













































































































Hieronder staat een aantal randvoorwaarden en te nemen stappen waardoor de GGD'en beter in staat zijn om inzicht te krijgen in het regionale aanbod:

- 1 Het CGL ondersteunt de GGD'en door een registratie-instrument te ontwikkelen om deze gegevens te verzamelen. Het gaat daarbij om een uniform, duurzaam systeem van monitoring van de implementatie van interventies. De basis is de I-database. Volgens het CGL is dit instrument eind 2010 ontwikkeld en in 2011 getest. Tevens zal het CGL per (type) interventie aangeven hoe het bereik het beste gemeten kan worden.
- 2 De GGD'en maken gebruik van het registratie-instrument dat het CGL ontwikkelt.
- 3 De I-database en het te ontwikkelen registratie-instrument van het CGL kan behulpzaam zijn, maar indien dit laatste niet tijdig beschikbaar of werkbaar is, dienen de GGD'en desalniettemin de gegevens in 2012 aan te leveren. De inspectie en GGD'en treden in dit geval in overleg om samen tot een oplossing te komen.
- 4 De GBI's leveren daar waar mogelijk informatie aan over interventies die ze zelf uitvoeren of waarvan ze het bereik weten, bijvoorbeeld door eigen onderzoek naar het bereik van interventies. Zowel Stivoro, het Trimbos-instituut als het Voedingscentrum hebben aangegeven daartoe bereid te zijn. Verdere afstemming vindt plaats via het CGL.
- 5 VWS eist van instellingen die subsidie ontvangen gegevens over het bereik aan te leveren en maakt afspraken met het CGL hoe deze aangeleverd kunnen worden aan de GGD'en. Het CGL neemt daarbij het initiatief. De inspectie zal VWS hierover informeren.
- 6 Gemeenten maken afspraken met instellingen die subsidie ontvangen om gegevens over het bereik aan te leveren (al dan niet via I-database). De GGD neemt daarvoor contact op met de gemeenten.
- 7 GGD Nederland en de inspectie informeren de GGD'en over de vastgestelde richtlijn.
- 8 De inspectie en GGD Nederland melden aan de VNG (ten behoeve van informatie aan de gemeenten) dat het inzicht verschaffen in interventies op regionaal niveau een minimale kwaliteitseis aan de GGD is (net zoals het inzicht hebben in de volksgezondheidstoestand).
- 9 De inspectie en GGD Nederland sturen aan relevante koepels van instellingen die onder toezicht staan van de IGZ (zoals Actiz, GGZ Nederland, etc.) een brief waarin staat aangegeven dat de GGD bezig is om het lokale inzicht te verschaffen en verzoekt organisaties om hun gegevens aan te leveren (via I-database dan wel rechtstreeks aan de GGD'en, afhankelijk van het registratie-instrument van het CGL).

#### **Activiteiten van de inspectie**

De inspectie zal tijdig aan GGD Nederland en de GGD'en aangeven hoe zij haar toezicht zal vormgeven. Zij ontwikkelt momenteel een indicator om deze gestelde richtlijn in het Gefaseerd Toezicht te verankeren. Ze zal in 2012 opnieuw vragen naar het meest recente overzicht (over 2010 of 2011). De inspectie zal dan ook navragen op welke wijze de GGD de gegevens aan de gemeenten presenteert. Voorafgaand aan het verschijnen van de Preventienota van 2014 zal ze (als onderdeel van de preventiecyclus) over de resultaten publiceren. Na 2014 zal ze nagaan of de GGD'en in staat zijn een volledig overzicht in aanbod en bereik van leeflijnterventies te verkrijgen (conform punt 9 van de richtlijn).

## Bijlage 4

### **Erkenning van interventies**

Sinds 2007 valt de onafhankelijke Erkenningcommissie Interventies onder gezamenlijke verantwoordelijkheid van het Nederlands Jeugdinstituut, het CGL en Jeugdgezondheid van het RIVM. Deze erkenningcommissie beoordeelt of de interventies gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl voldoen aan een aantal kwaliteitscriteria.

De Erkenningcommissie geeft drie niveaus van erkenningen af:

- 1 theoretisch goed onderbouwd (voorheen: in theorie effectief)  
De interventie is naar het oordeel van de Erkenningcommissie voldoende beschreven en onderbouwd. Ze beoordeelt dit aan de hand van de (theoretische) onderbouwing, degelijkheid van de methodiek en de uitvoering in de praktijk. Voor deze erkenning zijn geen resultaten uit effectonderzoek vereist.  
De erkenning 'theoretisch goed onderbouwd' wordt in bepaalde gevallen onder voorbehoud gegeven. Dan krijgt de indiener van de interventie een half jaar de gelegenheid extra informatie aan te leveren.
- 2 waarschijnlijk effectief  
Effectiviteit is naar het oordeel van de commissie sterk aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig.
- 3 bewezen effectief  
Effectiviteit is naar het oordeel van de Erkenningcommissie enigszins aannemelijk gemaakt. Hiervoor is minimaal resultaat uit onderzoek met een matige bewijskracht nodig.

Het merendeel van interventies die tot nu toe erkend zijn, zijn theoretisch goed onderbouwd.

Tot slot is er nog een startniveau. Interventies worden beoordeeld door professionals uit de praktijk en thema-instituten en krijgen het oordeel

- o Goed beschreven  
Het gaat om interventies die goed beschreven zijn, overdraagbaar zijn (door middel van bijvoorbeeld een handleiding) en waarnaar een procesevaluatie is gedaan. De interventies op deze lijst zijn niet per se van een theoretische onderbouwing voorzien of getoetst op hun effect.

In 2007 en 2008 werden interventies alleen nog erkend op het niveau 'theoretisch goed onderbouwd'. Vanaf april 2009 wordt ook erkend als 'waarschijnlijk effectief', 'bewezen effectief' en 'goed beschreven'. In de toekomst zal ook het erkenningniveau 'kosten-effectief' gaan gelden. Deze erkenning duidt op een hoge doelmatigheid.

