
Het is de vraag of dergelijke leefstijlfactoren (bewegen en eten) BLIJVEND beïnvloedbaar zijn door 1 op 1 interventies, of dat we op zoek moeten naar brede, contextuele interventies. Dan zou richting gemeenten de vraag zijn: wat is jullie integrale gezondheidsbeleid? Wordt een gezondheidseffectrapportage gebruikt bij de inrichting van de



gemeente, zowel wat betreft urbane ontwikkeling, als wat betreft de inrichting van gemeenteprocessen?
Metten of er op vooraf vastgestelde terreinen iets gebeurt m.b.t. preventie van overgewicht. Bijv. op de terreinen van educatie, omgeving, regels en afspraken, zorg.
De indicator moet ertoe bijdragen dat vrij dwingend een beperkt aantal bewezen effectieve interventies wordt 'opgelegd', en dat de lokale vrijheid wordt beperkt.
De indicator moet de focus leggen op gemeenten i.p.v. op GGD'en. Gezondheidsbevordering wordt namelijk ook door andere organisaties aangeboden (sport, welzijn, etc.), in opdracht en onder verantwoordelijkheid van gemeenten.
Indicator niet richten op overgewicht en bewegen maar op voeding en bewegen.
Bij de indicator over voeding en bewegen ook de 6 dimensies van positieve gezondheid betrekken.

#### **Indicator 4: Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)**

Toelichting bij de antwoorden:

Def.	De term vignet en themacertificaat worden in de DS door elkaar gehaald. Scholen halen een vignet met minstens één themacertificaat. Het is niet duidelijk of het aantal vignetten of het aantal themacertificaten wordt gemeten. Als het het aantal themacertificaten is, dan is dat een betere indicator dan aantal vignetten.	1
Rel.	Schoolgezondheidsbeleid is belangrijk maar zegt niet perse iets over de werking van het stelsel Wpg.	1
Rel.	Wat betreft uitsplitsing: de gemeenten kiezen de beleidsthema's waar de GGD zich op moet richten. Dat bepaalt ook de rol van de GGD richting scholen. Niet alle GGD'en hebben als opdracht van de gemeenten gezondheidsbevordering.	1
Val.	Een versturende factor is het aantal Gezonde School-adviseurs in de regio. Sommige GGD-regio's hebben er heel veel en helpen de scholen intensief met het aanvragen van een vignet en sommige GGD-regio's hebben weinig adviseurs waardoor er ook minder vignetten zijn.	1
Val.	In sommige regio's zijn er veel scholen die wel werken aan gezondheid maar niet het vignet aan willen vragen, te veel gedoe.	1
Val.	Het vignet wordt verstrekt als een school structureel aandacht besteed aan één gezondheidsthema, bijvoorbeeld voeding of bewegen en sport. Dat zegt dus dat een school op dat aspect inzet pleegt, maar niet dat dit in brede zin gebeurt. Tegelijkertijd lijkt wel te mogen worden verwacht dat als een school bijvoorbeeld aandacht besteedt aan voeding, ook het onderwerp bewegen hierbij wordt betrokken. En als veel scholen in een gemeente 'gezond' zijn, duidt dat op een brede inzet. Daarbij duidt het vignet op structurele inzet op een erkende manier.	1
Val.	Validiteit van het vignet of de deelvignetten is voor mij	1

	onbekend	
Beïn.	Er zijn in totaal 9 thema's. Zoals de indicator nu is geformuleerd is een erkenning op 1 thema voldoende om 'positief' te scoren. Dat is wellicht niet streng genoeg (noch onderscheidend en sensitief).	1

Suggesties teller en/of noemer:

	Extra indicator: aantal behaalde themacertificaten (= totaal aantal over alle scholen) / aantal mogelijk te erkennen thema's (aantal scholen x 9). Deze indicator is nog responsiever dan de geformuleerde indicator.	2
	Vaststellen hoeveel scholen advies hebben gekregen bij het behalen van een certificaat Gezonde School. Daarbij moet wel goed gedefinieerd worden wat een advies minimaal is.	1

### Indicator 5: Percentage rookvrije schoolterreinen (naar type onderwijs)

Toelichting bij de antwoorden:

