


GGD **BENCHMARK-** **RESULTATEN** **2017**



Dit is een uitgave van:
GGD GHOR Nederland
Zwarte Woud 2
3524 SJ Utrecht
T (030) 252 50 60
E info@ggdghor.nl
www.ggdghor.nl

©2018, GGD GHOR Nederland. Alle rechten voorbehouden,
overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.



Inhoudsopgave

Inleiding	5
Pijler 1: Monitoring, signalering en advisering	7
Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	15
Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises	21
Pijler 4: Toezicht houden	25
Veelvoorkomende taken die GGD'en uitvoeren voor gemeenten:	26
- Gezondheidsbevordering	26
- Jeugdgezondheidszorg	29
- Forensische geneeskunde	34
Bedrijfsvoering en Governance	37
Lijst met afkortingen	42



Inleiding

De 25 Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD) in Nederland bewaken, bevorderen en beschermen de gezondheid van burgers. Daarvoor zetten de GGD'en vooral in op de publieke gezondheid: maatregelen die de gezondheid van grote delen van de bevolking en risicogroepen beschermen. Dit zijn bijvoorbeeld preventieve maatregelen zoals vaccineren, de medische hulpverlening bij rampen, onderzoek naar de gezondheid van grote groepen mensen of voorlichten over gezondheidsrisico's als slechte voeding of onbeschermd vrijen.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (nu Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd) concludeerde in 2016 op basis van een drietal onderzoeken dat de GGD'en hun taken goed uitvoeren. De Inspectie ziet dat de GGD'en gericht zijn op innovatie en het bieden van toegevoegde waarde voor burgers, gemeenten, zorgaanbieders en het Rijk. De GGD wil een betekenisvolle rol in preventie, gezondheid en veiligheid, zodat mensen zoveel mogelijk een gezond en veilig leven leiden.

GGD'en houden zichzelf ook al jarenlang een spiegel voor om de kwaliteit van het werk te monitoren en van elkaar te kunnen leren. Dit gebeurt door middel van de benchmark voor GGD'en. Sinds 2012 wordt er jaarlijks een uitvraag gedaan op basis van een aantal indicatoren. Dit jaar worden deze resultaten voor het eerst openbaar en wordt door middel van een rapportage een beeld gegeven van het werk van de GGD'en.

Rijk en gemeenten samen verantwoordelijk voor publieke gezondheid

De organisatie van deze publieke gezondheid is in Nederland geregeld via de Wet publieke gezondheid (Wpg). De Rijks-overheid, specifiek de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), is de eerstverantwoordelijke voor een goed functionerende infrastructuur voor publieke gezondheid. Het ministerie van VWS heeft vier taken als pijler benoemd voor de publieke gezondheid:

- 1) monitoring, signalering, advisering,
- 2) gezondheidsbescherming,
- 3) crisisbeheersing,
- 4) toezicht.

Gemeenten moeten ook Jeugdgezondheidszorg aanbieden. Dit hebben de meeste gemeenten belegd bij de GGD.

Regionaal en lokaal maatwerk

Een belangrijk deel van de publieke gezondheid is bij de gemeenten neergelegd die daarvoor verplicht een regionale GGD in stand houden. De Wpg schrijft voor welke taken de gemeenten aan de GGD moeten toewijzen; deze taken worden landelijk uniform uitgevoerd. Dat pakket is verbonden met andere taken die de GGD'en van oudsher verrichten. Zo zijn het ministerie van VWS en de gemeenten samen systeemverantwoordelijk voor de publieke gezondheid. De taken die de GGD'en voor gemeenten in hun regio's uitvoeren – collectief of op basis van maatwerk – zijn breed en voortdurend in ontwikkeling. Naast de basistaken, kunnen de taken die de GGD'en uitvoeren per regio dus variëren omdat zij inspelen op de lokale en regionale behoeften in gemeenten. Taken die GGD'en uitvoeren voor gemeenten zijn bijvoorbeeld Gezondheidsbevordering en forensische geneeskunde.

Instrument om van elkaar te leren

Voor deze benchmark is voor alle vier de pijlers en voor de veelvoorkomende taken een aantal indicatoren geselecteerd. Zo geeft de benchmark een beeld van het werk van de GGD'en. Doordat GGD'en regionaal en lokaal maatwerk leveren, zijn niet alle 25 GGD'en hetzelfde. Vanzelfsprekend zien we dit terug in deze benchmark en betekent het dat het vergelijken van de GGD'en niet per se mogelijk is. Deze benchmarkrapportage geeft de resultaten en cijfers weer over 2017. Het rapport is ingedeeld op basis van de vier pijlers en de veelvoorkomende taken. Wat er precies wordt verstaan onder de genoemde pijlers en de veelvoorkomende taken, wordt toegelicht. Vervolgens worden de bijbehorende indicatoren en de resultaten weergegeven en waar nodig toegelicht. De lijst met indicatoren is niet uitputtend: de benchmark geeft een eerste algemeen beeld en wordt de komende jaren verder ontwikkeld. De benchmark verschijnt eens in de twee jaar.



1. Monitoring, signalering en advisering

De GGD is stevig gebouwd op vier pijlers, dat zijn de taken die alle GGD'en voor gemeenten uitvoeren. Deze vier pijlers komen aan bod in de volgende hoofdstukken: 1) monitoring, signalering, advisering, 2) gezondheidsbescherming, 3) crisisbeheersing en 4) toezicht.

De Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving heeft berekend dat 27 procent van de ziektelast van welvaartsziekten wordt veroorzaakt door roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding, te weinig beweging en overgewicht. Daarnaast hebben milieufactoren een negatieve invloed: zij veroorzaken 6 procent van de ziektelast (RVZ, 2011). Om gerichte maatregelen te nemen, is informatie nodig over de gezondheid van burgers en over de factoren die van invloed zijn op de ziektelast. Gemeenten en het Rijk hebben beide een verantwoordelijkheid voor het nemen van gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen, zoals vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). De GGD'en monitoren gezondheidsrisico's in de fysieke en

sociale omgeving. Deze monitoring vormt voor de GGD'en de basis voor het signaleren en adviseren aan de gemeenten over het beleid voor preventie en gezondheidsbescherming.

De monitoringsinformatie biedt ook een belangrijke basis voor de GGD'en om gemeenten te adviseren over de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De GGD brengt gezondheidsproblemen op wijk- en buurtniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken en legt verbanden met partijen in relevante sectoren.

In de benchmark zijn onderstaande indicatoren opgenomen die invulling geven aan de pijler monitoring, signalering en advisering. Hoewel de Omgevingswet naar verwachting in 2021 in werking treedt, is het adviseren over gezondheid in de Omgevingswet ook opgenomen. GGD'en bereiden de invoering immers al actief voor.

Pijler 1: Monitoring, signalering en advisering

Aantal FTE epidemiologie per 100.000 inwoners.

Percentage overgewicht bij 10-jarigen.

Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 voorgezet onderwijs (PGO-2VO) rookt.

Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs (PGO-2VO) alcohol drinkt.

Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid.

Percentage van de gemeenten in de GGD regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/ of uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid?

Percentage van de gemeenten in de GGD regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/ of uitvoering van de omgevingswet?

Percentage gemeenten waar de doelgroep 'mensen met lage sociaal economische status' (SES) op wijkniveau in beeld is gebracht.

Aantal FTE epidemiologie per 100.000 inwoners

Om te kunnen voldoen aan de taken rondom monitoring, signalering en advisering is het van belang voldoende epidemiologen beschikbaar te hebben binnen de GGD. Epidemiologen richten zich op het inzichtelijk maken van prevalenties, trends en verschillen in gezondheid en factoren die gezondheid beïnvloeden. In de Wet publieke gezondheid is aangegeven dat colleges van B&W moeten zorgen voor het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Gemiddeld hebben GGD'en 0,72 fte epidemiologie per 100.000 inwoners in dienst. Er is geen norm vastgesteld voor het aantal FTE epidemiologie per GGD.

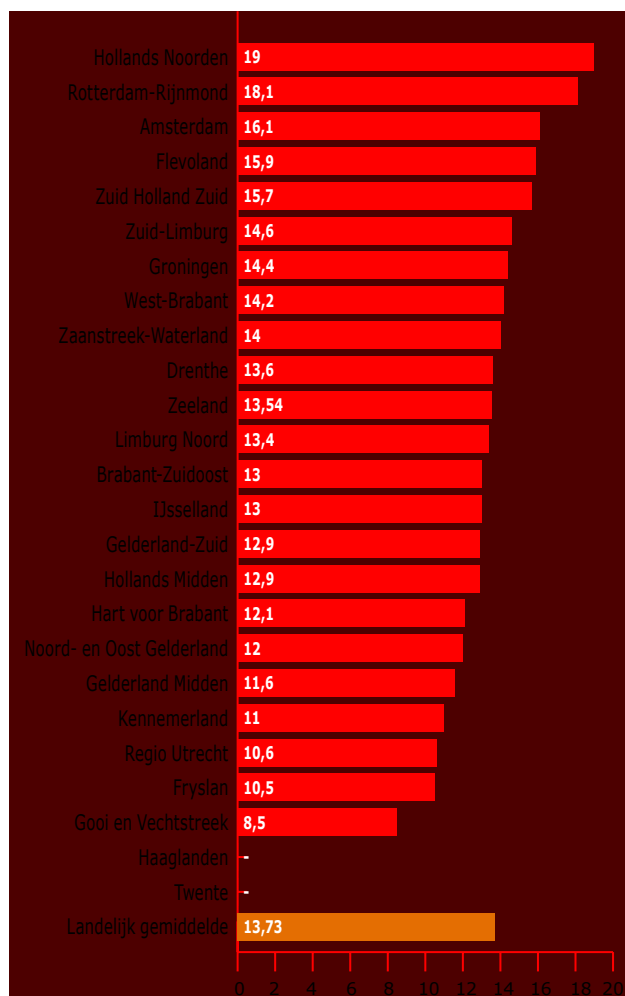
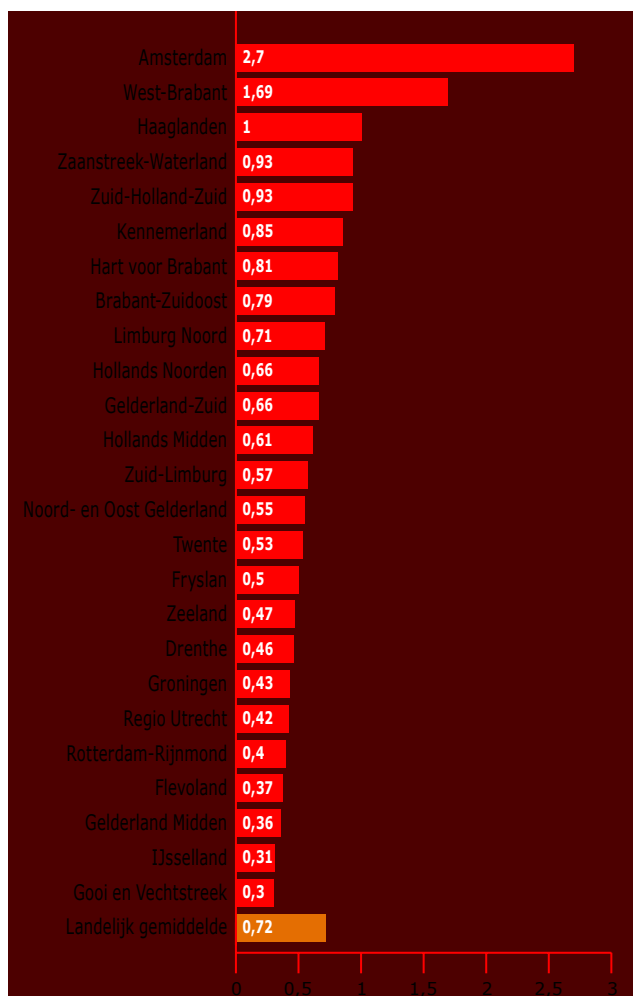
Percentage overgewicht bij 10-jarigen

Het onderwerp overgewicht is relevant, omdat het voorkomen, signaleren en vroegtijdig behandelen van overgewicht ernstige gezondheidsproblemen op latere leeftijd voorkomt. GGD'en zien het als belangrijke opgave om overgewicht zoveel mogelijk te beperken. Dat doen GGD'en door te signaleren, adviseren en via preventieprogramma's. In deze indicator is obesitas niet meegenomen omdat kinderen met obesitas direct moeten worden doorverwezen naar de huisarts of specialist om lichamelijke pathologie uit te sluiten. Zij komen dus niet in aanmerking voor een extra consult.

Door het percentage overgewicht bij 10-jarigen in beeld te brengen in verloop van tijd en in vergelijking met andere GGD'en kan uiteindelijk een beeld worden geschetst van de gerealiseerde gezondheidswinst. Uit deze cijfers blijkt dat de laagste score op 10,5 procent ligt en de hoogste score op 19 procent. Het gemiddelde van de 22 GGD'en die hier een score hebben ingevuld is 13,73 procent.

Toelichting

De gegevens voor de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ geen onderdeel is van GGD Haaglanden. GGD Twente heeft deze gegevens niet beschikbaar.



Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 van het voorgezet onderwijs (PGO-2VO) rookt

Roken kan ernstige gezondheidsproblemen veroorzaken. Het onderwerp roken is voor GGD'en dan ook relevant omdat het voorkomen dat mensen gaan roken en het vroegtijdig interveniëren gezondheidsproblemen kan voorkomen.

