

GGD Benchmarkresultaten 2017

Inhoud

Inleiding.....	2
Pijler 1: Monitoring, signalering en advisering.....	2
Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming	9
Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises.....	13
Pijler 4: Toezicht houden.....	16
Veelvoorkomende taken	16
Gezondheidsbevordering	16
Jeugdgezondheidszorg	19
Justitieel.....	24
Bedrijfsvoering & Governance	25

Inleiding

De organisatie van de publieke gezondheid is in Nederland primair geregeld via de Wet publieke gezondheid (Wpg) en het bijbehorende Besluit. Deze wet regelt de verantwoordelijkheden van de gemeenten en het Rijk. Van een aantal taken is voorgeschreven dat de gemeenten deze door de GGD laten uitvoeren. De GGD'en in Nederland hebben het doel om de gezondheid van burgers te bewaken, bevorderen en beschermen. De GGD zet vooral in op maatregelen die de gezondheid van grote delen van de bevolking en risicogroepen beschermen. Zoals preventieve maatregelen als vaccinaties, de medische hulpverlening als er een ramp gebeurt, onderzoek naar de gezondheid van grote groepen mensen of voorlichting over gezondheidsrisico's als slechte voeding of onbeschermd vrijen.

Er zijn in Nederland 25 GGD'en die qua werkgebied grotendeels samenvallen met de Veiligheidsregio's. Het takenpakket verschilt per regio en wordt bepaald door regionale gemeentelijke keuzes. Wel beschrijft de Wpg een aantal taken die in het Besluit publieke gezondheid worden uitgewerkt. VWS heeft vier taken als pijler benoemd voor de publieke gezondheid.

- 1) Monitoring, signalering, advisering,
- 2) Gezondheidsbescherming,
- 3) Crisisbeheersing
- 4) Toezicht

Daarnaast is er een aantal veel voorkomende taken die GGD'en uitvoeren, zoals Gezondheidsbevordering, Jeugdgezondheidszorg en Justitiële taken. Per deelonderwerp is een aantal indicatoren geselecteerd die een goede weerspiegeling geven van de werkzaamheden van GGD'en binnen deze taakgebieden, zonder hiermee uitputtend te willen zijn. Er is bijvoorbeeld geen indicator opgenomen over Openbare Geestelijke Gezondheidszorg, een onderwerp waarmee GGD'en ook dagelijks te maken hebben.

De benchmark voor GGD'en bestaat al sinds 2012. Dit jaar worden de resultaten voor het eerst gebundeld in een rapportage waar de vereniging van GGD'en actief mee naar buiten treedt.

Het van belang om aan te geven dat GGD'en onderling zeer veel van elkaar verschillen door grootte, het lokale beleid, de manier waarop ze zijn georganiseerd etc. hierdoor is een generieke duiding niet eenvoudig.

Dit rapport geeft de resultaten en cijfers weer over 2017 die door middel van de benchmark uitvraag zijn opgehaald. Het rapport is ingedeeld op basis van de pijlers en de veelvoorkomende taken. Wat er precies wordt verstaan onder de genoemde pijlers en de veelvoorkomende taken, wordt toegelicht. Vervolgens worden de bijbehorende indicatoren en de resultaten weergegeven en waar nodig toegelicht.

Pijler 1: Monitoring, signalering en advisering

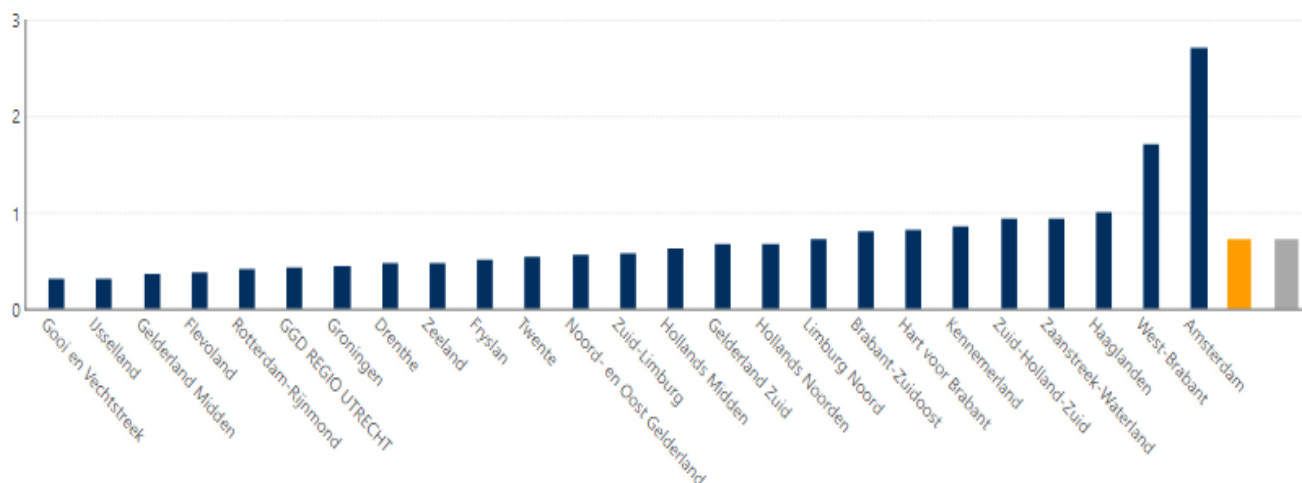
De Raad voor de Volksgezondheid heeft berekend dat 27% van de ziektelast van welvaartsziekten is toe te schrijven aan roken, alcoholgebruik, ongezonde voeding, te weinig beweging en overgewicht. Daarnaast zijn milieufactoren van negatieve invloed; 6% van de ziektelast kan daaraan worden toegeschreven. Om daar als overheid gerichte maatregelen tegen te kunnen nemen, is informatie nodig over de gezondheid van burgers en over de factoren die in specifieke situaties van grote invloed zijn op de ziektelast.

Gemeenten en het Rijk hebben beide een verantwoordelijkheid voor het nemen van gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen, zoals vastgelegd in de Wpg. De GGD'en monitoren gezondheidsrisico's in de fysieke en sociale omgeving. Deze monitoring vormt voor de GGD'en de basis voor het signaleren en adviseren aan de gemeenten over het beleid op het gebied van preventie en gezondheidsbescherming. De monitoringsinformatie biedt ook een belangrijke basis voor de GGD'en om gemeenten te kunnen adviseren over de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De GGD brengt de gezondheidsproblematiek op wijk- en buurtniveau in kaart, adviseert over effectieve aanpakken en legt verbindingen met partijen in relevante sectoren. In de benchmark zijn onderstaande indicatoren opgenomen die invulling geven aan deze pijler. Advisering omtrent de omgevingswet is hier ook al bij opgenomen terwijl deze officieel nog niet in werking is getreden.

Pijler 1: monitoring, signalering en advisering
Aantal FTE epidemiologie per 100.000 inwoners
Percentage overgewicht bij 10-jarigen
Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO-2VO) rookt
Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO-2VO) alcohol drinkt
Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid
Bij welk percentage van de gemeenten in je werkgebied ben je betrokken bij de ontwikkeling en/ of uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid?
Bij welk percentage van de gemeenten in je werkgebied ben je betrokken bij de ontwikkeling en/ of uitvoering van de omgevingswet?
Percentage gemeenten waar de doelgroep 'mensen met lage sociaal economische status' op wijkniveau in beeld is gebracht

Aantal FTE epidemiologie per 100.000 inwoners

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

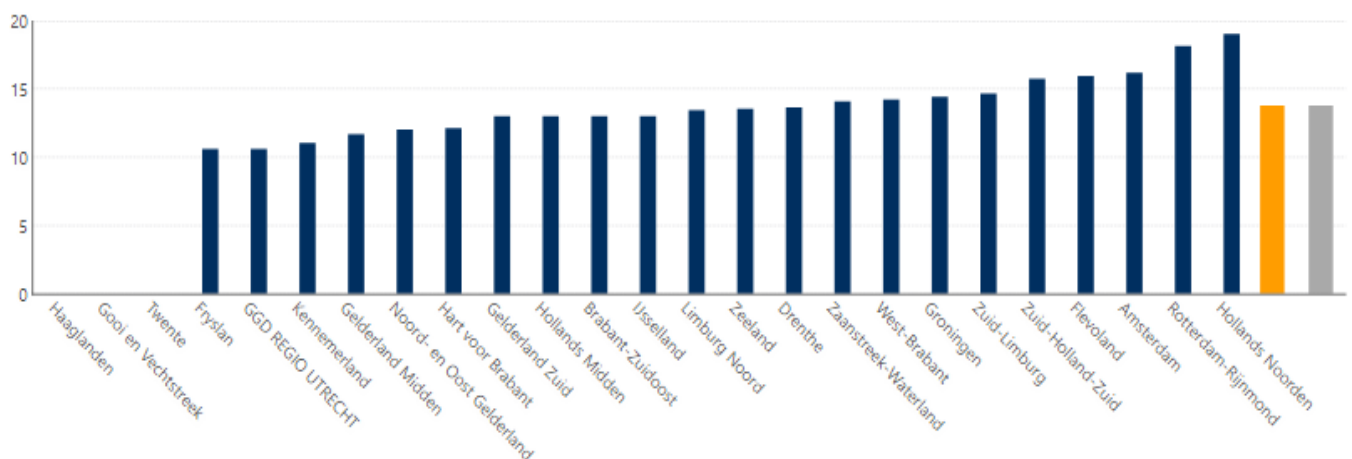


Percentage overgewicht (exclusief obesitas) bij 10-jarigen

Het onderwerp overgewicht is relevant, omdat het voorkomen, signaleren en vroegtijdig behandelen van overgewicht ernstige gezondheidsproblemen op latere leeftijd voorkomt. GGD'en zien het als belangrijke opgave om overgewicht zoveel mogelijk te beperken. Dit gebeurt door te signaleren, te adviseren en door het ontwikkelen van uitvoeren van preventieprogramma's.

Door het percentage overgewicht bij 10-jarigen in beeld te brengen in verloop van tijd en in vergelijking met andere GGD'en kan een goed beeld worden geschetst van de gerealiseerde gezondheidswinst.

Uit deze cijfers blijkt dat de laagste score op 10,5% ligt en de hoogste score op 19%. Het gemiddelde van de 22 GGD'en die hier een score hebben ingevuld is 13,73%. **GGD Twente heeft hier geen score aangeleverd, omdat deze niet uit het systeem te halen is. De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de JGZ geen onderdeel is van GGD Haaglanden en deze gegevens door de JGZ zouden moeten worden aangeleverd.**