Def.	Onduidelijk is of het gaat om rookvrij schoolplein of gezond schoolplein. Gezond schoolplein is breder dan alleen rookvrij schoolplein.	1
Rel.	Het is ook belangrijk om te meten wat een gemeente/GGD doet op het gebied van educatie, zorg en beleid en hoe ouders en leerlingen erbij worden betrokken. Het alleen meten van het aantal rookvrij schoolpleinen is niet voldoende.	1
Rel.	In 2020 moeten alle scholen rookvrij zijn, dus dan zou deze niet meer relevant zijn.	2
Rel.	Preventie van roken op het schoolterrein is belangrijk maar zegt niet perse iets over de werking van het stelsel Wpg.	1
Rel.	Wat betreft uitsplitsing: de gemeenten kiezen de beleidsthema's waar de GGD zich op moet richten. Dat bepaalt ook de rol van de GGD richting scholen. Niet alle GGD'en hebben als opdracht gezondheidsbevordering.	1
Val.	Als leerlingen niet op het schoolplein mogen roken, dan doen ze dat net buiten het schoolplein. Ik heb niet de indruk dat het op een schoolplein niet mogen roken kinderen weerhoudt van het hiermee beginnen.	1
Val.	Een rookvrij schoolplein is qua bereik maar een beperkte interventie. Kinderen die roken doen dat (ook) buiten schooltijd en in het weekend.	1
Meet.	Meten via zelfrapportage door directeuren is wellicht niet valide en eenduidig.	1

Suggesties:

	Het moet duidelijker zijn of het gaat om een rookvrij of gezond schoolplein.
	Aantal scholen die alle 4 de pijlers van Gezonde School hebben ingebed in het onderwijs op het gebied van roken (gezondheidseducatie, fysieke en sociale omgeving, signaleren en beleid).
	Er moeten hardere criteria geformuleerd worden: beschrijving in schoolplan, enquête onder aantal ouders en/of leerlingen (score op

perceptie dat school rookvrij is moet dan vrijwel 100% zijn), manier waarop het verbod in de publieke ruimte is aangeduid (borden, belijning, etc.).
Het onderwerp alcohol is momenteel maatschappelijk relevanter dan roken.
Teller: a) een kwantitatieve doelstelling, of b) een aantal acties/interventies dat wordt ingezet. Het aantal acties/interventies zegt iets over de breedte van de inzet. Waarbij dan nog onderscheid kan worden gemaakt naar erkende en niet erkende interventies.
Dit is een indicator die (ook gezien de sociale wenselijkheid) mogelijk wat cross-validatie (meerdere bronnen) nodig heeft.

### Indicator 6: Percentage jongeren dat rookt

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Roken veroorzaakt zeer ernstige gezondheidsschade dus normering en kwantitatieve aanpak zou wel impact kunnen hebben (en mogen hebben).	1
Rel.	Weinig gemeenten hebben roken onder jongeren in hun Lokaal Gezondheidsbeleid opgenomen.	1
Val.	Het is de vraag in hoeverre een afname van het aantal rokers een resultaat is van interventies van de GGD'en. Landelijke maatregelen hebben ook invloed, evenals regionale projecten van 'stoppolis' of het Longfonds.	1
Val.	Het is de vraag in hoeverre de prevalentie van roken iets zegt over de werking van de Wpg. Roken is veel breder dan de Wpg.	1
Val.	Het is belangrijk dat de cijfers uitgesplitst worden naar schooltype.	1
Meet.	Het is goed te meten.	1
Meet.	Meting is lastig (zelfrapportage leidt tot vertekening)	1

Suggesties:

Meer kijken naar de interventies die GGD'en uitvoeren. Bijv. hoeveel samenwerkingspartners heeft de GGD op het gebied van roken? Hoeveel interventies zijn gericht op de jeugd? Hoeveel interventies zijn gericht op handhaving van de wet, educatie en omgevingsfactoren?
Overwegen om urineonderzoek op populatieniveau uit te voeren (evt. steekproefsgewijs).
De prevalentie van andere thema's zou ook gelijk gemeten kunnen worden (bijv. alcohol).
Een alternatief is te meten wat het percentage volwassenen is dat rookt. Gemeenten kunnen meer doen om roken (onder mensen met een lage SES) terug te dringen, en worden daarin ondersteund. Ook is er een campagne en een Taskforce die gericht zijn op het terugdringen van het aantal ouders dat rookt.

**Indicator 7: Percentage GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering**

Toelichting bij de antwoorden:

Rel.	Zeer relevant nu zorg en welzijn op gemeentelijk niveau meer met elkaar moeten verbinden. Samenwerking op onderzoek levert een kennisinfrastructuur richting gemeenten, ondersteunt het stellen van de passende onderzoeksvragen (vraagarticulatie), draagt bij aan klein-maar-fijn onderzoek en kennisgestuurd handelen door professionals.	1
Rel.	Academische werkplaatsen 'werken' alleen als daar structureel middelen voor beschikbaar worden gesteld. daar schort het vaak aan.	1
Rel.	Gezondheidsbevordering is een gemeentelijke taak waarbij uitvoering ook door een ander dan de GGD kan worden gedaan. Dus deze focus op GGD'en is niet perse relevant.	1
Val.	Samenwerking is belangrijk, maar in de praktijk wordt er meestal samengewerkt in kleinschalige en kortdurende projecten, al dan niet met stagiaires. Dergelijk onderzoek levert zelden relevante uitkomsten op. Beter is om aan te sluiten bij onderzoeksinstituten die groot en structureel onderzoek doen dat aansluit bij de behoefte van de GGD.	1
Val.	Het is belangrijk dat GGD'en aansluiten bij bestaande netwerken van onderzoek. In Groningen, Friesland en Drenthe is dit bijvoorbeeld Healthy Ageing Netwerk Noord Nederland. Samenwerking in dergelijke netwerken zou ook meegenomen moeten worden.	1
Val.	Deze indicator heeft weinig directe verbinding met de inzet van gemeenten. Staat erg ver weg van de praktijk.	1
Meet.	De beschrijving van de DS (teller) is te weinig specifiek en te breed. 'Overleg met agenda en notulen' is waarschijnlijk niet voldoende onderscheidend.	1
Meet.	Moeilijk om het begrip samenwerken eenduidig te definiëren.	1

Suggesties:

Indicator toespitsen op samenwerking in de regio in grootschalig onderzoek. Nagaan of vragen uit de praktijk worden vertaald in passende onderzoeksvragen en onderzoek, en of resultaten van onderzoek gebruikt (kunnen) worden in de praktijk.
Teller van indicator veranderen in: het aantal GGD'en dat afspraken heeft gemaakt over beleidsrelevant onderzoek en over uitwisseling van kennis en personen. Hierbij is het vereist dat dit is vastgelegd in een overeenkomst en dat er een structuur is opgezet.
Teller van indicator veranderen in: het aantal acties dat door een GGD in een gemeente wordt uitgevoerd (in overleg) met een academische werkplaats of naar aanleiding van overleg met een academische werkplaats.
Een indicator die meet wat de competenties van GGD-medewerkers zijn op het gebied van ondersteunen van gemeenten in kennisgestuurd werken en het samen uitvoeren van onderzoek.

**Andere onderwerpen/indicatoren**

Indicator formuleren voor het onderwerp intersectorale samenwerking. In hoeverre wordt in het sociale en fysieke domein aan gezondheidsbevordering gedaan? Hoeveel overleg en contact is er? Bij het sociale domein kan het bijv. gaan over werk/werkloosheid, gezondheid en armoede. Bij het fysieke domein kan het gaan om de vraag in hoeverre gezondheidsbeleid wordt betrokken bij bijv. de nieuwe omgevingswet.	3
De indicatoren moeten ruimte kunnen geven aan verschillen tussen gemeenten en verschillende prioriteiten die gemeenten stellen. Het is goed als de aanpak in een regio gekoppeld is aan de problemen in die regio (blijkend uit een lokaal gezondheidsprofiel).	2
Indicator formuleren over beleid m.b.t. eenzaamheid bij ouderen.	1
Indicator formuleren over de relatie tussen landelijke prioriteiten en lokale prioriteiten. Gezondheidsbevordering is een thema waarin de link tussen landelijk en lokaal belangrijk is.	1
Indicator formuleren over de relatie tussen landelijke kennis en lokale toepassing. Het gaat bij gezondheidsbevordering dan m.n. om de landelijke beschikbaarheid en het lokale gebruik van effectieve interventies.	1
Indicator: Tevredenheid van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema gezondheidsbevordering over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties (vergelijkbaar met de indicator binnen het thema ouderengezondheidszorg).	1
Indicatoren formuleren over depressie en alcoholgebruik onder jongeren. Dit zijn veelvoorkomende problemen. Hiervoor kan de GGD-monitor gebruikt worden.	1
Uitgangspunt dient het concept positieve gezondheid te zijn (Poiesz et al., TSG 2016; 94 (7)). Gezondheid als toestand en gezondheid als gedrag mogen niet worden verward.	1
Indicator formuleren over positieve gezondheid. Hoe wordt aangesloten bij de belevingswereld van de bevolking. Hoeveel interventies zijn geïnitieerd vanuit de bevolking zelf?	1
Een indicator die meet hoeveel organisaties betrokken zijn bij de uitvoering van gezondheidsbevordering.	1

**RIVM**

*De zorg voor morgen begint vandaag*