# Bijlage 5

## Referentiekader voor aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Referentiepunten	Toelichting
<b>Het lokale gezondheidsbeleid</b>	
1	<p>Het terugdringen van gezondheidsverschillen is een expliciete doelstelling/ambitie in de lokale nota gezondheidsbeleid. Daarbij dienen de nota en/of uitvoeringsplannen te specificeren om welke (etnische) groepen/gebieden (zoals bijvoorbeeld wijken) het gaat.</p> <p>De gemeente geeft in de nota aan waar ze zich mee bezig gaat houden. Niet alleen de wijk maar ook het probleem kan het vertrekpunt zijn. De gemeente moet expliciet maken om wie het gaat en dit vastleggen. Tenminste in uitvoeringsplannen moet wel staan wat de doelgroep is en hoe deze bereikt wordt: wat gaat de gemeente waar doen. De inzet kan per preventiepeerpunt verschillend zijn.</p>
2	<p>In de lokale nota is onderbouwd welke (etnische) groepen of gebieden gezondheidsachterstanden hebben op tenminste de speerpunten van preventiebeleid, gebaseerd op de staat van de volksgezondheid.</p> <p>De keuze voor de wijken en/of (etnische) groepen en gezondheidsachterstanden waarop wordt ingezet is beargumenteerd. De aandachtspunten en groepen worden expliciet benoemd. Gegevens uit de monitor van de GGD of andere gezondheidsgegevens op wijk-, groep- of gebiedsniveau laten zien waarom en welke gezondheidsachterstanden zich juist daar voordoen. Gezien de nationale beleidsfocus moeten de speerpunten het minimale aandachtspunt zijn.</p>
3	<p>De gemeente heeft concrete meetbare doelstellingen vastgesteld voor het verminderen van gezondheidsachterstand op tenminste het gebied van de speerpunten.</p> <p>De gemeente stelt concrete doelen op wijk/gebied of groepsniveau. Dit is nodig om te kunnen toetsen of er een verandering in gang gezet wordt. Streefcijfers zijn soms niet mogelijk: trendbreuk of procesuitkomsten zijn dan een goed alternatief.</p>
<b>Het pakket van maatregelen</b>	
4	<p>De gemeente geeft de GGD of een andere instelling binnen of buiten de gemeente opdracht een pakket (aanpak) samen te stellen dat aannemelijk maakt dat de gestelde doelen worden gehaald.</p> <p>De gemeente hoeft het pakket niet zelf te bedenken. De inhoud van de aanpak wordt door professionals samengesteld, die aangeven wat de beste aanpak is om de doelstellingen te halen.</p>
5	<p>De gemeente betreft de doelgroepen (relevante wijkorganisaties, vertegenwoordigers van bijzondere groepen) actief:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– door bij de beleidsvoorbereiding met hen te spreken over de doelen van de aanpak en de aanpak zelf;</li> <li>– door het uitvoeringsprogramma met hen te bespreken zodra dit is vastgesteld door de gemeente.</li> </ul> <p>Om tot gezamenlijk gedragen doelen te komen, legt de wethouder bij het vaststellen van zijn doelen deze aan de sleutelfiguren van de bijzondere groepen voor. Hetzelfde geldt in een later stadium voor het door de GGD (of andere uitvoerder) samengesteld actiepakket. Dit wordt door de wethouder met diezelfde vertegenwoordigers besproken om het draagvlak daarvoor te vergroten.</p>
6	<p>Er zijn schriftelijk vastgelegde bestuurlijke samenwerkingsafspraken, bijvoorbeeld een convenant, met in elk geval onderwijs, sport, welzijn, ruimtelijke ordening, zorgverzekeraar en de eerstelijnszorg, waarin staat welke bijdrage de ondertekenaars leveren aan het behalen van de gestelde doelen.</p> <p>De gemeente moet de partijen op hun verantwoordelijkheid kunnen aanspreken. De vorm van de afspraken is ondergeschikt aan de inhoud. De bestuurlijke partners, nodig om het gestelde doel te halen, zijn altijd medeondertekenaar van de bestuurlijke samenwerkingsafpraak.</p>

7	<p>In de lokale nota is benoemd dat er collegebreed aandacht is voor gezondheidsverschillen. Ook is in de nota genoemd welke bijdragen aan het terugdringen van gezondheidsverschillen worden geleverd, door in ieder geval de gemeentelijke afdelingen sport, onderwijs, welzijn, ruimtelijke ordening en sociale zaken.</p> <p>De wethouder heeft draagvlak gecreëerd binnen het college voor de vermindering van gezondheidsverschillen in achterstandswijken. Uitgangspunt is dat het terugdringen van gezondheidsverschillen alleen haalbaar is in samenwerking met andere sectoren binnen de gemeente. Het gaat daarbij om een integrale aanpak van de preventie speerpunten.</p>
<b>Financiering</b>	
8	<p>De gemeente is op de hoogte van tijdelijke nationale subsidies of ondersteuning (zoals BOS-impuls, NASB, convenant overgewicht) en spant zich in om hieraan gericht deel te kunnen nemen.</p> <p>De gemeente maakt gebruik van de extra mogelijkheden die nationaal worden geboden om gezondheidsachterstanden te bestrijden indien dit binnen de doelen past. De gemeenten moet in elk geval op de hoogte zijn van welke initiatieven er zijn.</p>
9	<p>Er is binnen de gemeente structureel budget vrijgemaakt dat passend is om de gestelde doelen en bijbehorende uitvoering te kunnen realiseren.</p> <p>Als er een set van activiteiten is vastgesteld moet per activiteit voldoende budget zijn om het pakket/deze set te kunnen uitvoeren, zodat de doelen ook gehaald kunnen worden.</p>
<b>Zicht op activiteiten</b>	
10	<p>De gemeente evalueert op inzichtelijke wijze het gezondheidsbeleid tussentijds zowel op proces als inhoud zodat tijdige bijsturing door de wethouder mogelijk is. Er is minimaal voorzien in een eindevaluatie die als input dient voor de volgende nota gezondheidsbeleid.</p> <p>Door het proces te monitoren kan de wethouder, indien noodzakelijk, tijdig bijsturen. Het effect van de aanpak is misschien niet altijd al na een jaar zichtbaar, omdat het langdurige ontwikkelingen zijn die van vele factoren afhankelijk zijn. Desalniettemin moet er wel gemonitord worden om, zodra er wel een opvallende verandering gaande is (slecht of goed), indien nodig aanpassingen te doen in de aanpak. De wijze en frequentie van evaluatie kan dan dus verschillen, maar dit moet wel onderbouwd zijn.</p>

## Bijlage 6

### Werkwijze project gezinnen met geringe sociale redzaamheid

#### **Literatuuronderzoek en praktijkbezoeken**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Inspectie jeugdzorg en de Inspectie van het Onderwijs hebben allereerst in de literatuur gezocht naar voorwaarden voor verantwoorde zorg aan gezinnen met geringe sociale redzaamheid. Vervolgens hebben de inspecties praktijkbezoeken gebracht, waarbij zij gezocht hebben naar goede voorbeelden van de in de literatuur benoemde randvoorwaarden.

De gevonden randvoorwaarden zijn tijdens een expertmeeting in november 2008 voorgelegd aan het veld, waarna ze zijn aangescherpt.

#### **Regionale bijeenkomsten met gemeenten**

Hierna zijn de randvoorwaarden gepresenteerd en besproken in 17 regionale bijeenkomsten, waarvoor in totaal 25 middelgrote gemeenten waren uitgenodigd. Dit zijn: Alkmaar, Almere, Amersfoort, Apeldoorn, Arnhem, Assen, Breda, Den Bosch, Dordrecht, Ede, Eindhoven, Groningen, Haarlem, Haarlemmermeer, Heerlen, Hoorn, Leeuwarden, Leiden, Maastricht, Middelburg, Nijmegen, Roermond, Tilburg, Venlo en Zwolle.

Voor de bijeenkomsten, die in de eerste helft van 2009 plaatsvonden, waren in de betreffende regio relevante en bij de inspecties bekende ketenpartners op het gebied van gezondheidszorg, jeugdzorg, speciaal onderwijs en wonen uitgenodigd. In enkele regio's zijn twee middelgrote gemeenten samen uitgenodigd voor één regionale bijeenkomst, omdat deze gemeenten dicht bij elkaar liggen. De vier grote steden werden niet uitgenodigd, omdat daar al veel verbetertrajecten in de zorg voor ouders en kinderen lopen.

Tijdens de regionale bijeenkomsten hebben de inspecties aan de aanwezige vertegenwoordigers gevraagd of de gepresenteerde randvoorwaarden gedeeld werden en in hoeverre deze randvoorwaarden al gerealiseerd zijn in de betreffende regio. Tevens hebben de inspecties gevraagd welke partner als contactpersoon zou willen fungeren voor vervolgacties, gericht op het realiseren van de genoemde randvoorwaarden. Aan iedere regio is een vaste contactinspecteur gekoppeld.

De inspecties hebben met alle contactpersonen van de 25 regio's een vervolgtraject op maat afgesproken, waarbij er regelmatig contact is tussen de inspecties en de contactpersoon van de regio.

#### **Extra aandacht voor regio's met veelbelovende ontwikkelingen**

Vijf regio's krijgen extra aandacht. De inspecties volgen deze vijf regio's intensief, omdat er veelbelovende initiatieven zijn gestart of andere ontwikkelingen gaande zijn die de realisatie van de gestelde randvoorwaarden dichterbij zouden kunnen brengen. Met hun betrokkenheid laten de inspecties zien dat zij met de hun ten dienste staande middelen deze regio's positief willen ondersteunen.