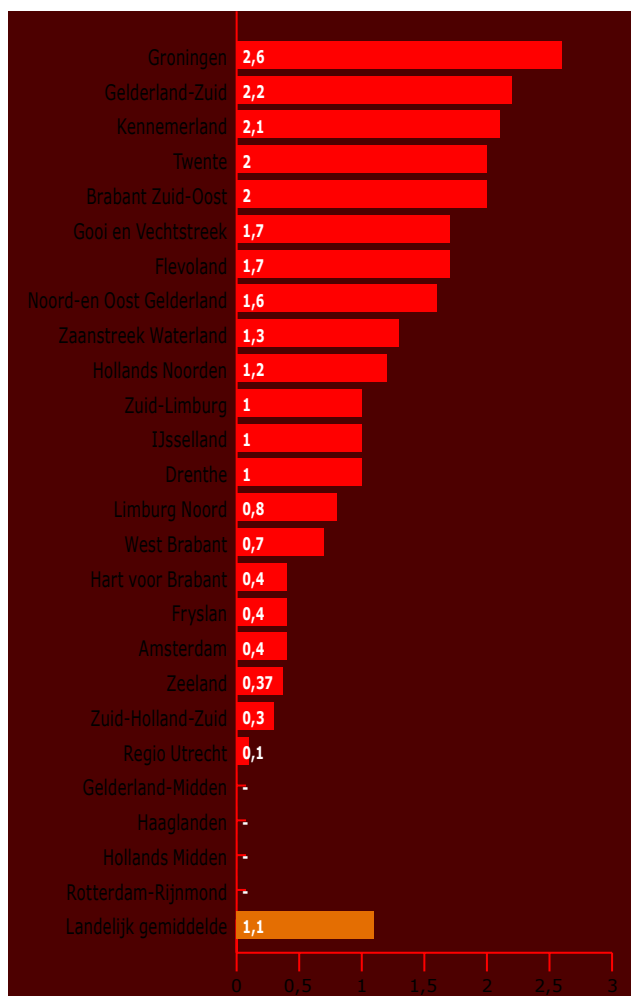
GGD'en zien het als belangrijke opgave om roken zoveel mogelijk te beperken. Dit doen ze door voorlichting te geven en preventieprogramma's aan te bieden.

Uit onderstaande figuur blijkt dat het percentage kinderen dat rookt varieert per GGD-regio. Het landelijk gemiddelde is 1,1 procent. Het gaat om kinderen die door de Jeugdgezondheidszorg zijn gezien tijdens het contactmoment voor 13-/14-jaren en/of kinderen die in de tweede klas van het voortgezet onderwijs zitten.

De wijze waarop de gegevens worden verzameld kan invloed hebben op het resultaat. Sommige cijfers komen uit anonieme bronnen en andere uit niet-anonieme, dit kan invloed hebben op het resultaat. In een anonieme vragenlijst zijn kinderen mogelijk eerlijker dan bij een niet-anonieme vragenlijst. Dit kan dus de verschillen tussen de GGD'en voor een deel verklaren.

Toelichting

Het percentage van GGD Gelderland Midden is niet verwerkt, omdat hun meting is gedaan bij kinderen van 15 tot 16 jaar. GGD Hollands Midden meet sinds november 2017 en heeft daardoor nog geen cijfers beschikbaar kunnen stellen. De waarde van GGD Rotterdam-Rijnmond ontbreekt omdat het CJG geen onderdeel uitmaakt van de GGD. De gegevens van de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ in die regio geen onderdeel is van de GGD.



Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs (PGO-2VO) alcohol drinkt

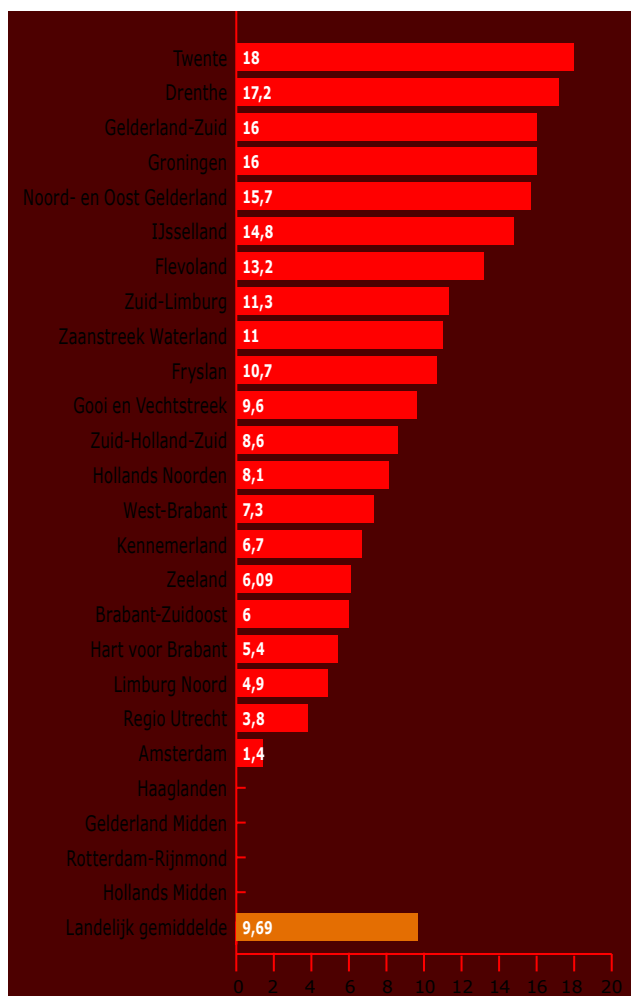
Alcoholgebruik kan tot ernstige gezondheidsproblemen leiden. GGD'en vinden het een belangrijke opgave om problematisch alcoholgebruik zoveel mogelijk te beperken. Hier wordt op ingezet door middel van voorlichting en preventie. Door het voorkomen dat kinderen gaan drinken, te signaleren en vroegtijdig te interveniëren, kunnen gezondheidsproblemen voorkomen worden.

Voor deze indicator is gekeken naar het alcoholgebruik in de afgelopen vier weken voor het JGZ-contactmoment bij kinderen van 13/14 jaar. Het gemiddelde van bijna 10 procent is relatief hoog te noemen, aangezien er geen alcohol verkocht mag worden aan kinderen onder de 18 jaar en zij in het openbaar geen alcohol bij zich mogen hebben. Het drinken van alcohol in de niet-publieke ruimte is niet verboden en strafbaar.



Toelichting

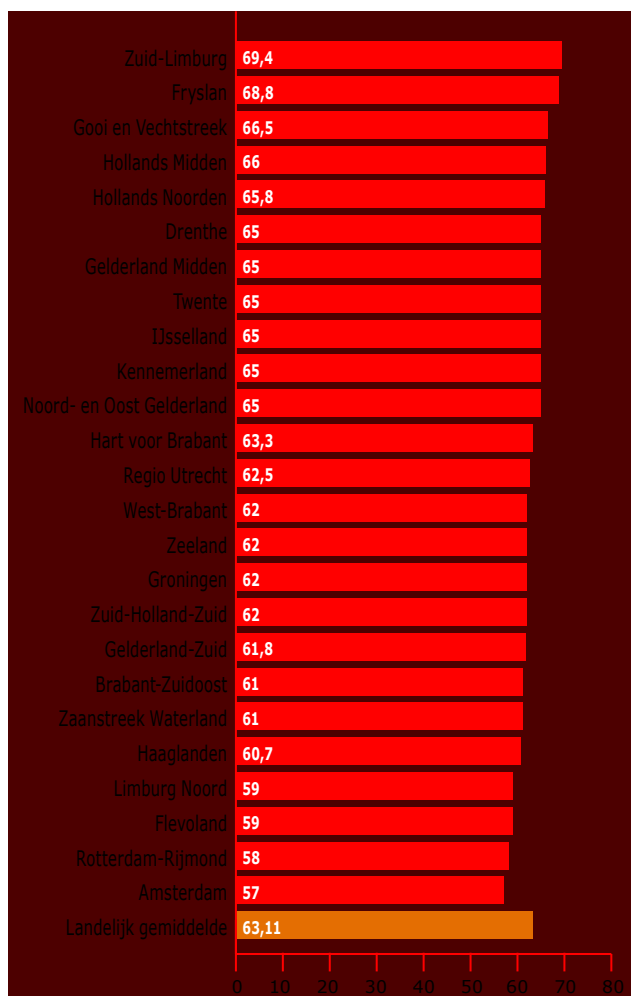
Het percentage van GGD Gelderland Midden is niet verwerkt, omdat hun meting is gedaan bij kinderen van 15 en 16 jaar. GGD Hollands Midden meet dit onderdeel sinds november 2017 en er zijn dus nog geen cijfers beschikbaar. Bij GGD Rotterdam-Rijnmond heeft het Centrum Jeugd en Gezin dit cijfer niet kunnen aanleveren. Het CJG is geen onderdeel van de GGD. De gegevens van de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ in deze regio geen onderdeel is van de GGD.



Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid

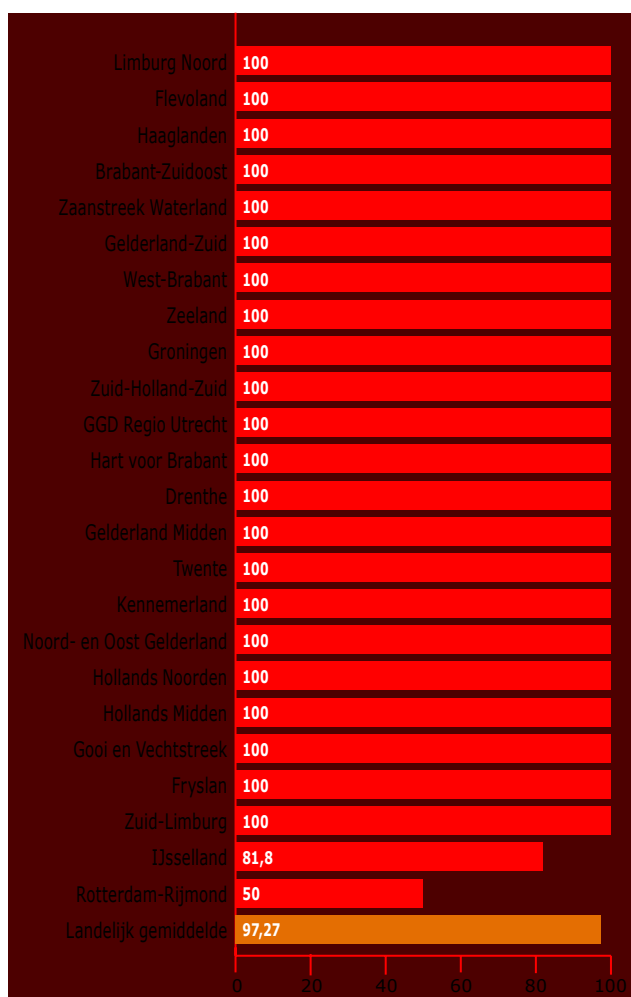
Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het uitvoeren van de ouderengezondheidszorg, dit is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). In hoeverre de ouderengezondheidszorg bijdraagt aan het bevorderen van de gezondheid, kan gemeten worden door te kijken naar de ervaren gezondheid. De ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid.

In de Wpg is ook opgenomen dat gemeenten ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren op systematische wijze volgen en signaleren. Ervaren gezondheid past daar uitstekend bij. GGD'en hebben weliswaar geen specifieke taak op het gebied van preventie of gezondheidsbevordering gericht op ouderen, toch is deze indicator opgenomen in de benchmark. Daar is voor gekozen omdat het aantal ouderen (65 jaar en ouder) toeneemt en het van belang is de gezondheid van deze groep te monitoren en waar mogelijk te bereiken via voorlichting en preventie. De indicator laat een gelijkmatig beeld zien waarbij meer dan de helft van de ouderen aangeeft tevreden te zijn over hun gezondheid het landelijk gemiddelde is 63 procent.



Percentage van de gemeenten in de GGD regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/of uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid

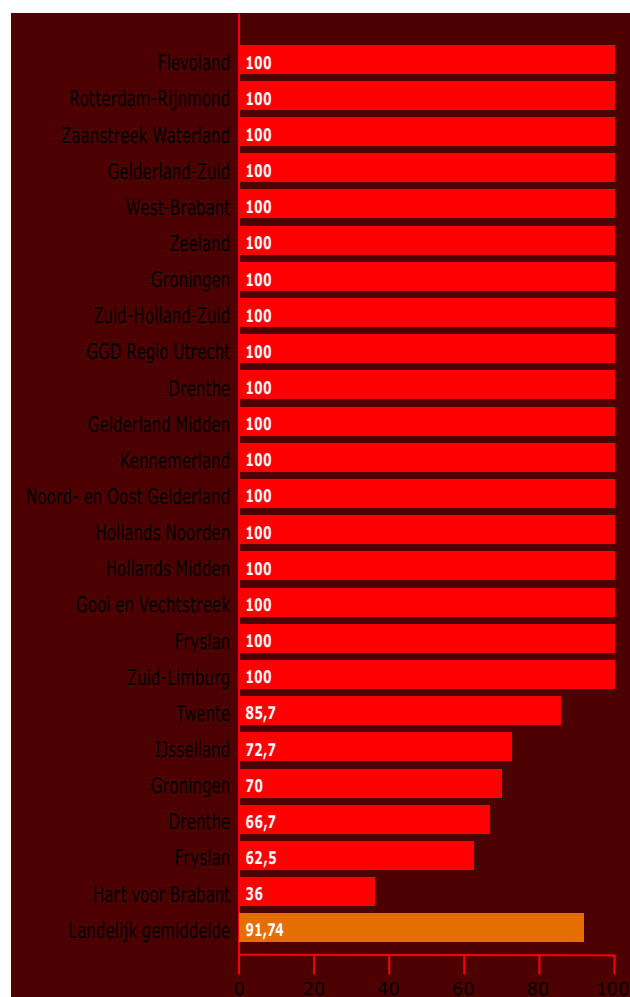
De GGD is goed op de hoogte van de belangrijkste gezondheidsproblemen binnen de gemeente. Gemeenten kunnen deze kennis en expertise bijvoorbeeld benutten voor advies of het ontwikkelen en/of uitvoeren van gezondheidsbeleid. Uit onderstaande figuur blijkt dat het grootste gedeelte van de GGD'en betrokken is bij alle gemeenten in het werkgebied waar het gaat om Gemeentelijk Gezondheidsbeleid.



Percentage van de gemeenten in de GGD-regio waarbij de GGD betrokken is bij de ontwikkeling en/of uitvoering van de Omgevingswet

De Omgevingswet staat voor een goede balans tussen het benutten en beschermen van de fysieke leefomgeving. 'Ruimte voor ontwikkeling, waarborgen voor kwaliteit' is het motto. De nieuwe wet zorgt voor minder en overzichtelijke regels, een samenhangende benadering van de leefomgeving, ruimte voor lokaal maatwerk en betere en snellere besluitvorming.

Gezondheid speelt binnen de fysieke leefomgeving een belangrijke rol. GGD'en kunnen daar vanuit hun kennis en expertise over adviseren. Hoewel de Omgevingswet naar verwachting in 2021 in werking treedt, werken gemeenten en GGD'en aan de voorbereiding van de invoering. Uit onderstaande figuur blijkt dat een groot deel van de GGD'en al betrokken is bij de Omgevingswet.

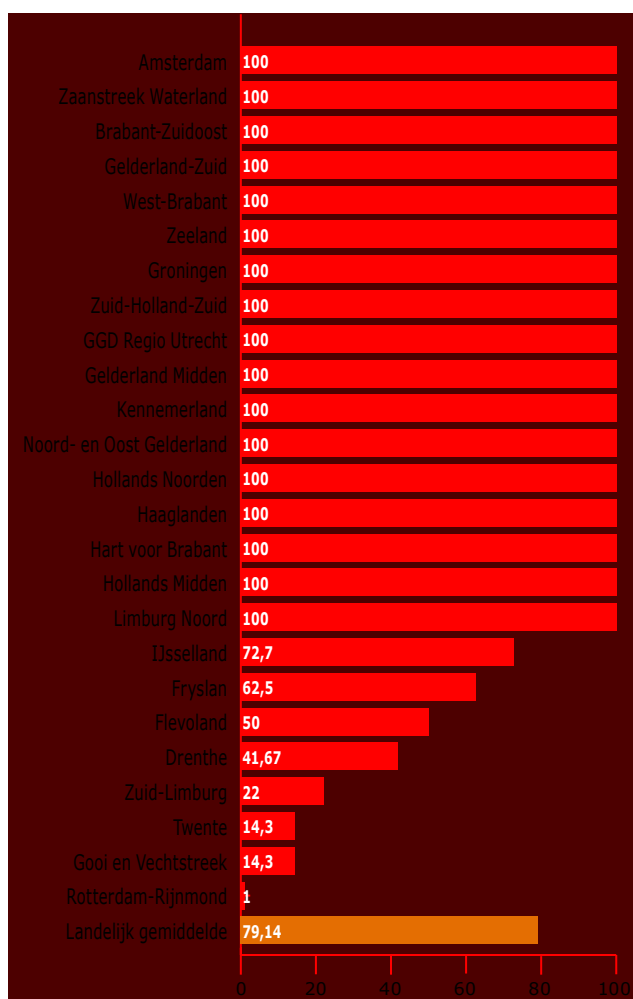


Percentage gemeenten waar de doelgroep 'mensen met lage sociaaleconomische status' op wijkniveau in beeld is gebracht

Mensen met een lage sociaaleconomische status vormen een belangrijke doelgroep waar het gaat om het behalen van gezondheidswinst. Dit refereert aan mensen met een lage opleiding (basisonderwijs, lo, vmbo, avo, mavo) en/of mensen met een laag inkomen.

Ongeveer 30 procent van de mensen in Nederland heeft een zogenoemde lage sociaaleconomische status. Hun gezondheid is over het algemeen slechter dan die van mensen met een hoge sociaaleconomische status. Mensen met een lage sociaaleconomische status kampen vaak met belemmeringen waardoor gezond leven niet boven aan de prioriteitenlijst staat. Dit kan gaan om financiële problemen, weinig ondersteuning in de sociale omgeving en ontbrekende kennis over gezond gedrag. Ook nemen zij vaker minder deel aan preventieve activiteiten.

Het is belangrijk om te weten om wie het gaat, zodat de interventies op maat aangeboden kunnen worden. Het overgrote deel van de GGD'en heeft deze doelgroep geheel of gedeeltelijk in beeld gebracht.





2. Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Mensen nemen zelf maatregelen om zich te beschermen tegen ziekten, maar vertrouwen er ook op dat zij beschermd worden tegen risico's als de verspreiding van infectieziekten. GGD'en hebben een aantal, in de Wet publieke gezondheid vastgelegd, gezondheidsbeschermende taken die om

specialistische medische deskundigheid vragen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg. Binnen deze pijler zijn de volgende indicatoren opgenomen:

Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Aantal FTE infectieziektebestrijding per 100.000 inwoners.

Aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners.

Aantal opgespoorde latente infecties tbc (LTBI) /100.000 inwoners.

Beschikbare formatie Technische Hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners in FTE (excl. formatie kinderopvang).

Aantal FTE Medische Milieukundigen per 100.000 inwoners.

Infectieziektebestrijding

Eén van de al eerder aangehaalde onderzoeken van de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit 2016 richtte zich op de infectieziektebestrijding. Uit eerder onderzoek bleek namelijk dat de toekomstbestendigheid aandacht nodig had omdat de infectieziektebestrijding steeds complexer wordt. Antibioticaresistentie neemt toe, net als internationale infectieziekten, zoals Ebola, MERS en nu het Zika-virus. Dit concludeerde ook GGD GHOR Nederland en de vereniging bracht aanbevelingen uit aan overheid, gemeenten en GGD'en om de infectieziektebestrijding verder te versterken. Gemeenten en GGD'en hebben dit opgepakt en de Inspectie stelde vervolgens in 2016 onder meer dat: *"De GGD'en hebben een sprong voorwaarts gemaakt en hebben veel geïnvesteerd in de versterking van hun netwerk. Hierdoor zijn GGD'en beter bestand tegen onverwachte gebeurtenissen zoals een grootschalige uitbraak van een infectieziekte."*

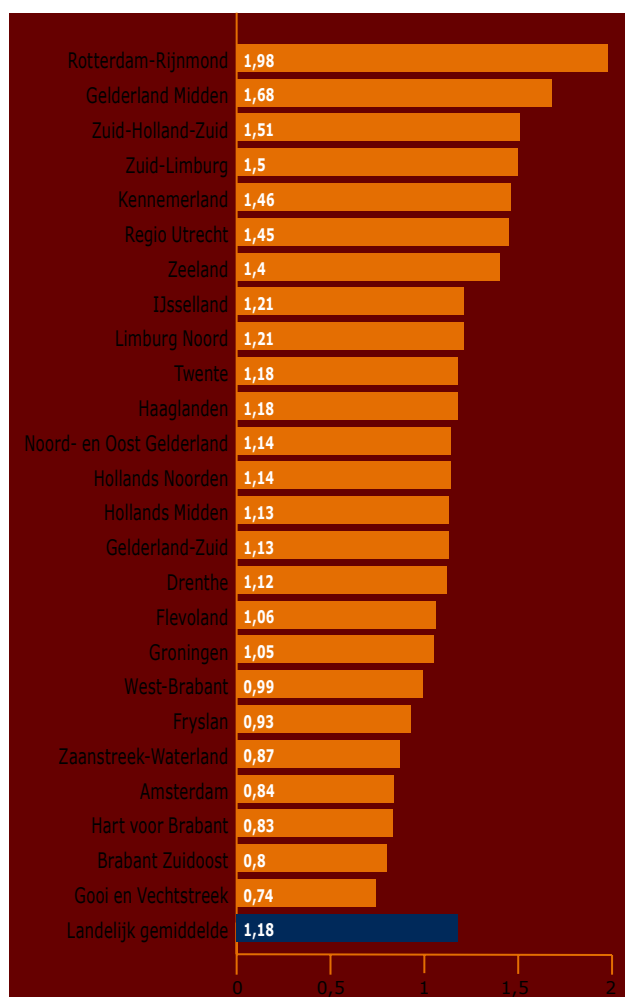
Aantal FTE Infectieziektebestrijding per 100.000 inwoners

Gemeenten moeten maatregelen nemen die ervoor zorgen dat overdracht van infectieziekten zo veel mogelijk voorkomen wordt. Daarnaast geldt een wettelijke meldingsplicht voor verschillende ziekten. Artsen en laboratoria die een

dergelijke ziekte vaststellen, moeten dat aan de GGD melden. Onder infectieziektebestrijding vallen de volgende onderdelen:

- Bron- en contactonderzoek. GGD'en proberen de bron van de besmetting te achterhalen en contacten te beschermen.
- Vaccinaties en voorschrijven van preventieve medicijnen.
- Adviseren over hygiënemaatregelen. Voorlichting en adviezen geven over het voorkomen van infectieziekten. Ook wijzen GGD'en op eventuele risico's van infectieziekten.
- Melden van meldingsplichtige ziekten bij het RIVM. Er zijn circa 50 meldingsplichtige ziekten, bijvoorbeeld mazelen, polio, hepatitis A.
- (Wetenschappelijk) onderzoek.

Uit onderstaande figuur blijkt dat het gemiddelde aantal FTE infectieziektenbestrijding per 100.000 inwoners gemiddeld 1,18 fte is. De verschillen worden verklaard door het gemiddeld aantal bij een GGD gemelde meldingsplichtige infectieziekten, meldingen en outbreaks. Wanneer deze hoger liggen bij een GGD-regio, zal deze GGD dus ook een hoger aantal FTE infectieziektebestrijding hebben.

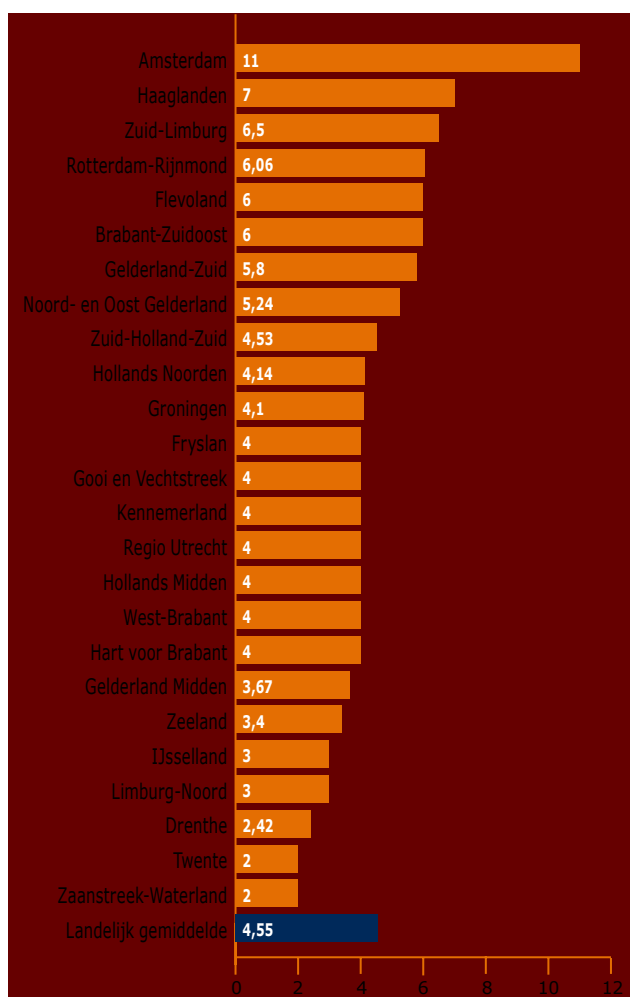


Aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners

Tuberculose (tbc) is een infectieziekte die jaarlijks bij circa 800 mensen in Nederland vastgesteld wordt. Wereldwijd is tuberculose een groot probleem. Jaarlijks krijgen 10 miljoen mensen de ziekte en overlijden meer dan 1,5 miljoen mensen aan tbc.

Tbc wordt bijna altijd overgedragen via de lucht door een patiënt met (besmettelijke) longtuberculose. Bij het hoesten worden de bacteriën vanuit de longen via kleine druppeltjes in de omgeving verspreid. Deze kleine druppeltjes kunnen bij inademing in de longblaasjes terecht komen, waar de bacteriën kleine ontstekingshaarden veroorzaken. Vroeger werd de bacterie ook overgedragen via besmette melk van zieke koeien. Deze vorm komt vrijwel niet meer voor in Nederland nu de veestapel vrij is van deze bacterie en de melk gepasteuriseerd wordt. In Nederland wordt tbc meestal vastgesteld door longartsen, internisten en andere ziekenhuisspecialisten. GGD'en zijn verantwoordelijk voor de bestrijding en doen onder andere screening van immigranten (indien zij afkomstig zijn uit een voor tbc hoog risicoland) en gedetineerden (als zij aan bepaalde risicofactoren voldoen) en bron- en contactonderzoek.

Uit onderstaande tabel blijkt dat het landelijk gemiddelde van het aantal nieuwe tbc-gevallen per 100.000 inwoners op 4,55 ligt. Daar waar de meeste risicogroepen wonen is het aantal nieuwe gevallen logischerwijs hoger.

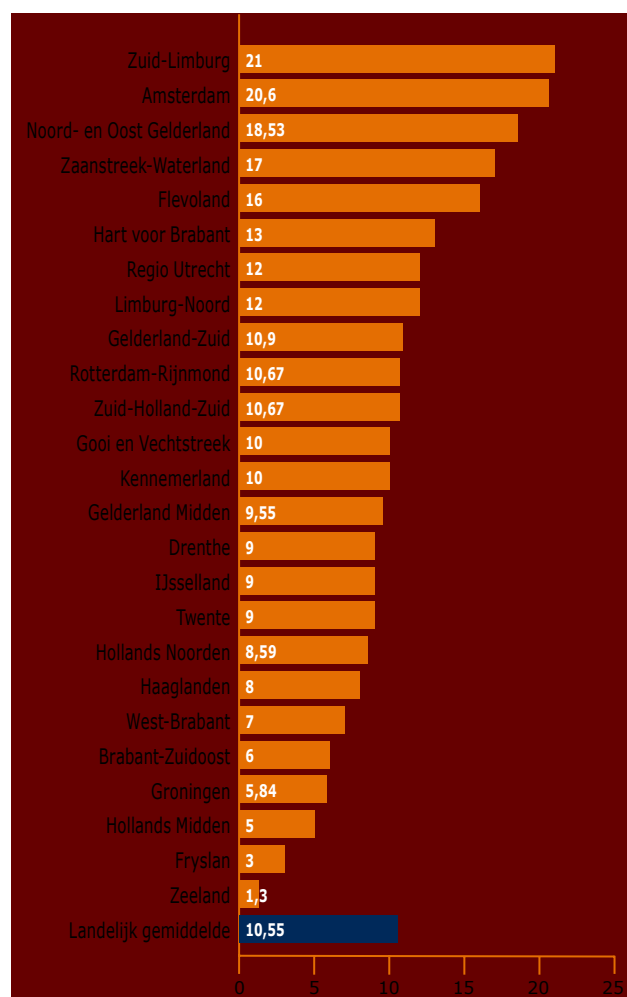


Aantal opgespoorde latente tbc-infecties (LTBI) per 100.000 inwoners

Tbc komt in Nederland, vergeleken met honderd jaar geleden, veel minder voor. Toch wordt iedere dag nog bij gemiddeld drie patiënten tuberculose vastgesteld en jaarlijks overlijden ongeveer tien mensen aan de ziekte. Daarom blijven GGD'en investeren in bestrijding van tuberculose en de vroege opsporing ervan.

Een latente tuberculose-infectie (LTBI) is een infectie zonder klinische, bacteriologische of radiologische aanwijzingen voor actieve tuberculose. De contacten van een tbc-patiënt worden onderzocht op besmetting. Ze krijgen hiervoor eerst een huidtest, het bekende prikje op de arm. Daarna wordt de definitieve diagnose gesteld met een bloedtest. Een belangrijke eigenschap van de tbc-bacterie is dat deze na infectie lange tijd (een mensenleven) latent aanwezig kan blijven in het lichaam.

Uit onderstaande figuur blijkt dat het landelijk gemiddelde van het aantal opgespoorde latente tbc-infecties 10,55 is. De verschillen worden verklaard door het feit dat risicofactoren regionaal verschillen en omdat screening op latente infectie nog in ontwikkeling is bij GGD'en.



Beschikbare formatie Technische Hygiënezorg (THZ) per 100.000 inwoners in FTE (exclusief formatie kinderopvang)

Technische hygiënezorg (THZ) is een onderdeel van de preventieve gezondheidszorg. De technische hygiënezorg richt zich vooral op situaties waarin het van belang is het risico op overdracht van ziekmakende micro-organismen te beperken of te voorkomen en veiligheidsaspecten te beoordelen. Daarbij gaat het om situaties waar veel mensen van gemeenschappelijke of collectieve voorzieningen gebruikmaken en veelal specifieke doelgroepen die op basis van bijvoorbeeld leeftijd en gezondheid extra risico kunnen lopen op infectieziekten. De beschikbare FTE voor Technische Hygiënezorg maakt inzichtelijk hoeveel aandacht er voor THZ kan zijn. GGD'en adviseren gemeenten waar toezicht op gehouden moet worden. Een GGD stelt een gemeentelijk of regionaal risicoprofiel op en op basis daarvan wordt een beleidsvoorstel voor de gemeente gemaakt. Hierin staat wat nodig is aan THZ.

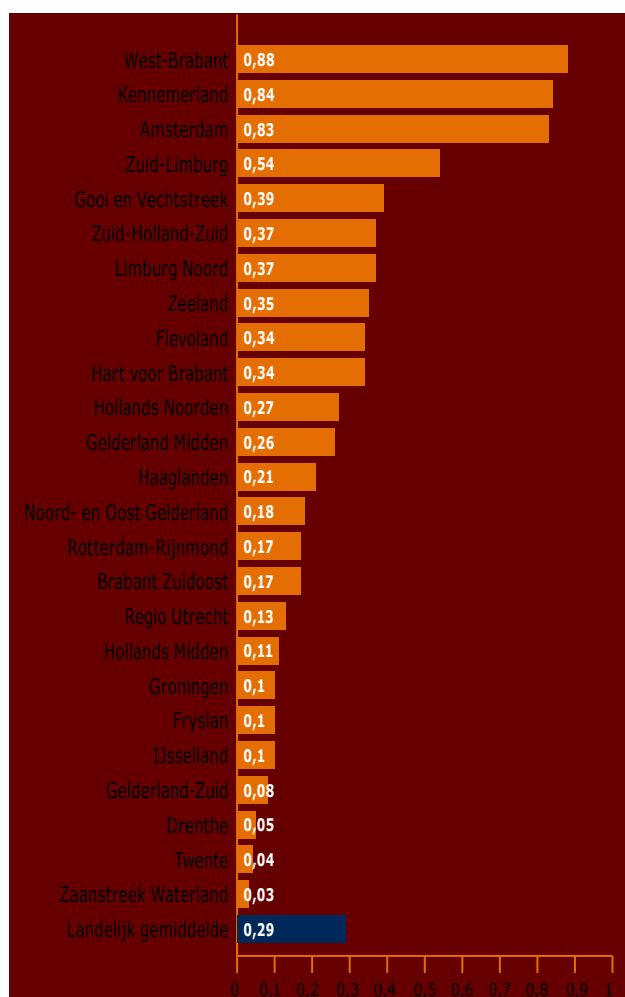
De THZ-taken zijn onder te verdelen in wettelijke taken en maatwerktaken. Voorbeelden van wettelijke taken zijn:

- taken op basis van Wet publieke gezondheid;
- inspectie Ship Sanitation;
- vergunningverlening tatoeëren en piercen;
- toezicht evenementen;
- toezicht seksbranche;
- adviestaak seksbranche;
- toezicht en adviestaak asielzoekerscentra;
- toezicht kindercentra;
- toezicht WMO.

Maatwerktaken zijn:

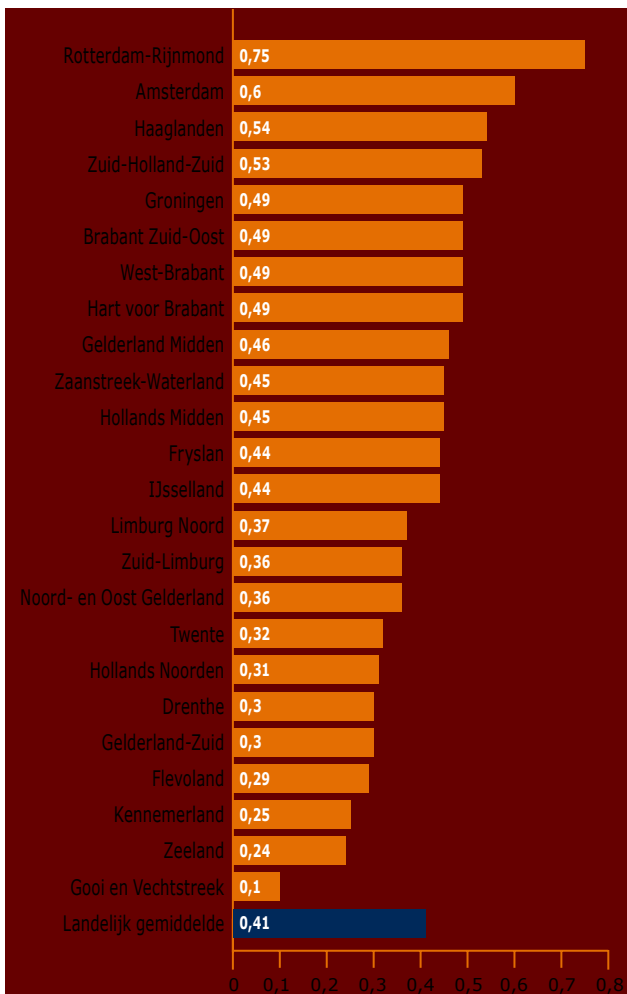
- advies zorginstellingen;
- advies voedselveiligheid;
- advies rondom legionellapreventie.

Afhankelijk van de aanwezigheid van bijvoorbeeld scheepvaart of asielzoekerscentra en de afspraken over maatwerktaken, is er meer of minder FTE Technische Hygiënezorg nodig.



Aantal FTE Medisch Milieukundigen per 100.000 inwoners

Medische milieukunde is een specialisme dat zich bezighoudt met de interactie tussen milieufactoren en gezondheid. Het belangrijkste doel van de medische milieukunde is het beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers door risico's van milieufactoren te beperken en positieve omgevingsfactoren te stimuleren. Het werkveld van de medische milieukunde is divers, zoals: leefomgeving, bodem- en waterverontreiniging, de binnenlucht van huizen, de buitenlucht, geuroverlast, geluidsoverlast, straling, chemische stoffen en veiligheid. Er is geen norm voor het aantal FTE dat nodig is in een regio.





r van Dienst

3. Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Rampen, incidenten en crises hebben een grote impact op het leven van mensen. Het kan gaan om situaties met grote aantallen gewonden en/of dodelijke slachtoffers, maar ook om vermissingen en incidenten op kleinere schaal, die een groot deel van de bevolking raken.

Bij rampen en crises is er met betrekking tot de gezondheidszorg een rol weggelegd voor zowel de GGD als voor de Veiligheidsregio. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is op grond van de Wpg/Wvr directeur van de GGD én GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio). De DPG heeft zodoende een verantwoordelijkheid in zowel het gezondheidsdomein als in het veiligheidsdomein.

Deze benchmark gaat in op de processen in het kader van Publieke Gezondheid (de GGD-processen). Afhankelijk van de aard van het incident of crises is de GGD betrokken in het kader van infectieziektebestrijding, gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, psychosociale hulpverlening (PSH) en/of gezondheidsonderzoek na rampen. In acute situaties voert de DPG regie op deze processen en de uitvoering van de taken. Om goed voorbereid te zijn op rampen en crises is het van belang dat er aantal zaken op orde is. Deze zijn opgenomen als indicator in de benchmark voor GGD'en:

Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Heeft de GGD samenwerkingsafspraken met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen?

Oefent het crisisteam van de GGD minimaal twee keer per jaar hun inzet voor ten minste twee van de vier GGD processen?

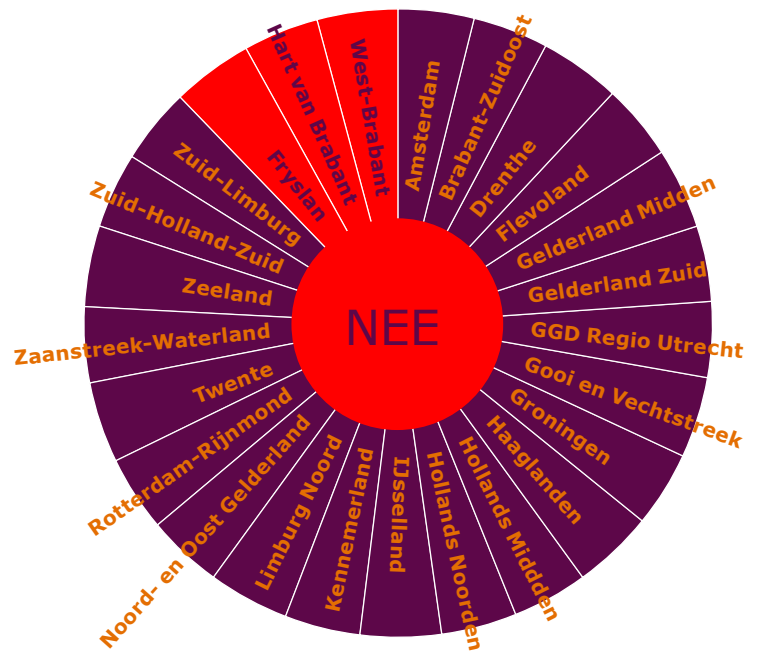
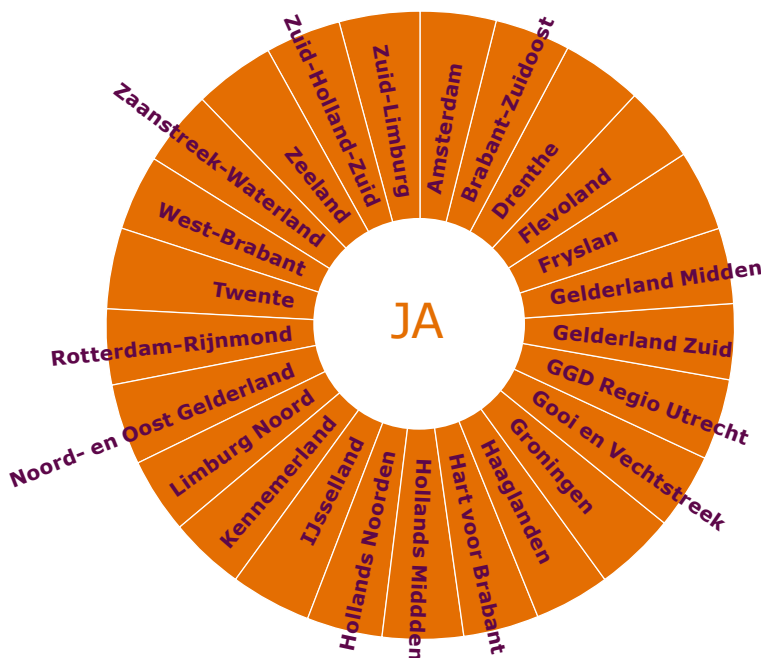
Heeft de GGD een procedure voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis?

Samenwerkingsafspraken met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen

Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de psychosociale hulpverlening (PSH) bij rampen, zo is vastgelegd in de Wpg. Deze taak is belegd bij de DPG. De GGD'en hebben een coördinerende rol op het PSH-proces en maken samenwerkingsafspraken met ketenpartners. Psychosociale hulpverlening heeft tot doel om getroffen, door middel van professionele begeleiding, het gevoel van zelfcontrole na een schokkende gebeurtenis terug te laten krijgen. De GGD coördineert de psychosociale hulpverlening en de taak wordt uitgevoerd door instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en Slachtofferhulp Nederland (SHN). Na een ramp is er een belangrijke rol weggelegd voor huisartsen die zorg kunnen dragen voor signalering en doorverwijzing. De Multidisciplinaire richtlijn PSH bij rampen en crises beschrijft dat voor taken die in samenwerking met anderen plaatsvinden, gezamenlijke voorbereiding nodig is. Een hulpmiddel hierbij is het PSH-model-convenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners. Uit onderstaand overzicht blijkt dat alle GGD'en deze samenwerkingsafspraken hebben gemaakt.

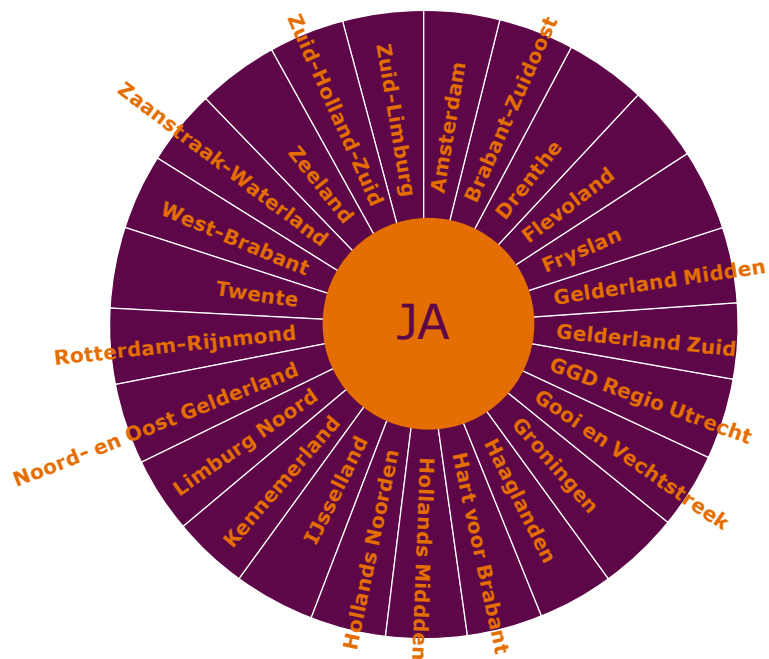
Oefent het crisisteam van de GGD minimaal twee keer per jaar hun inzet voor ten minste twee van de vier GGD-processen?

Door functionarissen uit het crisisteam te laten oefenen met verschillende GGD-processen (infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen), kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt. Dit bevordert de kwaliteit van de crisiszorg. Opleiden, trainen en oefenen is van groot belang voor functionarissen uit het crisisteam, onder meer omdat zij in het crisisteam een rol vervullen die afwijkt van hun reguliere taken. Door te oefenen kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt, zodat ten tijde van een crisis als vanzelfsprekend via de crisisteam-structuur gewerkt wordt. Uit het onderstaande overzicht blijkt dat niet alle GGD'en twee keer per jaar oefenen, sommige doen dit één keer.



Heeft de GGD een procedure voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis?

Leiding en coördinatie is een van de vier basisvereisten crisismanagement. De overige zijn: melding en alarmering, op- en afschaling, informatiemanagement en crisiscommunicatie. Degenen die bij een ramp of crisis leiden en coördineren, moeten kritieke besluiten nemen die een grote impact kunnen hebben en mede bepalend zijn voor het verloop van een crisis. Het is daarom belangrijk dat het proces van leiding en coördinatie goed doordacht is, vastgelegd en duidelijk is voor betrokkenen.





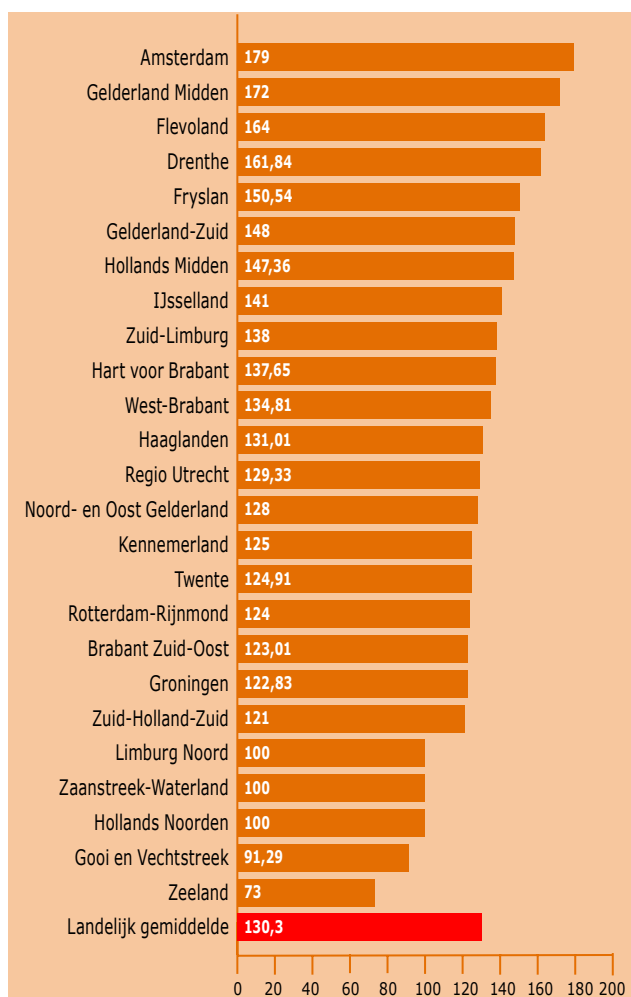
4. Toezicht houden

Burgers maken gebruik van allerlei voorzieningen, variërend van een sporthal tot kinderdagverblijf en van tatoeageshop tot het bezoeken van een evenement. Het gebruik daarvan moet veilig zijn, daar vertrouwen mensen op. Binnen deze pijler hebben we ons beperkt tot een indicator over het toezicht kinderopvang omdat dit de grootste wettelijke toezichtstaak van de GGD'en is. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht op en de handhaving van de kwaliteit van de kinderopvangvoorzieningen. De uitvoering van het toezicht is belegd bij de GGD. GGD-toezichthouders beoordelen de kwaliteit van de opvang, leggen dit vast in een openbaar inspectierapport en geven al dan niet een advies tot handhavend optreden richting de gemeenten.

De Inspectie van het Onderwijs is door de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) aangewezen om interbestuurlijk toezicht uit te oefenen op de manier waarop gemeenten hun wettelijke taken van toezicht op en handhaving van de kinderopvangvoorzieningen en gastouderbureaus uitvoeren.

Zowel de kwaliteitseisen waaraan kinderopvangorganisaties

moeten voldoen, als de rechten en plichten van de toezichthouder staan omschreven in de Wet kinderopvang plus onderhavige regelgeving (besluiten, regelingen en beleidsregels). In de Wet kinderopvang (art. 1.62) staat dat alle voorzieningen voor kinderopvang (kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, peuterspeelzalen en gastouderbureaus) jaarlijks minimaal één keer geïnspecteerd moeten worden door een GGD-toezichthouder. In principe vindt bij iedere voorziening een jaaronderzoek plaats. Daarnaast kunnen er ook andere onderzoeken worden gehouden, zoals een nader onderzoek of een incidenteel onderzoek. Het percentage inspecties kan daardoor boven de 100 procent komen. In deze indicator zijn de gastouders buiten beschouwing gelaten. Twee regio's halen de 100 procent niet. Dit is door de Inspectie van het onderwijs ook al opgemerkt. Het is gebleken dat deze twee regio's in de laatste periode van 2017 met veel uitval te maken hebben gehad en hierdoor niet alle inspecties hebben kunnen uitvoeren. Beide regio's hebben in overleg met de onderliggende gemeenten diverse maatregelen getroffen om in 2018 wel alle verplichte inspecties uit te voeren.



Veelvoorkomende taken die GGD'en uitvoeren voor gemeenten

Naast de basistaken van GGD'en, zoals beschreven in de vier pijlers, voeren de GGD'en taken uit voor de gemeenten in hun regio. Elke GGD maakt hierover afspraken met de gemeenten. Het gaat daarbij om maatwerk zodat de GGD'en goed in kunnen spelen op wat nodig is in een regio. Dat betekent ook dat GGD'en onderling dus verschillen. Deze benchmark gaat dan ook niet zozeer over vergelijken, maar is een instrument om van elkaar te leren. Veelvoorkomende taken die GGD'en voor gemeenten uitvoeren zijn Gezondheidsbevordering, Jeugdgezondheidszorg en Forensische geneeskunde.

Gezondheidsbevordering

Gezondheidsbevordering is een breed onderwerp waarbij verschillende partijen betrokken zijn: GGD, gemeenten, thuiszorg, welzijnsinstellingen, sportorganisaties en scholen.

Het gaat op lokaal niveau over thema's als alcohol, roken, overgewicht, bewegen en depressie. Gezondheidsbevordering betreft zowel het beïnvloeden van de omgeving als het beïnvloeden van gedrag. De adviestaken van de GGD zijn benoemd onder pijler 1 (zie pagina 6). De GGD'en voeren daarnaast nog andere taken uit op het gebied van gezondheidsbevordering. Het gaat dan met name om het coördineren van samenwerkingen met meerdere partijen, bij programma's zoals Gezonde School of Gezonde Wijk en uitvoeren van door de gemeente(n) vastgestelde programma's zoals regionale alcoholprojecten.

Om te duiden hoeveel FTE en budget de GGD'en hebben voor dit onderwerp zijn indicatoren opgenomen in deze benchmark. Daarnaast is een indicator opgenomen over dementie, omdat dit één van de snelst groeiende ziektes is met een grote impact op de persoon en zijn of haar omgeving.

Gezondheidsbevordering

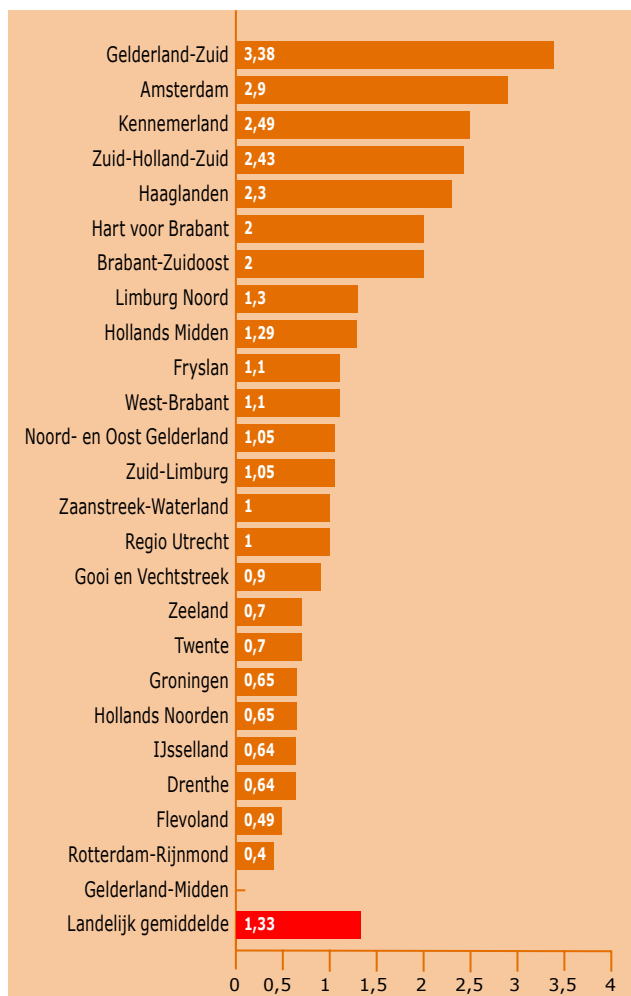
Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners.

Wat is het budget dat de GGD jaarlijks heeft voor Gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners?

Bij welk percentage van de gemeenten is de GGD betrokken bij de uitvoering van programma's over dementie?

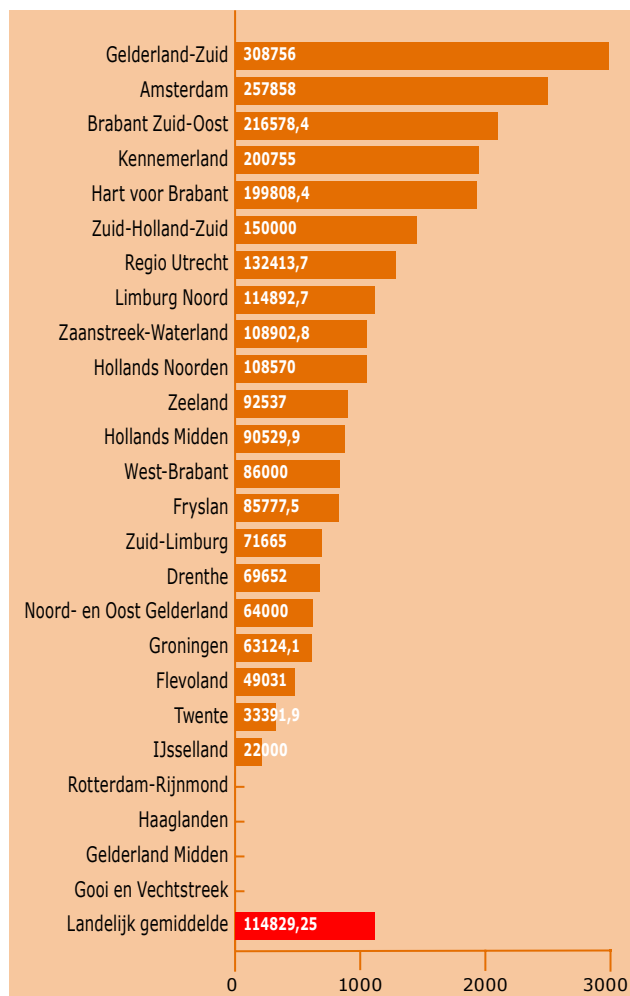
Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners

Gemeenten maken afspraken met organisaties om te werken aan gezondheidsbevordering van inwoners. Vaak doen gemeenten dit ook met GGD'en, vanwege de kennis en expertise van de diensten. Per regio gaat het dus om maatwerk: wat is nodig in een regio en welke afspraken worden met de gemeentes gemaakt. Dit maatwerk zien we terug in onderstaande figuur. Het aantal FTE voor gezondheidsbevordering verschilt per GGD-regio. Naar gelang de behoefte in een regio, worden de werkzaamheden op het gebied van gezondheidsbevordering ingevuld. Zo wordt in Gelderland Zuid gewerkt aan een dekkend netwerk van Gezonde Schooladviseurs en gezondheidsmakelaars. In de regio Gelderland Midden is er geen aparte afdeling gezondheidsbevordering. Gemeenten maken gebruik van commerciële partijen voor de uitvoering van gezondheidsbevordering.



Budget voor gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners

Ook hier is verschil tussen de GGD'en waar te nemen. Elke GGD maakt in overleg met de gemeente keuzes in de wijze waarop ze aandacht en invulling geven aan het onderwerp gezondheidsbevordering. Logischerwijs is het budget voor Gelderland Zuid hoger, aangezien zij veel investeren in gezondheidsbevordering door middel van Gezonde School en Gezondheidsmakelaars. Zoals bij de vorige indicator al aangegeven heeft GGD Gelderland Midden geen aparte tak voor gezondheidsbevordering. In Rotterdam-Rijnmond voeren de gemeente de gezondheidsbevorderende taken zelf uit en heeft de GGD geen budget voor gezondheidsbevordering. Voor GGD Haaglanden is het specifiek maken van het budget voor gezondheidsbevordering niet mogelijk, omdat de taken over verschillende organisatieonderdelen verdeeld zijn. Ook GGD Gooi en Vechtstreek is onderdeel is van een grotere regio daardoor zijn veel zaken niet meer apart voor de GGD te herleiden. Dit geldt ook voor het budget voor gezondheidsbevordering. Uit onderstaande figuur blijkt dat er gemiddeld ruim 114.000 euro per 100.000 inwoners beschikbaar is bij de GGD'en. Dit is dus 1,14 per inwoner. Het verschil in begroting wordt dus zoals eerder al aangegeven verklaard door de wijze waarop de GGD-regio invulling geeft aan gezondheidsbevordering en of zij deze taken zelf uitvoeren of dat er andere partijen worden ingehuurd.



Dementie programma's

Een op de vijf mensen krijgt dementie. Bij vrouwen is de kans nog groter: een op de drie vrouwen krijgt tijdens haar leven dementie. Hoe ouder, hoe groter de kans op dementie. Boven de 90 jaar heeft maar liefst 40 procent van de mensen een vorm van dementie. Nederland telt op dit moment ruim 270.000 mensen met dementie. Door de vergrijzing en het ouder worden van de bevolking zullen in 2040 ruim een half miljoen mensen lijden aan dementie. Risicofactoren die een rol kunnen spelen bij het ontstaan van dementie zijn erfelijke factoren en leefstijl, zoals roken.

Uit onderstaand overzicht blijkt dat elf GGD'en betrokken zijn bij de uitvoering van programma's die zich richten op mensen met dementie of hun naasten. Tevens blijkt dat nog niet alle GGD'en betrokken zijn bij dit soort programma's. Het is nog een nieuw onderwerp voor de meeste GGD'en. De verwachting is dat in de toekomst meer gemeenten de keuze zullen maken om zich op deze aandoening te gaan richten en dat dit dus hoger op de agenda van de GGD zal komen te staan.



Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft als doel om alle kinderen in gezondheid te laten opgroeien. Daarbij wordt breder gekeken dan naar alleen het kind zelf. De JGZ-medewerkers kijken ook naar de omgeving van het kind, omdat deze bepalend is voor de gezondheid en het welzijn van het kind. De JGZ is een onderdeel van de publieke gezondheid en wordt collectief aangeboden aan alle kinderen in Nederland. De JGZ heeft dan ook (bijna) alle kinderen in Nederland in beeld en biedt hen en hun ouders (voornamelijk preventieve) zorg en ondersteuning aan om gezondheidsproblemen te voorkomen dan wel tijdig te signaleren.

De indicatoren over de JGZ die zijn opgenomen in de benchmark, staan in onderstaande tabel. Niet alle GGD'en hebben de JGZ in eigen huis. Gemeenten zijn verplicht Jeugdgezondheidszorg aan te bieden en bepalen zelf door welke organisatie zij dit laten uitvoeren. Doordat de JGZ soms door andere organisaties wordt uitgevoerd, zijn voor die regio's geen gegevens in deze benchmark beschikbaar. Ook kan het per JGZ-organisatie verschillen aan welke leeftijdsgroep de zorg wordt aangeboden. Dit kan gericht zijn op 0- tot 4-jarigen, 4 - tot 18-jarigen of 0- tot 18-jarigen.

Jeugdgezondheidszorg

Percentage verwijzingen (vanuit standaard contactmoment en vanuit onderzoek op indicatie).

Percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contactmomenten.

Som van het aantal FTE JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en JGZ-doktersassistenten per 100.000 jeugdigen.

Percentage gebruik van de meldcode kindermishandeling.

Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma.

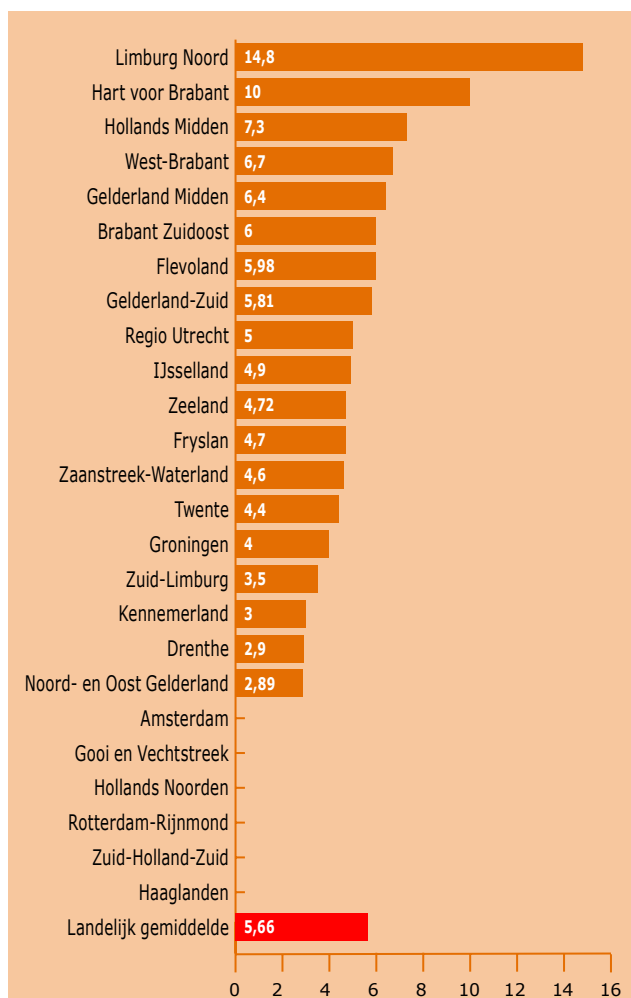
Percentage verwijzingen (vanuit standaard contactmoment en vanuit onderzoek op indicatie)

Bij deze indicator gaat het om externe verwijzingen, dus buiten de JGZ maar binnen de 'jeugdketen' in brede zin dus zowel psychosociaal, somatisch als ontwikkelingsproblematiek. Een vervolcontact is het contact dat volgt naar aanleiding van een gesignaleerd probleem (door JGZ, door de ouders of door derden). Onder vervolcontacten valt, behalve onderzoek op indicatie, bijvoorbeeld ook een telefonisch consult, een huisbezoek, een gesprek op school. De verwijzing kan ofwel naar aanleiding van somatische en/of ontwikkelingsproblematiek maar ook naar aanleiding van psychosociale problematiek zijn.

Het gaat dus om **externe** verwijzingen, niet binnen de GGD. Een verwijzing naar een medewerker van de JGZ van de GGD die binnen een (sociaal) wijkteam werkzaam is, wordt niet meegeteld. Verwijzingen door de logopediste worden niet meegenomen.

Toelichting

GGD Zuid-Holland-Zuid geeft aan geen gegevens beschikbaar te hebben. Dit geldt ook voor het CJG van GGD Rotterdam Rijnmond, het CJG is geen onderdeel van de GGD. Ook GGD Hollands Noorden geeft aan dat deze gegevens niet beschikbaar zijn. GGD Amsterdam legt uit dat er voor 2017 geen percentage te berekenen was. GGD Gooi en Vechtstreek kan deze indicator vanwege een nieuw registratiesysteem dit jaar nog niet aanleveren.



Percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contactmomenten

Deze indicator meet het percentage extra contacten ten opzichte van de reguliere contacten van de JGZ. Daarbij gaat het om de contacten die kinderen hebben met de JGZ, buiten de reguliere contactmomenten om.

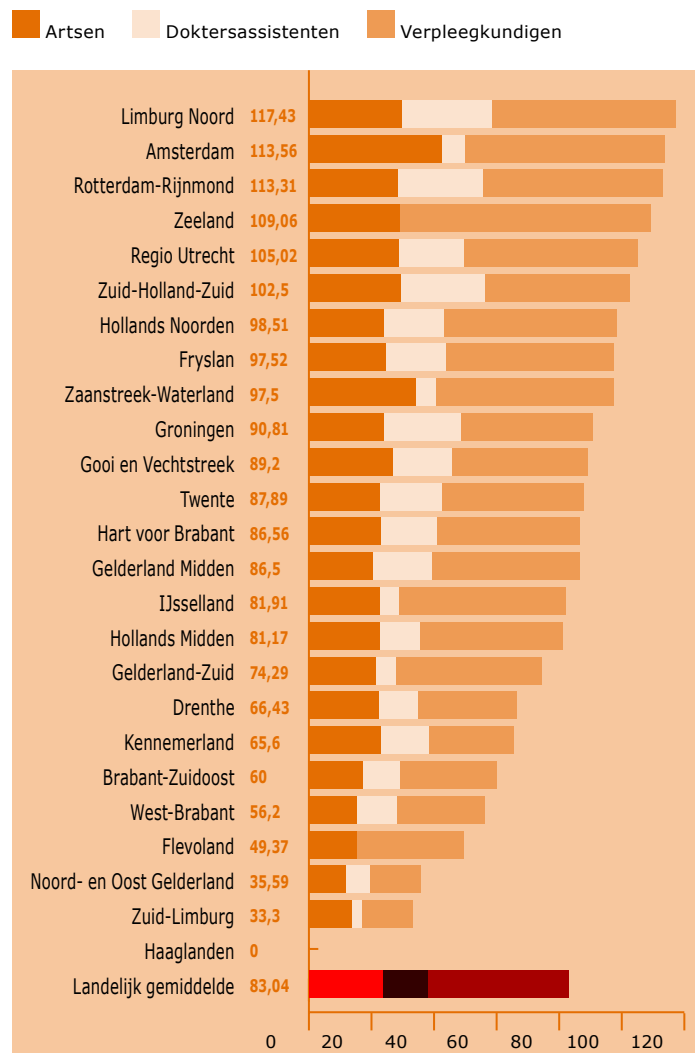
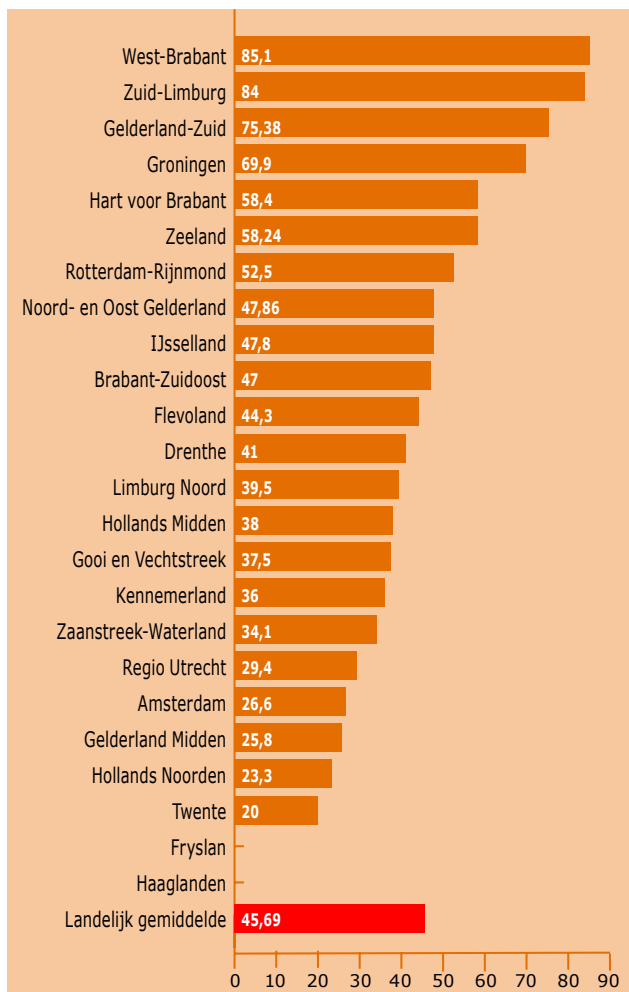
Vanaf de geboorte krijgt een kind jeugdgezondheidszorg, dat begint al bij de hielprik en gehoorscreening van baby's. Tot en met de middelbare school heeft een kind contact met een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Daarnaast kunnen er dus extra contacten zijn, als daar volgens kind, ouders en/of professionals behoefte aan is. Het gaat dan om telefonische consulten en indicatieconsulten (indicatieconsulten die als vervolg op een standaardcontactmoment plaatsvinden, ofwel indicatieconsulten die door ouders of derden zijn aangevraagd).

Toelichting

GGD Fryslan geeft aan dat deze gegevens niet beschikbaar zijn. De gegevens van de regio Haaglanden ontbreken omdat de JGZ in deze regio geen onderdeel is van de GGD.

Som van het aantal FTE JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen en JGZ-doktersassistenten per 100.000 jeugdigen

Deze indicator geeft weer hoe de verdeling van de JGZ-staf is binnen de GGD. Hierbij is onderscheid gemaakt in JGZ-artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Gemiddeld hebben de GGD'en 45,21 fte verpleegkundigen in dienst, 23,63 fte artsen en 14,20 fte doktersassistenten.



Percentage gebruik van de meldcode kindermishandeling

De Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is een stappenplan waarin staat hoe bijvoorbeeld een huisarts, kinderopvangmedewerker, leerkracht of hulpverlener moet omgaan met het signaleren en melden van (vermoedens van) huiselijk geweld en kindermishandeling.

Bij vermoedens van kindermishandeling treedt de meldcode in werking. Dit kan in sommige digitaal dossiers wel vastgelegd worden (zoals mICas) maar in andere niet. Als tweede stap dient overlegd te worden wordt met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis. Mede op basis daarvan wordt besloten of hulp georganiseerd wordt of dat gemeld wordt bij het Veilig Thuis.

Uit onderstaande figuur komt naar voren dat slechts een klein deel van de GGD'en met de meldcode werkt. Dit geeft een vertekend beeld aangezien men wel werkt met de meldcode, maar dat bij een aantal GGD-en nog geen geautomatiseerde registratie van individuele gevallen plaatsvindt, wel handmatige registratie. Die is echter niet zonder veel extra werk uit de registratie te halen. Er wordt door de GGD'en gewerkt aan het aanpassen van de systemen zodat deze indicator bij de volgende benchmark een beter beeld zal geven.



Percentage zuigelingen dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma

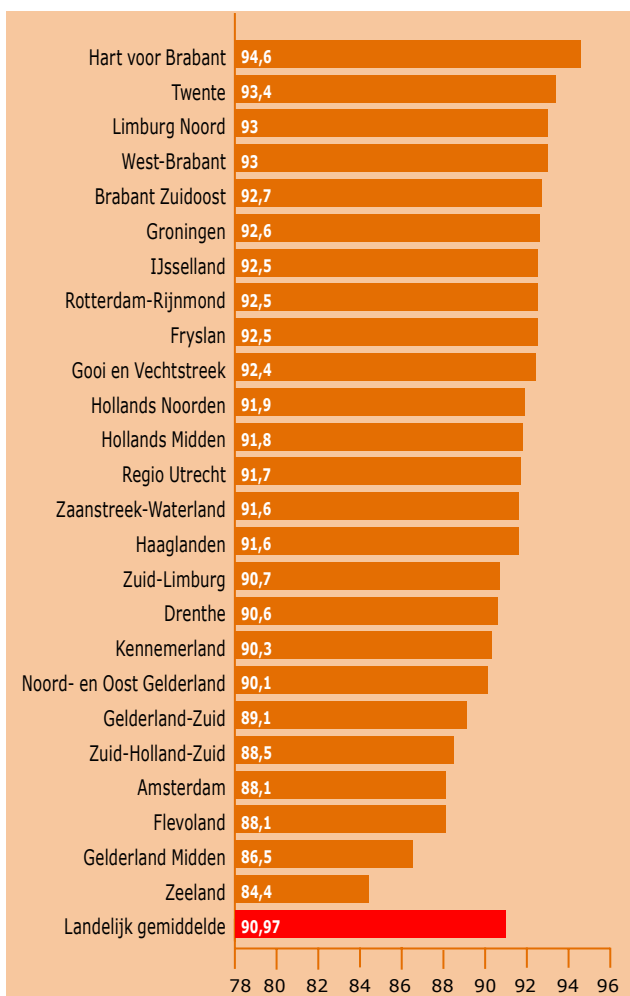
De hoofddoelstelling van het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) is het voorkómen van ziekte en sterfte, door te vaccineren. Het collectieve programma is werkzaam op twee niveaus: individuele bescherming en groepsbescherming om epidemieën te voorkomen. Het aanbieden van vaccinaties in het kader van het RVP is een taak van de jeugdgezondheidszorg volgens de Wpg (artikel 5c).

In deze indicator wordt het aantal kinderen dat alle vaccinaties volgens het RVP-schema toegediend heeft gekregen voor het bereiken van de leeftijd van twee jaar, en daarmee de basisimmunitet heeft bereikt afgezet tegen het totaal aantal kinderen tot twee jaar in de specifieke regio.

Om een hoge vaccinatiegraad te kunnen bereiken dient onder andere de samenwerking en coördinatie tussen de uitvoerende partijen goed te verlopen. Bij de uitvoering van het RVP zijn meerdere partijen betrokken: thuiszorgorganisaties, GGD'en, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), verloskundige hulpverleners, kinderartsen en huisartsen. Het RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) voert de centrale regie, evaluatie en communicatie in opdracht van het ministerie van VWS. Regionale Coördinatie Programma's

(RCP) coördineert en heeft medisch toezicht op de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. De hieronder weergegeven percentages zijn afkomstig van het RIVM en worden beschikbaar gesteld via de website van het CBS: Statline. Uit de resultaten uit 2017 blijkt dat de vaccinatiegraad gemiddeld 90,1 procent is. Een deel van het verschil in vaccinatiegraad kan worden verklaard doordat sommige regio's worden gekenmerkt door een hoge mate van inwoners met een (geloofs)overtuiging, waarbinnen vaccinatie niet altijd past.

Vaccinatie is sowieso een onderwerp dat de laatste periode onderwerp is voor veel discussie. Er is een groep in de samenleving die vaccinatie ter discussie stelt wat gevolgen kan hebben voor vaccinatiegraad en dus de bescherming tegen ziektes. Voor bijvoorbeeld mazelen is er volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie een percentage van 95 procent gevaccineerde kinderen nodig om groepsimmunitet te garanderen. Ook voor andere ziektes geldt een ondergrens voor groepsbescherming.



Forensische geneeskunde

De meeste GGD'en in Nederland hebben Artsen Maatschappij en Gezondheid die forensisch geneeskundige taken uitvoeren. Forensische of gerechtelijke geneeskunde is de tak van geneeskunde die medische kennis toepast ten behoeve van rechtszaken en justitieel onderzoek.

Het is een vorm van forensisch onderzoek. Het vak wordt uitgeoefend door de forensisch arts, ook wel forensisch geneeskundige of gemeentelijk lijkschouwer genaamd. Die laatste benaming dekt eigenlijk de lading niet, omdat de uitwendige lijkschouw slechts één van de deeltaken is van de forensisch arts. Het specialisme omvat vier onderdelen: medische zorg, medische advisering, sporenonderzoek en lijkschouw. Het eerste onderdeel richt zich vooral op de medische behandeling van de verdachte, arrestant of gevangene, de andere onderdelen zijn vooral gericht op het opsporen van (strafbare) feiten.

In deze benchmark zijn twee indicatoren opgenomen die gaan over de betrokkenheid van de GGD bij de lijkschouw. Volgens de wet moet elke overledene geschouwd worden door een arts. De lijkschouw is gericht op het beantwoorden van de vraag of er sprake is van een natuurlijke, dan wel een

niet-natuurlijke dood. De lijkschouw moet in beginsel worden verricht door de behandelend arts. Om de lijkschouw te mogen verrichten hoeft de arts de patiënt niet bij leven te hebben behandeld. Ook dienstdoend artsen mogen als behandelend arts optreden in de zin van de Wet op de lijkbezorging. Na de melding van een overlijden wordt – voor zover andere dringende werkzaamheden dat toelaten – zo spoedig mogelijk geschouwd. De arts vormt zich tijdens de lijkschouw een oordeel over de aard van het overlijden. Dit oordeel wordt gebaseerd op informatie over de toedracht verkregen van omstanders en nabestaanden, onderzoek van de omgeving, onderzoek van het lichaam van de overledene en, indien noodzakelijk, gegevens uit het patiëntendossier. Is de overledene minderjarig, dan overlegt de behandelend arts altijd met de gemeentelijk lijkschouwer. Is de arts overtuigd van een natuurlijke dood, dan geeft hij een verklaring van overlijden en een doodsoorzakenverklaring af.

Bij een niet-natuurlijke dood, of twijfel aan de natuurlijke aard van het overlijden, schakelt de arts direct de gemeentelijk lijkschouwer in. De richtlijn geeft aan wanneer en hoe de behandelend arts samenwerkt met de gemeentelijk lijkschouwer en de politie.

Forensische geneeskunde

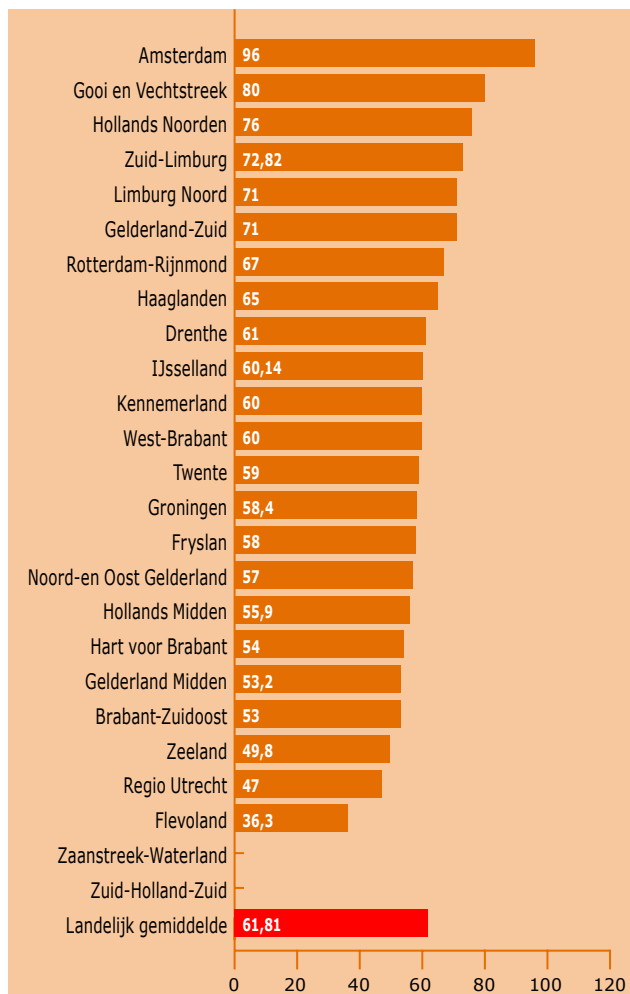
Aantal lijkschouwingen (door de GGD) per 100.000 inwoners exclusief euthanasie.

Aantal lijkschouwingen na euthanasie (door de GGD) per 100.000 inwoners.

Aantal lijkschouwingen (door de GGD) per 100.000 inwoners exclusief euthanasie

Toelichting

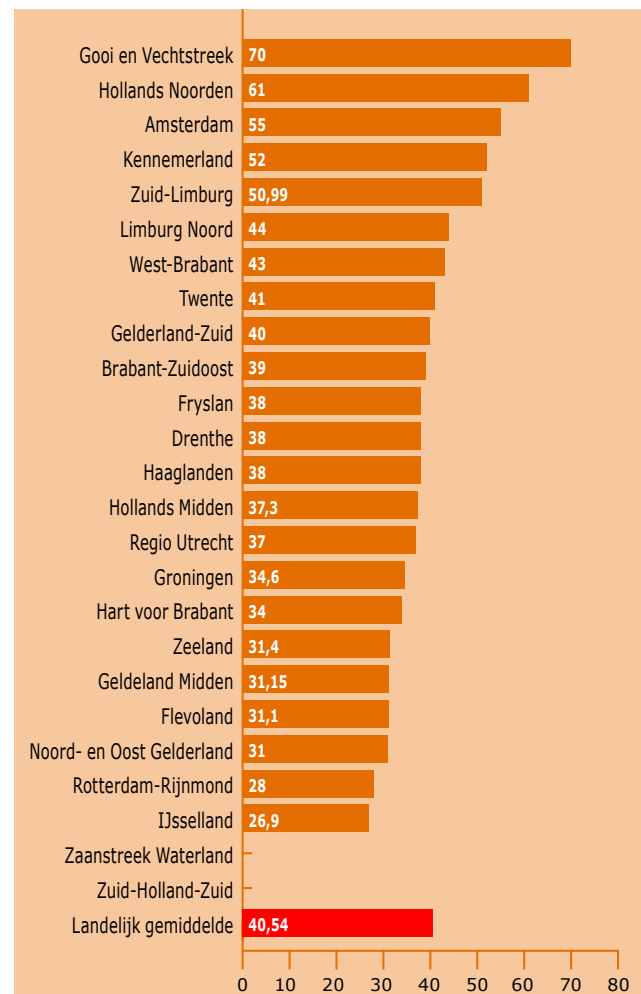
GGD Zaanstreek Waterland en GGD Zuid-Holland-Zuid voeren geen lijkschouwingen uit.



Aantal lijkschouwingen na euthanasie (door de GGD) per 100.000 inwoners

Toelichting

GGD Zaanstreek Waterland en GGD Zuid-Holland-Zuid voeren geen lijkschouwingen uit.





Bedrijfsvoering en Governance

Deze laatste categorie van benchmarkindicatoren laat zien hoe de resultaten van de GGD'en zijn op het gebied van bedrijfsvoering en Governance. De indicatoren die binnen dit onderwerp zijn uitgevraagd hebben betrekking op de wijze waarop de verschillende GGD'en hun overhead hebben ingericht, wat de gemiddelde leeftijd van het directe personeel is en ook wordt weergegeven hoe hoog het

ziekteverzuim is binnen de sector. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de inwonerbijdrage per GGD en hoe de verhouding is van de vaste en variabele financiering per GGD. De laatste indicator die is geselecteerd gaat over de Governancecode. Deze verzameling van indicatoren geeft een beeld van de sector, zowel wat betreft het personeel als de financiën.

Bedrijfsvoering & Governance

Som van het aantal FTE P&O, FC en Management op het totale aantal FTE (%).

Gemiddelde leeftijd direct personeel.

Percentage ziekteverzuim.

Inwonerbijdrage.

Verhouding vast ten opzichte van variabele financiering van de GGD.

Gebruikt u GGD de governancecode van de DPG?

Som van het aantal FTE P&O, FC en Management op het totale aantal FTE (%)

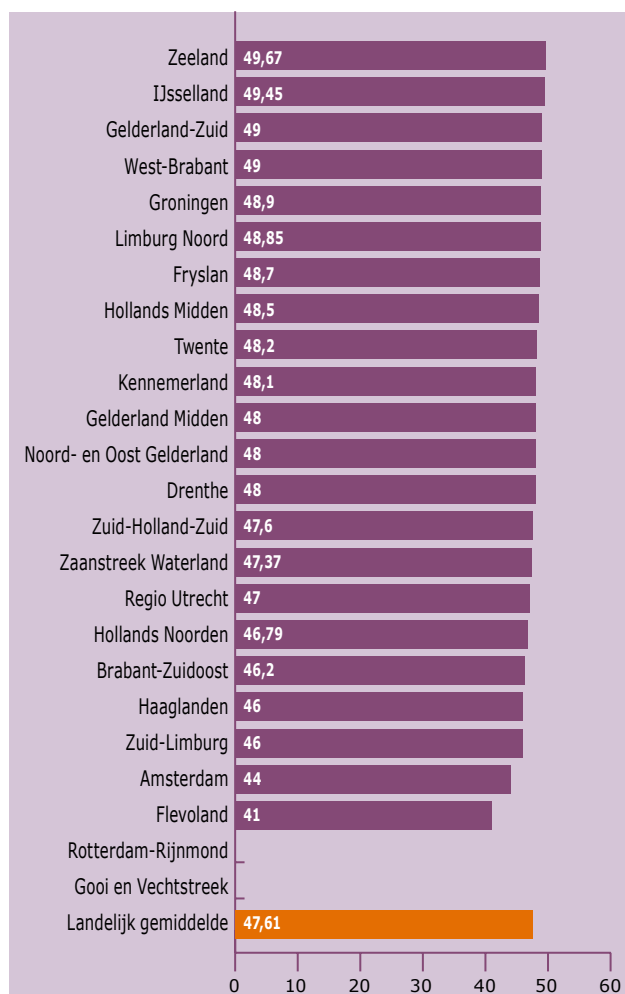
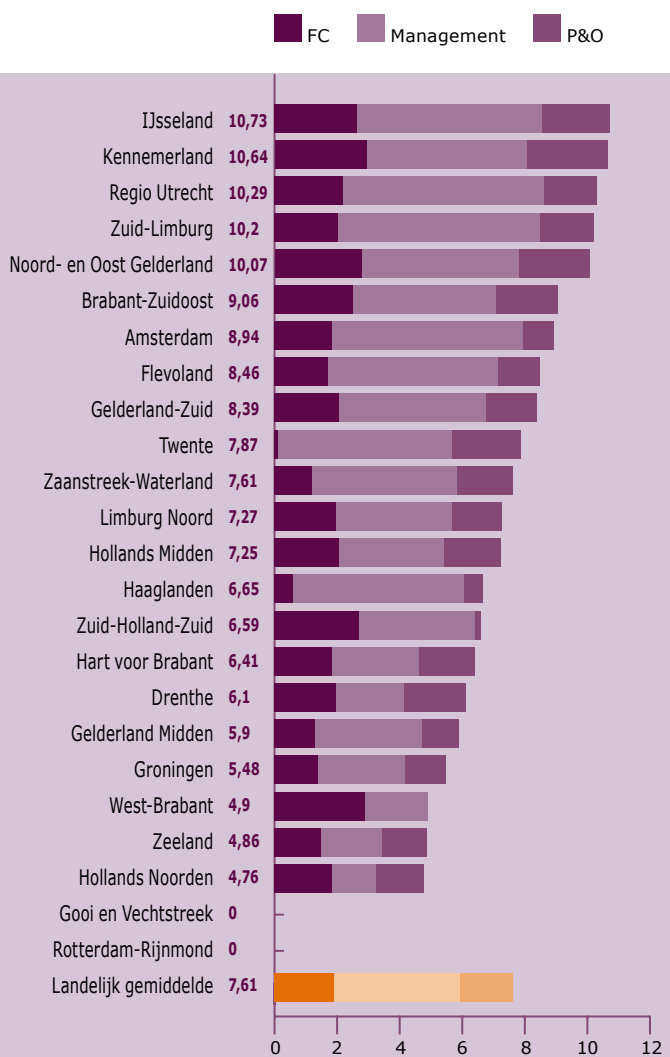
Deze indicator laat de verdeling van het aantal FTE zien van de verschillende overheadtaken binnen de GGD'en. Het gaat hierom het percentage overhead verdeeld in Personeel & Organisatie, Finance & Control en management van het totale aantal FTE dat in dienst is van de GGD.

Toelichting

Bij GGD Rotterdam-Rijnmond zijn de taken belegd binnen de gehele gemeentelijke organisatie, waardoor deze niet apart zijn te herleiden. GGD Gooi en Vechtstreek is onderdeel van een grotere regio en zodoende zijn deze gegevens ook niet herleidbaar.

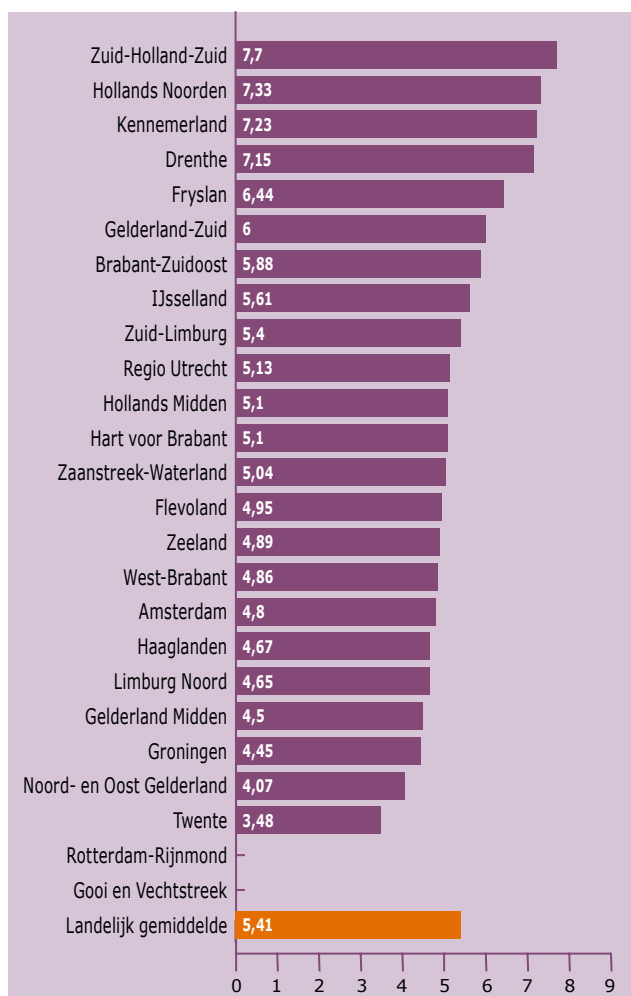
Gemiddelde leeftijd direct personeel

Uit onderstaand overzicht blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de GGD-medewerkers 47,5 jaar is. Het landelijk gemiddelde van de gehele beroepsbevolking in Nederland is 42 jaar. Er zijn geen grote verschillen waar te nemen tussen de verschillende regio's. Voor de GGD'en is het van belang om na te denken over het arbeidsmarktbeleid. De verwachting is dat over ongeveer 15 jaar een grote uitstroom van medewerkers zal plaatsvinden.



Percentage ziekteverzuim

Deze indicator meet ziekteverzuimpercentage aan de hand van de CBS-definitie: het aantal verzuimde kalenderdagen (inclusief weekenden) in de observatieperiode, gedeeld door de personeelsomvang (in voltijdequivalenten), vermenigvuldigd met het aantal kalenderdagen in de observatieperiode. Het ziekteverzuim is inclusief verzuim langer dan één jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof. Het landelijk gemiddelde van de GGD'en is 5,4 procent. In Nederland was het ziekteverzuimpercentage over de gehele beroepsbevolking 4 procent (CBS, 2018).

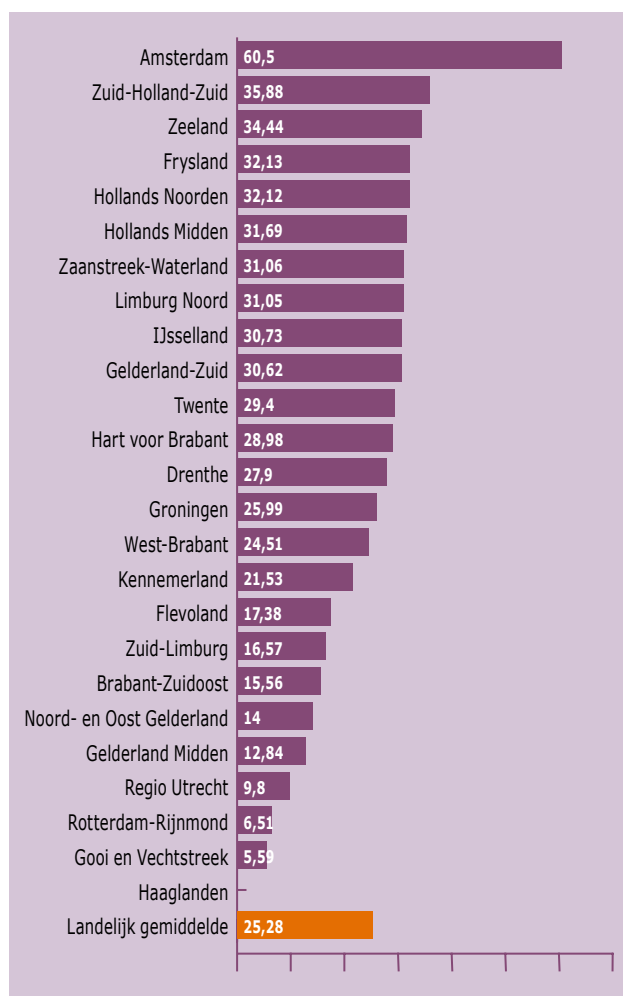


Inwonerbijdrage in euro's

In deze indicator wordt de bijdragen van de gemeente aan de GGD gedeeld door het aantal inwoners in het werkgebied. Het gaat hierbij om de bijdragen voor het basispakket, inclusief de Jeugdgezondheidszorg, exclusief de bijdrage voor de GHOR. Met deze indicator wordt dus aangegeven wat de gemeente per inwoner betaalt aan de GGD.

Toelichting

De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de GGD binnen de gemeentelijke organisatie opereert, en het daarom niet mogelijk is om een berekening te maken van de inwonerbijdrage.



0 10 20 30 40 50 60 70

Verhouding vast ten opzichte van variabele financiering van de GGD

GGD'en worden gefinancierd uit verschillende bronnen. Een deel van de financiering is vast en een deel variabel. In deze indicator wordt weergegeven hoe hoog het vaste deel van de financiering is per GGD. In het kader van het monitoren van het risico dat de GGD loopt, is het relevant te volgen of het aandeel structurele inkomsten van de GGD hetzelfde blijft, of kleiner wordt. Uit deze tabel blijkt dat het verschil tussen de verschillende GGD'en behoorlijk groot is. Gemiddeld bestaat iets meer dan de helft (54,15%) van de begroting van de GGD uit vaste financiering.

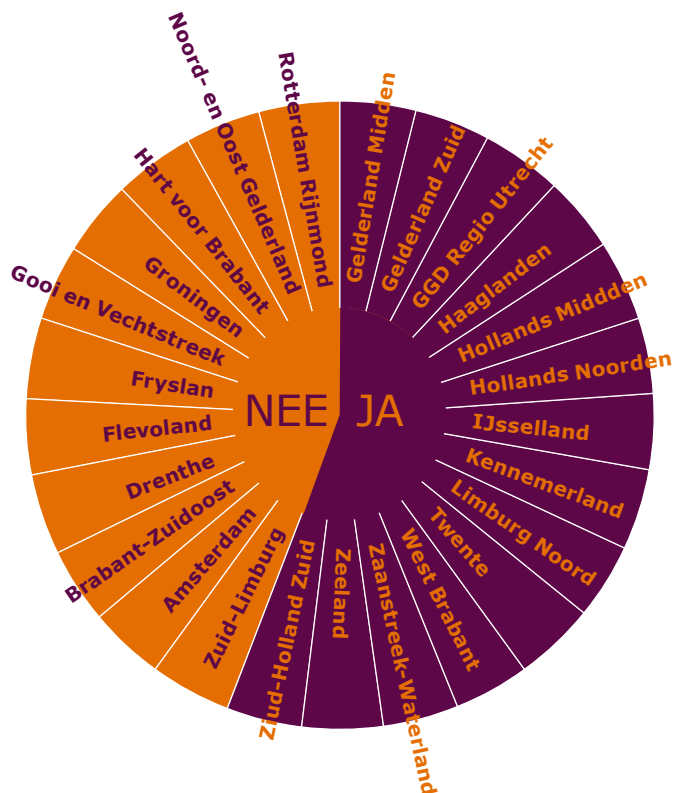
Toelichting

De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de GGD binnen de gemeentelijke organisatie opereert, en het daarom niet mogelijk is om een juiste berekening te maken van de vaste ten opzichte van de variabele financiering.

Gebruikt de GGD de model governancecode van GGD GHOR Nederland

De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is verantwoordelijk voor het in acht nemen van de governancecode. Zij gaan binnen hun regionale setting (de gemeenschappelijke regeling) hierover het gesprek aan met hun bestuur. Het doel is draagvlak te organiseren voor de door de DPG'en afgesproken principes en te komen tot een regionaal vastgestelde governancecode.

De DPG stelt zijn bestuur in staat regionale wensen te formuleren met betrekking tot de governance. En de DPG stelt zijn bestuur en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) in staat te toetsen of er wordt gewerkt volgens de governancecode. De DPG'en bespreken gezamenlijk tenminste tweejaarlijks of de modelgovernancecode nog adequaat is en voldoende uitnodigt tot reflectie. De modelgovernancecode is eind 2017 vastgesteld in de DPG-raad. Deze vaststelling vond plaats kort voor het moment van meting voor de benchmark en inmiddels zijn alle GGD'en aan de slag met de governancecode.





Lijst met afkortingen

DPG	Directeur Publieke Gezondheid
GGD	Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
GOR	Gezondheidsonderzoek bij rampen GGZ Geestelijke Gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IGJ	Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
IZB	Infectieziektebestrijding
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MMK	Medische Milieukunde
PSH	Psychosociale Hulpverlening
SES	Sociaaleconomische status
TBC	Tuberculose
THZ	Technische Hygiënezorg
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport



