



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

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

RIVM Briefrapport 2017-0120
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 – samenvatting –

RIVM Briefrapport 2017-0120
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-2017-0120

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

Contact:

A. Verweij

KVZ

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

Publiekssamenvatting

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

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 – summary –

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 Afwijkende procedure voor de rijksindicatoren — 21

3 Selectie indicatoren en vulling van indicatoren — 23

- 3.1 Geselecteerde indicatoren compacte set — 23
- 3.2 Beschikbaarheid gegevens — 23
- 3.3 Rijksindicatoren — 28

4 Indicatoruitkomsten — 31

- 4.1 Indicatoruitkomsten in detail — 31
- 4.2 Integratief overzicht van indicatoruitkomsten — 48
- 4.3 Beschikbaarheid van indicatoren en gegevens per thema — 50

5 Conclusie en discussie — 53

- 5.1 Ontwikkeling en selectie van indicatoren — 53
- 5.2 Potentie om functioneren van stelsel te meten — 53
- 5.3 Kwantitatieve invulling van de indicatoren — 54
- 5.4 Inperking tot de Wet Publieke Gezondheid — 54
- 5.5 Degelijke onderbouwing met inzet van deskundigen — 54
- 5.6 De huidige set als groeimodel — 55
- 5.7 Breder indicatorenstelsel — 57

Bijlage 1: Betrokken partijen en personen — 59

Bijlage 2: Overzicht van beschikbaarheid bronnen per indicator type en thema — 64

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 meerduidig 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.¹ 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,

¹ 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).

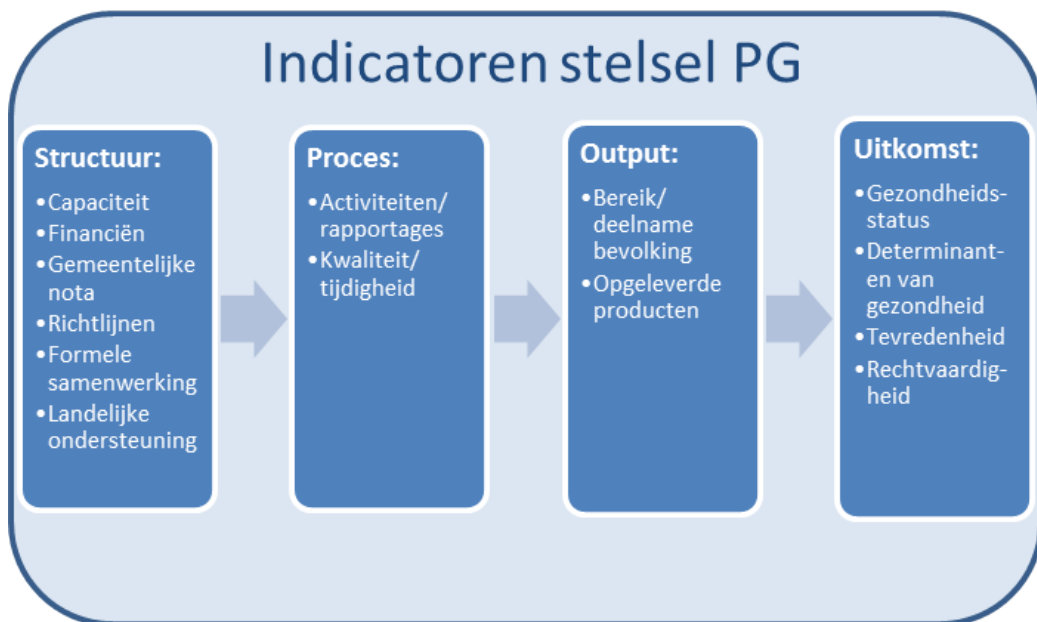


Figuur 2.1. Het stelsel van PG (uit Kamerbrief 28 augustus 2014).

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 vijf stappen ondernomen. 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’.² Deze methode is ook gevolgd bij de selectie van de prestatie-indicatoren voor de Zorgbalans,³ die tegenwoordig gepresenteerd worden op VZinfo.nl.⁴

Stap 1 Eerste selectie van indicatoren

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. 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.

Stap 2 Ontwikkeling van indicatorbeschrijvingen

Voor de 63 indicatoren die in de voorgaande stap zijn 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.

Stap 3 Beoordeling door deskundigen

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.

² 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.

³ 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.

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

Per thema hebben gemiddeld 10,6 deskundigen de vragenlijst ingevuld (range 8-15) (zie tabel 2.1).

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

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

Ook kregen de deskundigen de mogelijkheid aan te geven of men nog indicatoren miste, of onderwerpen waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden.

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	-	-

Stap 4 Analyse van de beoordeling door deskundigen

De uitkomsten van de digitale vragenlijst zijn geanalyseerd met een methode waarmee de mate van overeenstemming in de antwoorden van de deskundigen op de vragen uit de vragenlijst in kaart wordt gebracht.⁵

Voor elke indicatoreigenschap is een maat voor de steun berekend en een maat voor consensus tussen de deskundigen. Vervolgens is voor elke indicator een samenvattend eindoordeel berekend. De indicatoren kregen het eindoordeel: 'geschikt', 'mogelijk geschikt', 'minder geschikt' of 'ongeschikt'. Indicatoren met de eindoordeelen 'geschikt' en 'mogelijk geschikt' kwamen in aanmerking om opgenomen te worden in de indicatorenset.

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)

⁵ 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.

en aangegeven is hoeveel deskundigen dat het betreffende item noemden.

Stap 5 Kwantitatieve vulling en duiding van indicatoren

De indicatoren die in de vorige stap waren geselecteerd (indicatoren met het eindoordeel geschikt en mogelijk geschikt) 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. 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.

2.6 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 Selectie indicatoren en vulling van 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), werden 45 indicatoren beoordeeld als 'geschikt' of 'mogelijk geschikt'. Deze indicatoren zijn weergegeven in tabel 3.2. Hierbij is tevens aangegeven om wat voor type indicator het gaat.

3.2 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 3.2 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 bijlage 2).