## Bijlage 7

### Werkwijze project stelselmatige delictplegers

Op 2 maart 2009 organiseerden de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Sanctietoepassing een expertmeeting met vertegenwoordigers van gemeenten, justitie en de GGZ. Het doel van deze bijeenkomst was consensus te bereiken over de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn om te komen tot verantwoorde ketenzorg voor stelselmatige delictplegers met psychische of psychiatrische problematiek.

De inspecties hebben deze voorwaarden verwerkt in een concept toetsingskader. Daarbij is het toetsingskader van Integraal Toezicht Jeugdzaken als voorbeeld gebruikt. Dit toetsingskader is gericht op ketentoezicht, wat het ook toepasbaar maakt voor toezicht op de zorgketen voor, tijdens en na detentie.

In de maanden juli tot en met november van 2009 hebben de inspecties aan de hand van dit concept toetsingskader gesprekken gevoerd in vijf regio's (Assen, Zwolle, Amsterdam, Breda en Roermond) met een penitentiaire inrichting, één of meerdere organisaties voor geestelijke gezondheidszorg, de gemeente, en voor zover aanwezig, het veiligheidshuis. In alle gesprekken is het werkgebied van de betreffende gesprekspartner als uitgangspunt genomen. Dat betekent dat het begrip 'regio' voor iedere netwerkspeler een andere betekenis heeft.

Het doel van deze gesprekken was tweeledig:

- in de praktijk testen of de genoemde randvoorwaarden een goed en volledig beeld geven van de ketenzorg voor de doelgroep in de betreffende regio;
- nagaan in hoeverre deze voorwaarden in de praktijk van de betreffende regio's zijn gerealiseerd.

In deze gesprekken hebben de inspecties duidelijk aangegeven dat zij hiermee (nog) geen 'klassiek toezichtbezoek' brengen, maar dat het doel is om het veld met deze bezoeken te stimuleren en faciliteren om te komen tot verantwoorde ketenzorg.

Na de individuele gesprekken zijn alle geïnterviewden uitgenodigd voor een gezamenlijke regionale bijeenkomst, waar de inspecties hun beeld van de betreffende regio hebben gepresenteerd. Deze bijeenkomsten vonden plaats in november en december 2009. Aan de hand van de genoemde randvoorwaarden hebben de inspecties aangegeven welke voorwaarden wel en welke niet (voldoende) zijn aangetroffen in de betreffende regio. Indien de deelnemers dit beeld herkenden, is gezamenlijk gekeken naar mogelijkheden om deze voorwaarden alsnog te realiseren, waarbij werd gestreefd naar concrete afspraken tussen de partners.

Met de gesprekspartners uit iedere regio is een follow-up afspraak gemaakt om na verloop van tijd opnieuw te kijken naar de voortgang van deze afspraken.

## Bijlage 8

### Afkortingenlijst

ACT	Assertive Community Treatment
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
B&W	Burgemeester & Wethouders
BOS-impuls	Buurt, Onderwijs, Sport project
CIZ-indicatie	Centrum Indicatiestelling Zorg
CGL	Centrum voor Gezond Leven
cVTV	Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenning
DPAN	Digitaal Platform Aansluiting Nazorg
GBI	Gezondheidsbevorderend instituut
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
I-database	Interventiedatabase
ISt	Inspectie voor de Sanctietoepassing
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen
LOCCOO	Lesprogramma's, Omgevingsinterventies, Cursussen, Campagnes, Ondersteunend beleid/materiaal en Onderzoek/signalering
MIS	Minimale Interventie Strategie
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NHS	Nederlandse Hart Stichting
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SGZ	Staat van de Gezondheidszorg
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden
SPV-er	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
ZAT	Zorg- en AdviesTeams
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie