



Inspectie voor de Gezondheidszorg
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Verantwoordingsdocument bij de Staat van de Gezondheidszorg 2010 – Deel 1

Datum 22 maart 2010
Auteur SH

Inhoud

	Inleiding—5
1.1	Aanleiding en belang—5
1.2	Werkwijze—5
1.3	Opzet van het document—6
2	Beschikbaarheid en kwaliteit van indicatoren—7
2.1	Resultaten beschikbaarheid en kwaliteit van de indicatoren—7
2.2	Conclusies beschikbaarheid en kwaliteit van de aangeleverde indicatoren—9
3	Resultaten per indicator—11
3.1	Indicator 1.1 HKZ—11
3.2	Indicator 2.1 Profylaxe van Hepatitis B bij kinderen van HBV-draagsters—12
3.3	Indicator 2.2 Amblyopie—13
3.4	Indicator 2.3 Vaccinatiegraad (RVP)—15
3.5	Indicator 2.4 Bereik Jeugdgezondheidszorg—15
3.6	Indicator 2.5 Overgewicht—17
3.7	Indicator 2.6 Roken—18
3.8	Indicator 2.7 Alcohol—20
3.9	Indicator 2.8 Veilig vrijen jeugd—21
3.10	Indicator 2.9 Kindermishandeling—23
3.11	Indicator 2.10 Psychosociale problemen (0-19 jaar)—26
3.12	Indicator 3.1 Snelheid van melden infectieziektebestrijding—27
3.13	Indicator 3.2 Het oefenen van draaiboeken voor bestrijding van uitbraken infectieziekten door onder andere GGD—29
3.14	Indicator 3.3 Artikel 36 meldingen—31
3.15	Indicator 3.4 Tuberculose—33
3.16	Indicator 3.5 Hepatitis B vaccinatie—35
3.17	Indicator 4.1 Roken—36
3.18	Indicator 4.2 Alcoholgebruik—37
3.19	Indicator 4.3 Overgewicht en obesitas—38
3.20	Indicator 5.1 Eenzaamheid, depressie, angststoornissen en suicides—40
3.21	Indicator 5.2 Huiselijk geweld—44
3.22	Indicator 5.3 Risicogroepen OGGZ—46
3.23	Indicator 6.1 Geluidsoverlast—48
3.24	Indicator 6.2 Binnenhuismilieu—49
4	Resultaten interventieaanbod en analyserende gesprekken over speerpunten—51
4.1	Werkwijze—51
4.2	Resultaat interventieaanbod overgewicht—51
4.3	Resultaat interventieaanbod roken—55
4.4	Resultaat interventieaanbod schadelijk alcoholgebruik—59
4.5	Resultaat interventieaanbod depressie—62
4.6	Resultaat erkende interventies in handleidingen—64
4.7	Resultaat inzicht in aanbod en bereik van interventies—64
4.8	Conclusies—65
4.8.1	Algemeen: Verbetering mogelijk van gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht op bevorderen van gezond gedrag—65
4.8.2	Programmatische aanpak—65
4.8.3	Te weinig erkende interventies in de leeflijnen—66
4.8.4	Te weinig inzicht in het interventieaanbod—67

5 Het vervolg op de eerste fase—69

- 5.1 Verantwoording vervolg van de eerste fase—69
- 5.1.1 Verschillende toezichtactiviteiten en informatiecategorieën—69
- 5.1.2 Motivatie voor activiteiten na eerste fase—70
- 5.2 Vervolg HKZ-certificering—71
- 5.3 Vervolg aanleveren indicatoren—72
- 5.4 Herziening indicatorenset—73

Bijlage 1 Lijst van GGD'en opgenomen in het onderzoek—75

Bijlage 2 Methodologische verantwoording—76

Bijlage 3 Beschikbaarheid indicatoren infectieziektebestrijding—78

Bijlage 4 Afkortingenlijst—80

Bijlage 5 Interventieaanbod en bereik—81

Literatuurverwijzing—92

1 Inleiding

Dit document dient als verantwoordingsdocument voor deel 1 van het rapport Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) 2010¹. In dit eerste hoofdstuk staat de inspectie stil bij de aanleiding en de werkwijze van het uitgevoerde toezicht en de opzet van het document.

1.1 Aanleiding en belang

De publieke gezondheidszorg staat voor de uitdaging om de negatieve trends in de volksgezondheid te keren². Omdat de aanpak van deze problemen vooral in de preventieve en minder in de curatieve gezondheidszorg gezocht moet worden, is het een uitdaging om het toezicht meer in te zetten op de kwaliteit en effectiviteit van de preventieve zorg. Een van de doelstellingen in het Meerjarenbeleidplan 2008-2011³ van de inspectie is daarom het effectiever maken van preventie. Een andere doelstelling in het Meerjarenbeleidplan is het vergroten van de transparantie van de geleverde kwaliteit van zorg. Voor de publieke gezondheidszorg is hiervoor in 2007 een basisset indicatoren⁴ ontwikkeld. De toezichthoudende rol van de inspectie op de publieke gezondheidszorg is verankerd in artikel 64 van de Wet publieke gezondheid⁵ (WPG).

1.2 Werkwijze

De inspectie heeft de conclusies van deel 1 van de SGZ grotendeels gebaseerd op eigen onderzoek en deels op twee onderzoeken die de inspectie heeft uitbesteed. In dit document staan de resultaten van het onderzoek dat de inspectie zelf heeft uitgevoerd.

Allereerst zijn dat alle resultaten van het toezicht op de publieke gezondheidszorg dat de inspectie in 2008 heeft uitgevoerd, omdat deze niet allemaal vermeld staan in de SGZ 2010.

Het betreft hier enerzijds indicatoren die inzicht geven in de werking van de preventiecyclus en bijzondere risico's voor de volksgezondheid (uitkomst- of volksgezondheidsindicatoren). Ook gaat de inspectie hiermee na of de GGD'en aan de wettelijke verplichting voldoen om inzicht te geven in de gezondheidstoestand van de bevolking ter ondersteuning van het gemeentelijk beleid.

Anderzijds betreft het kwaliteits- of outputindicatoren die inzicht geven in het presteren van de GGD, in het bijzonder op het gebied van de jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding. Ook heeft de inspectie geïnventariseerd of de GGD de benodigde HKZ-certificaten voor de verschillende taakvelden had behaald. Door middel van certificering op basis van HKZ-schema's borgen GGD'en de kwaliteit van zorg. Hierdoor hoeft de inspectie geen algemeen toezicht meer uit te voeren op basis van uitgebreide vragenlijsten over kwaliteitskaders en professionele standaarden.

Ten slotte staan in dit document de resultaten over het interventieaanbod en bereik die de inspectie bij de GGD'en heeft opgevraagd en de informatie uit de analyserende gesprekken die de inspectie met alle GGD'en in 2008 en 2009 heeft gevoerd.

Het toezicht heeft betrekking op alle nu nog bestaande 29 GGD'en in Nederland waarvoor in totaal 34 vragenlijsten zijn ingevuld in 2008. In bijlage I staan de namen van de GGD'en zoals de inspectie ze in 2008 heeft aangeschreven.

Bij het toezicht heeft de inspectie gebruik gemaakt van de indicatoren uit de basisset 2007. Begin 2008 hebben alle GGD'en een digitale vragenlijst ontvangen met het verzoek de indicatoren, ook die voor de jeugd in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, in mei 2008 bij de inspectie aan te leveren. De inspectie heeft daarnaast voor de vier rijksspeerpunten^a (roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie) geïnterviewd over welke gegevens de GGD'en beschikken ten aanzien van aanbod en bereik van interventies. De resultaten heeft de inspectie in de periode oktober 2008 tot en met januari 2009 in elke GGD-regio in een analyserend gesprek besproken met de GGD-directie en een vertegenwoordiger van het GGD-bestuur. Daarnaast heeft de inspectie per GGD-regio een rapport opgesteld op basis van de aangeleverde gegevens en deze voor het gesprek aan de GGD toegezonden. Elke GGD heeft in 2008/2009 op basis van de eigen informatie over de indicatoren en interventies, en het gesprek met de inspectie, een individueel verslag ontvangen.

In dit verantwoordingsdocument beschrijft de inspectie de resultaten nader. In bijlage II staat de methodologische verantwoording van het gefaseerd toezicht.

1.3 Opzet van het document

Hoofdstuk 2 beschrijft de beschikbaarheid en de kwaliteit van de aangeleverde indicatoren. In hoofdstuk 3 staan de resultaten van het gefaseerd toezicht per indicator beschreven.

De inspectie beschrijft in hoofdstuk 4 de resultaten van de inventarisatie van het interventieaanbod op basis van de aangeleverde informatie over de interventies uit de leeflijnen en de analyserende gesprekken. In hoofdstuk 5 geeft de inspectie aan voor welke taken van de publieke gezondheidszorg zij het toezicht heeft voortgezet, op welke wijze en wat dit heeft opgeleverd.

^a De inspectie richt zich op de speerpunten waarvoor een handleiding is geschreven, inclusief een leeflijn met daarin een overzicht van het interventieaanbod. Het speerpunt diabetes ontbreekt daarom.

2 Beschikbaarheid en kwaliteit van indicatoren

Het kunnen uitvoeren van het gefaseerd toezicht is sterk afhankelijk van de beschikbaarheid en kwaliteit van de aangeleverde indicatoren. De inspectie staat daarom in dit hoofdstuk eerst stil bij de beschikbaarheid en kwaliteit van alle aangeleverde indicatoren.

2.1 Resultaten beschikbaarheid en kwaliteit van de indicatoren

De indicatorenset bestaat uit 24 indicatoren verdeeld over in totaal 96 subindicatoren. De GGD'en moesten zelf 86 subindicatoren aanleveren. De overige 10 subindicatoren zijn afkomstig uit een externe bron. De GGD die het meest kon aanleveren was in staat 83 van de 86^b (sub)indicatoren aan te leveren, en de GGD die het minst kon aanleveren 50 (sub)indicatoren^c.

Om de kwaliteit te beoordelen voor alle aangeleverde indicatoren uit de Basisset Indicatoren Openbare Gezondheidszorg (OGZ), is de IGZ nagegaan of deze voldeden aan de gestelde eisen. Per indicator heeft IGZ een aantal criteria meegewogen. De belangrijkste criteria waren: het cijfer is uit het juiste peiljaar of niet ouder dan vier jaar, de instelling heeft de juiste leeftijdsgroep bevestigd en de juiste vraagstelling gehanteerd.

Voor de indicatoren over de jeugd van 0 tot 4 jaar nam IGZ in haar oordeel ook mee of het cijfer van alle Jeugdgezondheidszorg(JGZ)-instellingen in de GGD-regio bekend was en of het cijfer gebaseerd was op exacte data uit een registratie of op een schatting. In onderstaande figuren is per indicator weergegeven hoeveel GGD'en het cijfer correct hadden aangeleverd, aangeleverd maar niet volgens de eisen van IGZ, of niet hadden aangeleverd.

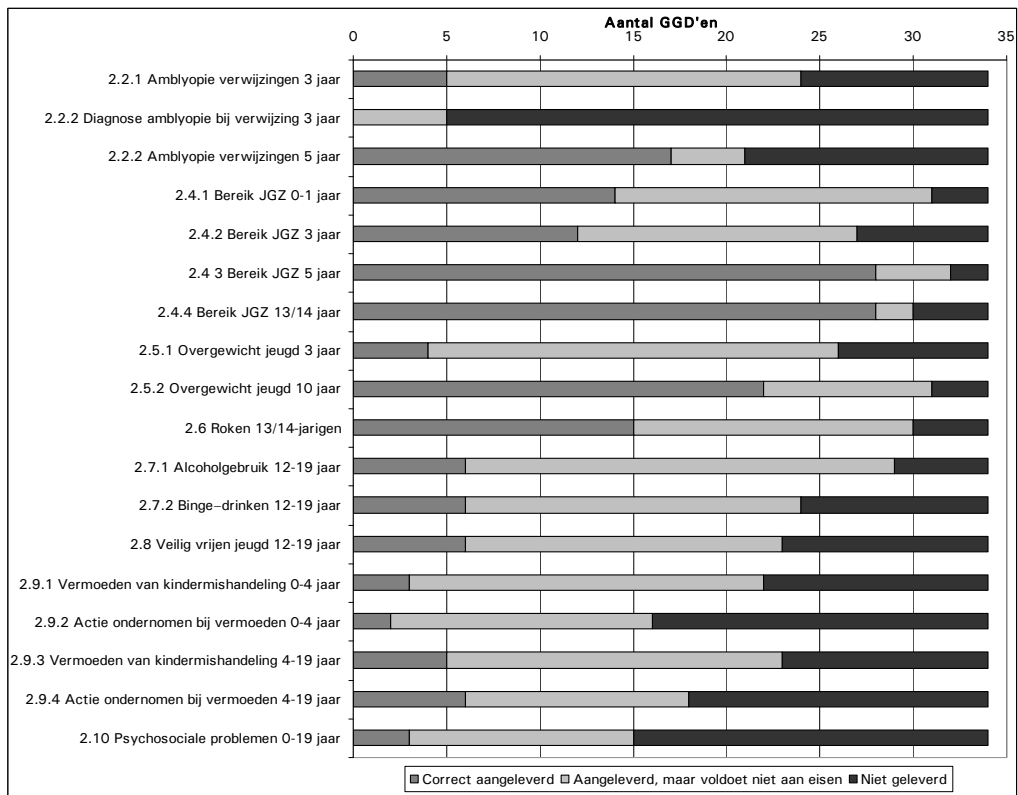
De indicatoren voor de taak infectieziektebestrijding heeft de inspectie, met uitzondering van de indicator Snelheid melden van infectieziekten, niet getest in de pilot in 2005 of 2006. Het onderscheid of een indicator wel of niet correct is aangeleverd, maakt de inspectie daarom niet.

De indicatoren die IGZ heeft verkregen uit externe bronnen staan niet in de onderstaande figuren vermeld, evenals de indicator HKZ die alle GGD'en hebben aangeleverd.

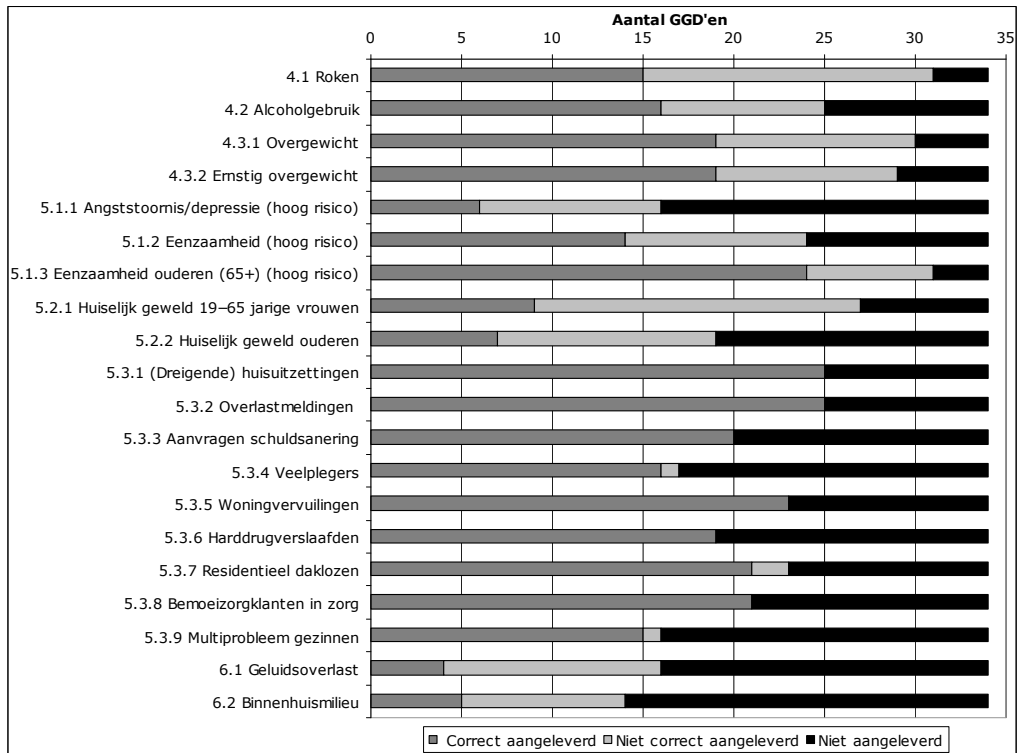
Voor de indicator Risicogroepen OGGZ heeft de inspectie minder strenge eisen gehanteerd omdat landelijke afspraken over de definities nog ontbraken.

^b De totale set omvat 96 subindicatoren. Niet alle indicatoren hoeven de GGD'en zelf aan te leveren. In de telling zijn niet meegenomen de indicatoren: Hepatitis B zuigelingen, Vaccinatiegraad BMR (RVP), Snelheid meldingen infectieziekten en Suicide.

^c Drie gefuseerde GGD'en hadden minder indicatoren aangeleverd (38 of meer indicatoren). Deze GGD'en zijn hier niet meegeteld.



Figuur 1
Kwaliteit en beschikbaarheid voor de indicatoren voor de jeugd (0-19 jaar)



Figuur 2
Kwaliteit en beschikbaarheid van de indicatoren volwassenen (19-65 jaar) en ouderen (65+)

De beschikbaarheid van de indicatoren voor de taak infectieziektebestrijding, zonder onderscheid of deze correct zijn aangeleverd, staan in de tabel in bijlage III. De tabel geeft per subindicator aan of deze is aangeleverd of niet aangeleverd/onbekend is.

2.2 Conclusies beschikbaarheid en kwaliteit van de aangeleverde indicatoren

Het aantal indicatoren dat de afzonderlijke GGD'en aanleverden verschilde sterk. Geen enkele GGD was in staat om alle indicatoren aan te leveren. GGD'en leverden tussen de 58% en 97% van de subindicatoren aan.

Vrijwel alle GGD'en waren in staat de gegevens aan te leveren over de indicatoren met betrekking tot de gezondheidstoestand van de vier speerpunten roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie (gemiddeld 80%). De indicatoren voor volwassenen waren het best beschikbaar, die voor jeugd in de leeftijd 0-4 jaar het minst. Dit heeft te maken met de verschillende JGZ-zorginstellingen binnen een GGD-regio, maar ook met het ontbreken van een Digitaal dossier JGZ (DD JGZ).

De kwaliteit van de aangeleverde data was meestal nog onvoldoende. De gegevens werden vaak niet op uniforme wijze verzameld. Dit maakt vergelijking tussen de GGD'en lastig.

De inspectie verwachtte van de GGD dat zij gegevens die gebaseerd waren op de Lokale en nationale monitor (LNM) beschikbaar had, indien dit redelijkerwijs mogelijk was. Dat wil zeggen dat er een goede standaardvraagstelling was die al enige tijd in gebruik was. De inspectie hield daarbij rekening met de cyclus die de GGD volgt om eens in de vier jaar gegevens te verzamelen over de volksgezondheidssituatie.

In hoofdstuk 5 staat beschreven welk vervolg de inspectie heeft gegeven aan de eerste fase met betrekking tot de beschikbaarheid en kwaliteit van de indicatoren.

3 Resultaten per indicator

In dit hoofdstuk beschrijft de inspectie de resultaten voor alle indicatoren uit de Basisset OGZ die de GGD'en hebben aangeleverd. Deze resultaten zijn gebaseerd op de aangeleverde data uit mei 2008.

3.1 Indicator 1.1 HKZ

Beschikbare indicatoren

De inspectie heeft een indicator benoemd om te achterhalen of de GGD is gecertificeerd voor de deelschema's voor de volgende acht taakgebieden:

- Algemene infectieziektebestrijding
- Technische hygiënezorg
- Reizigersadvisering
- Aanvullende curatieve SOA-bestrijding
- Epidemiologie en beleidsadvisering
- Medische Milieukunde
- Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Daar waar de GGD niet de JGZ 0-4 uitvoert vraagt de indicator naar de certificering van de JGZ-instelling.

Bron^d

GGD-registratie

Norm

Een aantal jaren geleden heeft de inspectie met GGD Nederland afgesproken dat alle GGD'en twee jaar na het uitkomen van een certificatieschema dit certificaat moeten hebben behaald. IGZ heeft haar norm versoepeld naar drie jaar. Dit betekent dat in 2008 alle GGD'en in het bezit moesten zijn van het HKZ-certificaat voor de Jeugdgezondheidszorg en drie van de vier deelcertificaten van de infectieziektebestrijding namelijk Algemene infectieziektebestrijding, Technische hygiënezorg en Reizigersadvisering.

Resultaten

Begin 2008 voldeden 8 GGD'en aan de norm van de inspectie, dat wil zeggen dat zij de benodigde vier (deel)certificaten hadden behaald. Eind 2008 hadden 18 GGD'en alle vier de certificaten behaald.

Twee GGD'en hadden begin 2008 alle HKZ-certificaten behaald, eind 2008/begin 2009 waren dit vier GGD'en.

Conclusie

Ruim de helft van de GGD'en voldeed eind 2008 aan de norm die IGZ had gesteld voor dat jaar. De certificering verliep trager dan verwacht maar de GGD'en lieten een goede vooruitgang zien.

De IGZ heeft een vervolg gegeven aan het toezicht om te bevorderen dat alle GGD'en aan de norm gaan voldoen (zie hoofdstuk 5).

^d De bron kan zijn de registratie van de GGD of JGZ-instelling (DD JGZ) of een monitor gezondheid (jeugd, volwassenen of ouderen). Voor enkele indicatoren gebruikt IGZ een externe bron.

3.2 Indicator 2.1 Profylaxe van Hepatitis B bij kinderen van HBV-draagsters

Beschikbare indicatoren

Vaccinatiegraad van Hepatitis B bij kinderen (leeftijd 0 maanden) van HBV-draagsters (eerste vaccinatie).

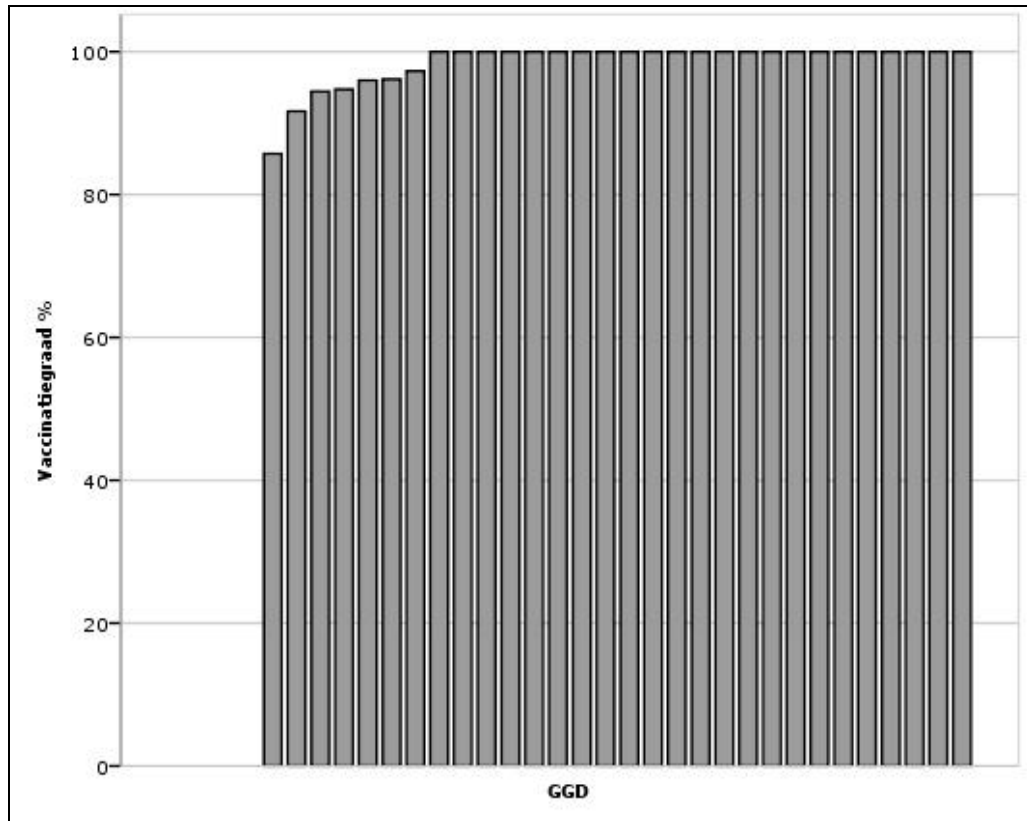
Bron

Centrum voor infectieziektebestrijding (entadministratie)^e

Resultaten

Uit de informatie die de inspectie had gekregen van het Centrum voor Infectieziektebestrijding bleek dat 7 GGD-regio's in 2007 een vaccinatiegraad hadden die lager was dan 100%. De gemiddelde vaccinatiegraad bedroeg 98,5% met een spreiding van 85,7% tot 100%.

De GGD-regio's zonder data betreffen regio's die waren gefuseerd.



Figuur 3
 Profylaxe Hepatitis-B zuigelingen van HBV-draagsters (bron: CIb)

Conclusie

Een veldnorm voor deze indicator ontbreekt. Het streven zou volgens de inspectie moeten zijn om een zo hoog mogelijke vaccinatiegraad te behalen (100%). In de meeste regio's was dit gelukt. In 7 regio's was de vaccinatiegraad lager dan 100% en liepen kinderen van HBV-draagsters mogelijk een risico. Vanwege de kleine aantallen kinderen die gevaccineerd moesten worden, ging het om in totaal 10 kinderen die in 2007 niet tijdig waren gevaccineerd.

^e Data Entadministratie/Rijksvaccinatieprogramma (RVP), CIb/RIVM, 2008.

3.3 Indicator 2.2 Amblyopie

Beschikbare indicatoren

2.2.1 Wat was in 2007 het percentage peuters dat op leeftijd 3 jaar en/of leeftijd 3 jaar + 9 maanden is verwezen in verband met (een vermoeden op) scheelzien of een visus stoornis aan één oog, die kan leiden tot amblyopie?

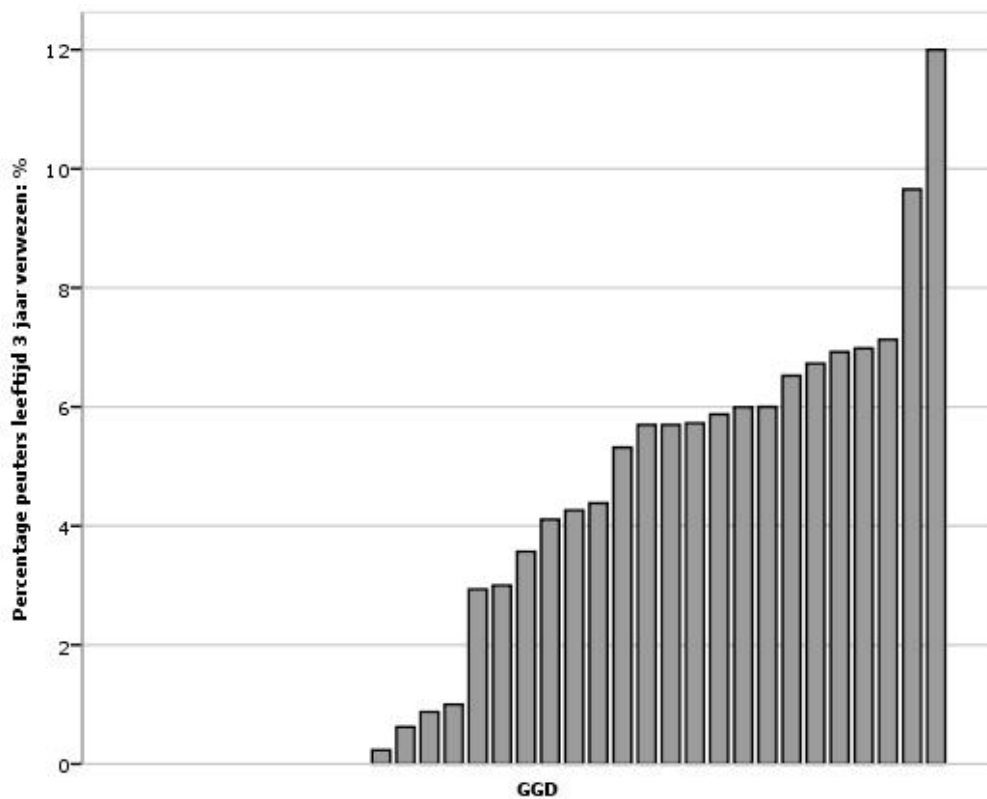
2.2.2 Wat was in 2007 het percentage op leeftijd 3 jaar en/of leeftijd 3 jaar+ 9 maanden verwezen peuters waarbij een aandoening is gediagnosticeerd door de huisarts of specialist, die kan leiden tot amblyopie?

2.2.3 Wat was in 2007 het percentage kinderen dat op leeftijd 5 jaar is verwezen in verband met (een vermoeden op) scheelzien of een visus stoornis aan één oog, die kan leiden tot amblyopie?

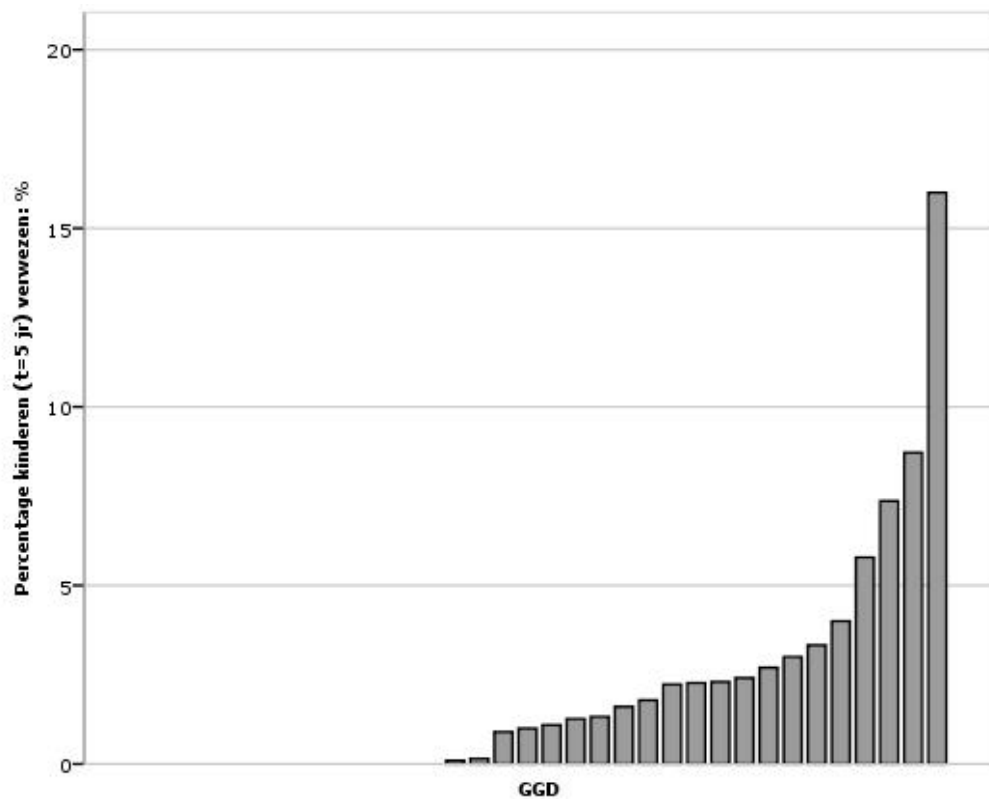
Bron

JGZ-registratie

Resultaten



Figuur 4
Verwijzing amblyopie bij leeftijd 3 jaar en/of 3 jaar+9 maanden



*Figuur 5
Verwijzing amblyopie bij leeftijd 5 jaar*

Voor de verwijzingen op 3-jarige leeftijd gold dat van 24 GGD-regio's bekend was welk percentage kinderen was verwezen, waarvan 5 cijfers correct waren aangeleverd. De percentages verwezen 3-jarige kinderen varieerden van 0,2 tot 12% van de kinderen met een gemiddelde van 5% (mediaan 6%). Slechts in 5 GGD-regio's was men bekend met de diagnose na verwijzing. Het percentage kinderen dat een diagnose amblyopie heeft gekregen van alle 3-jarige kinderen lag tussen 0,4 en 39,4% met een gemiddelde van 9,9%. De mediaan was 2,2%. Dit is een lager cijfer door één uitschieter. Geen enkel cijfer was correct aangeleverd.

21 GGD'en hadden data voor verwijzing op 5-jarige leeftijd aangeleverd, waarvan 17 correct. Het percentage verwezen kinderen varieerde van 0,1 tot 16% met een gemiddelde van 3,3% (mediaan 2,3%).

Conclusies

In circa tweederde van de regio's waren de percentages verwezen kinderen bekend maar van de aangeleverde cijfers voor 3 jarigen was minder dan een derde (29%) correct aangeleverd. Voor de 5-jarigen was het aangeleverde percentage bij de meeste GGD'en correct (81%). De regio's waar nog geen cijfers waren aangeleverd moeten dit in de toekomst op basis van het DD JGZ wel kunnen.

De terugkoppeling na verwijzing was in bijna geen enkele regio bekend en was in geen enkele regio correct aangeleverd. De GGD/JGZ-instelling was onvoldoende in staat om te verifiëren of kinderen terecht zijn doorverwezen. De aangeleverde cijfers kwamen overeen met de verwachte prevalentie cijfers van amblyopie (2-5%)⁶

3.4 Indicator 2.3 Vaccinatiegraad (RVP)

Beschikbare indicatoren

2.3.1 Aantal gemeenten met een vaccinatiegraad Bof Mazelen Rode hond (BMR) (leeftijd 14 maanden) lager dan 90%

2.3.2 Aantal gemeenten met een vaccinatiegraad BMR (leeftijd 9 jaar) lager dan 90%

Bron

Centrum voor infectieziektebestrijding (entadministratie)^f.

Norm

Vaccinatiegraad 90% of hoger (WHO-norm)⁷.

IGZ hanteert als grens dat de vaccinatiegraad in maximaal 1 gemeente van de GGD-regio onder de WHO-norm mag liggen.

Resultaten

In 7 regio's behaalden twee of meer gemeenten voor één vaccinatiemoment een lagere vaccinatiegraad dan 90%. In 10 andere regio's gold dit voor beide vaccinatiemomenten. Vier regio's hadden één gemeente met een lagere vaccinatiegraad dan 90% voor één of beide momenten. In negen GGD-regio's was de vaccinatiegraad voor beide momenten voldoende in alle gemeenten. Voor 4 regio's waren geen cijfers geleverd omdat dit fusie GGD'en betrof.

Tabel 1

Aantal GGD'en dat meer of minder dan 2 gemeenten met een te lage vaccinatiegraad had (<90%)

	BMR 14 mnd: < 2 gemeenten	≥ 2 gemeenten	Totaal aantal GGD'en
BMR 9 jaar: < 2 gemeenten	13	6	19
≥ 2 gemeenten	1	10	11
	14	16	30

Conclusie

De vaccinatiegraad moet volgens normen, vastgesteld door de World Health Organization (WHO), 90% of hoger zijn. Indien de vaccinatiegraad lager is vermindert de immuniteit voor de groep (herd-immunity). In totaal voldeed 43% van de GGD-regio's aan de grens die IGZ hanteerde en was de vaccinatiegraad in 30% van de GGD-regio's voor alle gemeenten voldoende.

3.5 Indicator 2.4 Bereik Jeugdgezondheidszorg

Beschikbare indicatoren

2.4.1 Wat is het percentage bereik in 1 jaar voor de leeftijdsgroep: 0 tot 1 jaar?

2.4.2 Wat is het percentage bereik in 1 jaar voor de leeftijdsgroep: 3 jarigen?

2.4.3 Wat is het percentage bereik in 1 jaar voor de leeftijdsgroep: 5 jarigen?

2.4.4 Wat is het percentage bereik in 1 jaar voor de leeftijdsgroep: 13/14 jarigen?

^f Data Entadministratie/RVP. CIb/RIVM, 2008.

Bron

JGZ-registratie

NormNorm IGZ: 95% of hoger⁸.Resultaten

In 31 GGD-regio's was het bereik bekend van 0- tot 1-jarigen (14 correct aangeleverd), in 26⁹ regio's van 3-jarigen (12 correct aangeleverd), in 32 regio's van 5-jarigen (28 correct aangeleverd) en in 30 GGD-regio's van 13-14-jarigen (28 correct aangeleverd).

Het bereik was voor alle leeftijdsgroepen gemiddeld lager dan 95%. Door de uitschieters naar beneden is het gemiddelde lager dan de mediaan.

Tabel 2

Resultaten indicator Bereik JGZ

Bereik	Aantal GGD'en indicator aangeleverd (correct)	Aantal met bereik \geq 95%	Gemiddelde (Min-max)	Mediaan
Bereik 0-1-jarigen	31 (14)	22	94 (53-100)	98
Bereik 3-jarigen	26 (12)	16	89 (30-100)	96
Bereik 5-jarigen	32 (28)	11	89 (62-99)	92
Bereik 13/14-jarigen	30 (28)	12	83 (21-100)	92

In 6 regio's was het bereik voor alle vier de leeftijdsgroepen 95% of hoger. Vooral de bereikcijfers van 5-jarigen en 13-14-jarigen waren in meerdere regio's te laag. In 6 regio's was het bereik voor alle vier de groepen lager dan 95% of niet bekend.

Conclusie

Het bereik was niet altijd bekend en de cijfers van vooral de 0-4-jarigen waren meestal niet correct aangeleverd. Dit werd deels veroorzaakt doordat cijfers van de JGZ-instellingen op een schatting waren gebaseerd of geen volledig beeld van de regio opleverden.

Voor de jongste leeftijdsgroep was het gemiddelde bereik het hoogst maar voldeed het nog niet aan de norm van IGZ. Ook voor de andere leeftijdsgroepen was het bereik gemiddeld lager dan 95%. Pas een beperkt aantal regio's voldeed aan de norm voor alle vier de leeftijdsgroepen.

De spreiding was het grootst in de groep 13/14-jarigen. Niet alle GGD'en zagen alle kinderen in deze leeftijdsgroep. Van de 4 GGD'en met een bereik lager dan 50% gaven twee GGD'en aan geen (structureel) contactmoment te hebben voor deze groep. Hiermee voldeden zij niet aan landelijke afspraken vastgelegd in de Richtlijn Contactmomenten⁹. Een instelling mag hier alleen onder strikte voorwaarden van afwijken indien hierover afspraken zijn gemaakt met de IGZ⁸.

Het is van groot belang dat de instellingen alle kinderen in beeld houden. Dit is een belangrijke voorwaarde voor het bewaken van een gezonde en veilige ontwikkeling vooral voor risicokinderen en -gezinnen.

⁹ Voor 1 GGD-regio was alleen de teller aangeleverd waardoor het percentage op 0% uitkwam. Deze regio is hier niet meegeteld.

3.6 Indicator 2.5 Overgewicht

Beschikbare indicatoren

2.5.1 Wat was in 2007 het percentage kinderen met overgewicht op het contactmoment 3 jaar?

2.5.2 Wat was in 2007 het percentage kinderen met overgewicht op het contactmoment 10 jaar?

Bron

JGZ-registratie (Monitor JGZ of DD JGZ)

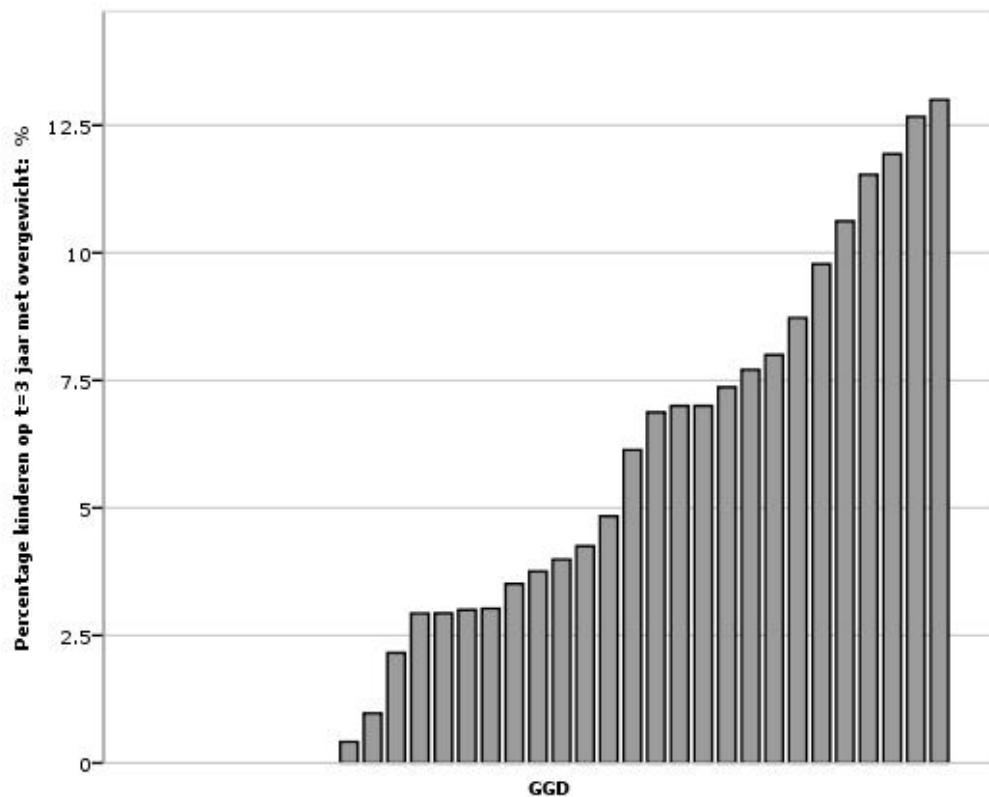
Doelstelling VWS

Doelstelling van VWS is het percentage overgewicht bij kinderen te laten dalen¹⁰.

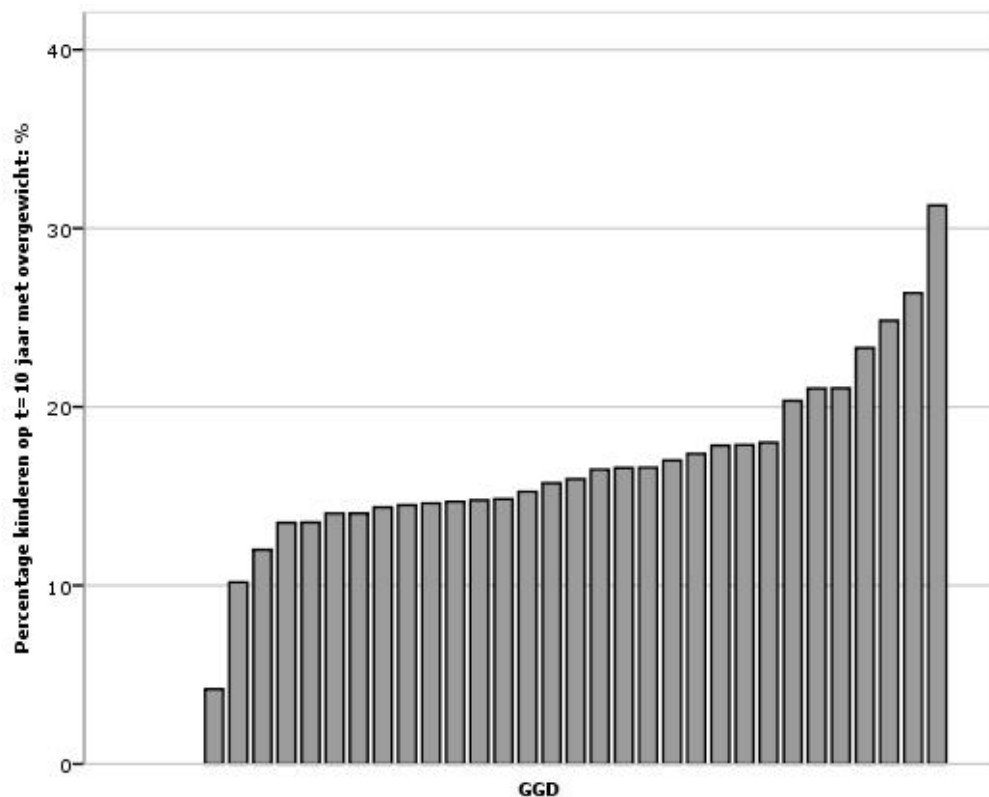
Resultaten

Op de leeftijd 3 jaar had gemiddeld 6,3% van de kinderen overgewicht (mediaan 6,5%). Dit was gebaseerd op de cijfers van 26 GGD-regio's met een spreiding van 0,4 tot 13%. Het cijfer van 4 regio's voldeed aan de eisen van IGZ en was correct aangeleverd.

Van de 10-jarige kinderen had gemiddeld 17% (mediaan 16%) overgewicht (31 GGD-regio's). Het percentage varieerde van 4 tot 31%. In 22 regio's was het cijfer correct aangeleverd.



Figuur 6
Percentage kinderen met overgewicht op leeftijd 3 jaar



*Figuur 7
Percentage kinderen met overgewicht op leeftijd 10 jaar*

Conclusie

In de JGZ 0-4 was de variatie in de percentages overgewicht groter dan bij de JGZ 4-19 waarschijnlijk ten gevolge van de verschillen in de registraties. Slechts een beperkt aantal cijfers voldeed aan de eisen van de IGZ.

De cijfers voor de 10-jarigen zijn in tweederde van de regio's correct aangeleverd. Uit eerder onderzoek van de inspectie is gebleken dat ook hier verschillen kunnen zijn ontstaan door de wijze waarop medewerkers overgewicht hadden vastgesteld⁸. Voor 10-jarigen was het gemiddelde percentage licht gestegen vergeleken met cijfers van 11 GGD'en uit de periode 2002-2004 (14,9% voor jongens, 16,9% voor meisjes)¹¹.

De cijfers voor 3-jarigen gemeten in de Vierde Landelijke Groeistudie, uitgevoerd in 1996-1997, waren hoger dan het gemiddelde percentage uit 2007 (8% voor jongens, 10,2% voor meisjes) maar ook hier maken registratieverschillen een goede vergelijking onmogelijk¹².

Omdat deze cijfers door bovenstaande problemen niet vergeleken kunnen worden met eerdere cijfers kan geen conclusie worden getrokken over daling of stijging van het percentage overgewicht.

3.7 Indicator 2.6 Roken

Beschikbare indicatoren

2.6.1 Wat was het percentage 13/14-jarige jongeren dat iedere dag rookt in 2007?

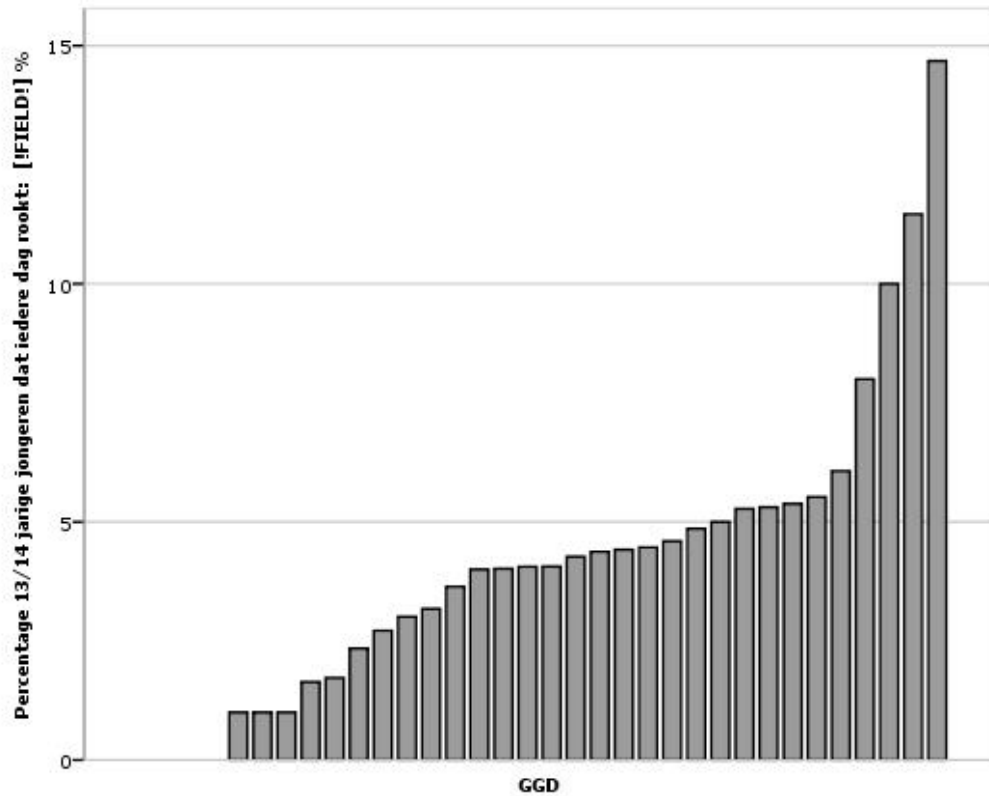
Bron

GGD-registratie (Monitor JGZ)

Doelstelling VWS

Het ministerie van VWS wil dat het percentage rokers van 15 jaar en ouder in 2010 is gedaald tot 20%.

Resultaten



Figuur 8
Percentage rokers (13-14 jaar)

Gemiddeld rookte 4,7% van de 13/14-jarigen (mediaan 4,3%). Het laagste percentage rokers was 1%, het hoogste 15%. Van de 30 aangeleverde cijfers voldeden 15 aan de kwaliteitseisen van de inspectie.

Conclusies

De helft van de aangeleverde cijfers voldeed nog niet aan de eisen die de inspectie stelt. Dit betekent dat bijvoorbeeld niet de juiste standaardvraagstelling is gebruikt of de juiste leeftijdsgroep is bevraagd. Voor roken maakt het veel uit of de jeugd 13/14 jaar is of ouder aangezien het percentage rokers toeneemt met leeftijd. De aangeleverde cijfers hadden betrekking op de jeugd. Hierdoor ligt het cijfer in alle regio's onder de 20%, de doelstelling die VWS wilde halen voor de leeftijdsgroep vanaf 15 jaar en ouder.

Stivoro heeft in de periode 2002-2004 een dalende trend waargenomen in het percentage dagelijks rokers in de leeftijd 13-14 jaar¹³. Het gemiddelde cijfer van de GGD'en laat een verdere daling zien. Omdat de cijfers niet goed vergelijkbaar zijn, zijn hier geen harde conclusies aan te verbinden.

3.8 Indicator 2.7 Alcohol

Beschikbare indicatoren

2.7.1 Wat is het percentage jongeren in de totale leeftijdsgroep 12–19 jaar in 2007 dat in de afgelopen 4 weken 1 keer of vaker alcohol heeft gebruikt?

2.7.2 Wat is het percentage jongeren in de totale leeftijdsgroep 12–19 jaar in 2007 dat aan binge–drinking^h heeft gedaan?

Bron

GGD-registratie (Monitor JGZ)

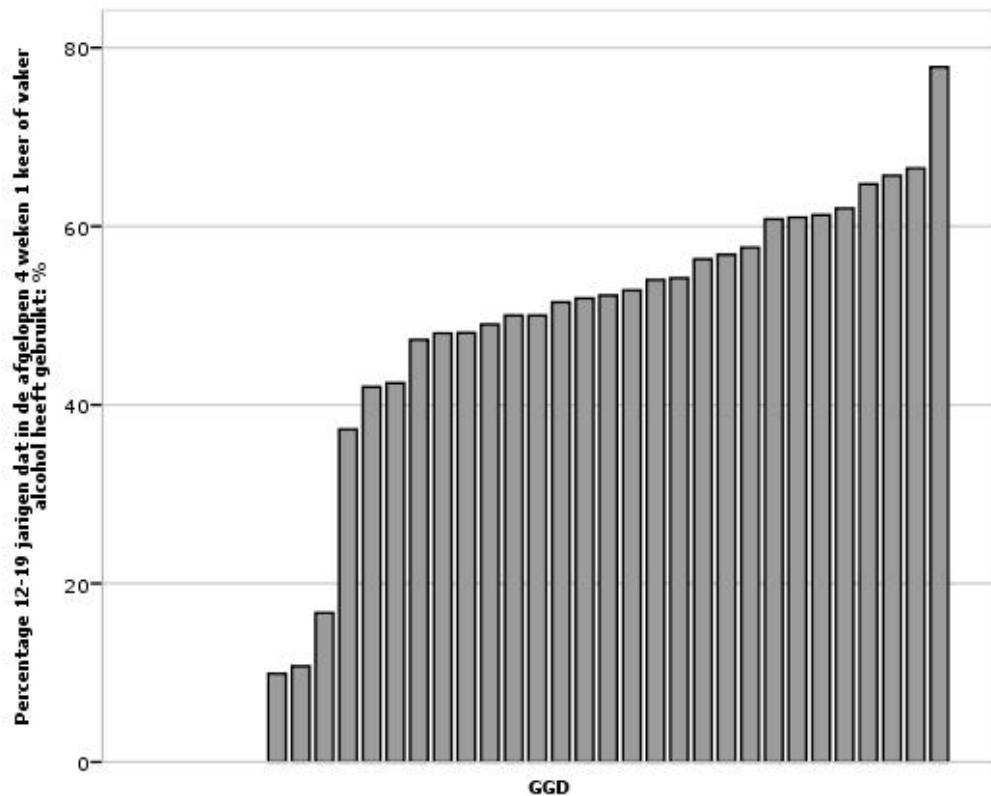
Doelstelling VWS

Doelstelling van VWS is het alcoholgebruik onder jongeren onder de 16 terug te brengen naar het niveau van 1992.

Resultaten

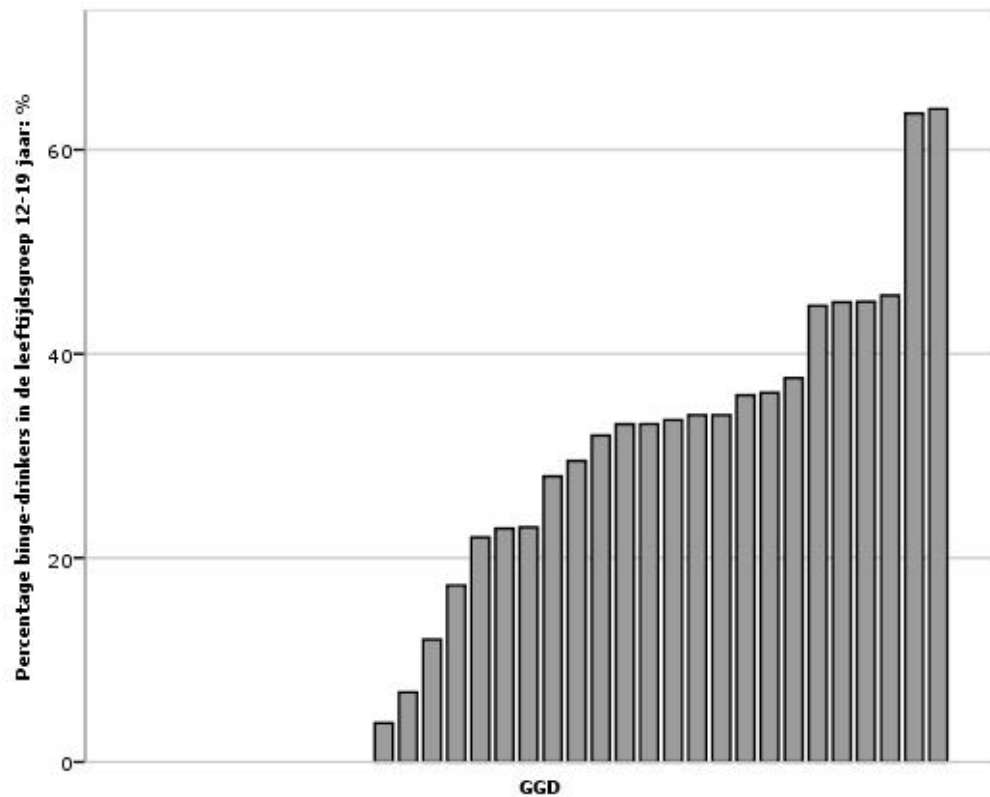
Het gemiddelde aantal jeugdigen dat de afgelopen vier weken alcohol heeft gedronken was 50,3% (mediaan 52,3%). In totaal 29 regio's hebben een cijfer aangeleverd waarvan 6 cijfers correct aangeleverd waren. Het laagste percentage was 10%, het hoogste 78%.

Het gemiddelde percentage binge-drinkers was 32,6% (mediaan 33,3%) en de percentages liepen uiteen van 4 tot 64%. Van de 24 aangeleverde cijfers waren 6 correct aangeleverd.



Figuur 9
Percentage jongeren dat alcohol (12-19 jaar) gebruikt

^h Binge drinken: het drinken van grote hoeveelheden alcohol per gelegenheid.



Figuur 10
Percentage jongeren (12-19 jaar) dat binge drinkt

Conclusie

Vrijwel alle GGD'en hadden inzicht in het alcoholgebruik van de jeugd en de meesten hadden ook informatie over het bingedrinken. De informatie over bingedrinken was niet eenduidig omdat de definitie hiervan ten tijde van het onderzoek nog ontbrak. Voor beide indicatoren gold dat maar een klein deel correct was aangeleverd.

De spreiding in percentages was voor beide indicatoren groot. De uitschieters naar beneden in het alcoholgebruik (17% of lager) werden mogelijk verklaard door de verschillen in bevraagde leeftijdsgroep. Bekend is dat het alcoholgebruik sterk toeneemt met leeftijd.

De doelstelling van VWS is het bereiken van een vermindering van het alcoholgebruik onder jeugdigen jonger dan 16 jaar. De indicator gaat uit van de leeftijdsgroep 12-19-jarigen. Het is niet bekend wat het percentage alcoholgebruik voor deze groep in 1992 was, waardoor geen conclusies te trekken zijn over een daling van het alcoholgebruik in de gehele leeftijdsgroep.

3.9 Indicator 2.8 Veilig vrijen jeugd

Beschikbare indicatoren

2.8.1 Wat is het percentage jongeren in de totale leeftijdsgroep 12-19 jaar, dat in 2007 tijdens de laatste geslachtsgemeenschap condooms gebruikte?

Bron

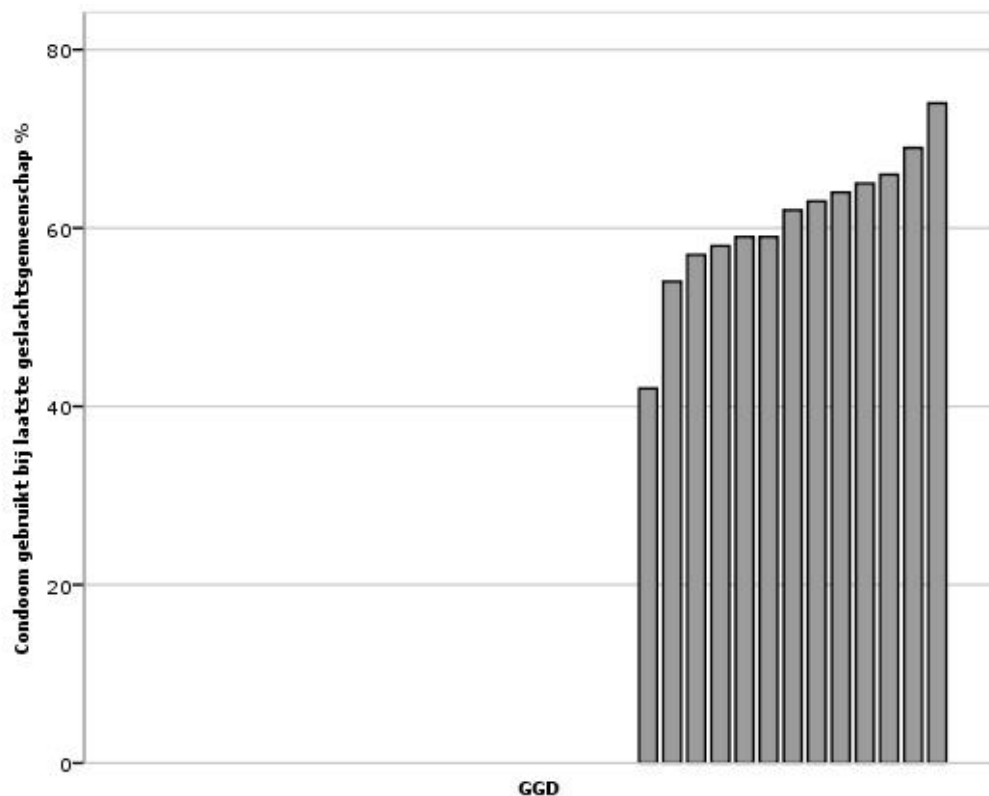
GGD-registratie (Monitor JGZ)

Resultaten

De GGD'en gebruikten verschillende noemers voor de indicator. Sommige GGD'en gaven in de noemer het aantal jongeren van 12-19 jaar. Anderen namen als noemer het aantal jeugdigen waarvan bekend was dat zij geslachtsgemeenschap hadden gehad. Op basis van de toelichtingen is een onderscheid gemaakt in deze twee noemers.

In totaal 23 GGD'en hebben een cijfer aangeleverd waarvan 6 correct waren (ongeacht welke noemer gebruikt was). Van deze 23 gaven 13 GGD'en aan als noemer te hebben opgegeven het aantal jeugdigen dat geslachtsgemeenschap had gehad. Van deze groep had gemiddeld 60,9% een condoom gebruikt (mediaan 62%, min 42% - max 74%) (zie figuur 11).

De GGD'en die als noemer alle jongeren van 12-19 jaar hadden gehanteerd (6 GGD'en) kwamen uit op een percentage van 11% dat een condoom had gebruikt (mediaan 11,5%, min 8% - max 13%).



Figuur 11

Percentage 12-19-jarigen die geslachtsgemeenschap hebben gehad en een condoom hebben gebruikt bij de laatste keer

Conclusies

Doordat de noemers verschillen zijn de cijfers onderling niet vergelijkbaar. Een beperkt aantal GGD'en kon aan de eisen van de IGZ voldoen en leverde correcte cijfers aan.

Meer dan een derde van de jongeren die ten minste eenmaal geslachtsgemeenschap heeft gehad, had geen condoom gebruikt. Daarmee lopen zij een risico op het oplopen van een SOA of een (ongewenste) zwangerschap.

3.10 Indicator 2.9 Kindermishandeling

Beschikbare indicatoren

2.9.1 Wat was in 2007 het percentage 0-4-jarigen waarbij de JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedt?

2.9.2 Wat was in 2007 het percentage 0-4-jarigen waarbij in het kader van dit vermoeden acties zijn ondernomen?

2.9.3 Wat was in 2007 het percentage 4-19-jarigen waarbij de JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedt?

2.9.4 Wat was in 2007 het percentage 4-19-jarigen waarbij in het kader van dit vermoeden acties zijn ondernomen?

Bron

JGZ-registratie (DD JGZ)

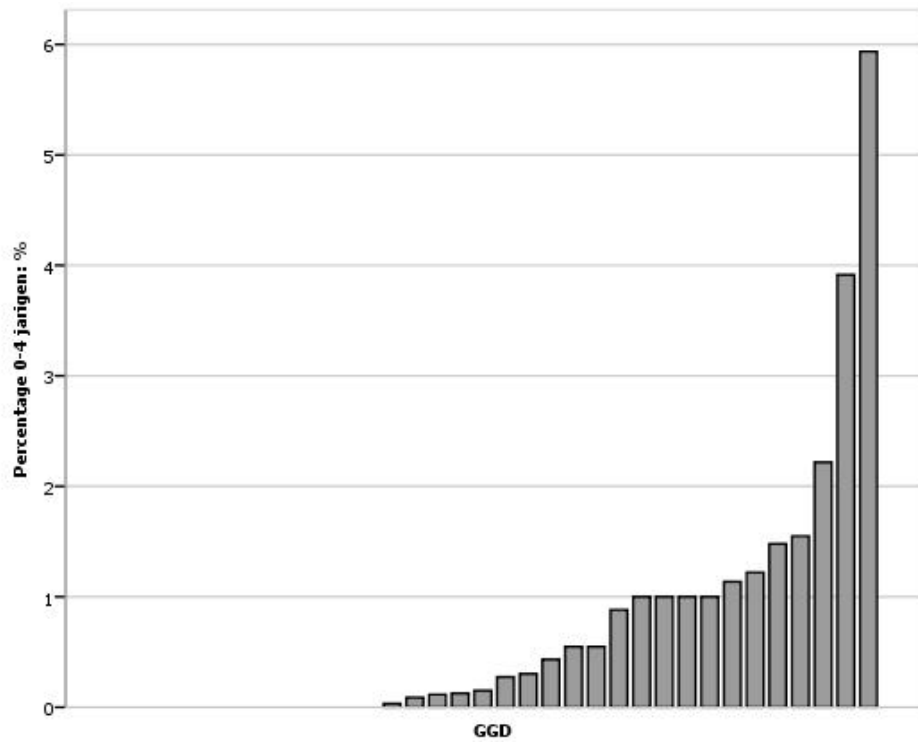
Resultaten

In 22 regio's was bij de GGD bekend bij hoeveel procent van de 0 tot 4-jarigen de zorgverlener een vermoeden van kindermishandeling heeft gehad. Het betrof gemiddeld 1,1% (mediaan 0,9%) van de kinderen van 0 tot 4 jaar met een spreiding van 0 tot 5,9%. Van de 22 aangeleverde cijfers voldeden 3 aan de eisen van IGZ.

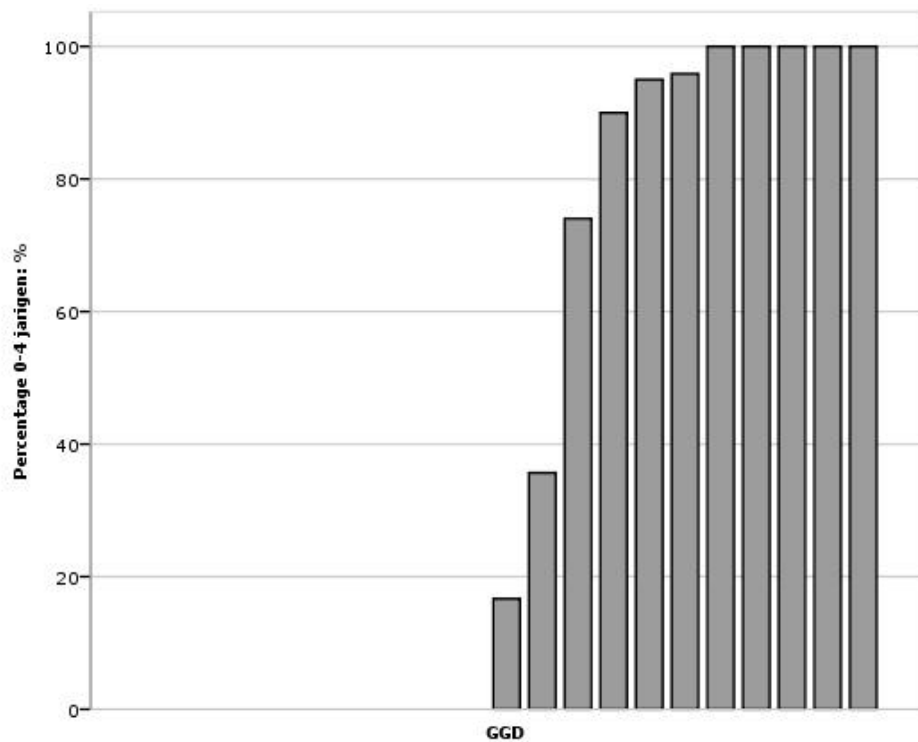
Van 15 GGD'en was ook bekend bij hoeveel procent van deze kinderen actie is ondernomen. Dit was gemiddeld bij 77,7% van de kinderen waarbij de zorgverlener een vermoeden dan kindermishandeling had, met een spreiding van 8,7% tot 100%. Van deze 15 cijfers waren 2 correct aangeleverd.

23 GGD'en wisten bij hoeveel procent van de 4-19 jarigen zij een vermoeden van kindermishandeling hebben gehad. Het betrof gemiddeld 0,9% (mediaan 0,5%) van de kinderen met een spreiding van 0-4%. Vijf GGD'en hadden een correct cijfer aangeleverd dat voldeed aan de eisen van IGZ.

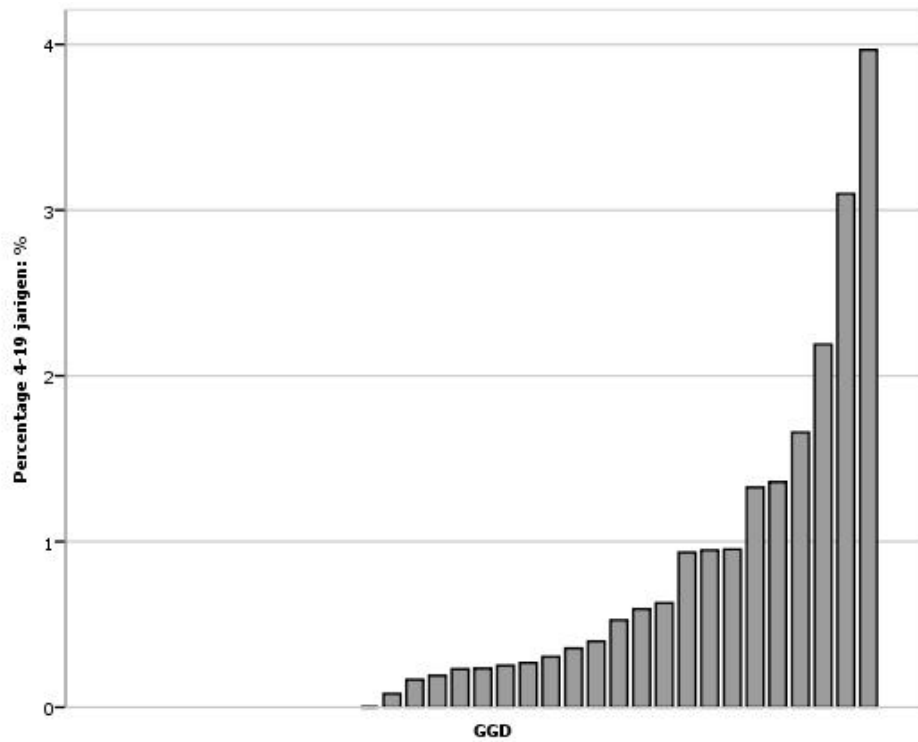
Van 18 GGD'en is ook bekend bij hoeveel procent van deze kinderen zij actie hebben ondernomen. Zes cijfers waren correct aangeleverd. De GGD'en hadden bij gemiddeld 71,2% (mediaan 80,2%) van deze kinderen actie ondernomen (spreiding 8,0-100%).



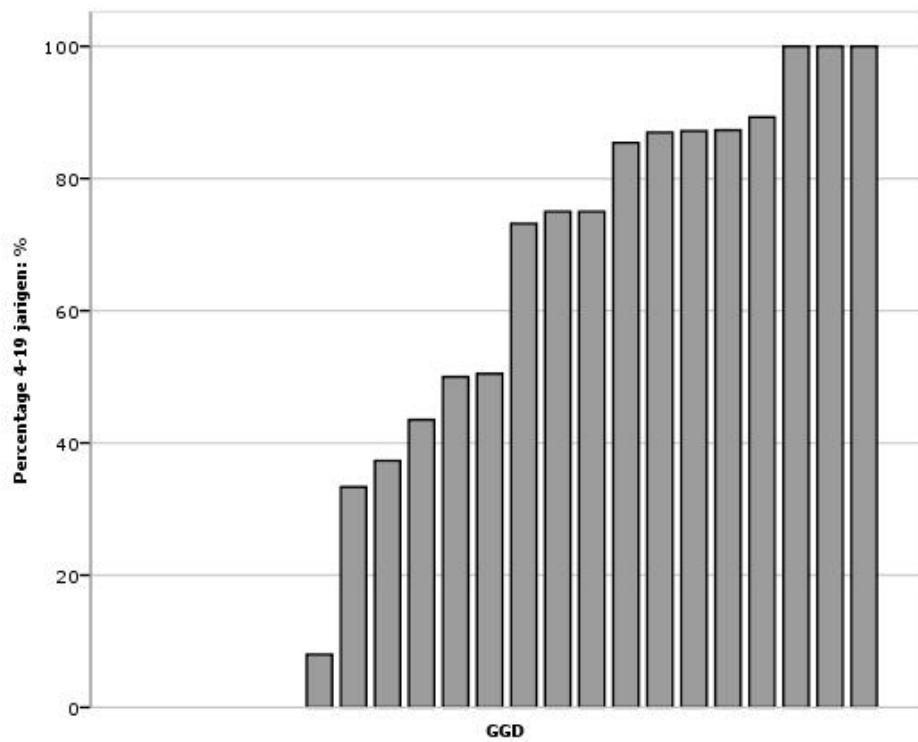
Figuur 12
Vermoeden van kindermishandeling bij 0-4-jarigen



Figuur 13
Percentage 0-4-jarigen waarbij de JGZ een vermoeden had van kindermishandeling en actie heeft ondernomen



Figuur 14
Vermoeden van kindermishandeling bij 4-19-jarigen



Figuur 15
Percentage 4-19-jarigen waarbij de JGZ een vermoeden had van kindermishandeling en actie heeft ondernomen

Conclusies

De inspectie is zich bewust dat nadelen kleven aan de registratie van vermoeden van kindermishandeling. Toch vindt de inspectie dat de JGZ zicht moet hebben op de kinderen bij wie kindermishandeling wordt vermoed. Een goede registratie is van belang voor de instelling om na te kunnen gaan of zij zich voldoende inspant om het te verwachten aantal mishandelde kinderen te vinden en adequaat actie te ondernemen. Inmiddels is in maart 2010 een JGZ richtlijn secundaire preventie kindermishandeling vastgesteld waarin is afgesproken dat instellingen hun vermoedens moeten registreren in het kinddossier¹⁴.

Uit de aangeleverde indicatoren wordt duidelijk dat een goede registratie van kindermishandeling veelal ontbreekt. Dit blijkt uit het aantal GGD'en dat geen informatie heeft aangeleverd, het aantal aangeleverde indicatoren dat niet voldeed aan de eisen en de grote verschillen in de percentages.

Voor het ondernemen van een actie bij een vermoeden van kindermishandeling waren geen normen benoemd. Idealiter moet dit percentage zo hoog mogelijk zijn omdat de veiligheid van het kind in het geding is. Voor de IGZ is uitgangspunt dat de JGZ handelingsplichtig is wanneer de veiligheid vanwege mishandeling bedreigd wordt en het niet zeker is dat andere hulpverleners adequaat actie ondernemen om het kind te beschermen. Onderzoek naar incidenten en calamiteiten heeft duidelijk gemaakt dat een passieve houding niet in het belang van het kind is.

3.11 Indicator 2.10 Psychosociale problemen (0-19 jaar)

Beschikbare indicatoren

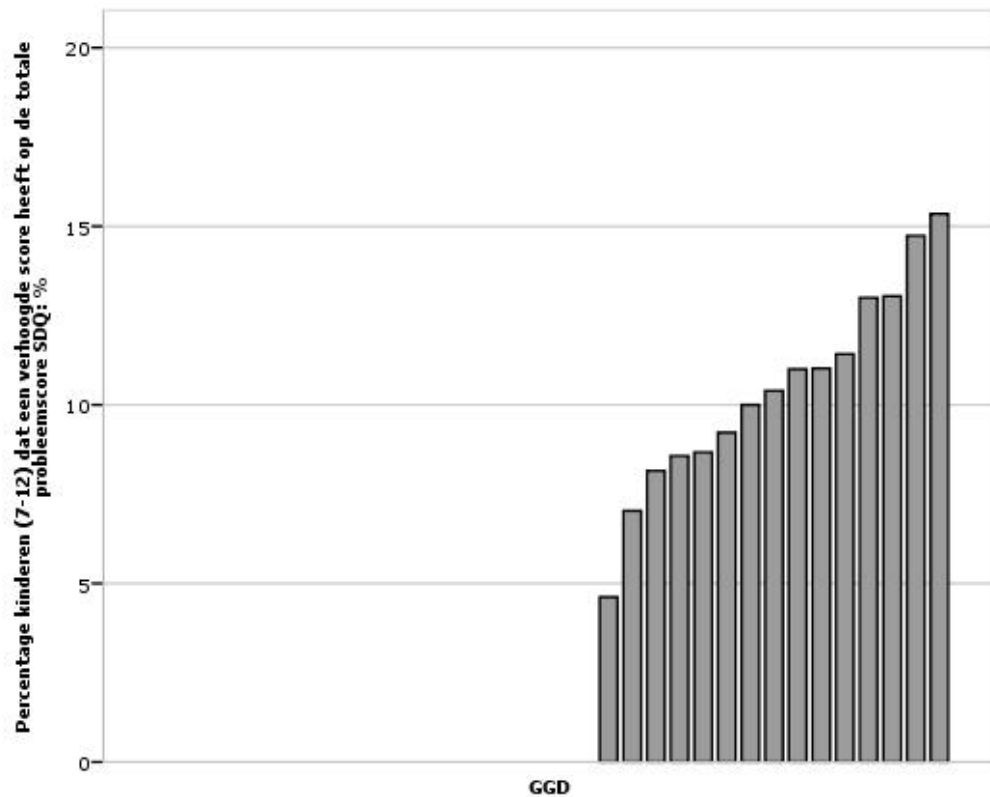
2.10.1 Wat was in 2007 het percentage kinderen (7-12 jaar) dat een verhoogde score heeft op de totale probleemscore SDQ?

Bron

GGD-registratie (Monitor JGZ of DD JGZ)

Resultaten

Van de 15 GGD'en die deze indicator hadden aangeleverd, hadden 3 een correct cijfer aangeleverd. Het percentage varieerde van 5 tot 15%, met een gemiddelde van 10,4% (mediaan 10,4%).



Figuur 16
 Percentage kinderen (7-12 jaar) met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ

Conclusies

Het is van belang dat psychosociale problemen zo vroeg mogelijk gesignaleerd worden. Dit vereist een weloverwogen inzet van signaleringsinstrumenten om geen risicokinderen te missen. Uit de aangeleverde indicatoren blijkt dat de signalering nog niet in alle regio's goed verloopt. Ongeveer de helft van de GGD'en registreerde deze indicator en een beperkt aantal GGD'en kon de indicator correct aanleveren. De spreiding was nog groot wat waarschijnlijk werd veroorzaakt door het gebruik van verschillende instrumenten.

De verklaring kan gevonden worden in het ontbreken van een richtlijn op het moment dat de indicatoren werden verzameld. Eind 2008 is de Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen verschenen zodat nu duidelijk is wat verantwoorde zorg is¹⁵.

3.12 Indicator 3.1 Snelheid van melden infectieziektebestrijding

Beschikbare indicatoren

3.1.1 Wat is de gemiddelde doorlooptijd (in dagen) voor meldingen van arts aan de GGD van Hepatitis A, Meningokokkose (MCOC) en Bacillaire dysenterie in de tweede helft van 2006 en de eerste helft van 2007?

- Gemiddelde doorlooptijd voor meldingen Hepatitis A aan GGD:
- Gemiddelde doorlooptijd voor meldingen Meningokokkose aan GGD:
- Gemiddelde doorlooptijd voor meldingen Bacillaire dysenterie aan GGD:

3.1.2 Wat is de gemiddelde doorlooptijd (in dagen) voor meldingen van GGD naar het CIB voor hepatitis A, Meningokokkose en bacillaire dysenterie in de tweede helft van 2006 en de eerste helft van 2007?

- Gemiddelde doorlooptijd voor meldingen Hepatitis A aan CIB:
- Gemiddelde doorlooptijd voor meldingen Meningokokkose aan CIB:
- Gemiddelde doorlooptijd voor meldingen Bacillaire dysenterie aan CIB:

Bron

Centrum voor Infectieziektebestrijding (Osiris) / GGD Registratie

De inspectie gebruikt voor deze indicator gegevens uit Osiris (2008). Het betreft rapport 16 "Doorloop verschil tussen datum diagnose en datum ontvangst GGD per diagnose per GGD" (indicator 3.1.1) en rapport 20 "Doorloop percentageel verschil tussen datum ontvangst GGD en 1e melding CIB per diagnose per GGD" (indicator 3.1.2).

De gegevens die zijn verkregen via het CIB zijn bij de GGD geverifieerd. De door de GGD gecorrigeerde data zijn gebruikt.

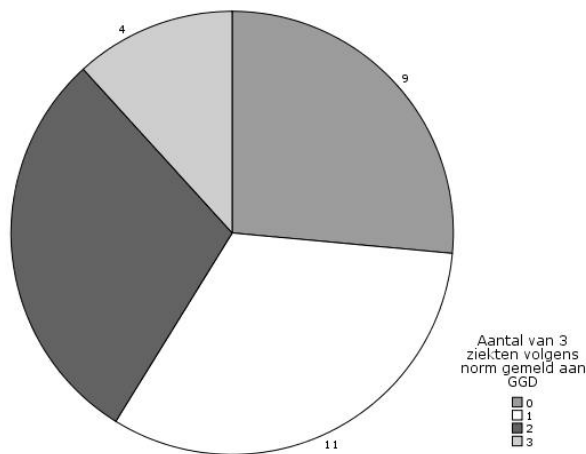
Norm

Wettelijke eisenⁱ:

- 3.1.1: Alle drie de ziekten moet de arts binnen 24 uur melden aan de GGD.
- 3.1.2: Binnen 3 dagen moet de GGD melden aan het CIB voor de ziekten Meningokokkose en Bacillaire dysenterie, en binnen 1 week voor Hepatitis A.

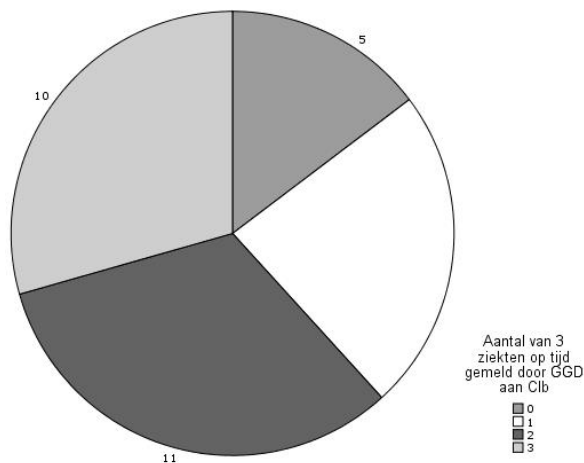
Resultaten

In 4 GGD-regio's meldden artsen alle drie de infectieziekten op tijd aan de GGD (figuur 17). In 9 GGD-regio's gaven de GGD'en dit op tijd door aan het CIB voor alle drie de ziekten (figuur 18).



Figuur 17
Aantal meldingen dat GGD op tijd ontvangt (van 3 ziekten)

ⁱ WPG artikel 22 en artikel 28, voorheen Infectieziektewet.



Figuur 18
Aantal meldingen dat de GGD op tijd verstuurt aan het CIb (van 3 ziekten)

Conclusie

Voor de snelheid van melden golden wettelijk eisen^j. De artsen moesten binnen 24 uur melden aan de GGD en de GGD binnen 1 tot 3 dagen aan het CIb afhankelijk van de ziekte. Veelal werden deze normen niet gehaald. De GGD'en voldeden zelf vaker aan de eisen dan de artsen die aan de GGD'en hebben gemeld. Het te laat melden van ziekten kan een risico zijn voor de volksgezondheid doordat ziekten zich verder kunnen verspreiden onder de bevolking.

3.13 Indicator 3.2 Het oefenen van draaiboeken voor bestrijding van uitbraken infectieziekten door onder andere GGD

Beschikbare indicatoren

De volgende indicatoren infectieziektebestrijding (3.2 t/m 3.6) heeft de inspectie niet getest in een pilot.

3.2.1 Geef aan voor elk van onderstaand draaiboek hoeveel oefeningen (conform de definitie) de afgelopen 4 jaar (2004 t/m 2007) zijn uitgevoerd. Indien er in deze periode sprake is geweest van een fusie tussen GGD-regio's geeft u ook de oefeningen op van de afzonderlijke regio's voor de fusie.

- Explosies van infectieziekten
- Grootchalige interventies door de GGD bij infectieziekten
- Operationeel draaiboek 1: Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid
- Operationeel draaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie
- Pokken 3: Draaiboek massavaccinatie
- SARS II: Grootchalig voorkomen

Indien geen oefeningen waren uitgevoerd kon de optie "geen oefeningen uitgevoerd" aangevinkt worden of wanneer het niet bekend was de optie "onbekend".

Bron

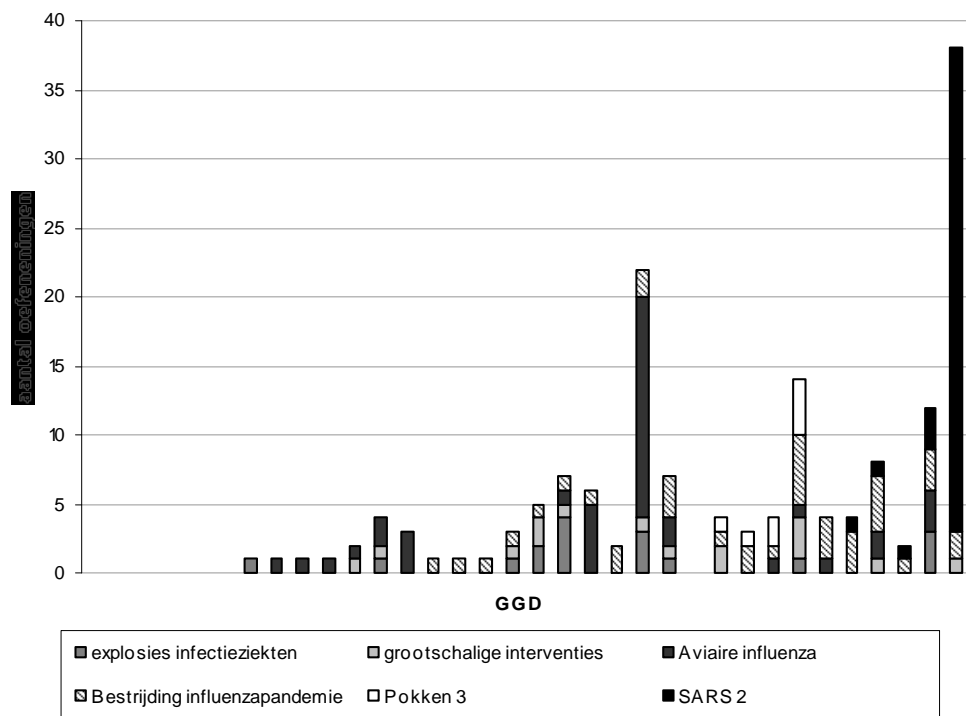
GGD-registratie

^j De termijnen zijn gewijzigd in de WPG. Voor het melden van GGD aan het CIb is de termijn nu voor alle ziekten 3 dagen.

Resultaten

Geen enkele GGD had alle zes de draaiboeken geoefend in de afgelopen vier jaar. De GGD die het meest had geoefend had vijf draaiboeken geoefend. Drie GGD'en gaven aan geen enkel draaiboek te hebben geoefend, waarvan één GGD aangaf in 2008 meer te zullen gaan oefenen. De andere twee GGD'en waren fusie-GGD'en.

De draaiboeken 'Aviaire influenza' en 'Bestrijding influenzapandemie' werden het meest geoefend, namelijk in ongeveer de helft tot bijna tweederde van de regio's ten minste één keer. Het draaiboek 'Pokken 3: Draaiboek massavaccinatie' werd het minst geoefend (tabel 3).



Figuur 19
Aantal keren dat een GGD de afzonderlijke draaiboeken had geoefend in de afgelopen 4 jaar

Tabel 3

Aantal keren dat de onderstaande draaiboeken zijn geoefend in de afgelopen vier jaar

Draaiboek	Aantal GGD-regio's dat heeft geoefend	Gemiddeld aantal keer geoefend (mediaan)	Spreiding (min – max)
Explosies van infectieziekten	9	2 (1)	1-4
Grootschalige interventies door de GGD bij infectieziekten	12	1 (1)	1-3
Operationeel draaiboek 1: Aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid	15	3 (1)	1-16
Operationeel draaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie	20	2 (2)	1-5
Pokken 3: Draaiboek massavaccinatie	4	2 (2)	1-4
SARS II: Grootschalig voorkomen	5	8 (1)	1-35

Conclusies

Normen ontbreken voor deze indicator, dat wil zeggen dat er geen landelijke afspraken zijn gemaakt over het aantal keren dat een bepaald draaiboek in een periode van vier jaar geoefend had moeten worden en met welke partijen (GHOR en GGD samen).

Bovenstaande in acht genomen is de inspectie van mening dat er onvoldoende werd geoefend gezien het kleine aantal oefeningen dat de regio's gemiddeld hadden gehouden verspreid over een periode van vier jaar.

Doordat een landelijk afgesproken definitie voor oefening ontbreekt, is het mogelijk dat de GGD of de GHOR afzonderlijk hadden geoefend zonder dat dit uit de indicator blijkt. Uit de toelichtingen blijkt dat sommige GGD'en de oefeningen zonder GHOR betrokkenheid wel hadden meegeteld, terwijl anderen dat niet hadden gedaan.

3.14 Indicator 3.3 Artikel 36 meldingen

Beschikbare indicatoren

Onderstaande indicatoren heeft de inspectie niet getest in een pilot.

3.3.1 Hoeveel instellingen, uitgesplitst per type, zijn er in uw GGD-regio?

3.3.2 Van hoeveel instellingen, uitgesplitst per type, ontving u artikel 36 meldingen in uw regio in 2007?

3.3.3 Hoeveel artikel 36 meldingen ontving u, uitgesplitst per type instelling in uw regio in 2007?

Sinds de invoering van de WPG betreft deze indicator artikel 26 in plaats van artikel 7 (Infectieziektewet).

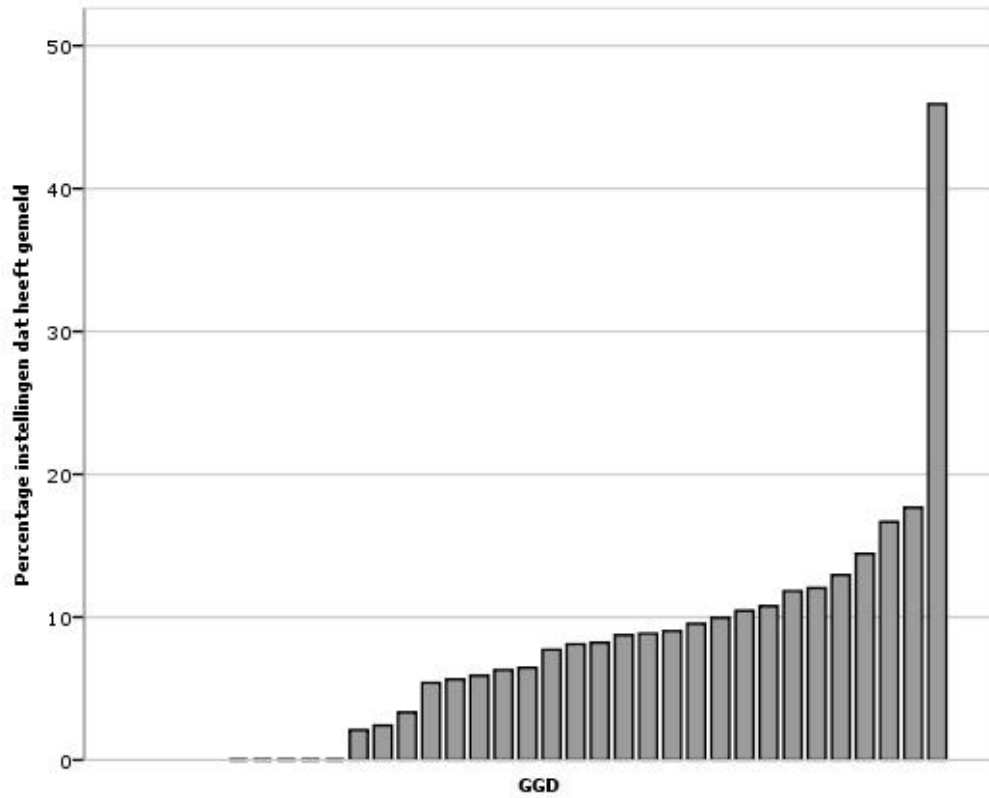
Bron

GGD-registratie

Resultaten

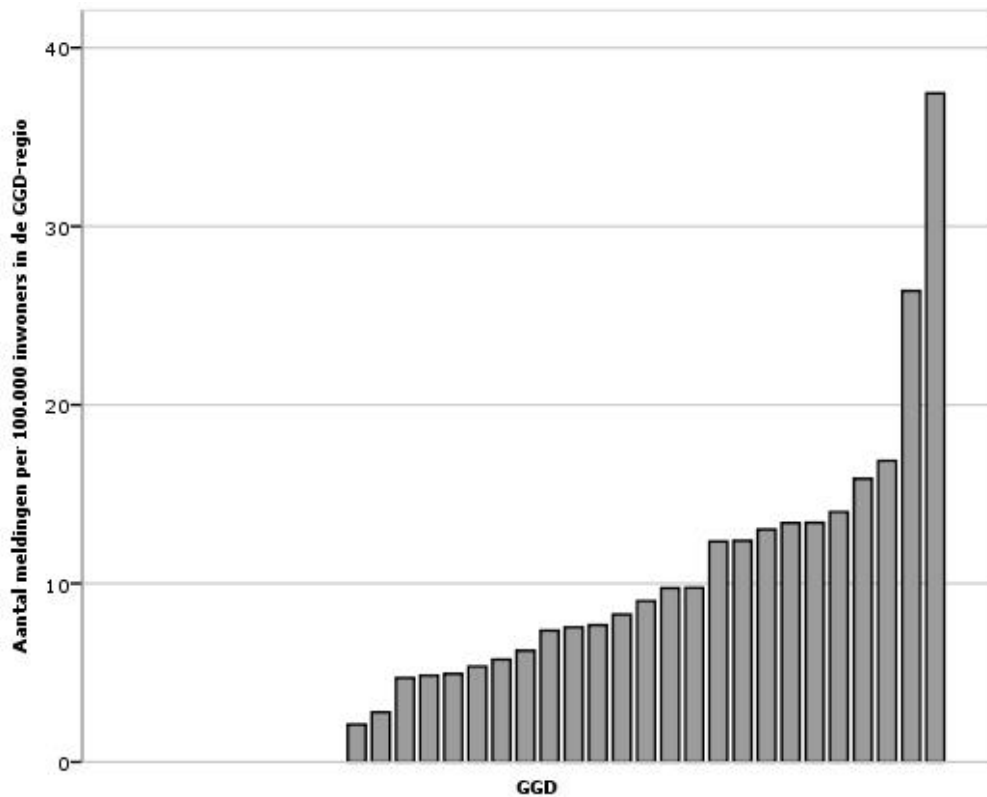
Dertig GGD'en hadden aangegeven hoeveel instellingen (per type) in de regio actief waren en hoeveel daarvan meldden. Dit varieerde van geen enkele instelling (per type) tot het maximum van 46% (figuur 20). Gemiddeld meldde 9% van de instellingen in de GGD-regio uitbraken van infectieziekten onder artikel 36 WPG.

Verpleeghuizen meldden gemiddeld het meest (gemiddeld 26% van de instellingen) en basisscholen het minst (gemiddeld 6,6%).



Figuur 20
Percentage instellingen dat artikel 36 meldingen meldde

Op basis van de aangeleverde gegevens over het aantal meldingen en het aantal inwoners in de GGD-regio, kon de inspectie voor 25 GGD-regio's het aantal meldingen per 100.000 inwoners berekenen. Dit varieerde van 2 tot 38 meldingen per 100.000 inwoners, met een gemiddelde van 11 meldingen per 100.000 inwoners (figuur 21).



Figuur 21
Aantal artikel 36 meldingen per 100.000 inwoners

Conclusies

Op basis van de aangeleverde gegevens is de inspectie van mening dat er zeer waarschijnlijk sprake was van onderrapportage. Dit blijkt zowel uit de grote spreiding in aantal meldingen per 100.000 inwoners als het kleine aantal meldingen. De GGD zou inspanningen moeten verrichten om de registratie op orde te houden zodat de zij inzicht heeft in de mogelijke onderrapportage van instellingen, maatregelen kan nemen om de meldingsbereidheid te bevorderen en trends kan volgen.

3.15 Indicator 3.4 Tuberculose

Beschikbare indicatoren

Onderstaande indicatoren heeft de inspectie niet getest in een pilot.

3.4.1 Wat is het percentage Tbc-patiënten in 2006 in uw GGD-regio dat de behandeling met succes voltooit, totaal zoals omschreven in het Nederlands Tuberculose Register (NTR)?

3.4.2 Wat is het percentage personen met een latente tuberculose infectie (LTBI) in 2006 in uw GGD-regio dat preventieve behandeling met succes voltooit?

3.4.3 Wat is het percentage BCG-vaccinaties in uw GGD-regio in de doelgroep kinderen van ouders afkomstig uit landen waar tuberculose veel voorkomt?

Bron

GGD-registratie (Osiris NTR, LTBI)

Norm

Indicator 3.4.1: Voor deze indicator heeft de WHO een norm vastgesteld namelijk 85% of hoger.

Resultaten

De indicatoren over de behandeling van patiënten met (latente) TBC werden door 24 GGD'en aangeleverd. De indicator percentage BCG-vaccinaties werd door 18 GGD'en aangeleverd.

Het gemiddelde percentage Tbc-patiënten dat de behandeling voltooide was 86%. Er waren 9 GGD'en die een percentage lager dan 85% hadden waarbij in de GGD-regio met het laagste percentage 27% van de Tbc-patiënten de behandelingen had voltooid.

Van de patiënten met een latente Tbc-infectie (LTBI) werd gemiddeld 81% van de behandelingen voltooid.

Het gemiddelde percentage BCG-vaccinaties was 74%. Zeven GGD'en konden het aantal kinderen dat zij gevaccineerd hadden aanleveren, maar niet het aantal dat was opgeroepen, waardoor geen percentage berekend kon worden voor die GGD-regio's. Een van deze GGD'en gaf een schatting van de vaccinatiegraad (cijfer telt als 'niet correct' mee).

Tabel 4

Resultaten indicator Tuberculose

Indicator	Aantal GGD'en	Gemiddelde (mediaan) %	Minimum %	Maximum %
Percentage Tbc-patiënten in 2006 dat de behandeling voltooit, totaal zoals omschreven in het Nederlands Tuberculose Register (NTR)	24	86,3 (87,5)	27	100
Percentage personen met een LTBI in 2006 dat preventieve behandeling voltooit	24	80,9 (85,5)	26	100
Percentage BCG-vaccinaties in de doelgroep	18	74,3 (74,7)	45	97

Conclusie

GGD'en registreren twee subindicatoren in het Osiris-systeem (3.4.1 en 3.4.2).

Verwacht mag worden dat alle GGD'en deze twee indicatoren hadden moeten kunnen aanleveren. Voor de provincie Utrecht gold dat de registratie nog niet geschikt was om per GGD-regio de cijfers aan te leveren.

Negen GGD'en voldeden niet aan de norm van de WHO. Hoe meer patiënten de behandeling niet voltooien hoe groter de risico's op verspreiding onder de bevolking.

Voor de behandeling van de LTBI is geen norm beschikbaar. Gezien het gemiddelde percentage (81%) acht de inspectie het redelijk dat ook hier van elke GGD verwacht kan worden dat 80% of meer van de personen met een LTBI behandeld worden.

De BCG-vaccinatie wordt in verschillende GGD-regio's uitgevoerd door huisartsen.

Het was deze GGD'en vaak niet bekend wat de vaccinatiegraad was. De inspectie is van mening dat GGD'en de registratie van de opgeroepen kinderen meer op orde moeten brengen.

3.16 Indicator 3.5 Hepatitis B vaccinatie

Beschikbare indicatoren

Onderstaande indicatoren heeft de inspectie niet getest in een pilot.

3.5.1 Hoeveel nieuwe meldingen Hepatitis B heeft uw GGD in de eerste helft 2007 en tweede helft 2006 ontvangen?

3.5.2 Hoeveel contacten, conform het LCI-protocol, heeft u geïdentificeerd?

3.5.3 Hoeveel van deze geïdentificeerde contacten heeft u gescreend?

3.5.4 Hoeveel van deze geïdentificeerde contacten waren seronegatief voor Hepatitis B?

3.5.5 Hoeveel van deze seronegatieve contacten kwamen voor vaccinatie in aanmerking?

3.5.6 Hoeveel van de voor vaccinatie in aanmerking komende contacten zijn uiteindelijk volledig gevaccineerd?

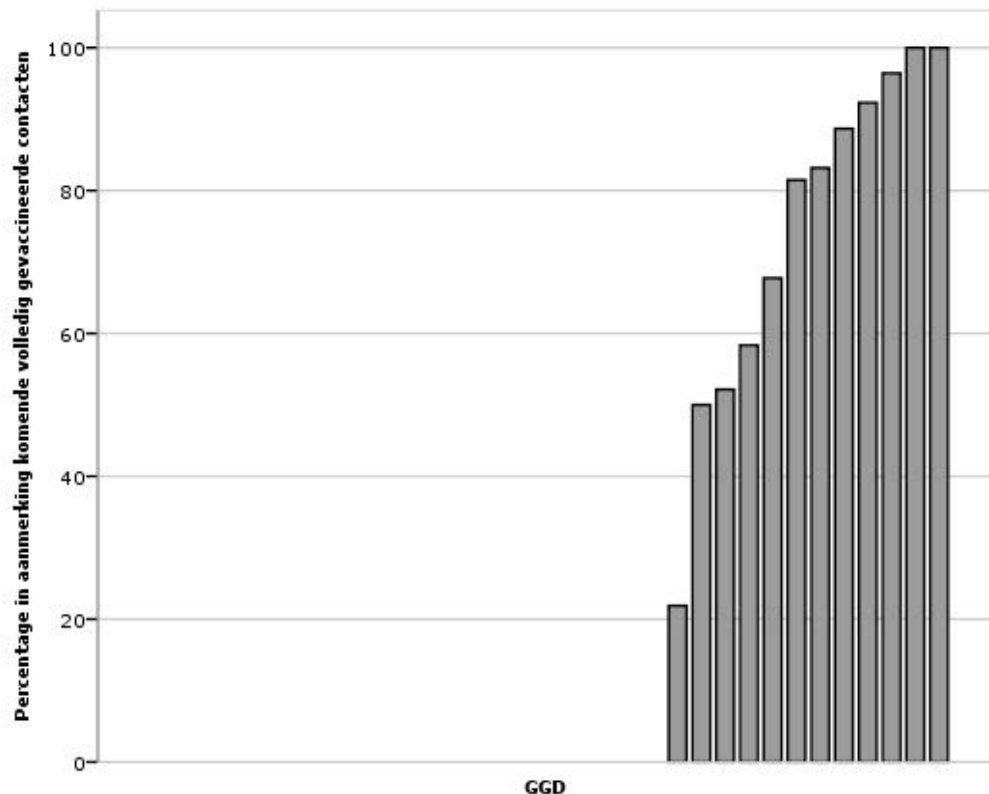
De definitieve indicator heeft de inspectie berekend door indicator 3.5.6 te delen door 3.5.5.

Bron

GGD-registratie

Resultaten

Niet alle GGD'en hebben alle 6 de subindicatoren aangeleverd. Hierdoor kon de inspectie van 12 GGD'en het percentage volledig gevaccineerde seronegatieve Hepatitis B contacten berekenen (teller 3.5.6 / noemer 3.5.5). Dit percentage varieerde van 22 tot 100% met een gemiddelde van 74,4% (mediaan 82,3%).



Figuur 22

Percentage volledig gevaccineerde seronegatieve contacten dat voor vaccinatie in aanmerking kwam

Conclusie

GGD'en hebben onvoldoende zicht op de vaccinatie van Hepatitis B contacten. De inspectie is van mening dat de GGD zicht moet hebben op de vaccinatie, ook als deze door anderen wordt uitgevoerd, om de risico's voor de contacten die gevaccineerd moeten worden te beperken en waar nodig maatregelen te treffen.

Er is geen norm voor het percentage volledig gevaccineerde contacten. Uit de grote spreiding is op te maken dat er grote verschillen waren tussen regio's. De inspectie acht het wenselijk dat het CIB een discussie op gang brengt met als resultante een minimum norm voor de vaccinatiegraad.

3.17 Indicator 4.1 Roken

Beschikbare indicatoren

4.1.1 Wat was in 2007 in uw werkgebied het percentage rokers in de totale indexpopulatie?

Bron

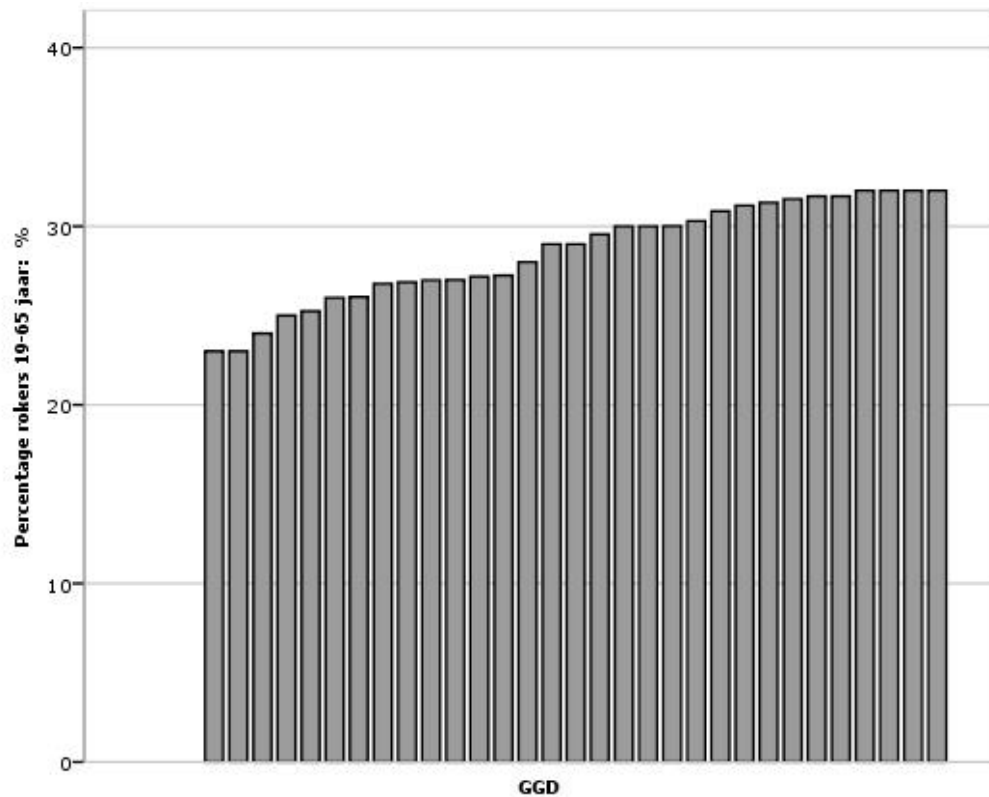
GGD-registratie (Monitor VGZ)

Doelstelling VWS

De doelstelling van VWS is om het aantal rokers te verminderen tot 20% in 2010/10.

Resultaten

31 GGD'en konden deze indicator aanleveren waarvan 15 cijfers voldeden aan de eisen van de inspectie. De 3 GGD'en die geen data hadden, gaven aan in 2007 of 2008 een gezondheidsenquête uit te voeren en dit thema mee te nemen. Het gemiddelde percentage volwassen rokers was 28,6% (mediaan 29%) met een spreiding van 23 tot 32%. De 7 GGD'en die een percentage van 32% hadden opgegeven hadden 5 data uit 2003 of nog ouder.



Figuur 23
Percentage volwassen rokers (19-65 jaar)

Conclusies

Ongeveer de helft van de GGD'en was in staat een correct cijfer aan te leveren. De andere GGD'en hadden zich nog onvoldoende gehouden aan de landelijke afspraken over de verzameling van epidemiologische gegevens. Drie GGD'en hadden nog helemaal geen inzicht in dit thema terwijl het een speerpunt is van rijksbeleid. Het gemiddelde rookpercentage lag nog ruim boven de doelstelling van VWS van 20% (in 2010).

3.18 Indicator 4.2 Alcoholgebruik

Beschikbare indicatoren

4.2.1 Wat was in 2007 het percentage personen in uw werkgebied in de leeftijdsgroep van 19–65 jaar dat excessief alcohol drinkt (4–5 glazen per dag op 5 of meer dagen per week of 6 of meer glazen per dag op 3–4 dagen per week)?

Bron

GGD-registratie (Monitor VGZ)

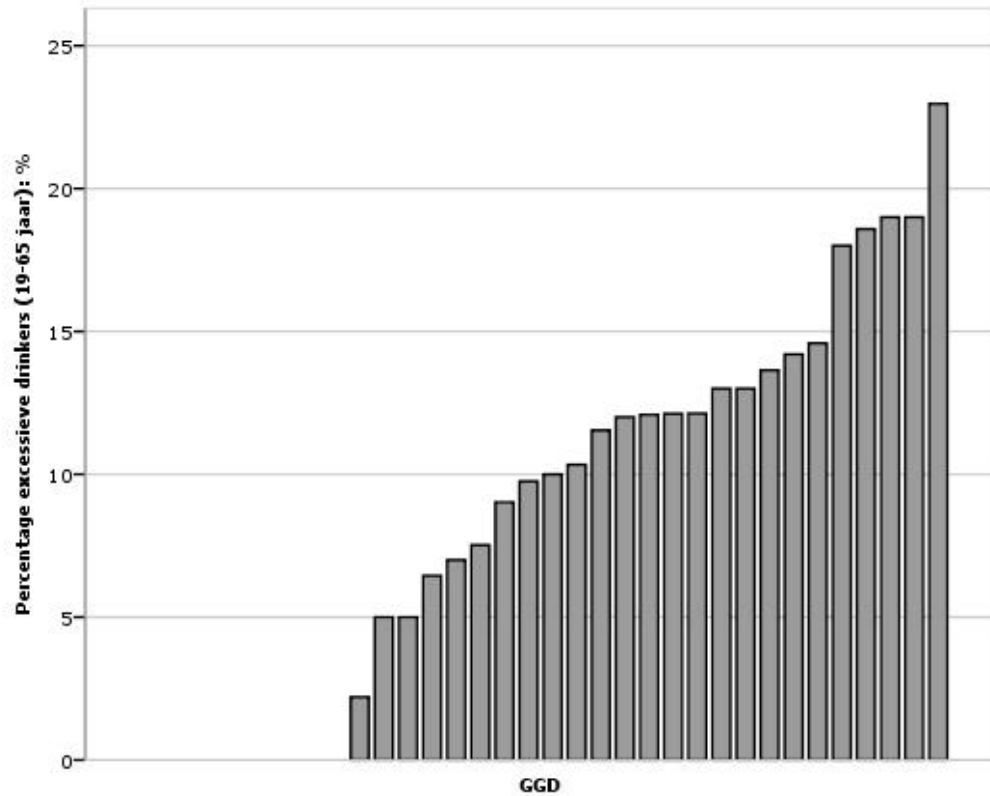
Doelstelling VWS

De doelstelling van VWS is om het percentage volwassen probleemdrinkers terug te brengen van 10,3% in 2004, naar 7,5% in 2010.

Resultaten

De indicator "percentage excessieve drinkers" werd door 25 GGD'en aangeleverd, waarvan door 16 GGD'en op correcte wijze.

Het gemiddelde percentage excessief alcoholgebruik bedroeg 11,9% (mediaan 12,1%) met een minimum van 2% en een maximum van 23%.



Figuur 24
Percentage excessieve drinkers (19-65 jaar)

Binnen de standaardvraagstelling van de monitor Volksgezondheid van de Lokale en Nationale Monitor (LNM) werden diverse indicatoren gehanteerd voor het bepalen van het percentage 'probleemdrinkers'. De wijze waarop de percentages tot stand zijn gekomen verschilden daardoor. De inspectie had haar indicator gebaseerd op een indicator uit de standaardvraag die was komen te vervallen.

Conclusies

Ongeveer de helft van de GGD'en was in staat een correct cijfer aan te leveren. De andere GGD'en hadden zich nog onvoldoende gehouden aan de landelijke afspraken over de verzameling van epidemiologische gegevens. Negen GGD'en hadden nog geen inzicht in dit thema terwijl het een speerpunt is van rijksbeleid.

Het percentage excessief drinkers liep sterk uiteen. Dit had vooral te maken met verschillen in definities en methoden.

Doordat de gehanteerde definities voor schadelijk alcoholgebruik verschillen is niet te bepalen of de doelstelling van VWS wordt behaald.

3.19 Indicator 4.3 Overgewicht en obesitas

Beschikbare indicatoren

4.3.1 Wat was in 2007 in uw werkgebied het percentage personen van 19–65 jaar met overgewicht (BMI groter of gelijk aan 25 en kleiner dan 30)?

4.3.2 Wat was in 2007 in uw werkgebied het percentage personen van 19–65 jaar met ernstig overgewicht (BMI groter of gelijk aan 30)?

Bron

GGD-registratie (Monitor VGZ)

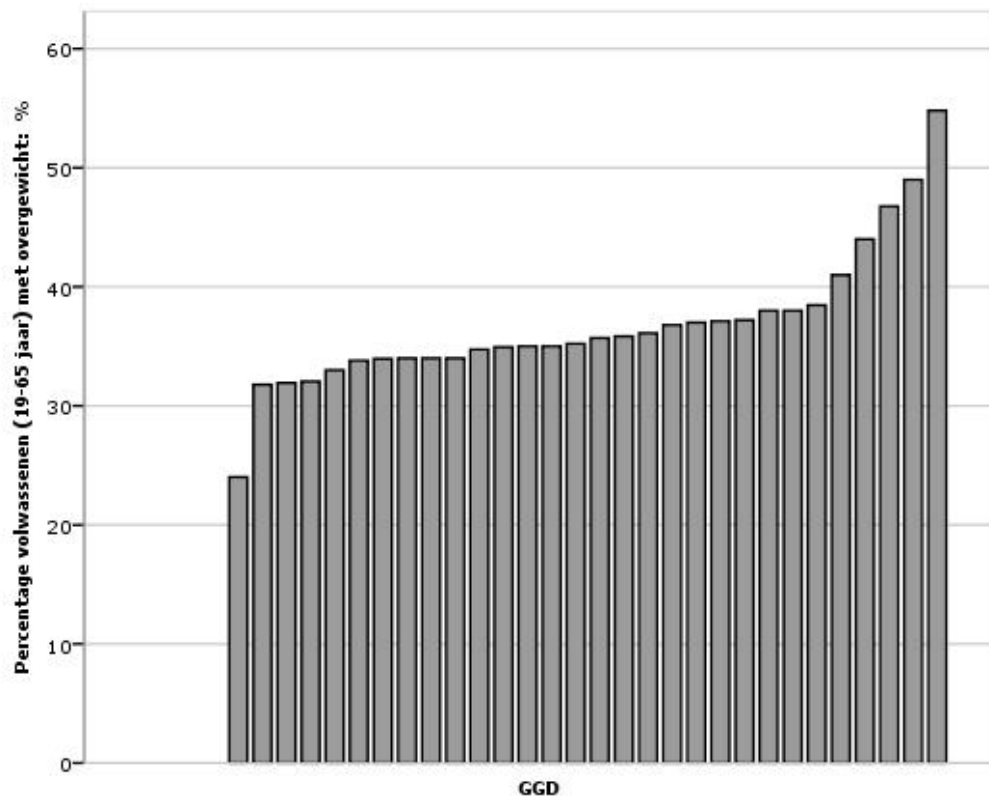
Doelstelling VWS

De doelstelling van VWS is om het percentage volwassenen met overgewicht niet te laten stijgen ten opzichte van het percentage in 2005 (34,3% matig overgewicht, 10,5% ernstig overgewicht)^k.

Resultaten

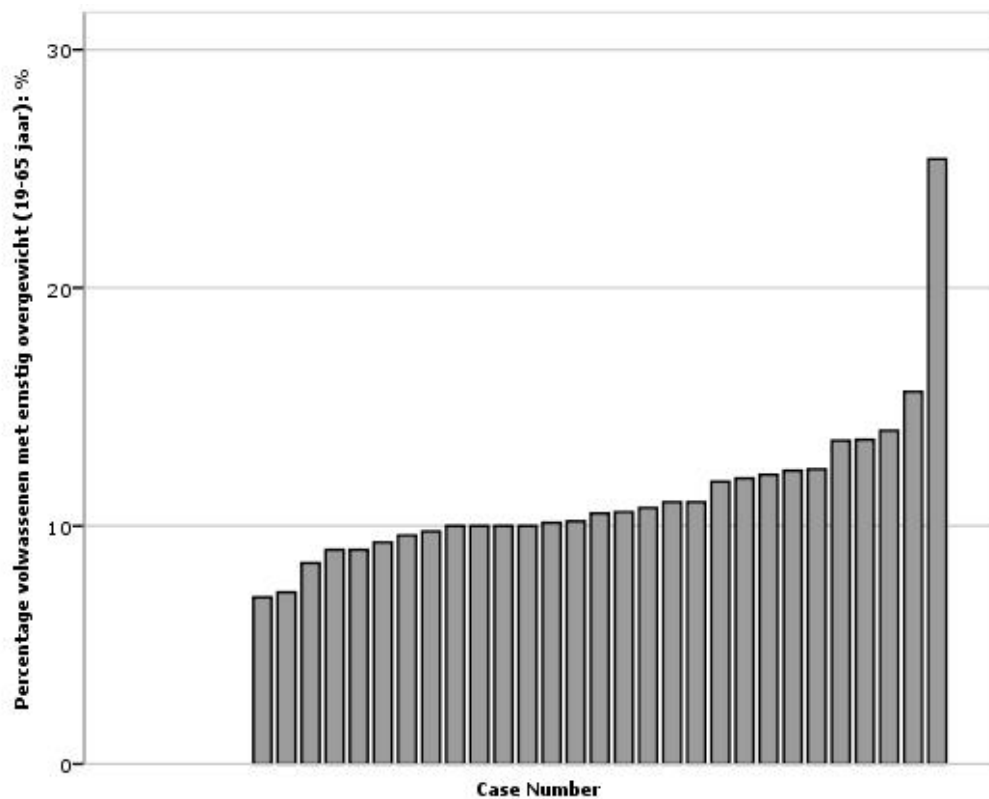
30 GGD'en konden het percentage volwassenen met overgewicht aanleveren, waarvan 19 cijfers correct waren. Het percentage volwassenen met overgewicht was gemiddeld 36,8% (mediaan 35,6%) met een minimum van 24% en een maximum van 55%. Van de vier GGD'en die geen cijfer hadden aangeleverd, hadden drie toegelicht op korte termijn gegevens te verkrijgen of te gaan verzamelen via een monitor.

29 GGD'en hebben de subindicator volwassenen met ernstig overgewicht aangeleverd, waarvan 19 correct. Het gemiddelde percentage volwassenen met ernstig overgewicht bedroeg 11,3% (mediaan 10,5%) met een minimum van 7 en een maximum van 25%.



Figuur 25
Percentage volwassenen met overgewicht (19-65 jaar)

^k Voor de leeftijdsgroep 15 jaar en ouder:
<http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=03799&D1=267-271&D2=0-17&D3=0&D4=a&VW=T>



Figuur 26
Percentage volwassenen met ernstig overgewicht (19-65 jaar)

Conclusie

Meer dan de helft van de GGD'en was in staat een correct cijfer aan te leveren. De andere GGD'en hadden zich nog onvoldoende gehouden aan de landelijke afspraken over de verzameling van epidemiologische gegevens.

Vier GGD'en hadden nog geen inzicht in dit thema terwijl het een speerpunt is van rijksbeleid.

Beide percentages lijken iets hoger dan die uit 2005 maar hier zijn geen conclusies aan te verbinden omdat de leeftijdsgroepen verschilden.

3.20 Indicator 5.1 Eenzaamheid, depressie, angststoornissen en suïcides

Beschikbare indicatoren

5.1.1 Wat waren in 2007 in uw werkgebied de percentages personen van 19 tot 65 jaar met een hoge score op de variabele depressieve gevoelens en angststoornissen?

5.1.2 Wat waren in 2007 in uw werkgebied de percentages personen van 19 tot 65 jaar met een hoge score op de variabele eenzaamheid?

5.1.3 Wat waren in 2007 in uw werkgebied de percentages personen van 65 jaar en ouder met een hoge score op de variabele eenzaamheid?

5.1.4 Wat was in de periode 2003-2006 het aantal personen dat zelfmoord heeft gepleegd?

Bron

Voor indicator 5.1.1 t/m 5.1.3: GGD-registratie (Monitor VGZ, Monitor Ouderen)

Voor de indicator 5.1.4 maakt de IGZ gebruik van data uit de

Doodsoorzakenstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). De data

van het CBS zijn in opdracht van GGD Nederland door het RIVM gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht per GGD-regio.

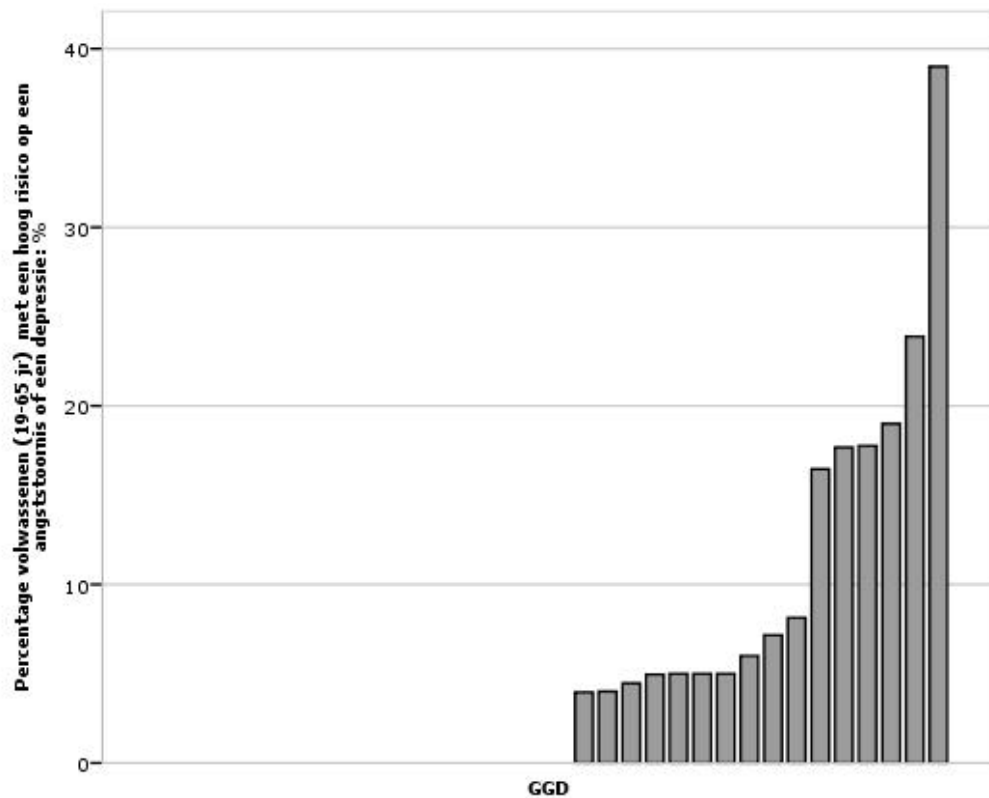
Doelstelling VWS

Doelstelling van VWS is dat het bereik van preventie toeneemt ten opzichte van het bereik in 2006 (4000 personen).

Resultaten

5.1.1 Angst/depressie volwassenen

16 GGD'en hebben de indicator "percentage volwassenen met een hoog risico op een angststoornis of een depressie" aangeleverd, waarvan 6 correct. Het gemiddelde percentage bedroeg 11,7% (mediaan 6,6%) met een spreiding van 4% tot 39%. Uit de toelichtingen van de GGD'en met de hoogste percentages (>16%) blijkt dat zij andere instrumenten hebben gebruikt dan het instrument dat is gekozen voor de standaardvraagstelling over 'Angst en depressie' (genoemd werd de Mental Health Index uit de standaardvraagstelling Kwaliteit van Leven van de LNM).

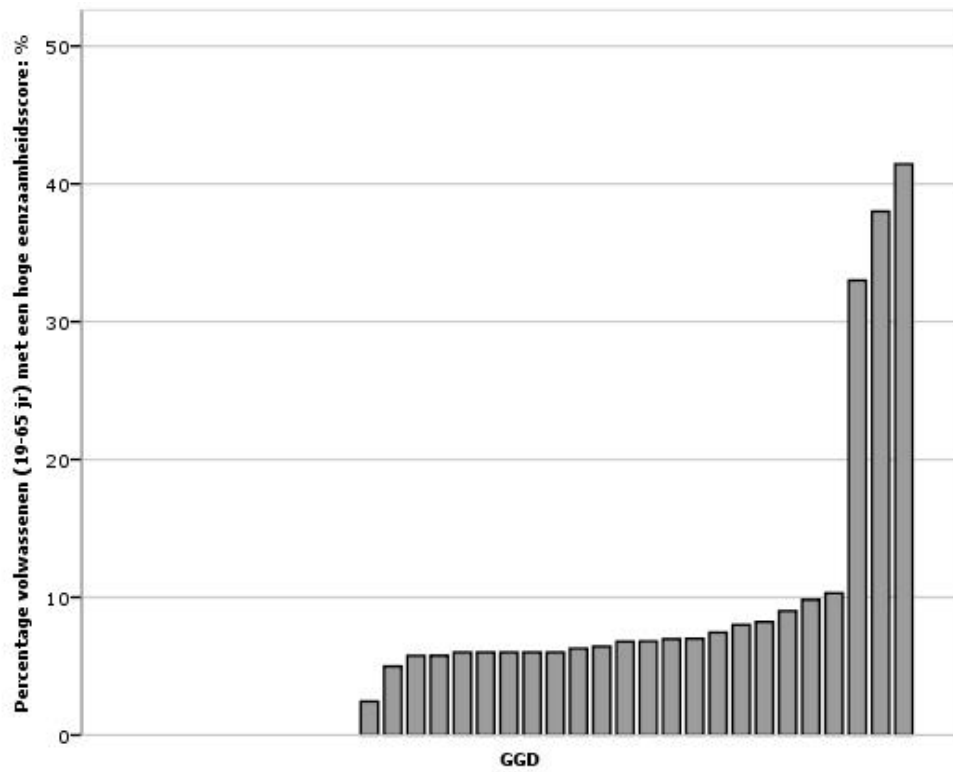


*Figuur 27
Percentage volwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie*

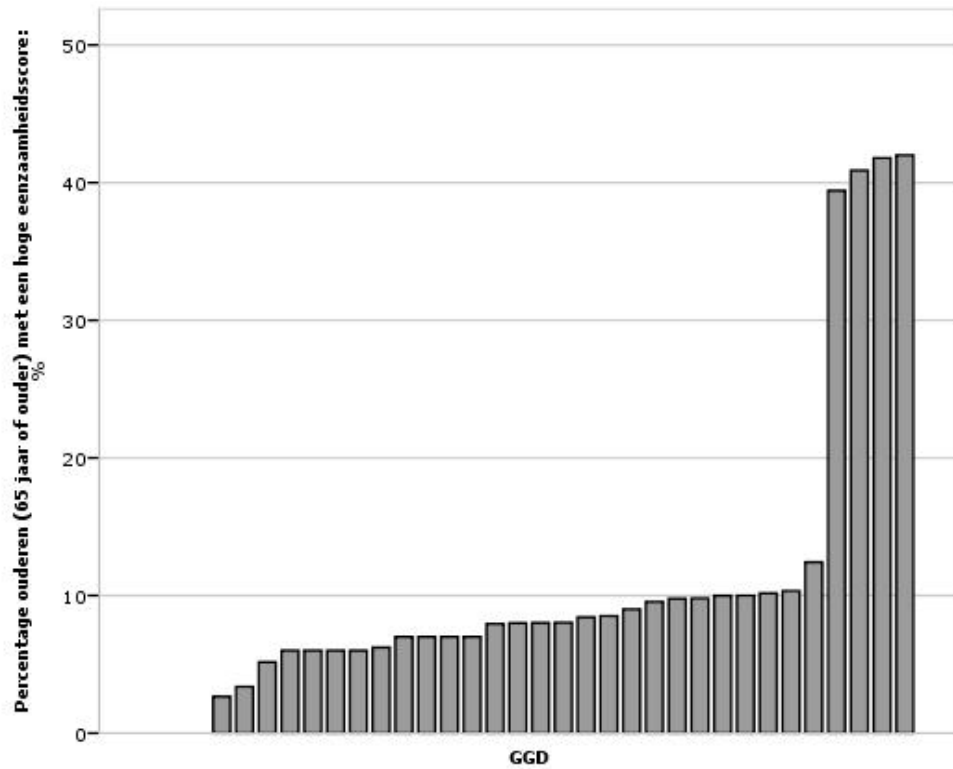
5.1.2 Eenzaamheid volwassenen en ouderen

24 GGD'en hebben de indicator "percentage volwassenen met een hoge score op de variabele eenzaamheid" aangeleverd, waarvan 14 correct. Het gemiddelde percentage bedroeg 10,6% (mediaan 6,8%) met een spreiding van 2 tot 41%.

31 GGD'en hebben de indicator "percentage ouderen met een hoge score op de variabele eenzaamheid" aangeleverd, waarvan 24 correct. Het gemiddelde percentage bedroeg 12,1% (mediaan 8,0%) met een spreiding van 3 tot 42%.



Figuur 28
Percentage volwassenen met een hoge score op de variabele eenzaamheid

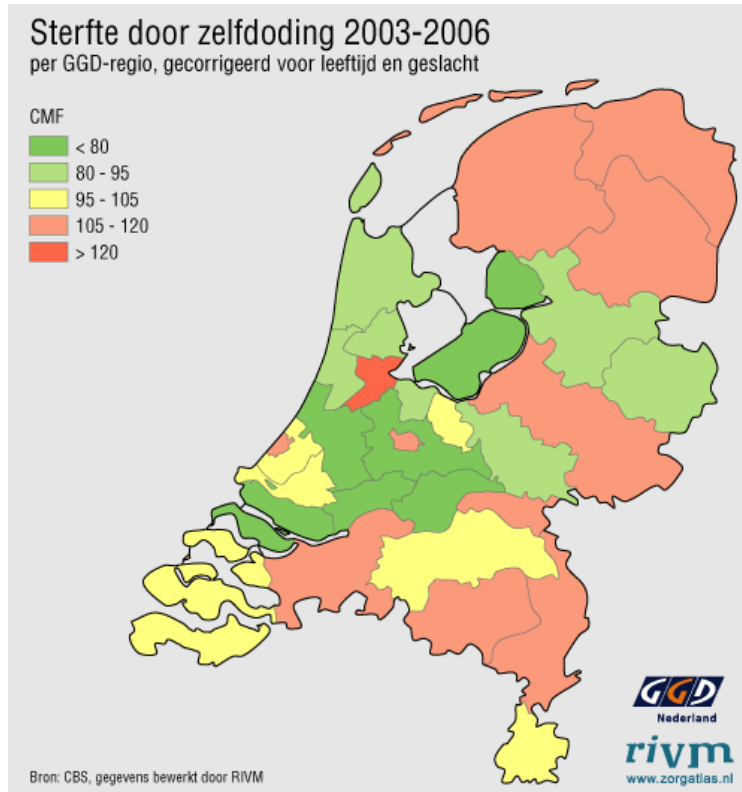


Figuur 29
Percentage ouderen (65+) met een hoge score op de variabele eenzaamheid

5.1.3 Suicide

Figuur 30 toont de verhouding tussen de sterfte in een GGD-regio (subpopulatie) en de sterfte in de totale populatie in Nederland gecorrigeerd voor leeftijd- en geslachtsverschillen (directe standaardisatie), gemiddeld over de vier onderzoeksjaren (CMF^l).

Resultaten

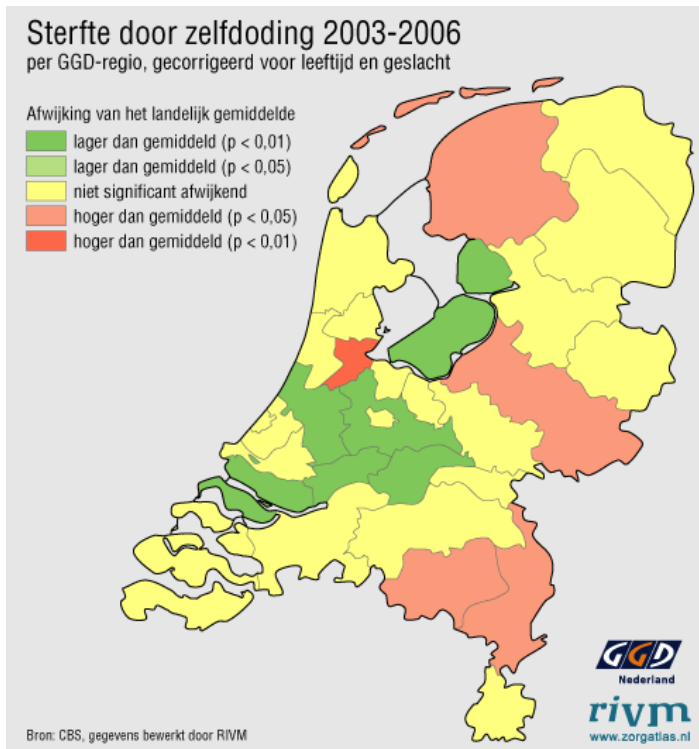


Figuur 30
Sterfte door zelfdoding per GGD-regio 2003-2006 (Bron: CBS^m)

In een aantal regio's is de sterfte door zelfdoding hoger dan het landelijk gemiddelde (figuur 31).

^l Als de CMF (Comparative Mortality Figure) 100 is, is de sterfte in de GGD-regio (indexpopulatie), gelijk aan die van de standaardpopulatie. Een CMF van 104 wijst erop dat de sterfte in een regio 4% hoger is dan in de standaardpopulatie (CBS).

^m http://www.rivm.nl/vtv/object_map/o2734n21683.html



Figuur 31
Significantieniveaus per regio

Conclusie

Angst/depressie, eenzaamheid

De spreiding in de data voor indicatoren die gebaseerd zijn op de monitorvragen is groot doordat verschillende typen vragen zijn gebruikt.

Voor de subindicator eenzaamheid ouderen hadden GGD'en vaker de juiste gegevens aangeleverd gebaseerd op landelijk gemaakte afspraken.

De indicator angst/depressie geeft geen inzicht of de doelstelling van VWS wordt gehaald.

Suicide

Het risico op zelfdoding was in 5 regio's hoger dan gemiddeld. De inspectie verwacht dat in deze regio's meer inspanningen worden gepleegd om dit risico te beperken.

3.21 Indicator 5.2 Huiselijk geweld

Beschikbare indicatoren

5.2.1 Wat was in 2007 het percentage 19–65 jarige vrouwen dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld?

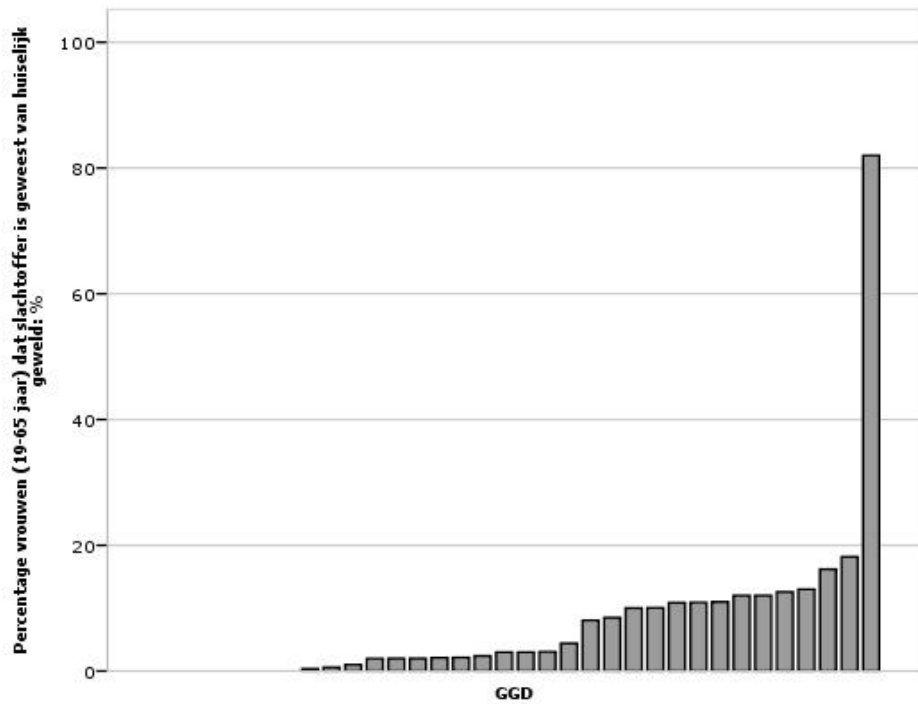
5.2.2 Wat was in 2007 het percentage ouderen (65 jaar en ouder) dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld?

Bron

GGD-registratie (Monitor VGZ en Monitor ouderen)

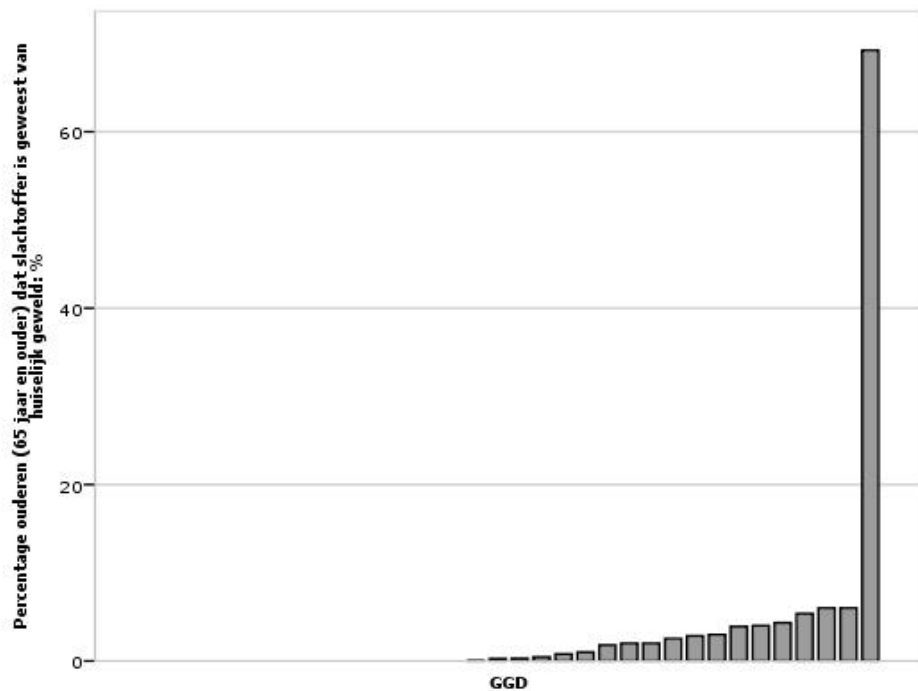
Resultaten

27 GGD'en hebben de subindicator "percentage volwassen vrouwen dat slachtoffer geweest is van huiselijk geweld" aangeleverd, waarvan 9 correct. Het gemiddelde percentage bedroeg 9,8% (mediaan 8,1%) met een spreiding van 0,4 tot 82%.



Figuur 32
 Percentage volwassen vrouwen dat slachtoffer geweest is van huiselijk geweld

19 GGD'en hebben de subindicator "percentage ouderen dat slachtoffer geweest is van huiselijk geweld" aangeleverd, waarvan 7 correct. Het gemiddelde percentage bedroeg 6,1% (mediaan 2,5%) met een spreiding van 0 tot 69%.



Figuur 33
 Percentage ouderen (65 jaar en ouder) dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld

Conclusie

De cijfers waren niet goed te vergelijken. Enerzijds is dat verklaarbaar omdat de standaardvraagstelling van de LNM pas in 2008 vastgesteld was. Anderzijds omdat nog niet alle GGD'en de vraag hadden opgenomen in de lokale monitors en daarom andere bronnen zoals een registratie van een meldpunt, hadden gebruikt.

3.22 Indicator 5.3 Risicogroepen OGGZBeschikbare indicatoren

Wat waren in 2007 de geregistreerde aantallen per 100.000 inwoners (puntprevalentie) voor onderstaande OGGZ–doelgroepen?

- 5.3.1 (Dreigende) huisuitzettingen:
- 5.3.2 Overlastmeldingen (niet mbt 'hangjongeren'):
- 5.3.3 Aanvragen schuldsanering:
- 5.3.4 Veelplegers:
- 5.3.5 Woningvervuilingen:
- 5.3.6 Harddrugverslaafden:
- 5.3.7 Residentieel daklozen:
- 5.3.8 Bemoezorgklanten in zorg (GGZ, verslavingszorg etc.):
- 5.3.9 Multiprobleem gezinnen:

Bron

GGD-registratie

Resultaten

Om de aantallen per risicogroep te kunnen vergelijken tussen de GGD-regio's heeft de inspectie gevraagd naar de aantallen per 100.000 inwoners in de regio. Deze aantallen heeft de IGZ opgeteld tot een totaal voor alle risicogroepen. In 6 regio's waren alle aantallen onbekend. Eén hiervan gaf aan te wachten op landelijke definities en 3 regio's waren gefuseerd.

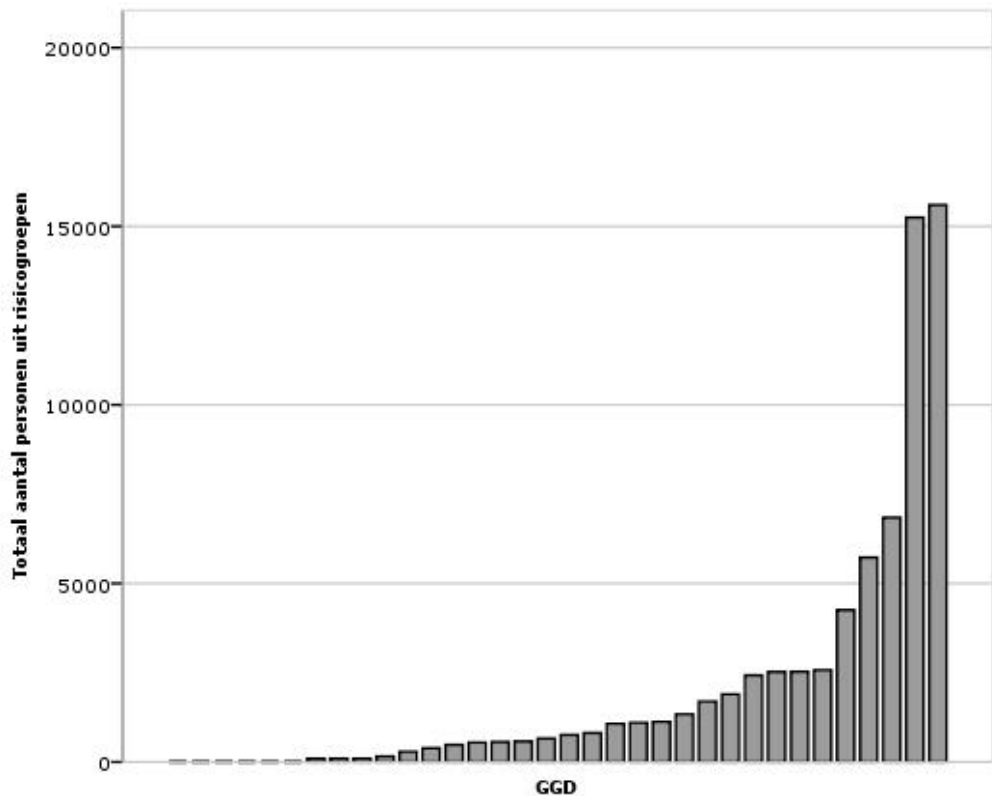
Tabel 5

Resultaten per subindicator risicogroepen OGGZ

Indicator	Aantal GGD'en	Gemiddeld aantal per 100.000 inwoners (mediaan)	Minimum aantal	Maximum aantal
5.3.1 (Dreigende) huisuitzettingen:	25	189 (60)	3	944
5.3.2 Overlastmeldingen (niet mbt 'hangjongeren'):	25	758 (204)	0 ⁿ	3.759
5.3.3 Aanvragen schuldsanering:	20	889 (301)	24	10.224
5.3.4 Veelplegers:	17	113 (49)	2	539
5.3.5 Woningvervuilingen:	23	56 (28)	5	268
5.3.6 Harddrugverslaafden:	19	485 (139)	7	4.500
5.3.7 Residentieel daklozen:	23	257 (100)	2	1.863

ⁿ 0,01

5.3.8 Bemoeizorgklanten in zorg:	21	364 (150)	26	4.500
5.3.9 Multiprobleemgezinnen	16	251 (58)	5	2.729
Totaal alle risicogroepen	28	2.552 (1.087)	95	15.597



*Figuur 34
Totaal aantal risicopersonen per 100.000 inwoners*

Uit de figuur blijkt dat er een groot verschil was in de omvang van de risicogroepen per 100.000 inwoners. De meeste GGD'en registreerden kleine aantallen (<1000). Gezien de grote omvang van de totale groep risicovolle personen is het waarschijnlijk dat GGD'en absolute aantallen hebben aangeleverd in plaats van een cijfer per 100.000 inwoners.

Conclusies

De inspectie vindt het belangrijk dat de GGD inzicht heeft in de omvang van de risicogroepen om hierover de gemeenten te kunnen adviseren. Het verschilde per risicogroep hoeveel GGD'en hier inzicht in hadden en in 6 GGD-regio's werd geen enkele subindicator aangeleverd. Via bijvoorbeeld de registraties van woningbouwverenigingen en politie waren de huisuitzettingen en overlastmeldingen in de meeste regio's bekend. De multiprobleem gezinnen waren het minst in beeld (47% van de regio's).

De cijfers waren niet vergelijkbaar doordat landelijke definities nog ontbraken. Ook verschilden de registraties die de GGD'en gebruikten om de gegevens aan te leveren omdat hierover nog geen afspraken waren gemaakt. De inspectie verwacht dat de GGD'en de gegevens in een volgende ronde beter en volgens landelijk gemaakte afspraken kunnen aanleveren.

3.23 Indicator 6.1 Geluidsoverlast

Beschikbare indicatoren

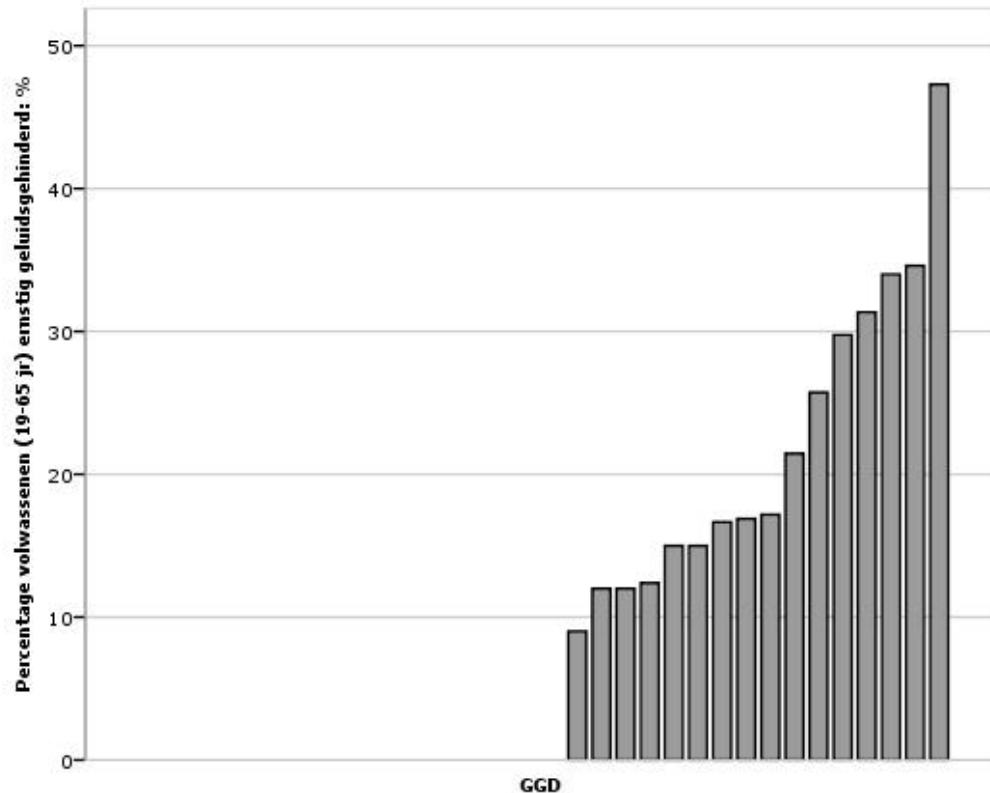
6.1.1 Wat was in 2007 in uw werkgebied het percentage door geluidsoverlast ernstig gehinderde personen in de populatie 19–65 jaar?

Bron

GGD-registratie (Monitor VGZ)

Resultaten

16 GGD'en konden een percentage aanleveren, waarvan 4 correct. Het gemiddelde percentage bedroeg 21,9% (mediaan 17%) met een spreiding van 9 tot 47%.



*Figuur 35
Percentage volwassenen (19-65 jr) ernstig geluidsgehindert*

Conclusies

Bijna de helft van de GGD'en was in staat deze indicator aan te leveren maar de cijfers waren in een kwart van de gevallen correct. De gegevens zijn daardoor moeilijk te vergelijken.

De standaardvraagstelling omvatte weliswaar deze indicator, maar gaf nog geen syntax waarmee de indicator berekend kon worden. Dit heeft ertoe geleid dat GGD'en verschillende methoden hebben gebruikt om het percentage gehinderden per bron op te tellen tot een totaal percentage geluidsgehinderden. Daarnaast hadden GGD'en andere vraagstellingen gebruikt, niet alle vragen uit de standaard gebruikt of bijvoorbeeld geluidsbronnen toegevoegd.

3.24 Indicator 6.2 Binnenhuismilieu

Beschikbare indicatoren

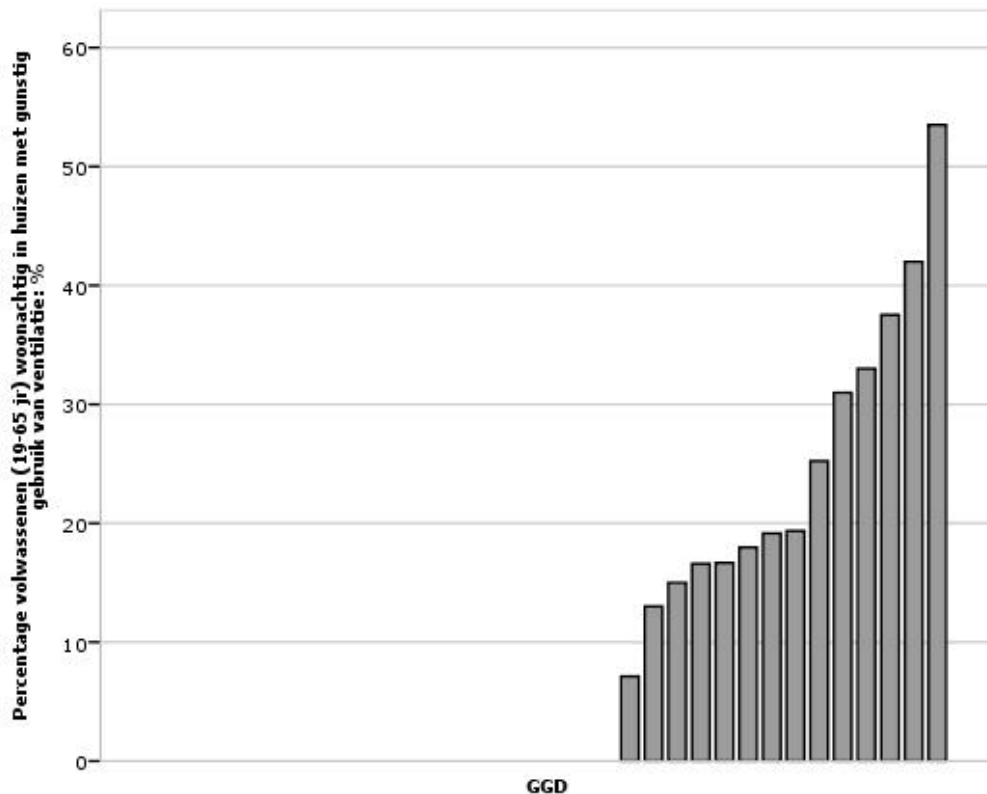
6.2 Wat is in 2007 in uw werkgebied van de GGD het percentage 19–65 jarigen woonachtig in huizen met gunstig gebruik van ventilatie?

Bron

GGD-registratie (Monitor VGZ)

Resultaten

Het gemiddelde percentage van 14 GGD'en bedroeg 24,8% (mediaan 19,3%) met een spreiding van 7 tot 54%. Van deze 14 hadden 5 GGD'en een correct cijfer aangeleverd.



Figuur 36

Het percentage volwassenen (19-65 jaar) woonachtig in huizen met gunstig gebruik van ventilatie

Conclusie

Ongeveer 40% van de GGD'en was in staat deze indicator aan te leveren waarvan ruim een derde van de cijfers correct was. De gegevens zijn daardoor moeilijk te vergelijken.

De standaardvraagstelling omvatte weliswaar deze indicator, maar gaf begin 2008 nog geen goede syntax waarmee de indicator berekend kon worden. Dit heeft ertoe geleid dat GGD'en verschillende methoden hebben gebruikt om het percentage voldoende ventilatie per ruimte in huis, op te tellen tot een totaal percentage.

4 Resultaten interventieaanbod en analyserende gesprekken over speerpunten

Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer voor het inzicht dat de GGD'en hebben in het regionaal preventie aanbod en de gezamenlijke analyse. Het is toegespitst op de vier speerpunten overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie.

4.1 Werkwijze

De inspectie heeft elke GGD in begin 2008 gevraagd om in mei 2008 informatie aan te leveren over het interventieaanbod in de GGD-regio van zowel de eigen organisatie, als van anderen. De vragenlijst beperkte zich tot de interventies uit de vier zogenaamde leeflijnen horend bij de handleidingen 'lokaal gezondheidsbeleid' voor de vier speerpunten^{16, 17, 18, 19}. Indien van toepassing konden GGD'en ook interventies vermelden die niet waren opgenomen in de leeflijnen (per speerpunt maximaal 15 interventies). De IGZ heeft verzocht om ook informatie over het bereik^o van de interventies aan te leveren.

Deze informatie heeft de inspectie besproken tijdens de analyserende gesprekken met de GGD-directeur en een vertegenwoordiger van het GGD-bestuur eind 2008/begin 2009. Het doel van dit gesprek was om gezamenlijk een analyse te maken van de problematiek, de motivatie voor beleidskeuzes (zowel wat betreft de lokale speerpunten als het interventieaanbod), en om na te gaan of het interventieaanbod een bijdrage kan leveren aan de doelstelling voor de gesignaleerde problemen.

Per speerpunt is de inspectie nagegaan wat de 'top 5' is van meest aangeboden interventies en of deze erkend zijn^p. Dit wil zeggen dat de Erkenningscommissie Interventies en het Centrum Gezond Leven (CGL) een goede beoordeling hebben gegeven over de kwaliteit van de interventie en dat deze ten minste theoretisch goed onderbouwd of bewezen effectief is^q. Daarnaast kijkt de inspectie naar de kwaliteit van het totale aanbod per speerpunt. In drie van de vier handleidingen zijn richtlijnen gegeven voor een goede mix van interventies.

4.2 Resultaat interventieaanbod overgewicht

De leeflijn, horend bij de Handleiding Preventie van overgewicht in de nota lokaal gezondheidsbeleid, omvat 105 interventies. In onderstaande tabel staan de vijf interventies genoemd die volgens de GGD'en het meest werden aangeboden (tabel 6).

^o Dit kon zowel bereik van de doelgroep zijn (aantal of percentage) of bereik van de intermediair (aantal of percentage).

^p Peildatum 31 december 2009.

^q De Erkenningscommissie onderscheidt vier niveaus: theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief, bewezen effectief en kosteneffectief. Een panel van praktijkwerkers beoordeeld of een interventie 'goed beschreven' is.

Tabel 6

Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (overgewicht)

	Interventie	Aantal GGD-regio's	% van het aantal GGD'en
	Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg (kinderen van 1 t/m 4 jaar) *	30	93,8
	BOS impuls (kinderen van 4 t/m 12 jaar)	29	90,6
	Schoolgruiten (kinderen van 4 t/m 12 jaar) *	27	84,8
	Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg (kinderen van 4 t/m 12 jaar) *	26	81,3
	Smaaklessen (kinderen van 4 t/m 12 jaar)	26	81,3

(* erkende interventie)

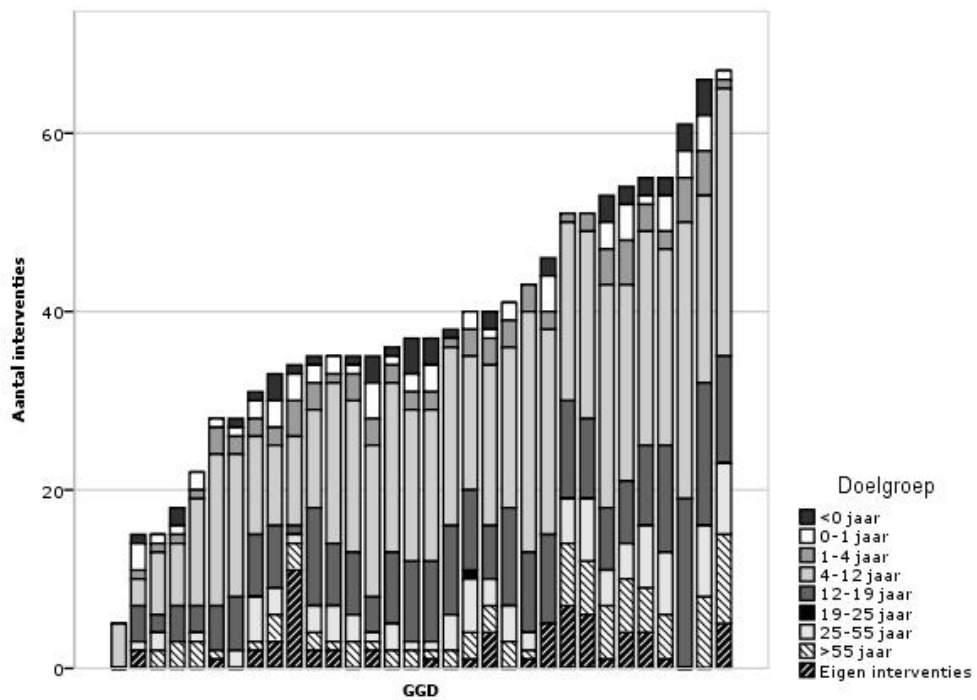
Twee van de hierboven genoemde interventies heeft de Erkenningcommissie van het Centrum Gezond Leven erkend als 'theoretisch goed onderbouwd' (Signaleren en advies tijdens contactmomenten JGZ), één interventie is beoordeeld door praktijkwerkers als 'goed beschreven' (Schoolgruiten)²⁰.

Het Voedingscentrum heeft de interventies in de leeflijn verdeeld naar leeftijdsgroep. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel interventies voor die doelgroep maximaal aangeboden kunnen worden en wat de GGD en andere organisaties in de GGD-regio gemiddeld aanboden. De meeste interventies richten zich op kinderen in de schoolgaande leeftijd. Het aanbod voor volwassenen en ouderen was zowel in theorie (de leeflijn), als in de praktijk aanzienlijk kleiner. In sommige GGD-regio's was het aanbod beperkt tot alleen de doelgroep jeugd.

Tabel 7

Aantal interventies overgewicht verdeeld naar doelgroep

Doelgroep	Alle GGD'en	
	Gemiddeld aantal (minimaal-maximaal)	Max. aantal interventies volgens leeflijn
Jeugd (0-25)	31 (min 5 - max 61)	82
Tot 0 jaar	1 (min 0 - max 4)	4
0 tot 1 jaar	2 (min 0 - max 4)	4
1 tot 4 jaar	2 (min 0 - max 5)	6
4 tot 12 jaar	17 (min 3 - max 31)	43
12 tot 19 jaar	8 (min 0 - max 19)	24
19 tot 25 jaar	0 (min 0 - max 1)	1
Volwassenen (25-55)	3 (min 0 - max 8)	15
Ouderen (55+)	3 (min 0 - max 11)	11



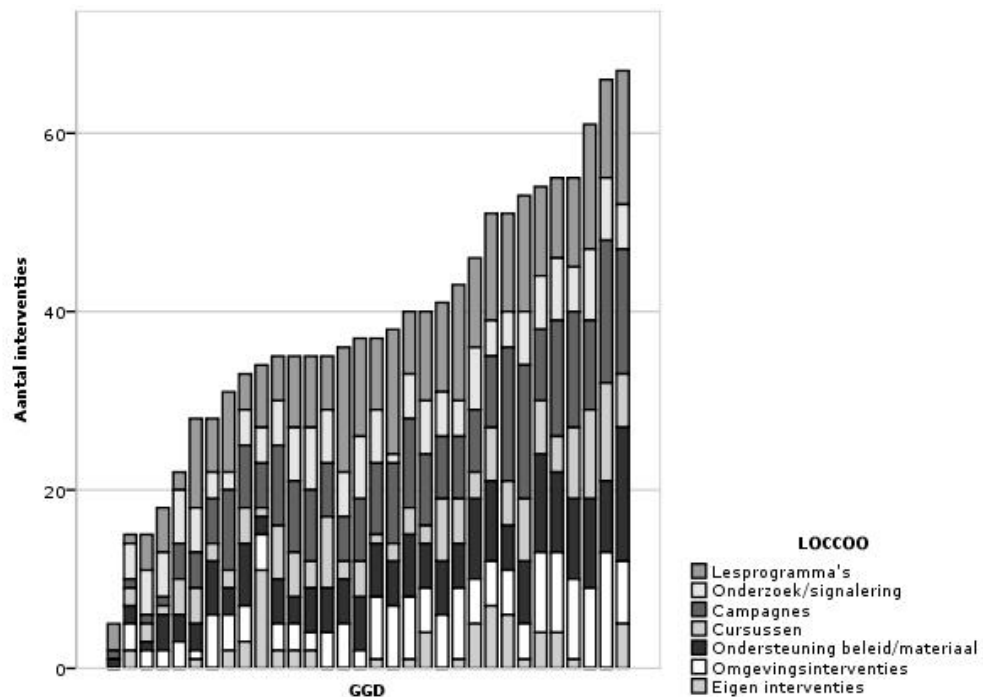
Figuur 37
Aanbod per GGD per leeftijdsgroep (overgewicht)

Het Voedingscentrum adviseert om, indien beschikbaar, een basispakket (LOCCOO) samen te stellen bestaande uit de volgende typen interventies:

- Lesprogramma's
- Onderzoek/signaleringsinstrument
- Campagne
- Cursus
- Ondersteunend beleid/materiaal
- Omgevingsinterventies

Alle GGD'en voldeden aan dit principe. De nadruk lag veelal op de lesprogramma's en de campagnes. Voor volwassenen was het aanbod in de leeflijn minder groot en gevarieerd en dit had zijn weerslag in het aanbod. Voor volwassenen en ouderen werden vooral campagnes aangeboden.

Het aanbod van eigen interventies was relatief klein ten opzichte van de interventies uit de leeflijn.



*Figuur 38
Aanbod ter preventie van overgewicht per GGD volgens het LOCCOO-principe*

Gezamenlijke Analyse

Uit de gezamenlijke analyse bleek dat gemeenten overgewicht als speerpunt benoemden en dat zij al langer investeerden in de preventie van overgewicht. De aandacht lag vaak bij de jeugd. In sommige gemeenten leek dit geen bewuste keuze. Anderen gaven aan dat de motivatie voor deze keuze was dat de meeste winst te behalen is bij de jeugd. Ook is deze doelgroep makkelijker te bereiken via scholen en verwachtte men dat het aanbod indirect ook effect had op de ouders. Vaak ontbraken concrete doelstellingen op lokaal niveau en soms werden ze minder ambitieus geformuleerd dan de doelstelling van VWS, bijvoorbeeld dat het overgewicht bij kinderen gelijk moet blijven in plaats van dalen. Effecten verwachtten de meeste GGD'en wel hoewel het moeilijk was te voorspellen omdat veel factoren een rol spelen. Op langere termijn en met een structureel aanbod op zowel landelijk als lokaal niveau verwachtte de GGD wel effect. Ook is het nodig overgewicht integraal aan te pakken omdat het probleem niet alleen met gezondheidsbevordering is op te lossen. Bijna een derde van de GGD'en gaf aan dat de inspanning in relatie tot de beschikbare middelen ruim voldoende is.

Passages uit verslagen analyserende gesprekken:

Probleem is dat er heel veel factoren zijn die invloed hebben op de ontwikkeling van overgewicht. Het effect van afzonderlijke interventies is daardoor lastig te meten. ... Voor de aanpak van de problemen zijn meer partijen nodig dan alleen de GGD. Door de gekozen integrale, intersectorale aanpak (aanleg trapveldjes en andere bewegingsmogelijkheden) is de kans op succes groter.

4.3 Resultaat interventieaanbod roken

De leeflijn, horend bij de Richtlijn tabakspreventie in de nota lokaal gezondheidsbeleid, omvat 34 interventies. In onderstaande tabel staan de vijf interventies genoemd die volgens de GGD'en het meest werden aangeboden.

*Tabel 8
Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (roken)*

	Interventie	Aantal GGD-regio's	% van het aantal GGD'en
1	Gezonde School en Genotmiddelen (11-12-jarigen) *	30	90,9
2	Gezonde School en Genotmiddelen (12-15-jarigen met accent op jongeren uit achterstandsgroepen) *	29	87,9
3	Actie Tegengif (12-15-jarigen met accent op jongeren uit achterstandsgroepen) # *	29	87,9
4	Groepstraining: Pakje kans-samen stoppen met roken (rokers 18-65+) #	25	75,8
5	Voorlichtingsprogramma: Roken? Niet waar de kleine bij is (0-4-jarigen) #*	23	69,7

(* Erkende interventie. # Deze interventies zijn opgenomen in het basispakket van Stivoro).

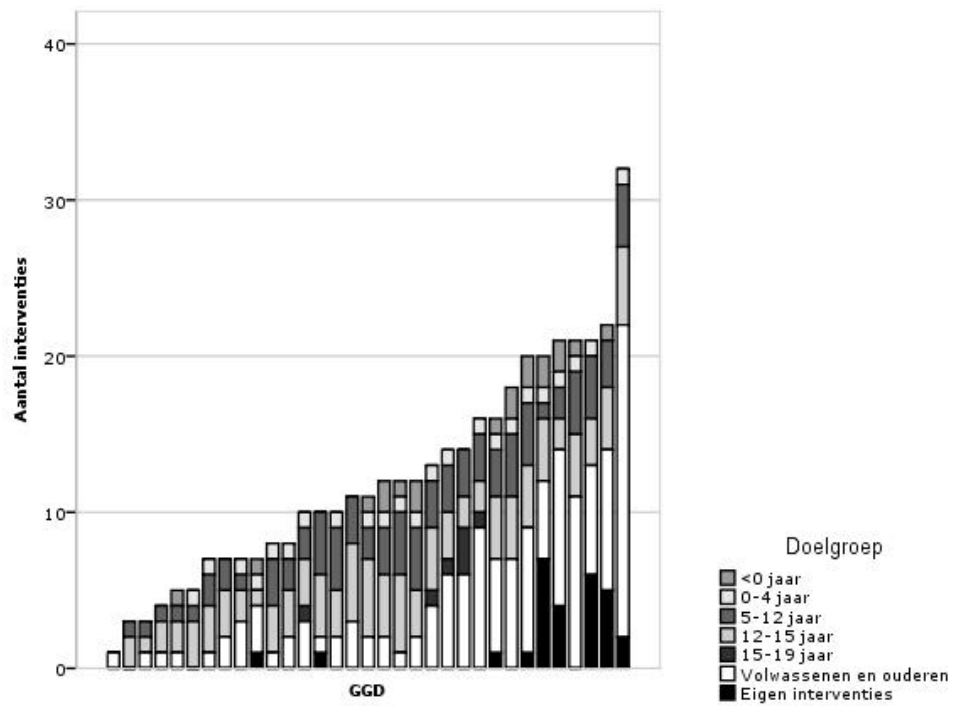
Van de hierboven genoemde interventies heeft de Erkenningscommissie van het CGL vier interventies erkend op het niveau in theorie goed onderbouwd:

- Actie tegengif
- Gezonde school en genotmiddelen (11-12-jarigen en 12-15-jarigen)
- Roken? Niet waar de kleine bij is

In de leeflijn zijn de interventies verdeeld naar leeftijdsgroep. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel interventies er voor die doelgroep maximaal aangeboden kunnen worden en wat er gemiddeld werd aangeboden. De meeste interventies die werden aangeboden richtten zich op de jeugd.

*Tabel 9
Aantal interventies roken verdeeld naar doelgroep*

Doelgroep	Alle GGD'en	
	Gemiddeld (min - max)	Max. aantal interventies volgens leeflijn
Jeugd	7 (min 0 – max 11)	15
Tot 0 jaar	1 (min 0 - max 2)	2
0 tot 4 jaar	1 (min 0 - max 1)	1
5 tot 12 jaar	3 (min 0 - max 4)	4
12 tot 15 jaar	3 (min 0 - max 5)	5
15 tot 19 jaar	1 (min 0 - max 1)	3
Volwassenen en ouderen	4 (min 0 – max 20)	20



*Figuur 39
Aanbod per GGD per leeftijdsgroep (roken)*

Stivoro heeft een basispakket samengesteld van interventies gericht op een drietal doelstellingen:

- Voorkomen dat de jeugd gaat roken
- Bevorderen van het stoppen-met-roken
- Voorkomen van het meeroken

Het volledige basispakket staat in onderstaande tabel.

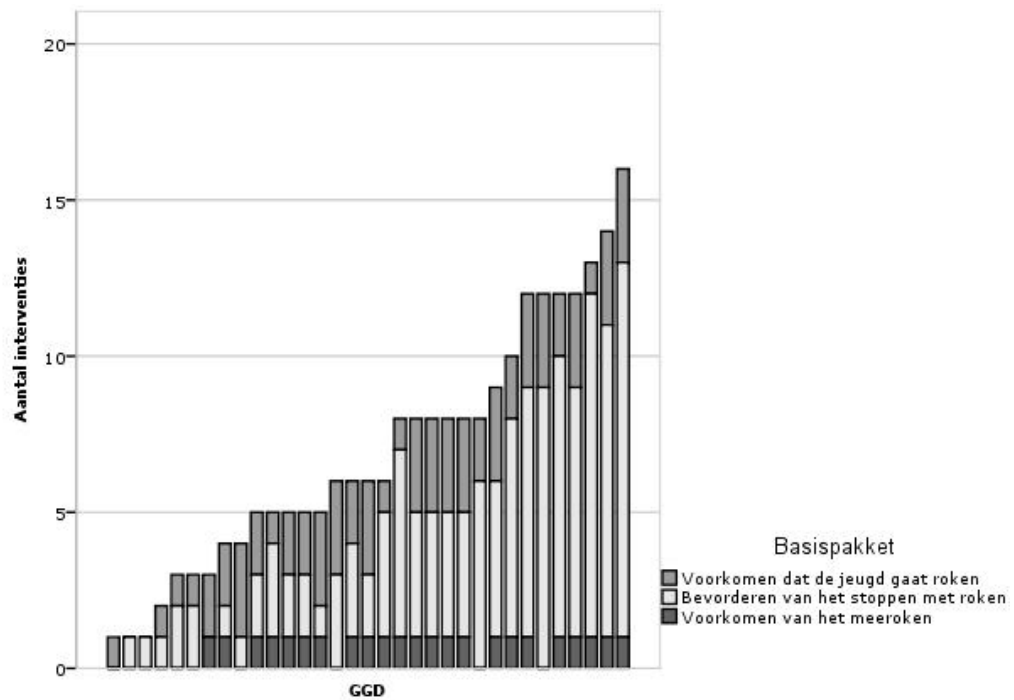
Tabel 10

Overzicht van de interventies waaruit het basispakket van Stivoro bestaat

Interventie	
Voorkomen dat de jeugd gaat roken	
1	Rookvrije School
2	Actie Tegengif
3	Kinderen Kopiëren - regionale campagne
Bevorderen van het stoppen-met-roken	
4	Regionale versterking van landelijke multimediale stoppen-met-roken campagne
5	Brochure: Stoppen met roken; het waarom en het hoe
6	Advies op Maat (een digitaal advies over hoe te stoppen-met-roken)
7	Advies op Maat voor zwangeren
8	Kortdurend stopadvies: Meer huisartsen gaan voor minder rokers
9	Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Huisartsenpraktijk (H-MIS)
10	Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Cardiologieafdeling (C-MIS)
11	Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor de Longpoli (L-MIS)
12	Stopadvies & begeleiding: Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk (V-MIS)
13	Telefonische coaching (6 telefonische begeleidingsgesprekken over stoppen-met-roken)
14	Pakje Kans - samen stoppen met roken (groepstraining samen stoppen-met-roken)
15	Word wijzer over roken: voorlichting voor migranten via VETC-ers (voorlichting in de eigen taal)
Voorkomen van het meerroken	
16	Roken? Niet waar de kleine bij is

In 11 GGD-regio's ontbrak het aan één of meer pijlers uit het basispakket. Meestal was dit de pijler 'Voorkomen van het meerroken' doordat deze pijler maar één interventie omvatte (n=10). In drie regio's omvatte het aanbod slechts één pijler (2 regio's waren fusie-regio's).

Het aanbod van eigen interventies was relatief klein ten opzichte van de interventies uit de leeflijn.



Figuur 40
Aanbod per GGD volgens het Basispakket van Stivoro (roken)

Gezamenlijke Analyse

In de gesprekken kwam naar voren dat de gemeenten roken erkenden als speerpunt voor beleid. In de afweging om tot een interventieaanbod te komen wogen gemeenten mee dat het rijk effectieve(re) instrumenten kan inzetten, zoals de wijziging van de Tabakswet en accijnsverhoging. Dit maakte dat er vaak minder animo was voor activiteiten op lokaal niveau, vooral waar het volwassenen en ouderen betrof. In sommige gesprekken kwam naar voren dat de gemeenten zich vooral willen richten op het voorkomen van roken en niet op het stoppen met roken. Effect verwachtte men op langere termijn van de eigen maatregelen in combinatie met die van het Rijk.

Passages uit verslagen analyserende gesprekken:

De GGD probeert dit thema in de lokale nota's te laten opnemen maar het ontbreekt vaak. Het is voor gemeenten niet helder wat zij hieraan kunnen doen. Het verkleinen van de beschikbaarheid van sigaretten e.d. is een activiteit die meer effect heeft en landelijk wordt ingezet.

De hoop is verder dat het landelijke verbod op roken in de horeca op termijn zal leiden tot een toenemend aantal stoppers. Mogelijk zal dit al blijken uit de volgend jaar te houden enquête onder volwassenen.

4.4 Resultaat interventieaanbod schadelijk alcoholgebruik

De leeflijn, horend bij de "Handleiding lokaal alcoholbeleid. Een integrale benadering", omvat 41 interventies. In onderstaande tabel staan de vijf interventies genoemd die volgens de GGD'en het meest werden aangeboden.

*Tabel 11
Overzicht van meest aangeboden interventies in Nederland (alcohol)*

	Interventie	Aantal GGD-regio's	% van het aantal GGD'en
1	Gezonde School en Genotmiddelen (basis en voortgezetonderwijs) *	29	90,6
2	Campagne 'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind' (ouders en opvoeders van jongeren onder de 16 jaar)	24	75,0
3	Instructie Verantwoord Alcohol schenken (barvrijwilligers e.d. voor leeftijdsgroep <16 jaar)	22	68,8
4	Instructie Verantwoord Alcohol schenken (barvrijwilligers e.d. voor leeftijdsgroep 16-25 jaar)	18	56,3
5	Methode 'peer education' (jongeren bij uitgaansgelegenheden e.d. tussen 16-25 jaar)	17	53,1

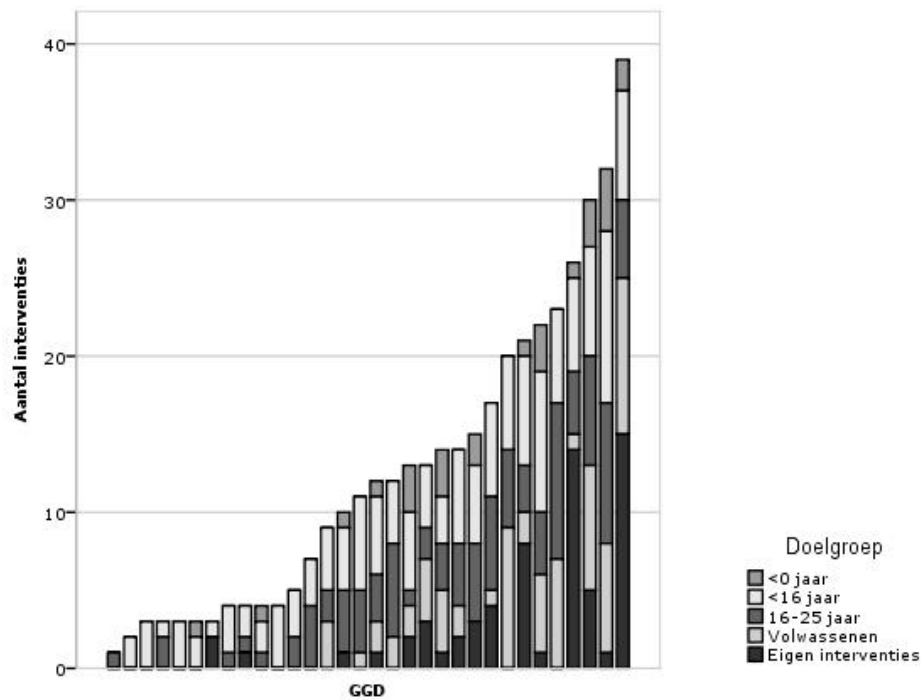
(* erkende interventie)

Van de hierboven genoemde interventies heeft de Erkeningscommissie van het Centrum Gezond Leven alleen de interventie "Gezonde school en genotmiddelen" positief beoordeeld op het niveau in theorie goed onderbouwd.

In de leeflijn zijn de interventies verdeeld naar leeftijdsgroep. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel interventies voor die doelgroep maximaal aangeboden kunnen worden en wat gemiddeld werd aangeboden. De meeste interventies richten zich op kinderen in de schoolgaande leeftijd. Het aanbod voor volwassenen en ouderen was zowel in theorie (de leeflijn), als in de praktijk aanzienlijk kleiner.

*Tabel 12
Aantal alcohol interventies verdeeld naar doelgroep*

Doelgroep	Alle GGD'en	
	Gemiddeld (min-max)	Max. aantal interventies volgens leeflijn
Jeugd	8 (min 0 - max 24)	30
Tot 0 jaar	1 (min 0 - max 4)	4
Tot 16 jaar	4 (min 0 - max 11)	13
16 tot 25 jaar	3 (min 0 - max 10)	13
Volwassenen en ouderen	2 (min 0 - max 10)	11



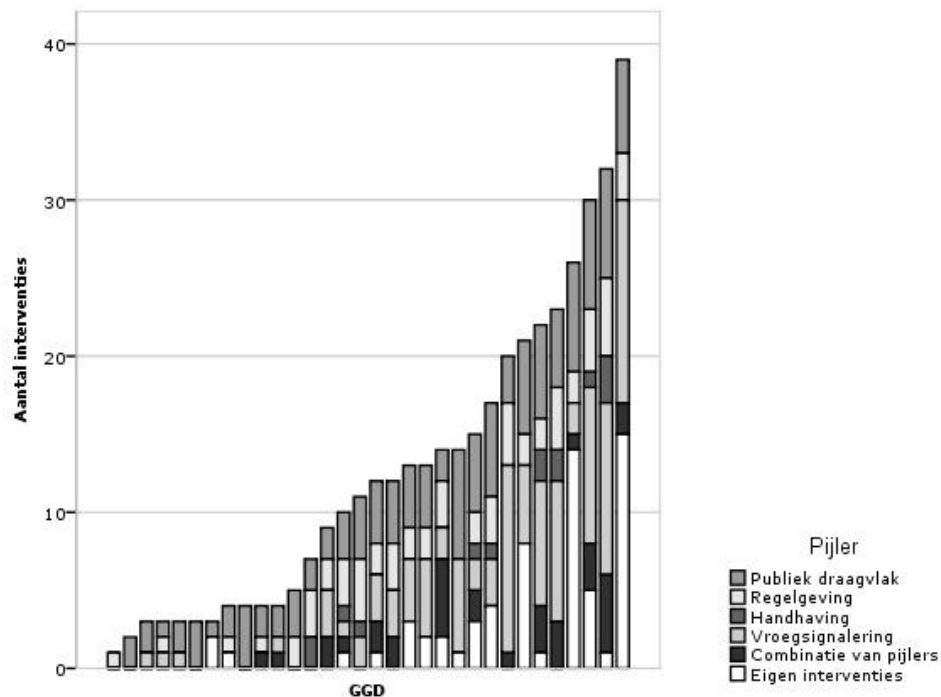
Figuur 41
Aanbod per GGD per leeftijdsgroep (alcohol)

Voor een goede mix van instrumenten biedt de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) een overzicht van interventies per pijler. Het betreft de volgende vijf pijlers: publiek draagvlak (9 interventies), regelgeving (6 interventies), handhaving (4 interventies), vroegsignalering (15 interventies) of een combinatie van deze pijlers (7 interventies).

In 6 GGD-regio’s omvatte het aanbod alle vijf de pijlers uit het basispakket, in 9 regio’s 4 pijlers. Volgens de VWA moet ten minste pijler 1 t/m 4 benut zijn voor een goede mix. Dit was in 8 regio’s het geval. Het aanbod van eigen interventies was relatief klein ten opzichte van de interventies uit de leeflijn.

Tabel 13
Aantal interventies per pijler aangeboden

Pijler	Alle GGD'en	
	Gemiddeld (min- max)	Max. aantal interventies volgens leeflijn
Pijler 1: publiek draagvlak	4 (min 0 - max 7)	9
Pijler 2: regelgeving	2 (min 0 - max 5)	6
Pijler 3: handhaving	0 (min 0 - max 3)	4
Pijler 4: vroegsignalering	3 (min 0 - max 13)	15
Combinatie van pijlers	1 (min 0 - max 5)	7



Figuur 42
Aanbod per GGD volgens de pijlers van de VWA (alcohol)

Gemeenschappelijk analyse

Alcohol is voor gemeenten een belangrijk thema waarbij de aandacht vooral uitgaat naar het voorkomen van (schadelijk) alcoholgebruik bij de jeugd. De aandacht wordt mede ingegeven door de overlast die gepaard gaat met alcoholgebruik. Het thema is voor volwassenen moeilijker aan te kaarten doordat alcoholgebruik maatschappelijk geaccepteerd is. Voor de jeugd verandert dit, mede doordat landelijke campagnes de kennis bij ouders over de gevolgen van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar heeft doen toenemen. Op langere termijn verwacht men effecten te zien van de inspanningen.

Passages uit verslagen analyserende gesprekken:

Voor de gemeenten is alcohol een belangrijk onderwerp, maar meer vanuit het oogpunt van overlast bestrijding dan vanuit het oogpunt van volksgezondheid. De omvang van het probleem leidt tot de verwachting dat de GGD kan gaan zorgen voor een goede aanpak en derhalve een verkleining van het probleem. In elk geval ligt er voor de GGD en andere organisaties een inspanningsverplichting.

Er is een lange adem nodig en ook andere factoren spelen een rol. Bijvoorbeeld wat landelijk in de aandacht staat en de toegenomen kennis van ouders over alcoholische schade bij de jeugd.

Vanuit het perspectief van de GGD wordt een redelijke inzet gedaan. De GGD heeft geprobeerd de capaciteit zo goed en efficiënt mogelijk in te zetten. In relatie tot problemen is de aanname dat als projecten structureel worden uitgevoerd verwacht mag worden dat dit wel effect heeft.

4.5 Resultaat interventieaanbod depressie

De leeflijn, horend bij de Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid, omvat 40 interventies. In onderstaande tabel staat de top vijf (totaal negen) interventies genoemd die volgens de GGD'en het meest werden aangeboden.

Tabel 14
Overzicht van meest voorkomende interventies in Nederland (depressie)

	Interventie	Aantal GGD-regio's	% van het aantal GGD'en
1	Doe–praatgroep KOPP (kinderen 8–12 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben)	28	90,3
2	Groeps cursus 'In de put, uit de put' (volwassenen tot 55 jaar met (beginnende) klachten van depressieve aard) *	25	80,6
3	Groeps cursus KOPP-groep: Kinderen van ouders met psychische problemen' (jongeren 12–15 jaar van wie één of beide ouders psychische of verslavingsproblemen hebben)	25	80,6
4	Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie (familieleden van mensen met schizofrenie)	24	77,4
5	Groeps cursus 'In de put, uit de put' (ouderen vanaf 55 jaar met depressieve klachten) *	20	64,5
	Psycho–educatie voor familieleden van mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek (directbetrokkenen (mantelzorgers) van mensen met de diagnose 'borderline persoonlijkheidsstoornis')	20	64,5
	Psycho–educatie voor familieleden van mensen met depressie (naastbetrokkenen van mensen met een depressie)	20	64,5
	Groeps cursus 'Grip op je dip: Zelf je somberheid overwinnen' (jongeren 16–25 jaar met depressieve klachten)	20	64,5
	Moeder–baby–interventie (moeders/ouders met psychische problemen met kinderen tot één jaar) *	20	64,5

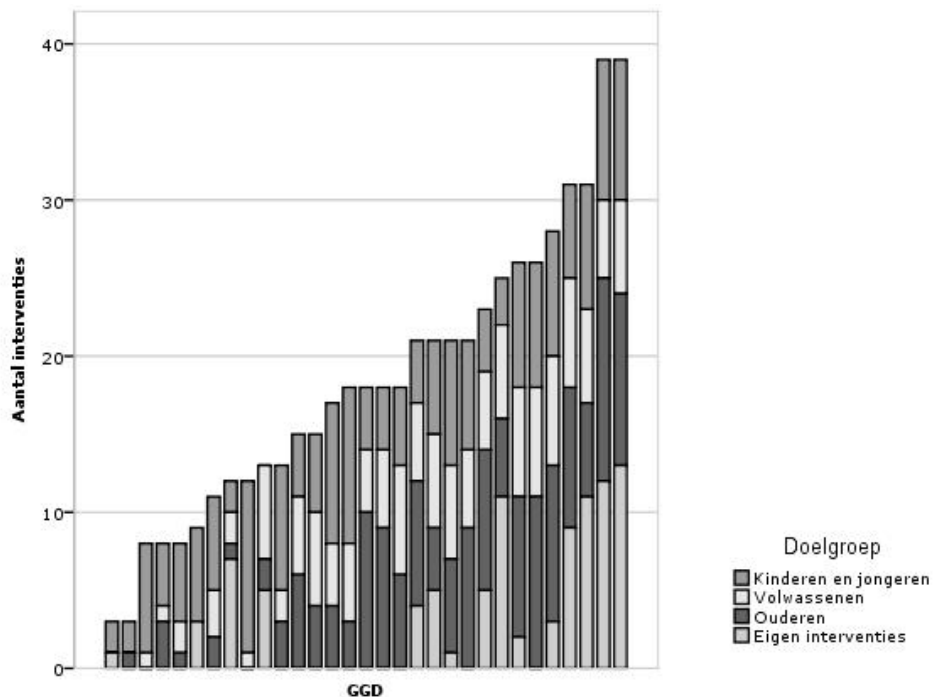
(* erkende interventies)

De Erkeningscommissie van het Centrum Gezond Leven heeft drie van de hierboven genoemde interventies erkend. De interventies "In de put, uit de put" (groeps cursus) voor volwassenen en ouderen zijn 'bewezen effectief'. De "Moeder-baby-interventie" is erkend als 'waarschijnlijk effectief'.

In de leeflijn zijn de interventies verdeeld naar leeftijdsgroep. In onderstaande tabel is weergegeven hoeveel interventies voor die doelgroep maximaal aangeboden kunnen worden en wat gemiddeld werd aangeboden in de GGD-regio's. Het aanbod in de GGD-regio's was verdeeld over de verschillende doelgroepen, dit in tegenstelling tot het aanbod in de leeflijn dat relatief veel interventies omvat gericht op ouderen (50% van het totale aanbod).

Tabel 15
Aantal interventies verdeeld naar doelgroep (depressie)

Doelgroep	Alle GGD'en	
	Gemiddeld (min - max)	Max. aantal interventies leeflijn
Kinderen/jongeren	6 (min 0 - max 11)	12
Volwassenen	4 (min 0 - max 7)	8
Ouderen	5 (min 0 - max 13)	20



Figuur 43
Aanbod per GGD per leeftijdsgroep (depressie)

De leeflijn van het Trimbos-instituut geeft niet aan welk (type) interventies gecombineerd moeten worden om tot een zo effectief mogelijke mix te komen.

Gemeenschappelijke analyse

Depressie is voor gemeenten een relatief nieuw thema waarbij nog gezocht wordt naar een goede invulling van het beleid. Gemeenten maken een verbinding met de taken van de WMO. Zichtbare effecten worden pas over een aantal jaren verwacht.

Passages uit verslagen analyserende gesprekken:

De inspanningen richten zich vooral op ouderen, omdat hier de risico's het grootst zijn.

Veel vindt plaats op gemeentelijk niveau, maar er vindt wel communicatie met de GGD plaats. Het terrein ligt ook dicht bij de gemeentelijke verantwoordelijkheid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning.

Het probleem wordt nu wel signaleerd. Er is op landelijk niveau sinds

ongeveer 5 jaar aandacht voor depressie bij ouderen. Dit moet op lokaal niveau nog ingebed raken.

Het effect is pas over heel veel jaren te zien. Effect kan bereikt worden als alle partijen samenwerken. Deze partijen zijn: buurtwerk, GGZ en woningbouwcorporaties. Dit balanceert tussen WPG en WMO bij de gemeenten en het kost inspanning van gemeenten om dit een goede plek te geven.

4.6 Resultaat erkende interventies in handleidingen

Eind 2009 waren in totaal 53 interventies erkend door de Erkeningscommissie en het CGL^r. Een deel hiervan was opgenomen in de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid: 11 interventies voor overgewicht, 4 interventies voor roken, 2 interventies voor schadelijk alcoholgebruik en 4 interventies voor depressie. In totaal was 9,5% van de interventies uit de handleidingen erkend.

Twee interventies, beiden voor depressie, waren erkend als zijnde bewezen effectief:

- In de put uit de put (groepscurus)
- Kleur je leven

Van de interventies uit de leeflijnen die het meest werden aangeboden waren 11 interventies erkend.

4.7 Resultaat inzicht in aanbod en bereik van interventies

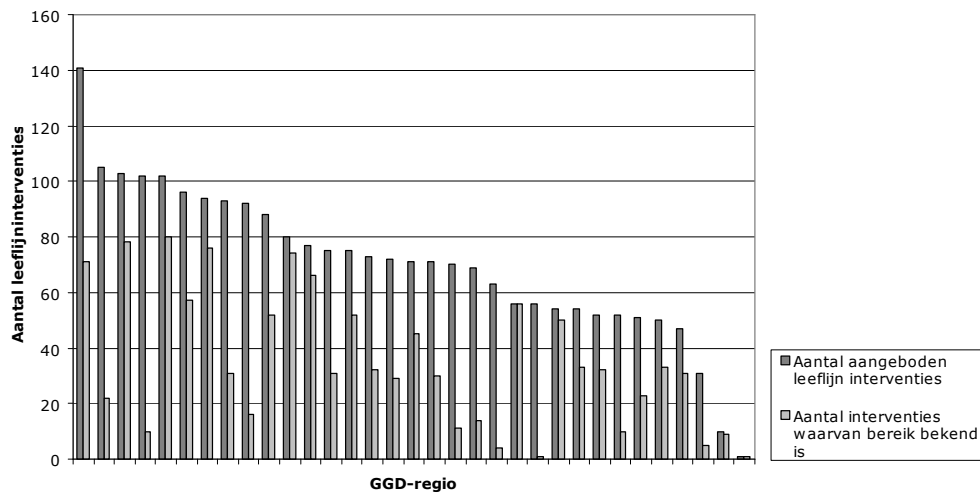
Uit de gesprekken met de GGD'en is gebleken dat de overzichten van het interventieaanbod vrijwel nooit volledig waren. De GGD'en hadden vooral inzicht in het aanbod dat zij zelf deden. Informatie over het aanbod en bereik van de eerstelijnszorgverleners hadden enkele GGD'en wel verzameld, maar ontbrak bij de meeste GGD'en.

Naast een goede registratie van de eigen interventies is de GGD voor een volledig overzicht ook afhankelijk van de data van andere zorginstellingen. Het verschilde sterk per regio of de diverse zorgaanbieders goed registreerden, of de GGD inzet heeft gepleegd om de data te verkrijgen en of deze instellingen de data leverden aan de GGD'en. Van bijvoorbeeld GGZ- en thuiszorginstellingen leken de meeste GGD'en informatie te hebben ontvangen.

Er zijn grote verschillen gevonden in de beschikbaarheid van de bereikcijfers tussen GGD-regio's. De GGD'en wisten van ongeveer de helft van het aanbod wat het bereik hiervan was²¹.

Het meest was het bereik bekend van de interventies voor roken (63%) en het minst voor alcohol (38%). In bijlage 5 staat per speerpunt voor alle interventies uit de handleidingen hoeveel GGD'en het bereik kenden.

^r Peildatum 31 december 2009.



Figuur 44
Totaal aantal interventies uit 4 leeflijnen waarvan het bereik bekend is (bron: CGL)

4.8 Conclusies

4.8.1 *Algemeen: Verbetering mogelijk van gemeentelijk gezondheidsbeleid gericht op bevorderen van gezond gedrag*

De inspectie concludeert op basis van het toezicht en de analyserende gesprekken dat de preventiecyclus nog niet goed werkt. Het huidige gemeentelijke gezondheidsbeleid dat specifiek gericht is op de gezondheidsbevorderende aanpak van de speerpunten overgewicht, roken, schadelijk alcoholgebruik en depressie levert naar verwachting geen substantiële bijdrage aan de vermindering van deze volksgezondheidsproblemen. Een aantal verbeteringen is mogelijk.

Meer bekendheid is nodig over het effect van gemeentelijk gezondheidsbeleid op het gebied van gezondheidbevordering. Van de interventies uit de leeflijnen die het meest werden aangeboden was de kwaliteit van meer dan de helft niet bekend en een goed afgewogen mix of programmatische aanpak ontbrak vooral bij de aanpak van alcohol. De interventies zouden ten minste erkend moeten zijn, bij voorkeur op het niveau "bewezen effectief".

De GGD'en konden in wisselende mate inzicht geven in het aanbod en bereik van interventies, en de meerderheid van de GGD'en had geen compleet overzicht van de interventies. GGD'en moeten zich hiervoor meer inspannen om gemeenten te kunnen ondersteunen bij het voeren van goed gemeentelijk beleid. Op basis van dit inzicht kunnen gemeenten hun gezondheidsnota of uitvoeringsplannen opstellen, evalueren en bijstellen.

4.8.2 *Programmatische aanpak*

In elk gesprek is aan de orde geweest of men de speerpunten ook lokaal als een risico voor de volksgezondheid zag. Binnen de beschikbare middelen werd op alle thema's een inspanning verricht. Vooral voor het speerpunt roken werd nadrukkelijk gekeken naar de landelijke maatregelen en achtte men deze effectiever. Alcohol en overgewicht kregen al langer de aandacht, terwijl de gemeenten voor depressie nog zochten naar een goede invulling.

Voor alle vier de speerpunten gold dat de leeflijnen een aanbod omvatten voor verschillende leeftijdsgroepen en dat de nadruk, vooral bij overgewicht (78%), op de jeugd lag. Niet alle leeftijdsgroepen werden ook bereikt met interventies. Een

verklaring kan zijn dat de GGD'en geen volledig inzicht hadden in het aanbod in de regio.

Regelmatig bleek tijdens de gesprekken dat het aanbod niet gebaseerd was op een bewuste keuze. In sommige regio's was juist gekozen om de focus te leggen bij de jeugd omdat hier de meeste gezondheidswinst valt te behalen.

In de gesprekken kwam de doelgroep ouderen naar voren bij het speerpunt depressie doordat vooral ouderen een duidelijke doelgroep zijn voor dit thema, ook in relatie met de gemeentelijke taken in het kader van de WMO.

Het werkelijke aanbod voor ouderen in relatie de interventies uit de leeflijn, is nog steeds niet erg groot (25% van het aanbod in de leeflijn).

Drie leeflijnen gaven handvaten om tot een samenhangend pakket van maatregelen te komen. Door verschillende typen interventies te benutten kan een groter effect worden bereikt.

Deze mix van interventies werd het minst goed ingevuld voor de preventie van alcoholgebruik en het beste voor overgewicht.

Voor overgewicht werd uitgegaan van verschillende soorten interventies zoals omgevingsinterventies en campagnes, door het Voedingscentrum samengevat in de afkorting LOCCOO. In alle GGD-regio's werd een aanbod gedaan dat aan het LOCCOO-principe voldeed. Dit had ook te maken met het relatief grote aantal interventies in de leeflijn vergeleken met de andere leeflijnen. Het aanbod voor de jeugd was gevarieerder dan dat voor volwassenen en ouderen, en de nadruk lag op lesprogramma's en campagnes.

Het aanbod gericht op roken voldeed in een derde van de regio's niet aan het basispakket van Stivoro (gericht op drie pijlers). De pijler die men niet heeft ingevuld is het voorkomen van meeroken door kinderen.

In de helft van de GGD-regio's voldeed de mix van interventies gericht op alcoholgebruik aan het basispakket zoals voorgesteld door de Voedsel en Waren Autoriteit, slechts 6 regio's gebruikten alle pijlers. Vooral de pijler handhaving werd minder benut en de meeste invulling werd gegeven aan de pijlers publiek draagvlak en vroegsignalering.

Een goede mix van interventies ontbrak nog in de leeflijn voor depressiepreventie van het Trimbos-instituut. Een advies hierover zou onderdeel moeten zijn van het in 2010 nieuw te verschijnen interventieoverzicht van de handleiding 'Gezonde gemeenten' om gemeenten en GGD'en te ondersteunen om te komen tot een goed afgewogen aanbod.

Het is opvallend dat de GGD'en nauwelijks 'eigen' interventies hadden opgegeven. Voor roken werden de minste eigen interventies opgegeven.

4.8.3 *Te weinig erkende interventies in de leeflijnen*

Het aandeel erkende interventies is in alle vier de leeflijnen beperkt. De leeflijn voor roken heeft de meeste erkende interventies (12%) en de leeflijn alcohol het minst (5%).

Van de meest aangeboden interventies zijn twee interventies bewezen effectief.

In de nieuwe "Handleiding gezonde gemeenten" moet het CGL de interventies selecteren die erkend zijn en bij voorkeur bewezen effectief.

De interventies die het meest werden aangeboden maar waarvan de kwaliteit nog niet beoordeeld is door de Erkenningscommissie, zouden prioriteit moeten krijgen bij het erkennen.

4.8.4 *Te weinig inzicht in het interventieaanbod*

De inspectie vindt het noodzakelijk dat de GGD inzicht heeft in het interventieaanbod in de regio om de gemeenten goed te kunnen ondersteunen bij het voeren van goed gemeentelijk beleid. Dit inzicht is nodig om de nota gezondheidsbeleid of uitvoeringsplannen mee op te stellen, te kunnen evalueren en bij te stellen. Dit inzicht was nog onvolledig en vooral het inzicht in het preventieve aanbod van de eerstelijnszorgaanbieders ontbrak.

Met name voor de interventies gericht op schadelijk alcoholgebruik en de preventie van depressie waren in verhouding tot het aanbod minder bereikcijfers bekend. Dit kwam waarschijnlijk doordat de GGD op deze speerpunten zelf minder interventies aanbod en meer afhankelijk was van anderen zoals de Geestelijke gezondheidszorg- (GGZ) en verslavingszorginstellingen. De aangeboden interventies voor overgewicht en roken richtten zich meer op kinderen/jeugdigen waardoor de GGD via het eigen aanbod op scholen of via de contactmomenten meer zicht had op het bereik.

5 Het vervolg op de eerste fase

De inspectie heeft op basis van de indicatoruitkomsten besloten voor welke wettelijke (WPG) taken zij haar toezicht wilde vervolgen en op welke wijze. Dit hoofdstuk beschrijft de keuze voor de vervolgvactiteiten en de resultaten daarvan.

5.1 Verantwoording vervolg van de eerste fase

5.1.1 *Verschillende toezichtactiviteiten en informatiecategorieën*

Gefaseerd toezicht bestaat uit drie fasen waarbij de inspectie het toezicht risicogericht uitvoert. In de eerste fase verzamelt de inspectie informatie met behulp van indicatoren. In de tweede fase gaat het om het reduceren van risico. Meestal brengt de inspectie in de tweede fase een bezoek aan die instellingen waar zij een risico vermoedt. Tijdens dit bezoek verifieert de inspecteur of er sprake is van risico's voor de volksgezondheid of zorgverlening van onvoldoende kwaliteit. Op basis van de bevindingen kan de inspecteur verzoeken om een plan van aanpak waarin de instelling aangeeft welke maatregelen zij gaat nemen om de kwaliteit te verbeteren. Indien dit niet leidt tot het gewenste resultaat volgt een derde fase van handhavingmaatregelen. Maatregelen die de inspectie kan nemen zijn onder andere het instellen van verscherpt toezicht, een bevel geven of een verzoek aan de Minister om een aanwijzing te geven.

In 2008 heeft de inspectie de eerste fase van het gefaseerd toezicht uitgevoerd en heeft zij de indicatoren verzameld bij de GGD'en. De resultaten per indicator zijn in hoofdstuk 3 besproken.

De opgevraagde informatie is in vier categorieën in te delen. Allereerst vraagt de inspectie naar de HKZ-certificering voor negen taakvelden. De invoering van deze certificering voor de publieke gezondheidszorg maakte het mogelijk te stoppen met het algemeen toezicht op basis van uitgebreide vragenlijsten over kwaliteitskaders en professionele standaarden per taakveld. Door toe te zien op de certificering borgt IGZ dat de GGD voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg.

In aanvulling op de handhaving van de certificering gebruikt de inspectie indicatoren in het kader van gefaseerd toezicht om verder invulling te geven aan het algemeen toezicht. De indicatoren zijn in twee categorieën te verdelen: volksgezondheidsindicatoren en kwaliteit- of outputindicatoren.

De indicatoren over de volksgezondheidstoestand geven de inspectie inzicht in de mate waarin de GGD voldoet aan haar wettelijke verplichting om de gezondheidstoestand in beeld te brengen ter ondersteuning van gemeenten bij het voeren van goed gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daarnaast zijn bijzondere risico's voor de volksgezondheid op het spoor te komen en gebruikt de IGZ deze informatie om de publieke gezondheidszorg als geheel te toetsen.

De kwaliteit- of outputindicatoren hebben betrekking op de prestaties van de GGD'en, in het bijzonder voor de taakvelden jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding.

De vierde categorie informatie betreft het inzicht in het interventieaanbod en het bereik hiervan. De inspectie heeft hiermee onderzocht of de verwachting terecht was dat op lokaal niveau een bijdrage geleverd zou worden aan de nationale doelstellingen ter bevordering van gezond gedrag. De inspectie achtte het logisch dat de GGD hier inzicht in had om de gemeenten te kunnen ondersteunen bij het voeren van goed gemeentelijk gezondheidsbeleid.

5.1.2 *Motivatie voor activiteiten na eerste fase*

De inspectie heeft op verschillende manieren invulling gegeven aan het vervolg van het gefaseerd toezicht. Een motivatie voor de vervolgvactiteiten wordt in deze paragraaf gegeven.

HKZ-certificering

De stand van zaken met betrekking tot de HKZ-certificering voor negen taakvelden heeft de inspectie in mei 2008 opgevraagd en in het najaar van 2008 bij alle GGD'en opnieuw besproken. Daar waar nodig heeft de inspectie met de GGD vervolgsafspraken gemaakt, bijvoorbeeld door een plan van aanpak voor de HKZ-certificering op te vragen of een vervolgesprek aan te gaan in 2009. Deze werkwijze is te beschouwen als tweede fase toezicht. In de volgende paragraaf presenteert de inspectie de resultaten van de vervolgvactiteiten met betrekking tot de HKZ-certificering.

Outputindicatoren Jeugdgezondheidszorg en Infectieziektebestrijding

In 2008 voerde de inspectie naast het Gefaseerd toezicht OGZ ook het Thematisch toezicht Jeugdgezondheidszorg (TT JGZ) uit. Beide onderzoeken hadden betrekking op de onderwerpen bereik van de JGZ, kindermishandeling, overgewicht en psychosociale problemen.

Om te voorkomen dat de tweede fase zou overlappen met (de follow-up van) het TT JGZ, heeft de inspectie besloten om het toezicht op de JGZ primair via het TT JGZ en de follow-up daarvan te laten verlopen. De resultaten heeft de IGZ gepubliceerd in 2009⁸. In 2011 vindt het TT JGZ opnieuw plaats.

Bij elke GGD heeft de inspectie in de eerste fase gevraagd naar vijf indicatoren over de taak infectieziektebestrijding. Voor alle indicatoren op dit taakgebied, met uitzondering van de indicator "Snelheid van melden infectieziekten", was dit een pilot aangezien de inspectie deze indicatoren niet in een eerdere pilot in 2005 of 2006 heeft uitgevraagd.

De inspectie had de intentie na de eerste fase de indicatoren officieel vast te stellen en dan bij de volgende toezichtronde op te vragen, waarna de tweede fase zou kunnen plaatsvinden. Uit de huidige eerste fase kwam het beeld naar voren dat tweede fase toezicht in 2009 gewenst was. Niet voor alle indicatoren was een goede norm of definitie beschikbaar.

De inspectie voert dit onderzoek in 2010 uit om na te gaan of de gesignaleerde risico's reëel en de indicatoren valide waren. Wanneer nader onderzoek op basis van de indicatoren daadwerkelijk tot de conclusie leidt dat de zorg onder de maat is, zal de inspectie nagaan hoe dit zich verhoudt tot de certificering van de GGD voor deze taak en of gefaseerd toezicht met outputindicatoren een toegevoegde waarde heeft op certificering.

Vanwege de pandemie van het H1N1-virus was de tweede fase in 2009 uitgesteld. Eind 2010 is het onderzoek afgerond.

Volksgezondheidsindicatoren en inzicht in interventieaanbod en bereik

In het najaar van 2008 heeft de inspectie bij alle GGD'en de aanlevering van indicatoren en de kwaliteit van de gegevens besproken. Daar waar nodig heeft de inspectie met de GGD vervolgsafspraken gemaakt over het aanleveren van indicatoren. Deze werkwijze is te beschouwen als tweede fase toezicht. In een volgende paragraaf presenteert de inspectie de resultaten van de vervolgvactiteiten met betrekking tot het aanleveren van de indicatoren.

De volksgezondheidsindicatoren geven inzicht in mogelijke risico's voor de volksgezondheid. Deze uitkomsten worden niet alleen beïnvloed door de GGD, maar geven een indicatie over de werking van het systeem (de preventiecyclus). Daarom

is gekozen voor een analyserend gesprek over de gezondheidstoestand met betrekking tot de vier rijksspeerpunten, in plaats van een tweede fase gevolgd door handhaving, om gezamenlijk te bespreken of het huidige systeem werkt, te bepalen of sprake is van een bijzonder risico en of het huidige aanbod de mogelijke risico's voldoende inperkt.

De inspectie heeft daarvoor aanvullende informatie gevraagd over het interventieaanbod voor de vier preventiespeerpunten en dit in analyserende gesprekken met elke GGD gebruikt naast de informatie over indicatoren die betrekking hebben op deze vier speerpunten.

In het vorige hoofdstuk presenteerde de inspectie de resultaten over het interventieaanbod in de regio's en van de gesprekken hierover.

Naar aanleiding van de resultaten hebben GGD Nederland en de inspectie in overleg met experts een conceptrichtlijn opgesteld voor GGD'en voor het verkrijgen van inzicht in het lokale preventieve aanbod in het kader van een verantwoorde advisering van gemeenten²². In de toekomst zal de inspectie nagaan of GGD'en hieraan voldoen.

Om de GGD'en te faciliteren ontwikkelt het CGL in 2010 een instrument waarmee de gegevens geregistreerd kunnen worden. Dit instrument wordt gekoppeld aan de I-database²³ van het Loket Gezond Leven van het CGL.

Het is niet de bedoeling dat de inspectie de opgevraagde informatie van andere organisaties voor het toezicht op die organisaties gaat gebruiken. Daarvoor zal de inspectie de instellingen zelf benaderen.

Het is aan GGD'en zelf om, in aanvulling op de conceptrichtlijn, verdere afspraken te maken op welke wijze zij de gemeenten het beste kunnen ondersteunen en om tot een professionele standaard voor beleidsadviesing aan gemeenten te komen.

Risicogroepen OGGZ

De inspectie ziet de zorg voor deze kwetsbare groepen als risico. Deze zorg is een taak voor gemeenten en is vastgelegd in prestatieveld 8 van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)²⁴. De OGGZ valt als enige WMO-taak onder de Kwaliteitswet zorginstellingen²⁵. De inspectie heeft gekozen om toezicht te houden via twee Thematisch toezicht onderzoeken op het gebied van de OGGZ, namelijk het 'Thematisch toezicht op verantwoorde zorg voor delinquenten met ernstige psychische en psychiatrische problematiek' en het 'Thematisch toezicht op verantwoorde zorg voor personen en gezinnen met geringe sociale redzaamheid'. De inspectie verwacht op deze wijze een betere invulling te kunnen geven aan haar toezicht omdat de projecten concreter de lacunes laten zien dan alleen (het slecht registeren van) de indicator. Dit is bij het toezicht bij gemeenten een succesvollere aanpak.

De resultaten van deze thematische toezicht onderzoeken publiceert de inspectie in de Staat van de Gezondheidszorg 2010²⁶.

5.2 Vervolg HKZ-certificering

Voor het behalen van de HKZ-certificaten heeft de inspectie in overleg met GGD Nederland een norm vastgesteld. De norm is als volgt: drie jaar na het verschijnen van een certificatieschema, hebben alle GGD'en die deze taak uitvoeren het certificaat behaald. De eerste certificaten dateren van 2005 en hadden in 2008 behaald moeten zijn. Het betreft de volgende vier (deel)certificaten; Jeugdgezondheidszorg, Algemene infectieziektebestrijding, Reizigersadviesing- en immunisatie, en Technische hygiënezorg. Acht GGD'en hadden deze certificaten begin 2008 behaald.

De certificering is tijdens het gesprek met elke GGD aan de orde geweest en eind 2008 hadden inmiddels 18 GGD'en deze vier certificaten behaald.

In 2009 heeft de inspectie een vervolg gegeven aan de eerste fase van het toezicht op de HKZ-certificering, door toe te zien op de voortgang van GGD'en die niet voldeden aan de norm.

Indien de GGD het certificaat niet behaald had, verzocht de inspectie de GGD om een plan van aanpak op te stellen. Dit heeft de inspectie beoordeeld en waar nodig vonden bezoeken plaats. In 2009 heeft de IGZ in dit kader 8 GGD'en bezocht. Een geldige reden voor het niet kunnen behalen of niet hebben behaald van certificaten zijn reorganisaties van afdelingen (JGZ) en fusies.

Tabel 16
Behaalde HKZ-certificaten OGZ (GGD'en)⁵

HKZ-schema	Aantal GGD'en Situatie begin 2008 (n=34)	Aantal GGD'en Situatie eind 2009 (n=29)	Norm 'in bezit van certificaat' (jaar)
Jeugdgezondheidszorg	10	22	2008
Algemene infectieziektebestrijding	20	24	2005
Reizigersadviesing en -immunisatie	20	27	2005
Technische hygiënezorg	16	22	2005
Aanvullende curatieve SOA-bestrijding	16	18	2011
Medische milieukunde	10	21	2009
Gezondheidsbevordering	6	19	2009
Epidemiologie en beleidsadviesing	4	13	2010
OGGZ	8	9	2010

Eind 2009 voldeden twaalf GGD'en aan de norm voor HKZ-certificering van de inspectie. Volgens de norm moesten in 2009 ook de certificaten Medische milieukunde en Gezondheidsbevordering behaald zijn.

De HKZ-certificering is bij steeds meer GGD'en op orde. In januari 2010 hadden 6 GGD'en alle 9 (deel)certificaten behaald. De inspectie zal erop blijven toezien dat alle GGD'en aan de norm gaan voldoen en in 2011 alle (deel)certificaten hebben behaald.

5.3 Vervolg aanleveren indicatoren

De inspectie vindt dat de GGD'en op uniforme wijze inzicht moeten bieden in de gezondheidstoestand van de bevolking. Dat maakt nationale vergelijking beter mogelijk en verbetert de kwaliteit van de data. GGD'en moeten zich hiervoor conformeren aan nationale afspraken.

De inspectie heeft tijdens het gesprek met de GGD in 2008/2009 afspraken gemaakt over het naleveren van indicatorgegevens indien de indicator nog niet was aangeleverd maar beschikbaar had kunnen zijn via een monitor. De inspectie hield daarbij ook rekening met het jaar waarin een standaardvraag van de LNM was vastgesteld. De indicatoren die gebaseerd waren op recent vastgestelde monitorvragen hoeven GGD'en pas in een volgende ronde aan te leveren.

Voor 21 GGD'en gold dat zij informatie moesten aanleveren zodra deze beschikbaar kwam. In de meeste regio's zijn sinds 2008 diverse monitors uitgevoerd en hebben

⁵ De inspectie heeft in 2008 34 vragenlijsten uitgezet. In 2009 waren er nog 29 GGD'en.

de GGD'en aan de afspraken voldaan. In 7 GGD-regio's worden de afspraken in 2010 afgerond.

Voor een aantal indicatoren gold dat de inspectie hier nog geen eisen aan stelde vanwege het ontbreken van landelijke afspraken. Dit gold voor de indicator risicogroepen Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Inmiddels heeft een werkgroep van GGD epidemiologen van GGD Nederland een advies uitgebracht²⁷. De inspectie verwacht dat de gegevens in de volgende toezichtronde beschikbaar zijn en dat de GGD'en zich houden aan de hierover gemaakte landelijk afspraken.

Voor een aantal indicatoren geldt dat een DD JGZ een voorwaarde is om deze goed te kunnen registreren en aanleveren. Per 1 juli 2010 zijn alle instellingen die JGZ leveren, verplicht tot het voeren van een digitaal dossier^t. De inspectie verwacht dat de instellingen vanaf 2011 de informatie uit deze dossiers kunnen leveren, zoals dit in het TT JGZ is afgesproken.

5.4 Herziening indicatorenset

De inspectie levert met haar toezicht een bijdrage aan de preventiecyclus¹⁰. De volgende cyclus start in 2010. Dit betekent dat de inspectie in 2010 een herziene set indicatoren publiceert die de GGD'en en thuiszorginstellingen voor de JGZ 0-4 zoveel mogelijk in 2011^u gaan verzamelen. De verzamelde informatie vraagt de inspectie in 2012 op om hierover in 2013/2014 te rapporteren. Dit rapport is input voor de volgende preventiecyclus die in 2014 start.

Bij het herzien van de indicatorenset betreft de inspectie onder andere de ervaringen uit 2008, evenals de voorstellen van het RIVM²⁸, het advies over de indicator risicogroepen OGGZ en andere beschikbare bronnen van indicatoren zoals de indicatoren van het kwaliteitsprogramma Beter Voorkomen²⁹ en de benchmark JGZ en GGD.

De Minimale dataset die op 24 juni 2009 is vastgesteld door de Stuurgroep maatschappelijke verantwoording publieke gezondheidszorg maakt in ieder geval deel uit van de herziene set³⁰. Ook de speerpunten die de Minister van VWS in de nieuwe Preventienota benoemt, neemt de inspectie op in haar indicatorenset. De inspectie doet, indien nodig, voorstellen om de Basisdataset voor het DD JGZ te wijzigen voor het verzamelen van de indicatoren voor de jeugd.

Op advies van het RIVM maakt de inspectie in haar herziene indicatorenset een duidelijk onderscheid tussen indicatoren die inzicht geven in de volksgezondheidstoestand, namelijk prevalentie- of volksgezondheidsindicatoren, en indicatoren die iets zeggen over de kwaliteit van processen en structuren van de zorginstellingen, de kwaliteitsindicatoren. Door deze tweedeling kan de inspectie zowel uitspraken doen over het functioneren van de preventiecyclus als geheel (het systeemtoezicht), als over het functioneren van de GGD en thuiszorginstelling voor de JGZ 0-4.

^t <http://www.jeugdengezin.nl/dossiers/digitaal-dossier-jeugdgezondheidszorg/default.asp>

^u Voor de monitors geldt dat de GGD de eigen cyclus van vier jaar kan volgen zolang hierover geen landelijke afspraken zijn gemaakt.

Bijlage 1 Lijst van GGD'en opgenomen in het onderzoek

Naam GGD

- GGD Drenthe
- GGD Regio Nijmegen
- GGD Eemland (gefuseerd)
- GGD Hart voor Brabant
- GGD Hollands-Noorden
- GGD West-Brabant
- GGD Zuid-Limburg
- Hulpverleningsdienst Gelderland Midden
- GGD Zeeland
- GGD Gooi & Vechtstreek
- Gemeente Den Haag, dienst OCW / GGD Den Haag
- GGD Brabant-Zuidoost
- Hulpverleningsdienst GGD Groningen
- GGD Kennemerland (exclusief deel Amstelland-Meerlanden)
- GGD Gelre-IJssel (exclusief deel voormalige GGD Regio Noord-Veluwe)
- GGD Rivierenland
- GGD Fryslân
- GGD Regio Twente
- GGD Midden-Nederland
- GGD Zaanstreek-Waterland
- GGD Zuid-Hollandse Eilanden (gefuseerd)
- GGD Amsterdam - Amstelland-Meerlanden (gefuseerd)
- GGD Amsterdam - Gemeente Diemen (deel van GGD Amsterdam)
- GGD Amsterdam - Gemeente Amsterdam
- GG&GD Utrecht
- GGD IJsselland (voorheen Regio IJssel-Vecht)
- GGD Hollands Midden, vestiging Gouda
- GGD Hollands Midden, vestiging Leiden
- GGD Limburg-Noord (voorheen Noord- en Midden-Limburg)
- GGD Zuid-Holland West
- GGD Flevoland
- GGD Rotterdam-Rijnmond
- GGD Eindhoven (gefuseerd)
- GGD Zuid-Holland Zuid

Bijlage 2 Methodologische verantwoording

De inspectie geeft in deze bijlage een toelichting op de analyse van de indicatorgegevens die de GGD'en hebben aangeleverd.

Peildatum

De peildatum is 2007, tenzij anders is aangegeven.

Respons

De inspectie heeft in totaal 34 vragenlijsten ontvangen, dit is een respons van 100%. In totaal ging het om 31 GGD'en waarvan in 2010 nog 29 GGD'en bestaan^v. Vier GGD'en konden meerdere vragenlijsten invullen omdat zij recent waren gefuseerd en/of omdat de gegevens op geaggregeerd niveau nog niet of niet eenvoudig beschikbaar waren. Drie GGD'en hebben hier gebruik van gemaakt.

Meest aangeboden interventies

Twee vragenlijsten zijn niet meegeteld bij het bepalen van de meest aangeboden interventies omdat deze voor geen enkele leeflijn waren ingevuld (n=32 voor tabel 6, 8, 11). Voor het aanbod uit de leeflijn depressie waren dit drie vragenlijsten (n=31 voor tabel 14).

Ruwe cijfers

Voor het doel waarvoor de inspectie de indicatoren gebruikt, namelijk het gefaseerd toezicht, geven ongecorrigeerde cijfers voldoende inzicht. De inspectie kan hieruit trends afleiden en in de tijd de ontwikkelingen per regio volgen. Ook volgt altijd een gesprek met de GGD waar een risico wordt vermoed.

De inspectie corrigeert gegevens niet voor de populatiesamenstelling (case mix correctie). Daar waar de gezondheidsproblemen het grootst zijn verwacht de inspectie ook de grootste inspanningen.

De cijfers zijn waar mogelijk ongewogen verwerkt. De wijze waarop gegevens door de GGD zijn gewogen is niet te achterhalen en is mogelijk niet uniform (populatiesamenstelling en/of correctie voor de respons per gemeente). In landelijk verband (Vakgroep epidemiologie van GGD Nederland) is in 2009 een richtlijn hiervoor opgesteld³¹.

Correcte gegevens

Per indicator staat beschreven hoeveel cijfers correct waren. In de figuren geeft de inspectie alle cijfers weer, ook al zijn de gegevens niet altijd correct aangeleverd.

Bij het beoordelen van de kwaliteit van de gegevens heeft de inspectie gekeken naar o.a. de volgende aspecten^w:

- juiste leeftijdsgroep gebruikt
- standaardvraagstelling van de LNM gebruikt
- juiste jaartal (2007 of peiljaar dat is gevraagd, of bij monitorgegevens een cijfer niet ouder dan 4 jaar)
- cijfer voor hele GGD-regio

^v De twee vestigingen van de GGD Hollands-Midden worden als afzonderlijke GGD geteld.

^w Per indicator kunnen de criteria verschillen.

In sommige gevallen wordt uit de figuur direct duidelijk dat de cijfers onderling niet vergelijkbaar zijn bijvoorbeeld doordat een andere vraagstelling was gebruikt of een oudere leeftijdsgroep jongeren was bevraagd. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar bij de indicator alcoholgebruik jeugd: de verschillen zijn hier erg groot en worden verklaard door de verschillen in leeftijd van de respondenten.

Percentages zijn herberekend op basis van de teller en noemer, waar dit mogelijk was.

Indien cijfers niet in overeenstemming waren met de toelichting, bijvoorbeeld wanneer een teller groter was dan de noemer, werd het cijfer aangemerkt als onbetrouwbaar. Een percentage hoger dan 100% werd op 100% afgerond.

Bijlage 3 Beschikbaarheid indicatoren infectieziektebestrijding

De onderstaande tabel geeft voor de indicatoren infectieziektebestrijding die de GGD zelf moest aanleveren weer of de indicator is aangeleverd (bekend) of niet (onbekend of niet aangeleverd). De indicator Snelheid melden infectieziekten ontbreekt hier omdat deze indicator is opgevraagd bij het Centrum Infectieziektebestrijding van het RIVM.

Tabel 17

Beschikbaarheid van de indicatoren infectieziektebestrijding (aantal GGD'en)

Indicator	Bekend	Niet aangeleverd of onbekend
3.2 Oefenen draaiboeken:	31	3
3.2.1 Explosies van infectieziekten		
3.2.2 Grootschalige interventies door de GGD bij infectieziekten	32	2
3.2.3 Operationeel draaiboek 1: Aviaire influenza	31	3
3.2.4 Operationeel draaiboek 3: Bestrijding influenzapandemie	31	3
3.2.5 Pokken 3: Draaiboek massavaccinatie	29	5
3.2.6 SARS II: Grootschalig voorkomen	30	4
3.3 Artikel 36 meldingen/aantal instellingen in de GGD-regio:	29	5
3.3.1.1 Verpleeg- en verzorgingshuizen		
3.3.1.2 Kinderdagverblijven	30	4
3.3.1.3 Basisscholen	30	4
3.3.1.4 Aanmeld- en opvangcentra asielzoekers	30	4
3.3.1.5 Dak- en thuislozenpensions	28	6
3.3.1.6 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	26	8
3.3.1.7 Tbs-klinieken	29	5
3.3.1.8 Residentiële jeugdinstanties en medisch kinderdagverblijven	22	12
3.3.2 Aantal instellingen dat meldt:	30	4
3.3.2.1 Verpleeg- en verzorgingshuizen		
3.3.2.2 Kinderdagverblijven	29	5
3.3.2.3 Basisscholen	29	5
3.3.2.4 Aanmeld- en opvangcentra asielzoekers	30	4
3.3.2.5 Dak- en thuislozenpensions	30	4
3.3.2.6 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	31	3
3.3.2.7 Tbs-klinieken	30	4
3.3.2.8 Residentiële jeugdinstanties en medisch kinderdagverblijven	33	1

Indicator	Bekend	Niet aangeleverd of onbekend
3.3.3 Aantal artikel 36 meldingen:	30	4
3.3.3.1 Verpleeg- en verzorgingshuizen		
3.3.3.2 Kinderdagverblijven	29	5
3.3.3.3 Basisscholen	29	5
3.3.3.4 Aanmeld- en opvangcentra asielzoekers	29	5
3.3.3.5 Dak- en thuislozenpensions	30	4
3.3.3.6 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	31	3
3.3.3.7 Tbs-klinieken	30	4
3.3.3.8 Residentiële jeugdinstanties en medisch kinderdagverblijven	33	1
Berekening Aantal art. 36 meldingen per 100.000 inwoners	25	9
3.4 TBC:	24	10
3.4.1 % TBC patiënten dat behandeling heeft voltooid		
3.4.2 % personen met latente TBC dat behandeling met succes heeft voltooid	24	10
3.4.3 % BCG vaccinaties in doelgroep	18	16
3.5 Hepatitis B vaccinaties:	27	7
3.5.1 Hoeveel nieuwe meldingen Hepatitis B heeft uw GGD in de 1e helft 2007 en 2e helft 2006 ontvangen?		
3.5.2 Hoeveel contacten, conform het LCI-protocol, heeft u geïdentificeerd?	19	15
3.5.3 Hoeveel van deze geïdentificeerde contacten heeft u gescreend?	18	16
3.5.4 Hoeveel van deze geïdentificeerde contacten waren seronegatief voor Hepatitis B?	18	16
3.5.5 Hoeveel van deze seronegatieve contacten kwamen voor vaccinatie in aanmerking?	17	17
3.5.6 Hoeveel van de voor vaccinatie in aanmerking komende contacten zijn uiteindelijk volledig gevaccineerd?	13	21
Berekening vaccinatiegraad Hepatitis B (3.5.6/3.5.5)	12	22

Bijlage 4 Afkortingenlijst

BCG	Bacillus Calmette-Guérin (TBC-vaccin)
BMR	bof, mazelen, rode hond (vaccinatie)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CMF	Comparative Mortality Figure (gestandaardiseerd sterftecijfer)
C-MIS	Minimale interventiestrategie cardiologieafdeling
CGL	Centrum Gezond Leven
CIb	Centrum Infectieziektebestrijding
DD JGZ	Digitaal dossier jeugdgezondheidszorg
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HBV	Hepatitis B virus
HKZ	Harmonisatie kwaliteit zorginstellingen
H-MIS	Minimale interventiestrategie huisartsen
I-database	Interventie-database
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
MCOC	Meningokokkose
NTR	Nederlands Tuberculose Register
LCI	Landelijk Centrum Infectieziektebestrijding
L-MIS	Minimale interventiestrategie longpoli
LNM	Lokale en nationale monitor
LOCCOO	Lesprogramma's, Omgevingsinterventies, Cursus, Campagne, Ondersteunend beleid/materiaal, Onderzoek/signaleringsinstrument
LTBI	Latente Tuberculose infectie
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu
RVP	Rijksvaccinatieprogramma
SOA	Seksueel overdraagbare aandoening
TBC	Tuberculose
TT JGZ	Thematisch toezicht jeugdgezondheidszorg
V-MIS	Minimale interventiestrategie verloskundigen
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en sport
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheidszorg
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Bijlage 5 Interventieaanbod en bereik

In onderstaande tabellen staat per interventie uit de leeflijn hoeveel GGD'en konden aangeven wat het bereik was van de interventie en in hoeveel regio's de interventie werd aangeboden. De inspectie heeft niet nagevraagd wie het aanbod deed. Dit kan zowel de GGD zijn geweest als een andere organisatie(s). Sommige interventies staan meerdere keren in de tabel omdat deze aan verschillende doelgroepen aangeboden kunnen worden.

De gearceerde interventies zijn beoordeeld door de Erkenningcommissie en het CGL of praktijkwerkers ('goed beschreven'):

- *Bewezen effectief of waarschijnlijk effectief*
- *Theoretisch goed onderbouwd (onder voorbehoud)*
- *Goed beschreven*

Informatie over de interventies is te vinden in de I-database van het CGL:
<http://www.loketgezondleven.nl/i-database/zoeken/>

Tabel 18
Interventieaanbod overgewicht

Interventie	Organisatie	Bereik bekend	Bereik onbekend	Aantal regio's met aanbod
Signaleren en adviseren tijdens verloskundig onderzoek (lokaal) *	GGD	1	10	11
	Andere organisaties	6	5	11
Borstvoeding verdient tijd	GGD	1	11	12
	Andere organisaties	7	5	12
Hallo Wereld	GGD	0	6	6
	Andere organisaties	4	2	6
Signaleren en adviseren tijdens zwangerschapscursus/ zwangerschapsgym (lokaal) *	GGD	1	13	14
	Andere organisaties	10	4	14
Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg (peiling melkvoeding) *	GGD	4	21	25
	Andere organisaties	15	10	25
Borstvoedingsondersteuning	GGD	1	15	16
	Andere organisaties	8	8	16
Hallo Wereld	GGD	0	11	11
	Andere organisaties	5	6	11
Promotie van beschikbaarheid van voedkamers/kolfkamers en tijd door middel van beeldmerk 'voeden kan hier' en deurhanger	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	4	5	9
Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg *	GGD	7	23	30
	Andere organisaties	17	13	30
Gezond eten en bewegen met kinderen'	GGD	5	15	20
	Andere organisaties	9	11	20
Hallo Wereld (in ontwikkeling)	GGD	0	3	3

	Andere organisaties	0	3	3
Beweegkriebels	GGD	5	8	13
	Andere organisaties	4	9	13
Sport en beweegtoestellen	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	0	3	3
overgewicht voor peuters (lokaal)	GGD	3	4	7
	Andere organisaties	3	4	7
Jump IN	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	2	2	4
Lekker fit! ^x	GGD	7	11	18
	Andere organisaties	1	17	18
Schoolguiten	GGD	17	10	27
	Andere organisaties	3	24	27
Voeding de beste basis	GGD	12	8	20
	Andere organisaties	0	20	20
Smaaklessen	GGD	16	10	26
	Andere organisaties	2	24	26
Feestelijke lessen met beweging en voeding	GGD	8	6	14
	Andere organisaties	0	14	14
Vetlekker	GGD	16	5	21
	Andere organisaties	1	20	21
De school/klas beweegt (fysio educatief)	GGD	8	8	16
	Andere organisaties	0	16	16
Kies voor hart en sport	GGD	10	11	21
	Andere organisaties	4	17	21
Aan de slag met sporten in de BSO	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
Groep 6 on the Move	GGD	1	0	1
	Andere organisaties	0	1	1
Kid in Balance	GGD	2	1	3
	Andere organisaties	0	3	3
Informatiewaaierspakketten	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	0	4	4
Junior hartdag	GGD	11	5	16
	Andere organisaties	3	13	16
Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten jeugdgezondheidszorg *	GGD	16	10	26
	Andere organisaties	2	24	26
Signaleringsprotocol overgewicht in de JGZ *	GGD	14	10	24
	Andere organisaties	2	22	24
Advisering via PROMIS	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
Sport en beweegscan	GGD	2	2	4
	Andere organisaties	1	3	4
Gewichtige vakleerkracht	GGD	1	0	1
	Andere organisaties	0	1	1
Gezond eten, gezond bewegen met kinderen	GGD	11	8	19
	Andere organisaties	1	18	19
Ga voor gezond	GGD	8	12	20
	Andere organisaties	5	15	20
Het nationaal schoolontbijt	GGD	10	15	25

^x Programma Gemeente Rotterdam: goed onderbouwd onder voorbehoud. NHS: Goed beschreven.

	Andere organisaties	3	22	25
Heart dance award	GGD	8	11	19
	Andere organisaties	3	16	19
Traktatiebeleid	GGD	13	8	21
	Andere organisaties	1	20	21
Schoolgezondheidsbeleid	GGD	13	8	21
	Andere organisaties	1	20	21
Brede school	GGD	5	11	16
	Andere organisaties	3	13	16
Gezonde school model	GGD	9	7	16
	Andere organisaties	2	14	16
Gezonderwijs	GGD	5	4	9
	Andere organisaties	1	8	9
Beweegmanagement brochures en dvd	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	0	4	4
Alliantie school en sport	GGD	3	4	7
	Andere organisaties	3	4	7
Sport en beweegtoestellen	GGD	1	4	5
	Andere organisaties	0	5	5
Beweegvriendelijk schoolplein	GGD	2	5	7
	Andere organisaties	0	7	7
Schoolroute opwegnaarschool.nl	GGD	0	3	3
	Andere organisaties	0	3	3
De loopbus, Kindlint	GGD	3	1	4
	Andere organisaties	0	4	4
Verkeerssling	GGD	2	3	5
	Andere organisaties	0	5	5
Schoolpleinprijsvraag	GGD	2	2	4
	Andere organisaties	2	2	4
BOS impuls	GGD	15	14	29
	Andere organisaties	6	23	29
Scoren voor gezondheid	GGD	6	6	12
	Andere organisaties	1	11	12
Communities in beweging ^y	GGD	1	1	2
	Andere organisaties	1	1	2
Club Extra, gericht op motorische achterstand	GGD	6	8	14
	Andere organisaties	2	12	14
Fitkids, gericht op chronische aandoeningen	GGD	5	6	11
	Andere organisaties	2	9	11
Counseling via overbruggingsplan JGZ	GGD	9	10	19
	Andere organisaties	2	17	19
Kinderkookcafé	GGD	4	6	10
	Andere organisaties	3	7	10
De gezonde schoolkantine	GGD	12	12	24
	Andere organisaties	2	22	24
Weet wat je eet	GGD	7	7	14
	Andere organisaties	1	13	14
Fruitdate	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	0	3	3
Over Gewicht	GGD	5	2	7
	Andere organisaties	0	7	7

^y Erkend onder voorbehoud.

WhoZnext	GGD	3	13	16
	Andere organisaties	4	12	16
CITO lespakket actieve leerstijl	GGD	6	5	11
	Andere organisaties	1	10	11
Signaleren en adviseren tijdens contactmomenten Jeugdgezondheidszorg *	GGD	12	9	21
	Andere organisaties	2	19	21
Sport en beweegscan	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	1	2	3
Sportvraagwijzer	GGD	0	0	0
	Andere organisaties	0	0	0
Stimuleringsprijs gezonde schoolkantine	GGD	12	4	16
	Andere organisaties	1	15	16
VMBO on the move	GGD	2	3	5
	Andere organisaties	1	4	5
Get up	GGD	0	0	0
	Andere organisaties	0	0	0
Kantinebeleid	GGD	7	11	18
	Andere organisaties	1	17	18
Gezonde school model	GGD	8	7	15
	Andere organisaties	2	13	15
Schoolgezondheidsbeleid	GGD	4	9	13
	Andere organisaties	2	11	13
Bewegmanagement	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2
Alliantie school en sport	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	2	5	7
Beschikbaarheid van waterautomaten	GGD	4	10	14
	Andere organisaties	1	13	14
Automatenproject	GGD	5	2	7
	Andere organisaties	1	6	7
BOS impuls	GGD	8	14	22
	Andere organisaties	4	18	22
Real fit	GGD	6	5	11
	Andere organisaties	3	8	11
Real Victory	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	3	4	7
Vakantiekamp: Victory Camp	GGD	1	4	5
	Andere organisaties	1	4	5
Overgewicht (lokaal)	GGD	3	7	10
	Andere organisaties	3	7	10
De studentenkeuken	GGD	1	0	1
	Andere organisaties	1	0	1
Gezond gewicht	GGD	1	7	8
	Andere organisaties	2	6	8
30 minuten bewegen	GGD	3	14	17
	Andere organisaties	3	14	17
Netwerk sportief wandelen	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	1	3	4
Kijk op diabetes	GGD	5	9	14
	Andere organisaties	3	11	14
Beweegmaatje	GGD	1	9	10
	Andere organisaties	1	9	10

Bewegen op recept	GGD	2	4	6
	Andere organisaties	0	6	6
Lunchwandelen	GGD	2	2	4
	Andere organisaties	2	2	4
Handboek balansdag op de werkplek	GGD	0	0	0
	Andere organisaties	0	0	0
Advisering NIGZ werk & gezondheid	GGD	0	0	0
	Andere organisaties	0	0	0
Goede voeding hoeft niet veel te kosten. ¹	GGD	7	4	11
	Andere organisaties	2	9	11
Fiets naar je werk	GGD	3	3	6
	Andere organisaties	0	6	6
Veilige loop en wandelroutes	GGD	1	4	5
	Andere organisaties	0	5	5
Communitieprojecten o.a. Big!Move, Hartslag, Gelijke gezondheid, gelijke kansen, Lijf in balans grijp je kans, Stimulere	GGD	5	6	11
	Andere organisaties	2	9	11
Gewicht coach	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	3	1	4
NIB-tv (Avro televisie)	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	1	3	4
30 minuten bewegen	GGD	3	10	13
	Andere organisaties	3	10	13
Gezond en Vitaal	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	2	5	7
Bewegen op recept	GGD	1	4	5
	Andere organisaties	0	5	5
Halt u Valt	GGD	5	8	13
	Andere organisaties	6	7	13
Reeks Bewegen en gezondheid	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	1	6	7
Voorlichting gezonde leefstijl	GGD	1	5	6
	Andere organisaties	1	5	6
Taskforce 50-plus	GGD	2	3	5
	Andere organisaties	1	4	5
DVD Bewegen met plezier beweegbeleid op woonzorginstellingen	GGD	1	1	2
	Andere organisaties	0	2	2
GALM ² /SMALL	GGD	5	16	21
	Andere organisaties	8	13	21
SCALA	GGD	2	8	10
	Andere organisaties	3	7	10

(* Het Overbruggingsplan overgewicht is erkend (theoretisch goed onderbouwd). De signalering van overgewicht en advisering door de JGZ is een onderdeel van dit plan.)

² Alleen GALM is erkend onder voorbehoud.

Tabel 19
Interventieaanbod roken

Interventie	Organisatie	Bereik bekend	Bereik onbekend	Aantal regio's met aanbod
Stopadvies en begeleiding V-MIS	GGD	2	7	9
	Andere organisaties	6	3	9
Advies op maat voor zwangeren	GGD	2	8	10
	Andere organisaties	5	5	10
Voorlichtingsprogramma: 'Roken? Niet waar de kleine bij is'	GGD	7	16	23
	Andere organisaties	11	12	23
Rookvrije School	GGD	9	9	18
	Andere organisaties	1	17	18
Lespakket: 'Ik (r)ook niet'	GGD	9	10	19
	Andere organisaties	1	18	19
Niet rokenafpraak/'Anti-Peukenpas'	GGD	7	8	15
	Andere organisaties	0	15	15
Gezonde School en Genotmiddelen	GGD	18	12	30
	Andere organisaties	4	26	30
Niet rokenafpraak/Anti peukenpas	GGD	4	8	12
	Andere organisaties	1	11	12
Actie tegengif	GGD	16	13	29
	Andere organisaties	5	24	29
Rookvrije school	GGD	9	12	21
	Andere organisaties	4	17	21
ELO - Roken ism Trimbos	GGD	3	8	11
	Andere organisaties	1	10	11
Gezonde School en genotmiddelen	GGD	19	10	29
	Andere organisaties	4	25	29
In onderzoek: Stoppen-met-roken ondersteuning	GGD	1	0	1
	Andere organisaties	1	0	1
Actie 'FF niet'	GGD	4	1	5
	Andere organisaties	2	3	5
Smoke Alert	GGD	1	0	1
	Andere organisaties	1	0	1
24 uur niet roken	GGD	14	4	18
	Andere organisaties	1	17	18
Multimediale actie	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	0	4	4
Multimediale campagne incl. infolijn/infosite	GGD	3	4	7
	Andere organisaties	1	6	7
Brochure: 'Stoppen met roken. Willen en Kunnen'	GGD	2	9	11
	Andere organisaties	2	9	11
Advies op Maat voor rokers	GGD	3	6	9
	Andere organisaties	3	6	9
After Care' StopMail	GGD	1	1	2
	Andere organisaties	0	2	2
In ontwikkeling: Zelfhulp site	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
Telefonische coaching	GGD	4	2	6
	Andere organisaties	1	5	6
Groepstraining: 'Pakje kans-	GGD	7	18	25

samen stoppen met roken'	Andere organisaties	9	16	25
Kortdurend stopadvies	GGD	2	6	8
	Andere organisaties	3	5	8
Stopadvies en begeleiding	GGD	3	5	8
	Andere organisaties	1	7	8
Persoonlijke coaching bij stoppen met roken	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	5	4	9
Stopadvies en begeleiding: L-MIS	GGD	2	9	11
	Andere organisaties	2	9	11
Stopadvies en begeleiding: C-MIS	GGD	2	7	9
	Andere organisaties	3	6	9
Groepscurcus: 'Zorg voor jezelf, rook niet'	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
In ontwikkeling: Werkmap 'Rookvrij kan ik de wereld aan', telefonische coaching	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
Brochure: 'Willen en Kunnen'	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	0	3	3
Groepsondersteuning en lesmateriaal: 'Word wijzer over roken'	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	0	3	3
Advies invoeren rookbeleid	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2
Quickscan Tabakswet	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2

Tabel 20
Interventieaanbod alcohol

Interventie	Organisatie	Bereik bekend	Bereik onbekend	Aantal regio's met aanbod
Brochure 'Zwanger? .. En Alcohol?	GGD	0	10	10
	Andere organisaties	4	6	10
www.alcoholenzwangerschap.nl	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	2	2	4
www.alcoholinfo.nl	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	2	5	7
Minimale interventiestrategie	GGD	0	5	5
	Andere organisaties	3	2	5
Lesmateriaal en handleiding 'Gezonde school en Genotmiddelen' www.dgsg.nl	GGD	17	12	29
	Andere organisaties	7	22	29
Lesprogramma's Stichting Voorkom www.voorkom.nl	GGD	4	11	15
	Andere organisaties	2	13	15
'Voorkom alcohol schade bij uw opgroeiende kind' www.uwkindenalcohol.nl	GGD	9	15	24
	Andere organisaties	7	17	24
Boekje voor ouders: 'Mag ik ook een glaasje?' www.alcoholenopvoeding.nl	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	0	7	7
Instructie verantwoord alcohol schenken (IVA)	GGD	0	18	18
	Andere organisaties	3	15	18
Handhavingsactie 'Geflest'	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2
www.sre.nl/jongeren	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
www.drankjewel.nl	GGD	1	15	16
	Andere organisaties	2	14	16
www.al-anon.nl	GGD	0	6	6
	Andere organisaties	1	5	6
Project alcoholvrije www.alcoholvrije.nl	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	0	4	4
Pilotplan Keetbeleid VWA	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	1	2	3
Visienota STAP	GGD	3	4	7
	Andere organisaties	0	7	7
www.alcoholbeleid.nl	GGD	3	5	8
	Andere organisaties	0	8	8
Methode 'peer education'	GGD	3	14	17
	Andere organisaties	5	12	17
Project 'Way Out'	GGD	1	4	5
	Andere organisaties	0	5	5
Instructie verantwoord alcohol schenken (IVA)	GGD	2	20	22
	Andere organisaties	7	15	22
Programma 'Barcode', een modulaire cursus voor horecapersoneel	GGD	1	11	12
	Andere organisaties	0	12	12
Handleiding deel 2: hoofdstuk E-regelgeving	GGD	1	3	4
	Andere organisaties	1	3	4

Kwaliteitsmeter veilig uitgaan (KVU) www.ccv.nl	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	0	4	4
Project veilige gemeenten www.projectveiligemeenten.nl	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	0	1	1
Handhavingsactie 'Boete of kanskaart'	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	0	7	7
Handhavingsactie 'Meer dan een biertje' www.watdrinkkij.nl	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	0	4	4
www.watdrinkkij.nl	GGD	0	11	11
	Andere organisaties	0	11	11
Pilotplan keetbeleid VWA	GGD	0	3	3
	Andere organisaties	1	2	3
Visienota STAP	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	0	4	4
www.alcoholbeleid.nl	GGD	0	5	5
	Andere organisaties	0	5	5
www.drinktest.nl	GGD	0	14	14
	Andere organisaties	2	12	14
NHG-Standaard	GGD	1	5	6
	Andere organisaties	1	5	6
PHEPA-richtlijn	GGD	0	3	3
	Andere organisaties	0	3	3
Alcohol-infolijn	GGD	0	13	13
	Andere organisaties	3	10	13
Preventieprogramma vroegsignalering alcohol	GGD	0	8	8
	Andere organisaties	1	7	8
Handleiding Alcoholconsultatie	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2
Preventieprogramma vroegsignalering alcohol www.minderdrinken.nl ^{aa}	GGD	0	6	6
	Andere organisaties	0	6	6
Teleaccursus 'Minder drinken? Doe het zelf!'	GGD	0	6	6
	Andere organisaties	1	5	6
Zelfhulpboek 'Minder drinken'	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2
www.al-anon.nl	GGD	0	4	4
	Andere organisaties	2	2	4
www.al-anon.nl	GGD	0	6	6
	Andere organisaties	1	5	6

^{aa} Waarschijnlijk effectief.

Tabel 21
Interventieaanbod depressie

Interventie	Organisatie	Bereik bekend	Bereik onbekend	Aantal regio's met aanbod
Moeder-baby-interventie	GGD	2	18	20
	Andere organisaties	14	6	20
Doe-praatgroep KOPP	GGD	2	26	28
	Andere organisaties	16	12	28
Psycho-educatieve gezinsinterventie	GGD	1	15	16
	Andere organisaties	9	7	16
Het Vriendenprogramma	GGD	0	6	6
	Andere organisaties	3	3	6
Groeps cursus 'KOPP-groep: Kinderen van ouders met psychische problemen'	GGD	2	23	25
	Andere organisaties	14	11	25
Lesprogramma 'Leefstijl'	GGD	3	8	11
	Andere organisaties	2	9	11
Internet cursus 'Kopstoring'	GGD	1	9	10
	Andere organisaties	4	6	10
Lesprogramma 'Levensvaardigheden'	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	3	4	7
Groeps cursus 'Stemmingmakerij'	GGD	2	6	8
	Andere organisaties	5	3	8
Groeps cursus 'KOPP 16+'	GGD	1	18	19
	Andere organisaties	11	8	19
Groeps cursus 'Grip op je dip: Zelf je somberheid overwinnen'	GGD	1	19	20
	Andere organisaties	8	12	20
Internet cursus 'Grip op je dip online'	GGD	1	11	12
	Andere organisaties	6	6	12
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met depressie	GGD	2	18	20
	Andere organisaties	12	8	20
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met borderline persoonlijkheidsproblematiek	GGD	2	18	20
	Andere organisaties	12	8	20
Psycho-educatie voor familieleden van mensen met schizofrenie	GGD	2	22	24
	Andere organisaties	14	10	24
Groepsinterventie 'Liever bewegen dan moe'	GGD	1	4	5
	Andere organisaties	2	3	5
Groeps cursus 'In de put, uit de put'	GGD	4	21	25
	Andere organisaties	12	13	25
Zelfhulp cursus met minimale begeleiding 'In de put, uit de put'	GGD	2	10	12
	Andere organisaties	6	6	12
Groeps cursus 'Lichte dagen, donkere dagen'	GGD	5	12	17
	Andere organisaties	11	6	17
Groeps cursus 'Leven met een chronische ziekte'	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	7	2	9
Internet community '50plusnet'	GGD	2	2	4
	Andere organisaties	0	4	4
Groeps cursus 'Op weg naar de gouden jaren'	GGD	0	2	2
	Andere organisaties	0	2	2
Huis kamerbijeenkomsten 'Geestelijke gezondheid en ouder	GGD	0	3	3
	Andere organisaties	2	1	3

worden'				
Bewegingsinterventie: GALM/SCALA	GGD	2	9	11
	Andere organisaties	2	9	11
Voorlichtingsfilm 'De kunst van het ouder worden: Stil staan en doorgaan bij ingrijpende gebeurtenissen'	GGD	0	13	13
	Andere organisaties	4	9	13
Groeps cursus 'Geef uw leven een beetje meer glans'	GGD	1	1	2
	Andere organisaties	0	2	2
Bezoekdiensten van weduwen voor weduwen	GGD	1	6	7
	Andere organisaties	3	4	7
Activerend huisbezoek	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	3	6	9
Internet cursus 'Kleur je leven'	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	3	6	9
Groeps cursus 'In de put, uit de put'	GGD	2	18	20
	Andere organisaties	9	11	20
Groeps cursus 'De verhalen die we leven'	GGD	0	10	10
	Andere organisaties	3	7	10
Groeps cursus 'Op zoek naar Zin'	GGD	2	13	15
	Andere organisaties	9	6	15
Vriendschaps cursus voor oudere vrouwen	GGD	0	1	1
	Andere organisaties	1	0	1
Groeps cursus 'Verlies en dan verder'	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	5	4	9
Groeps cursus 'Gezond en Vitaal'	GGD	1	2	3
	Andere organisaties	2	1	3
Modulenboek 'Mantelzorgondersteuning GGZ'	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	5	4	9
Preventie van depressie in verzorgingshuizen	GGD	1	8	9
	Andere organisaties	5	4	9
Ontmoetingscentra voor mensen met dementie en hun mantelzorgers	GGD	1	13	14
	Andere organisaties	5	9	14
Preventieproject Vroegsignalering in verzorgingshuizen	GGD	0	7	7
	Andere organisaties	3	4	7
Preventieve ondersteuning mantelzorgers (POM)	GGD	1	7	8
	Andere organisaties	4	4	8

Literatuurverwijzing

- ¹ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Verbetering kwaliteit lokaal gezondheidsbeleid en effectievere zorg voor kwetsbare groepen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2010.
- ² De Hollander AEM, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM Van, Polder JJ. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006.
- ³ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011. Voor een gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; november 2007.
- ⁴ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 2007.
- ⁵ Bepalingen over de zorg voor de publieke gezondheid (Wet publieke gezondheid). Staatsblad 2008, nr. 460 (2008).
- ⁶ Velzen-Mol HWM van. Jgz-standaard Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
- ⁷ Lier EA van, Oomen PJ, Oostenbrug MWM, Zwakhals SLN, Drijfhout IH, Hoogh PAAM de, Melker HE de. Vaccinatiegraad Rijksvaccinatieprogramma Nederland; verslagjaar 2006-2008. Bilhoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu; 2008.
- ⁸ Inspectie voor de Gezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, april 2009.
- ⁹ Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Richtlijn 1. Platform JGZ; 2003.
- ¹⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Den Haag: Ministerie van VWS; 2006.
- ¹¹ Hurk K van den, Dommelen P van, Wilde JA de, Verkerk PH, Buuren S van, HiraSing RA. Prevalentie van overgewicht en obesitas bij jeugdigen 4-15 jaar in de periode 2002-2004. Leiden: TNO; 2006.
- ¹² Fredriks AM, Buuren S van, Wit JM, Verloove-Vanhorick SP. Body index measurements in 1996-7 compared with 1980. Arch Dis Child 2000 82: 107-112.
- ¹³ Koolhaas C. Rookgewoonten volwassenen (vanaf 2001) en jongeren (vanaf 1997). Dalende trend in rookgedrag bij zowel volwassenen als jongeren. Amsterdam: TNO Nipo; 2004. Dalende trend in rookgedrag bij zowel volwassenen als jongeren
- ¹⁴ Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, Wilde J de. JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Bilthoven: 6 oktober 2009.
- ¹⁵ Postma S. JGZ-richtlijn. Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; november 2008.
- ¹⁶ Stivoro. Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Stivoro; 2006.
- ¹⁷ Voedsel en Waren Autoriteit. Handleiding lokaal alcoholbeleid. Een integrale benadering. Den Haag: Voedsel en Waren Autoriteit; 2007..
- ¹⁸ Voedingscentrum. Handleiding Preventie van overgewicht in de nota lokaal gezondheidsbeleid. Den Haag: Voedingscentrum; 2007.

-
- ¹⁹ Trimbos Instituut. Handleiding preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid. Utrecht: Trimbos Instituut; 2007.
- ²⁰ Loket Gezond Leven. Kwaliteit van interventies: Beoordeelde interventies. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; februari 2010. <http://www.loketgezondleven.nl/kwaliteit-van-interventies/beoordeelde-interventies/>
- ²¹ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Leefstijlinterventies in GGD-regio's: inventarisatie via GGD'en. Bijlage bij RIVM-rapport 255001001 'Leefstijlinterventies in Nederland'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2009.
- ²² GGD Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Conceptrichtlijn Redelijke inspanning inzicht in het lokaal preventie aanbod. Utrecht: GGD Nederland/Inspectie voor de Gezondheidszorg; november 2009.
- ²³ Loket Gezond Leven. Interventiedatabase. Bilthoven: Rijksinstituut voor volksgezondheid en Milieu; februari 2010. <http://www.loketgezondleven.nl/i-database/>
- ²⁴ Wet maatschappelijke ondersteuning. Staatsblad Jaargang 2006, Nr. 351 (2006).
- ²⁵ Kwaliteitswet zorginstellingen. Staatsblad Jaargang 1996, Nr. 185 (1996).
- ²⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg. Meer effect mogelijk van publieke gezondheidszorg. Verbetering kwaliteit lokaal gezondheidsbeleid en effectievere zorg voor kwetsbare groepen. Staat van de gezondheidszorg 2010. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg; 25 maart 2010.
- ²⁷ Werkgroep Onderzoek & Registratie OGGZ, Vakgroep Epidemiologie/GGD Nederland. Indicatoren risicogroepen OGGZ ten behoeve van de inspectie voor de gezondheidszorg. Utrecht: GGD Nederland; 7 december 2009.
- ²⁸ 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. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2009.
- ²⁹ Vermeulen E, Westerlaken M, Hoffmann E, Haas L de, Lee H van der, Buijze H et al. Maatschappelijke Verantwoording in de OGZ. Advies aan de stuurgroep Zichtbare Zorg OGZ m.b.t. de conceptset van prestatie-indicatoren. Utrecht: GGD Nederland; december 2008.
- ³⁰ Zichtbare Zorg Publieke Gezondheidszorg. Minimale dataset. Den Haag: Zichtbare Zorg Publieke Gezondheidszorg; 2009.
- ³¹ Brink C van den, Uitenbroek D, Brink M van den, Boer E de, Hajema, Schipper. Richtlijn wegen voor GGD-epidemiologen. Utrecht: Beter voorkomen; 2009.