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 hieprikscreening, 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 figuur 3.1

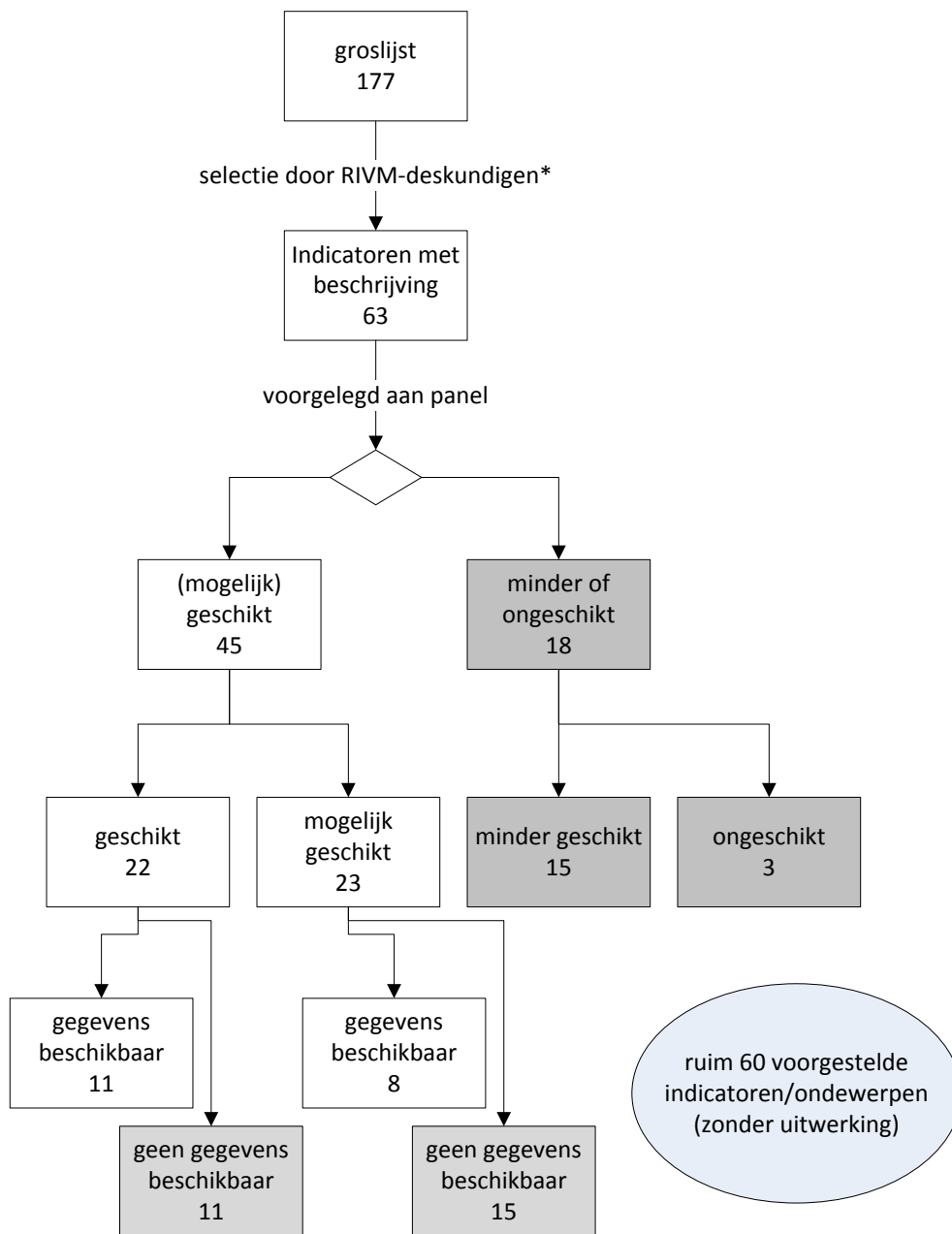
Tabel 3.2. Voorgestelde indicatoren, naar type, eindoordeel en beschikbaarheid van gegevens voor de invulling van de indicatoren; normaal lettertype en grijs gearceerd: totaaloordeel van het panel is 'geschikt'; cursief lettertype en niet gearceerd: totaaloordeel is 'mogelijk geschikt'.

Thema en indicator	Type ^a	Eindoordeel	Data
Jeugdgezondheidszorg			
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>
Medische milieukunde			
<i>Percentage GGD'en dat voldoet aan de waakvlamnorm formatie medisch milieukundigen.</i>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>
Rampen en crises			
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	+
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>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>+</i>
<i>Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft.</i>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>+</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>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>
<i>Percentage vragen over de voorbereiding op rampen en crises door GGD'en waarop positief wordt gescoord.</i>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>+</i>
Infectieziektebestrijding			
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	-
Technische hygiënezorg			
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	Mogelijk geschikt	-
<i>Het percentage tattoo- en/of piercingstudio's dat binnen 6 weken na aanvraag beoordeeld is</i>	S	Mogelijk geschikt	-
Sociaaleconomische gezondheidsverschillen			
<i>Vershil in levensverwachting tussen mensen met een laag en hoog opleidingsniveau</i>	U	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	Geschikt	+
Percentage gemeenten waar de doelgroep "mensen met een lage sociaaleconomische status" in beeld is gebracht door een wijkprofiel	O	Geschikt	-
Gemeentelijk gezondheidsbeleid			
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	-
<i>Percentage GGD'en dat in het peiljaar een of meer interne audits heeft uitgevoerd</i>	S	Mogelijk geschikt	-
<i>Percentage gemeenten dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota, zoals de Wmo-nota of de Jeugdnota</i>	S	Mogelijk geschikt	+
Ouderengezondheidszorg			
<i>Percentage gemeenten dat in de gemeentelijke nota het item ouderengezondheidszorg heeft benoemd</i>	O	Mogelijk geschikt	+
<i>Tevredenheid van beleidsmedewerkers van gemeenten die zich bezighouden met het thema preventieve ouderenzorg over de informatie en ondersteuning door landelijke instanties</i>	U	Mogelijk geschikt	-
<i>Percentage gemeenten dat de gezondheidssituatie (incl. risicofactoren) van ouderen heeft gemonitord</i>	P	Mogelijk geschikt	-
Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid	U	Geschikt	+
<i>Percentage gemeenten dat de zorgbehoefte van ouderen in kaart heeft gebracht</i>	P	Mogelijk geschikt	-
<i>Percentage gemeenten dat samenwerkingscontracten heeft met andere partijen over de vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen</i>	S	Mogelijk geschikt	-
<i>Percentage gemeenten waarin preventieve activiteiten specifiek voor ouderen worden aangeboden</i>	P	Mogelijk geschikt	-
<i>Percentage gemeenten dat vroegsignalering van aandoeningen en multimorbiditeit bij ouderen uitvoert</i>	P	Mogelijk geschikt	-
Epidemiologie			
<i>Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied</i>	S	Mogelijk geschikt	+

<i>Percentage gemeenten waarin medewerkers van de GGD de uitkomsten van de volksgezondheidsrapportage en/of gezondheidsmonitors hebben besproken met gemeenteambtenaren</i>	<i>P</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>
Gezondheidsbevordering			
Percentage jongeren dat rookt	U	Geschikt	+
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>	<i>O</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>+</i>
<i>Percentage GGD'en dat samenwerkt met universiteiten (academische werkplaatsen) en hogescholen op het gebied van gezondheidsbevordering</i>	<i>S</i>	<i>Mogelijk geschikt</i>	<i>-</i>

^a Re=relevantie; Va=validiteit; Be=beïnvloedbaarheid; Me=meetbaarheid



*en een medewerker van het NCJ.

Figuur 3.1. Totstandkoming van de set indicatoren PG.

3.3 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 kennisinstituten). 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.

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.

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 (zie figuur 3.2). Enkele onderwerpen komen niet terug in de selectie door de VWS-begeleidingsgroep:

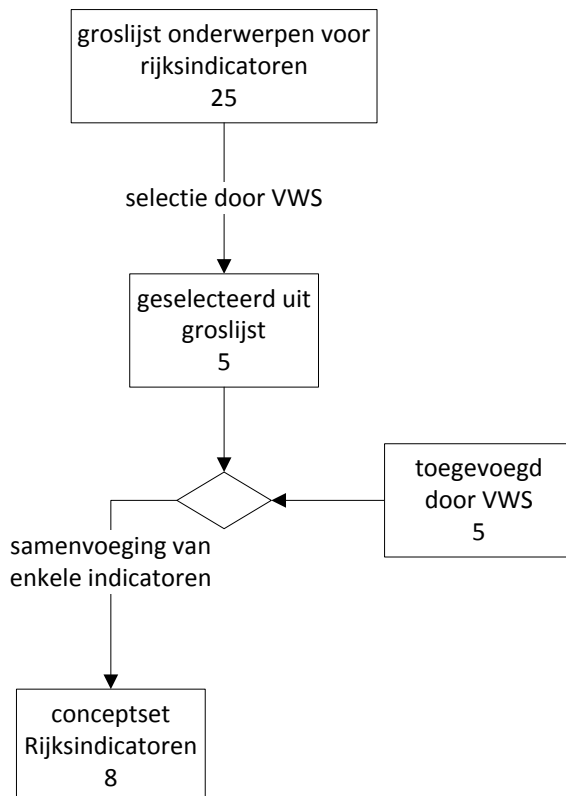
het opstellen van de landelijke nota (of andere spelers daarbij betrokken waren, en of dat naar tevredenheid van die spelers was) interdepartementale en internationale samenwerking.

De rijksindicatoren (tabel 3.2 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 3.2. Resultaat van de beoordeling door VWS van potentiële rijksindicatoren.

1. Beleid(scyclus)	
Opstellen van de nota	
-	
Inhoud van de nota	
1	Wordt bij het tot stand komen van de landelijke nota gebruik gemaakt van de juiste gegevens?
2	Sluit de nota aan bij VTV? [toelichting: dit is een ja/nee vraag: is gebruik gemaakt van de VTV?]
Bruikbaarheid van de nota	
3	Is de landelijke nota bekend in de gemeente en helpt deze bij het opstellen en uitvoeren van concrete acties in de regio (bruikbaarheid)?

4	Is de landelijke nota bruikbaar (biedt handvatten)? Is deze relevant? Is deze richtinggevend?
5	Wordt de landelijke nota gebruikt? Heeft men er lokaal iets aan?
Evaluatie van het PG-beleid en toezicht op de uitvoering	
6	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)?
2. Ondersteuning met kennis en advies	
Onze Minister bevordert de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg en draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.	
Onderzoek	
7	Welk budget stelt het rijk beschikbaar voor kennis?
Landelijke ondersteuningsstructuur	
8	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?
Samenwerking	
-	



Figuur 3.2. Totstandkoming van de rijksindicatoren.

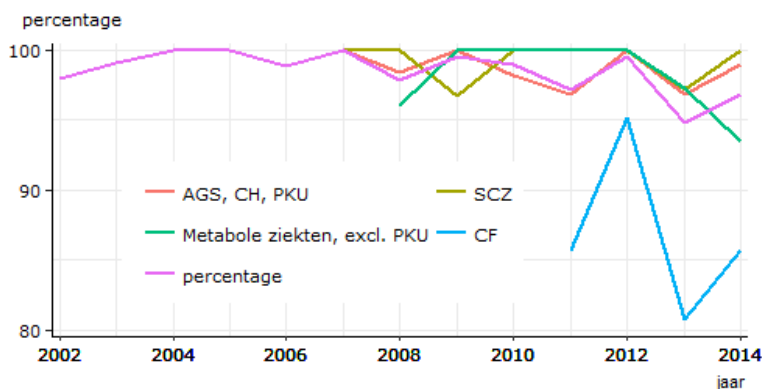
4 Indicatoruitkomsten

4.1 Indicatoruitkomsten in detail

Hieronder worden de indicatoren gepresenteerd waarvoor data beschikbaar waren.

Tabel 4.1. Indicatoren Jeugdgezondheidszorg.

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



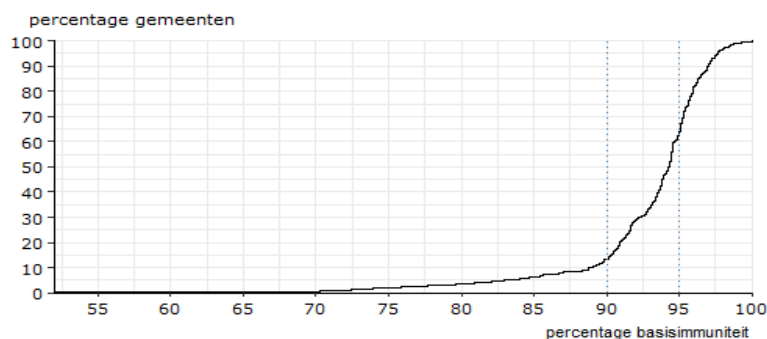
NSH = Neonatale Screening Hielprik (totaal van alle aandoening)
 AGS=adrenogenitaal syndroom; CH=congenitale hypothyreoïdie;
 PKU=phenylketonurie; SCZ=sikkelcelziekte; CF=cystische fibrose
 ofwel taaislijmziekte
 Exclusief homocystinurie

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 4.1 (vervolg). Indicatoren Jeugdgezondheidszorg.

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



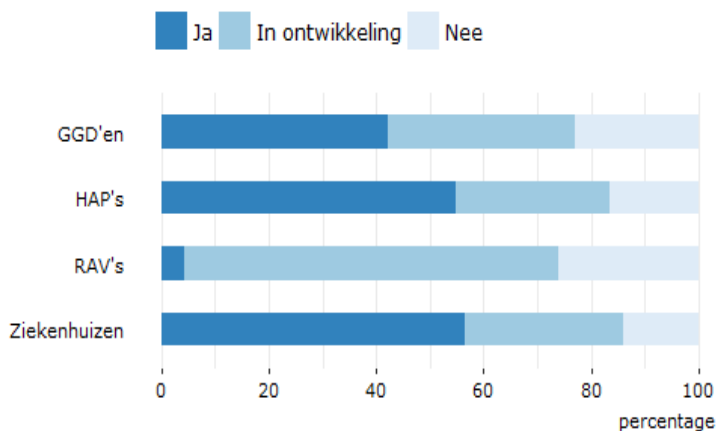
Bron: RIVM-DVP (Dienst Vaccinvoorziening en Preventieprogramma's), nationale vaccinatieregister Praeventis ([via VZinfo](#)).

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 4.2. Indicatoren Rampen en crises.

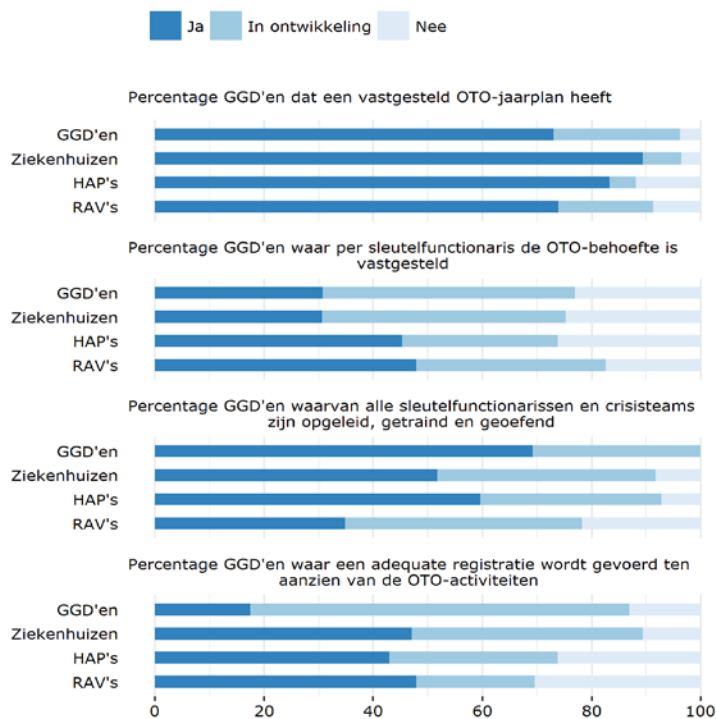
Indicator 'Percentage GGD'en dat een crisisplan heeft'.



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 4.2 (vervolg). Indicatoren Rampen en crises.

Indicator 'Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van procesleiders (sleutelfunctionarissen)'.
 Indicator 'Percentage GGD'en waarbij de organisatie de vakbekwaamheid borgt van procesleiders (sleutelfunctionarissen)'.



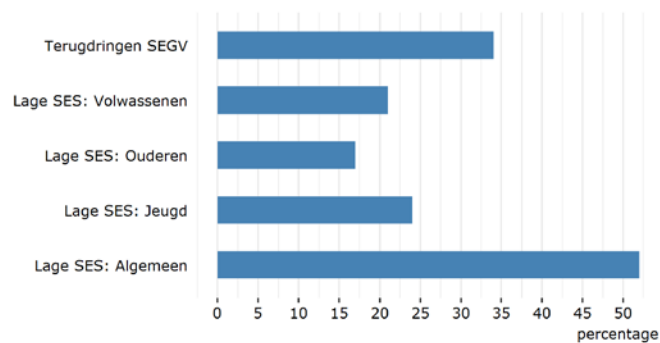
Deze figuren tonen voor GGD'en in hoeverre de vakbekwaamheid van procesleiders (sleutelfunctionarissen) wordt geborgd. Ter vergelijking is dit ook weergegeven voor regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), huisartsenposten (HAP's) en ziekenhuizen. Peiljaar was 2014.

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 4.3. *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'.

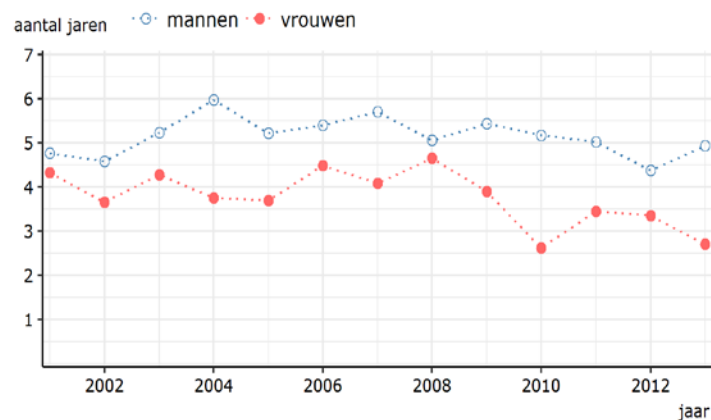


Bron: GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

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 4.3 (vervolg). Indicatoren Sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

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



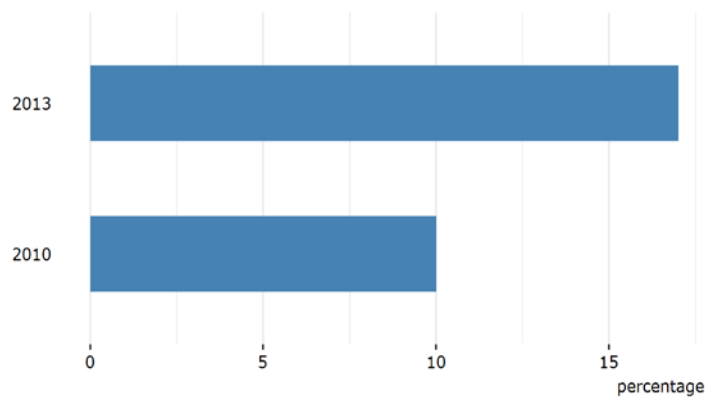
Bron: Boshuizen et al. Index SES-verschillen in (gezonde) levensverwachting. Briefrapport 2014-0034. Bilthoven: RIVM, 2014.

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 4.4. *Indicatoren Gemeentelijk gezondheidsbeleid.*

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

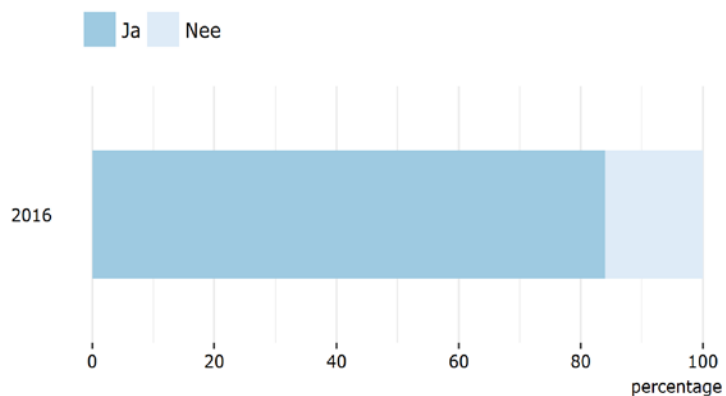


De figuur geeft het percentage gemeenten weer dat de nota volksgezondheid heeft geïntegreerd met een andere gemeentelijke nota. In 2010 en 2013 zijn gemeentelijke nota's gescand. In 2013 waren dat er 190 nota's. Er waren toen 414 gemeenten in Nederland. 17% van de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid 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 4.5. Indicatoren Infectieziektebestrijding.

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

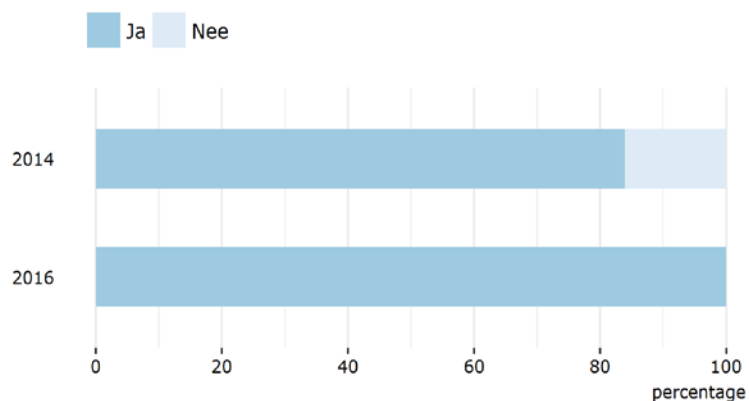


In de figuur zijn de resultaten van een peiling in juni t/m augustus 2016 weergegeven. In 2016 was bij vier van de 25 GGD'en de arts-infectieziekten niet 24/7 bereikbaar.

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

Tabel 4.5 (vervolg). Indicatoren Infectieziektebestrijding.

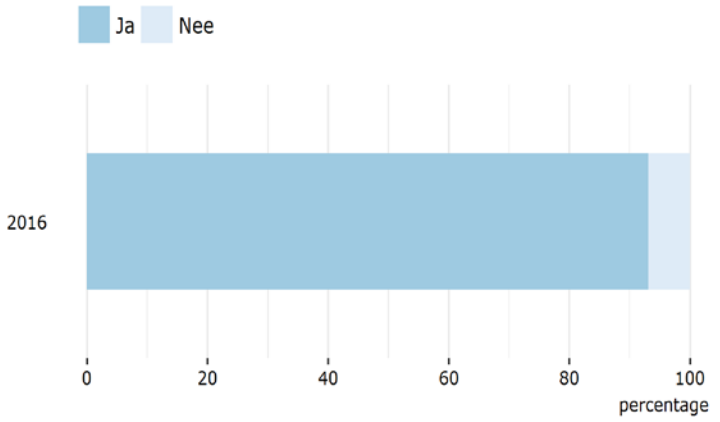
Indicator 'Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek'.



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.

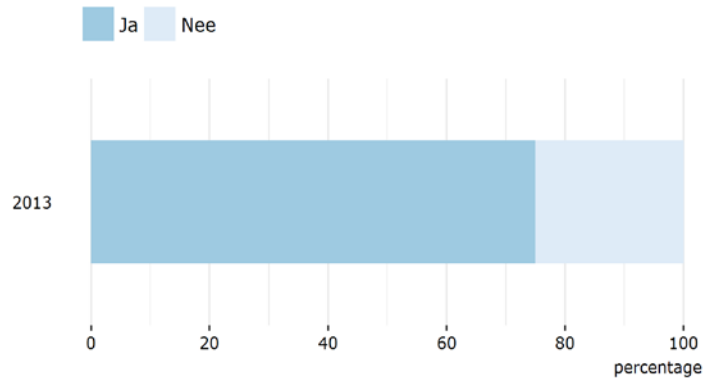
Bron: IGZ. Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding verder verbeterd en goed ingebed in netwerk. Utrecht: IGZ, november 2016; IGZ. Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar. Utrecht: IGZ, mei 2015; IGZ. Vervolgonderzoek bij GGD'en: Infectieziektebestrijding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

Tabel 4.6. *Indicatoren Technische hygiënezorg.*

Indicator 'Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar'.							
 <p>A horizontal stacked bar chart for the year 2016. The x-axis is labeled 'percentage' and ranges from 0 to 100 in increments of 20. The y-axis is labeled '2016'. The bar is divided into two segments: a dark blue segment representing 'Ja' (Yes) at 93.1% and a light blue segment representing 'Nee' (No) at 6.9%. A legend at the top left shows a dark blue square for 'Ja' and a light blue square for 'Nee'.</p> <table border="1"> <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 4.7. Indicatoren Ouderengezondheidszorg.

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

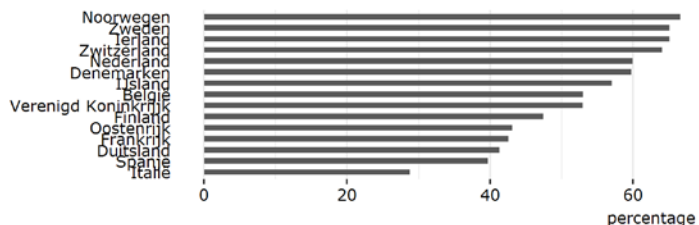
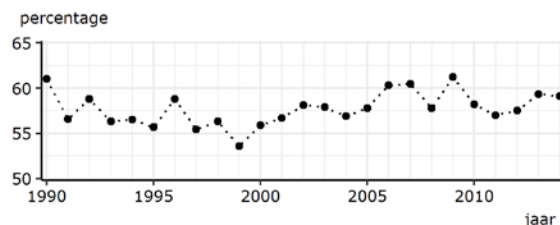
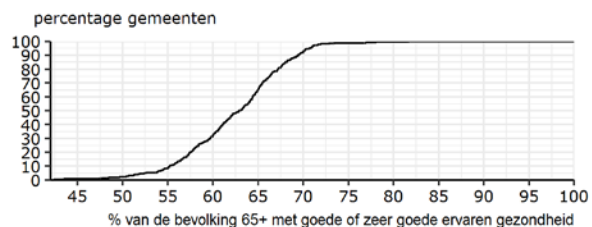


Bron: GGD Nederland. Gezondheidsbeleid in de groei. Scan van gemeentelijke gezondheidsnota's 2013. Utrecht: GGD Nederland, november 2013.

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 4.7 (vervolg). Indicatoren Ouderengezondheidszorg.

Indicator 'Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid'.

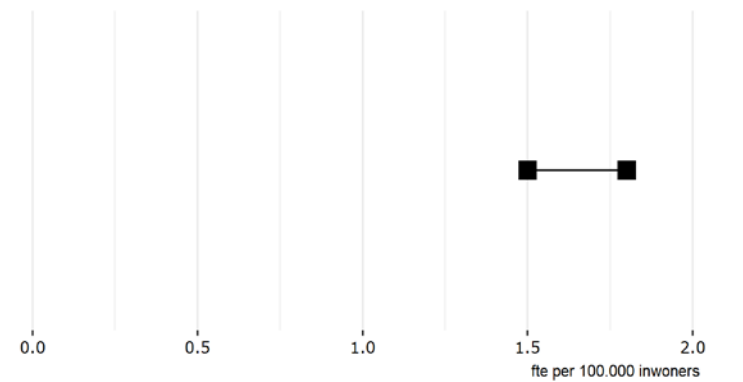


De figuren laten het percentage mensen van 65 jaar en ouder zien met een goed of zeer goed ervaren gezondheid. Voor 96 gemeenten konden geen gegevens op gemeenteniveau gepresenteerd worden. Voor het bepalen van de trend wordt jaarlijks gemeten (vanaf 1990). De trendcijfers zijn gestandaardiseerd naar 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.

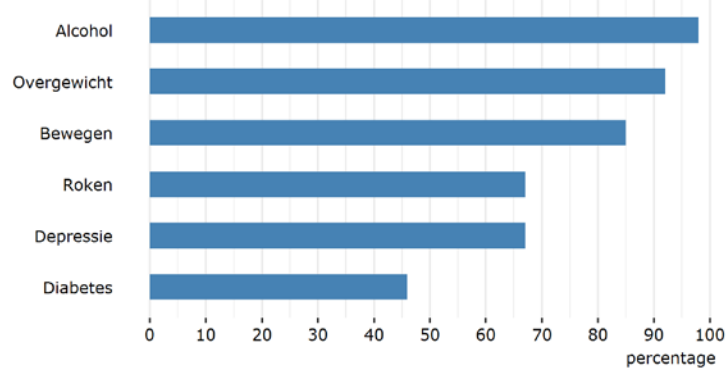
Bron: Gezondheidsmonitor, CBS-Gezondheidsenquête (via VZ-info); European Statistics of Income and Living Conditions (EU-SILC) survey, gepubliceerd op de Eurostat-website.

Tabel 4.8. *Indicatoren Epidemiologie.*

Indicator 'Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied'.	
 <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>	<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>

Tabel 4.9. *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'.

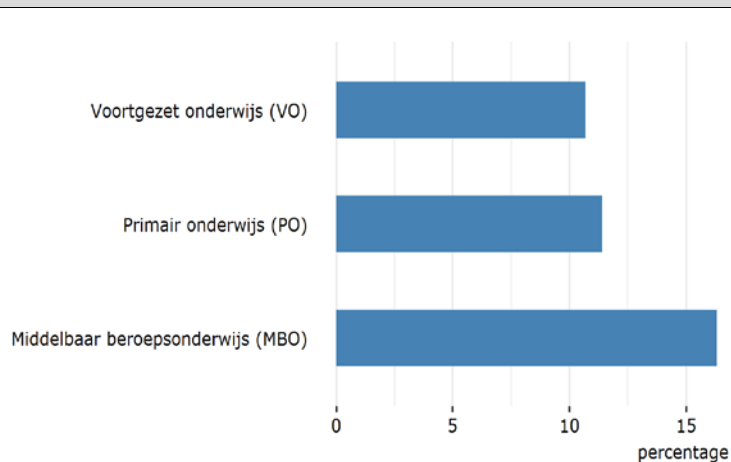


In de figuur is weergegeven welk deel van de gemeenten in hun lokale nota gezondheidsbeleid aandacht schenken aan de onderwerpen die in de landelijke nota benoemd zijn. In 2013 zijn 190 nota's gescand. Er waren toen 414 gemeenten in Nederland. In de gemeentelijke nota's wordt het vaakst aandacht besteed 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 4.9 (vervolg). Indicatoren Gezondheidsbevordering.

Indicator 'Percentage scholen met het Vignet Gezonde School (naar type onderwijs)'.



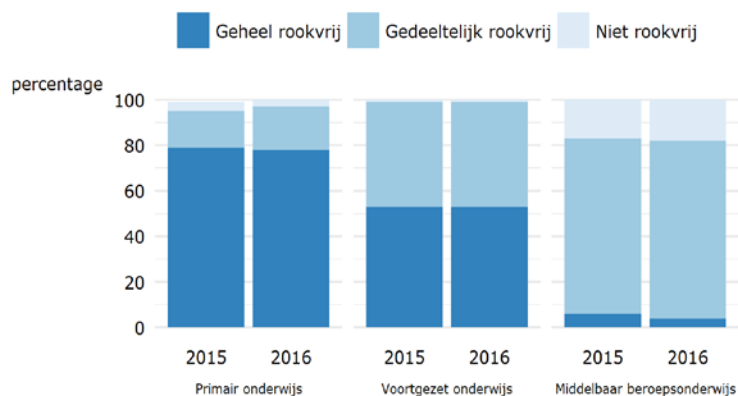
Bron: GGD-GHOR NL, 2017.

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.

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 <http://www.allesisgezondheid.nl/monitoring>).

Tabel 4.9 (vervolg). Indicatoren Gezondheidsbevordering.

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



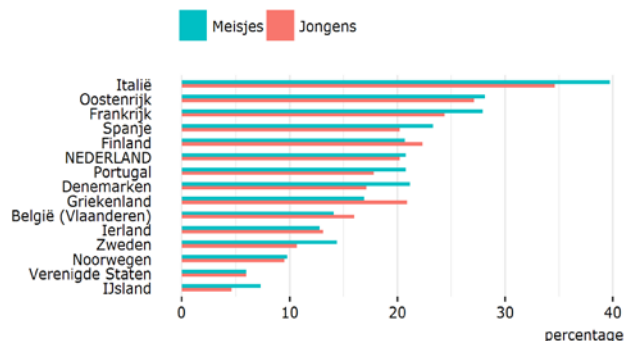
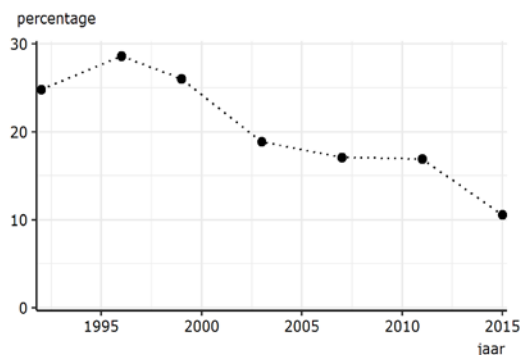
Bron: Breedveld K, Lammertink N. Rookvrije schoolterreinen – 2016. Utrecht: Mulier instituut, 2016.

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.

Tabel 4.9 (vervolg). Indicatoren Gezondheidsbevordering.

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



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

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.

4.2 Integratief overzicht van indicatoruitkomsten

In tabel 4.10 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 meerduidelijk 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 4.10. 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
Jeugdgezondheidszorg		
Percentage pasgeborenen met een zeldzame ernstige aandoening waarop gescreend wordt, dat is opgespoord via de hielprikscreening.	Verslechtering (m.n. vanwege introductie van nieuwe aandoening)	
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%
Medische milieukunde		
Rampen en crises		
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
Infectieziektebestrijding		
Percentage GGD'en waarbij de 24-uurs bereikbaarheid		Bij 4 GGD'en niet sluitend geregeld

van de arts IZB 100% sluitend geregeld is		
Percentage GGD'en dat een eigen draaiboek infectieziekte crisis heeft opgesteld, gebaseerd op het landelijk generiek draaiboek	Verbetering (tot 100%)	
Technische hygiënezorg		
Percentage LCHV-richtlijnen gepresenteerd op de RIVM-website dat niet ouder is dan 5 jaar		2 van de 29 richtlijnen zijn verouderd (6,9%)
Sociaaleconomische gezondheidsverschillen		
Vershil 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 opgenomen	Stabiel	In 34% van de gemeentelijke nota's is het terugdringen van SEGV als doelstelling genoemd, in 52% het verbeteren van de gezondheid van mensen met een lage SES
Gemeentelijk gezondheidsbeleid		
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
Ouderengezondheidszorg		
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.

Epidemiologie		
Aantal fte onderzoekers epidemiologie werkzaam bij de GGD per 100.000 inwoners in het verzorgingsgebied		1,5-1,8 per 100.000
Gezondheidsbevordering		
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 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

4.3 Beschikbaarheid van indicatoren en gegevens per thema

In tabel 4.11 worden nogmaals de tien thema's doorlopen. Voor elk thema wordt 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. 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.

Tabel 4.11. Beeld per thema op basis van de geselecteerde indicatoren.

Jeugdgezondheidszorg	<ul style="list-style-type: none"> - Indicatoren meten uitkomsten van twee belangrijke landelijke programma's t.b.v. de gezondheid van kinderen. - 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. - Ontwikkelde indicatoren die nog niet geschikt zijn moeten verbeterd worden om een compleet beeld te kunnen geven. - Beschikbaarheid van gegevens uit het Digitaal Dossier JGZ zou een grote vooruitgang zijn.
Medische milieukunde	<ul style="list-style-type: none"> - 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.
Rampen en crises	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - In een structurele dataverzameling is (nog) niet voorzien.
Infectieziektebestrijding	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn gegevens beschikbaar voor twee indicatoren. Eén hiervan is alweer aan vervanging toe (score van 100%). - Over veel taken van de infectieziektebestrijding is geen indicator of bron beschikbaar.
Technische hygiënezorg	<ul style="list-style-type: none"> - Met maar één indicator, ontbreekt het zicht op de effectiviteit van de uitvoering van THZ grotendeels.
SEGV	<ul style="list-style-type: none"> - 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. - Mogelijk is een beter beeld te krijgen als tevens gebruik wordt gemaakt van de

	Gebiedsindicatoren ontwikkeld in het kader van Gezond in...
Gemeentelijk gezondheidsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> - De effectiviteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid is niet duidelijk, omdat er slecht één indicator ingevuld kon worden. Bovendien was de validiteit van deze indicator beperkt. - Voor twee andere indicatoren waren er geen gegevens beschikbaar. - 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.
Oudergezondheidsbeleid	<ul style="list-style-type: none"> - Voor twee indicatoren zijn gegevens beschikbaar. - Voor een goed beeld van dit thema zijn meer indicatoren nodig of nadere verdieping. Ook zijn gegevens op gemeenteniveau nodig.
Epidemiologie	<ul style="list-style-type: none"> - Er is voor slecht één indicator een heel ruw cijfer beschikbaar, waarbij ook nog eens twijfels over de validiteit zijn. - Met deze ene indicator kan geen helder beeld verkregen worden van het functioneren van het taakveld epidemiologie.
Gezondheidsbevordering	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

5 Conclusie en discussie

5.1 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 5.1).

Tabel 5.1. 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.

5.2 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.

5.3 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.

5.4 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.

5.5 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. 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. In het onderhavige onderzoeksproject was het niet meer mogelijk de aanvullingen en suggesties te verwerken. Dit zal onderdeel kunnen zijn van een vervolg.

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. De uitkomsten van de indicatoren (paragraaf 4.1 en tabel 4.10) geven wel een indruk, maar voor een volledig beeld zal nog een aantal vervolgstappen gezet moeten worden, zie paragraaf 5.6. 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.

5.6 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 3.2), 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.

5.7 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

Medische Milieukunde

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

Rampen en Crises

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

SEGV

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 Ruiter	GGD Drenthe
Dhr. L. Hagenaars	Ministerie van VWS
Dhr. R.F.M. van Bokhoven	Pharos

Gemeentelijk gezondheidsbeleid

Mw. I. Storm	RIVM
Mw. A. Koornstra	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	GGD regio Utrecht

Stigter	
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

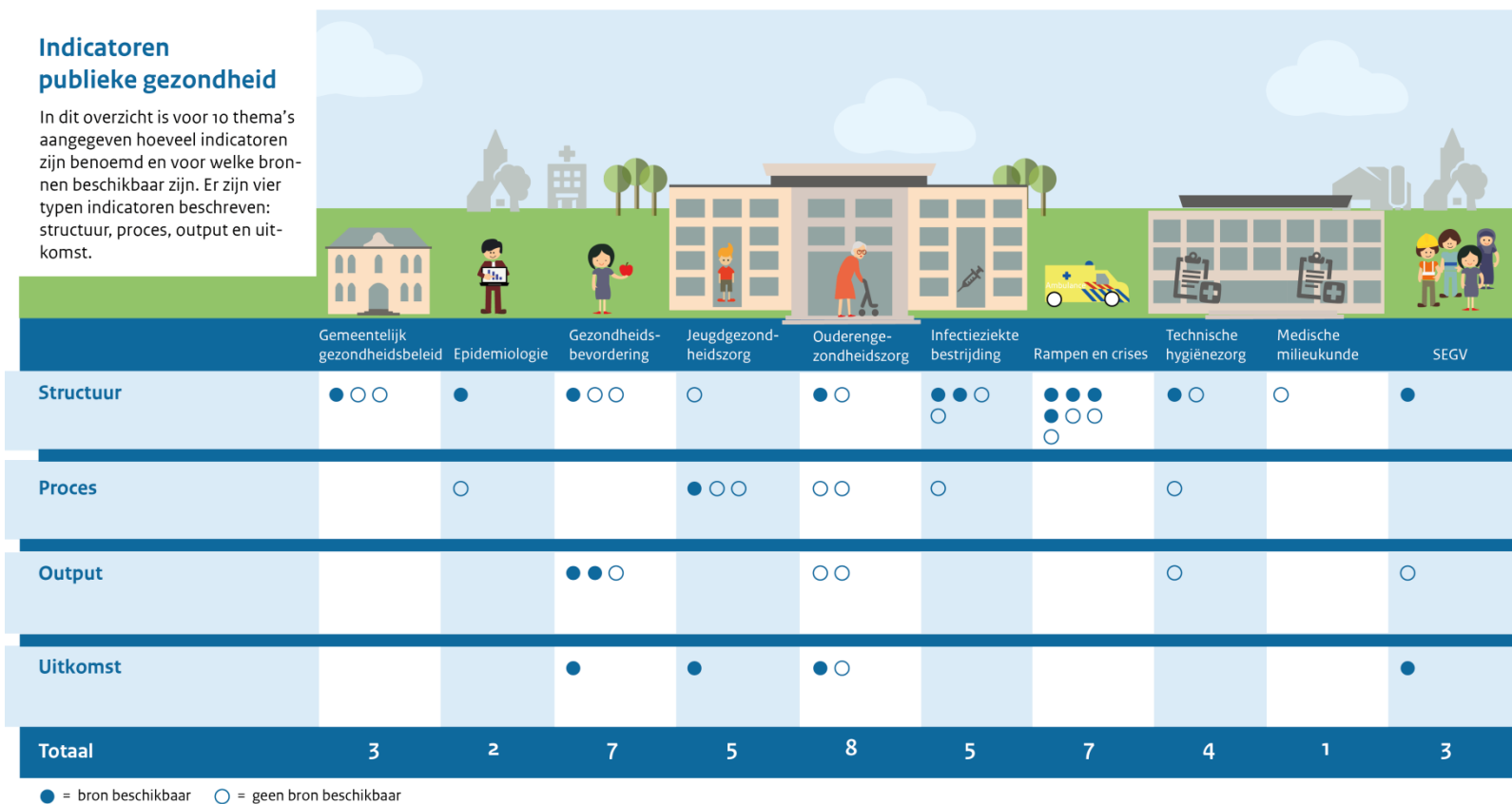
Gezondheidsbevordering

Mw. L. Lanting	RIVM
Mw. J. Schuit	RIVM / VUmc
Dhr. W. van Mechelen	VUmc
Dhr. M. Nijstad	Ministerie van VWS
Dhr. S. Cremer	GGD Amsterdam, team Volwassenen en Ouderen
Dhr. R. van Zon	Gemeente Rotterdam
Dhr. W.J.J. Assendelft	Radboud Universiteit
Mw. I. van Rooijen	ZonMw
Dhr. M. van den Berg	RIVM
Mw. H. Poletiek	GGD Groningen
Mw. M. te Nijenhuis	GGD Drenthe

Bijlage 2: Overzicht van beschikbaarheid bronnen per indicatorstype en thema

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.



RIVM

De zorg voor morgen begint vandaag