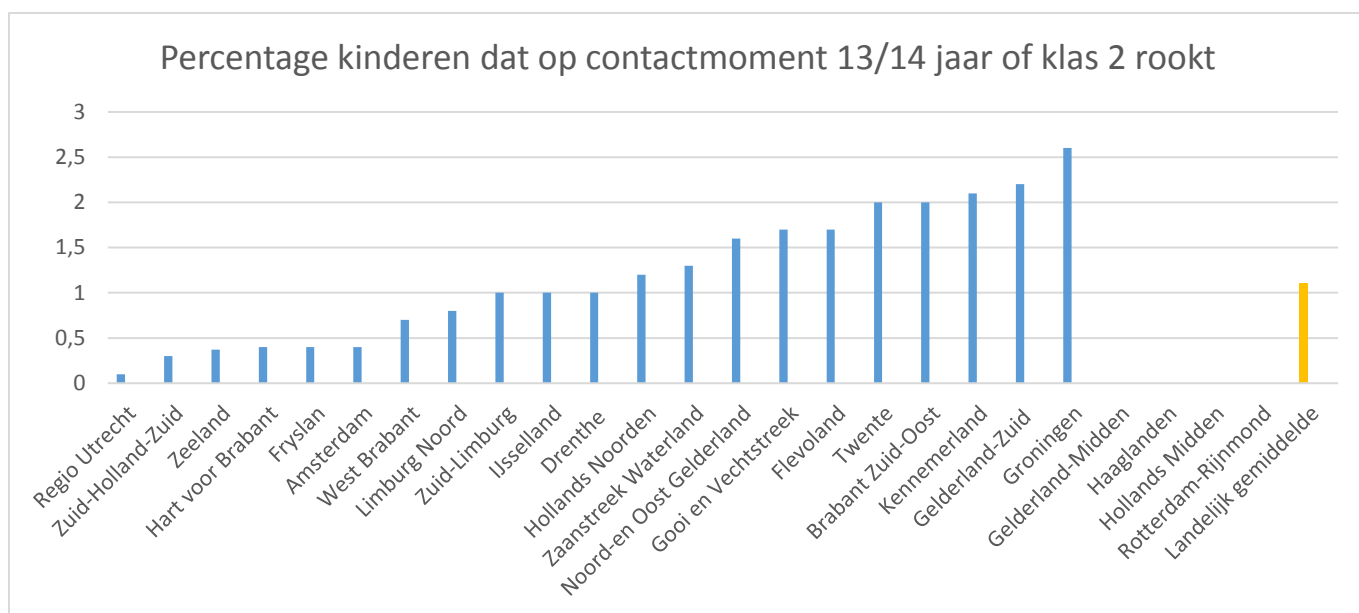


Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO-2VO) rookt

Roken is een belangrijke risicofactor voor ernstige gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Het onderwerp roken is voor GGD'en relevant, omdat het voorkomen, signaleren en vroegtijdig interveniëren gezondheidsproblemen op latere leeftijd voorkomt. GGD'en zien het als belangrijke opgave om roken zoveel mogelijk te beperken. Dit gebeurt door middel van voorlichting en het uitvoeren van preventieprogramma's.

De wijze waarop de gegevens worden verzameld kan invloed hebben op het resultaat. Sommige cijfers komen uit anonieme bronnen en andere uit niet-anonieme, dit kan invloed hebben. En dit kan ook de verschillen tussen de GGD'en voor een deel verklaren.

Uit onderstaande figuur blijkt dat het percentage dat rookt nogal varieert per GGD Regio. Het landelijk gemiddelde is 1,1%. **Het percentage van GGD Gelderland Midden is hier niet meegegeven, omdat hun meting is gedaan bij kinderen van 15/16 jaar. Deze cijfers zijn dusdanig anders dan die van 13/14 jarigen en om die reden is besloten deze niet op te nemen in dit overzicht. GGD Hollands Midden heeft aangegeven dat dit onderdeel pas sinds november 2017 wordt gemeten, dus dat er dit jaar nog geen cijfers beschikbaar zijn. GGD Rotterdam-Rijnmond laat weten dat het Centrum Jeugd en Gezin dit cijfer niet heeft kunnen aanleveren. De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de JGZ geen onderdeel is van GGD Haaglanden en deze gegevens door de JGZ zouden moeten worden aangeleverd.**



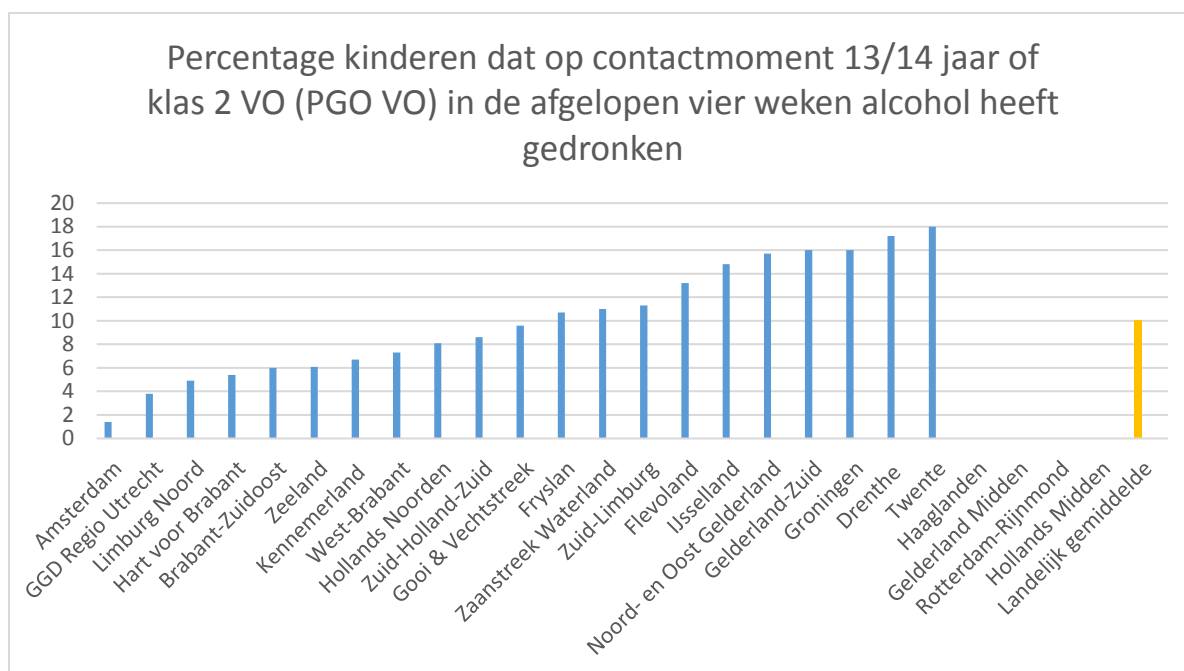
Percentage kinderen dat op contactmoment 13/14 jaar of klas 2 VO (PGO-2VO) alcohol drinkt

Alcoholgebruik is een belangrijke risicofactor voor ernstige gezondheidsproblemen op latere leeftijd. Het onderwerp alcoholgebruik is voor GGD'en relevant, omdat het voorkomen, signaleren en vroegtijdig interveniëren gezondheidsproblemen op latere leeftijd voorkomt. GGD'en zien het als belangrijke opgave om problematisch alcoholgebruik zoveel mogelijk te beperken. Hier wordt op ingezet door middel van voorlichting en preventie.

In deze indicator wordt gevraagd naar het alcoholgebruik in de afgelopen vier weken bij kinderen van 13/14 jaar. Het gemiddelde van 10% is relatief hoog te noemen, aangezien de norm is dat kinderen onder de 18 jaar helemaal geen alcohol drinken. Wettelijk is vastgelegd dat er geen alcohol verkocht mag worden aan deze doelgroep en dat zij in de publieke ruimte geen alcohol bij zich mogen hebben. Echter, het drinken in de niet-publieke ruimte is niet verboden en strafbaar.

Het percentage van GGD Gelderland Midden is hier niet meegeven, omdat hun meting is gedaan bij kinderen van 15/16 jaar. Deze cijfers zijn dusdanig anders dan die van 13/14 jarigen en om die reden is besloten deze niet op te nemen in dit overzicht. GGD Hollands Midden heeft aangegeven dat dit onderdeel pas sinds november 2017 wordt gemeten, dus dat er dit jaar nog geen cijfers beschikbaar zijn. GGD Rotterdam-Rijnmond laat weten dat het Centrum Jeugd en Gezin dit cijfer niet heeft kunnen aanleveren.

De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de JGZ geen onderdeel is van GGD Haaglanden en deze gegevens door de JGZ zouden moeten worden aangeleverd.

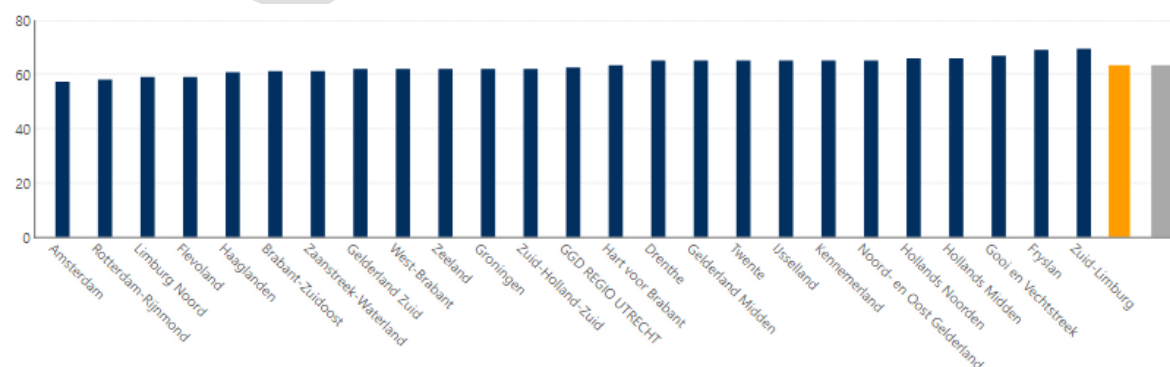


Percentage ouderen met een goed ervaren gezondheid

Vanuit de Wpg dragen gemeenten zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Het doel hiervan is de gezondheid van ouderen te bevorderen en bedreigingen te voorkomen. In hoeverre dat doel bereikt wordt, kan met deze indicator gemeten worden. Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid.

In de Wpg is ook opgenomen dat gemeenten ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren op systematische wijze volgen en signaleren. Ervaren gezondheid past daar uitstekend bij. GGD'en hebben dus geen specifieke taak op het gebied van preventie of gezondheidsbevordering gericht op ouderen. Toch is deze indicator geselecteerd, omdat het aantal ouderen groeit en het dus van belang is om de gezondheid van deze belangrijke groep binnen onze samenleving te monitoren en waar mogelijk te bereiken door middel van voorlichting en preventie.

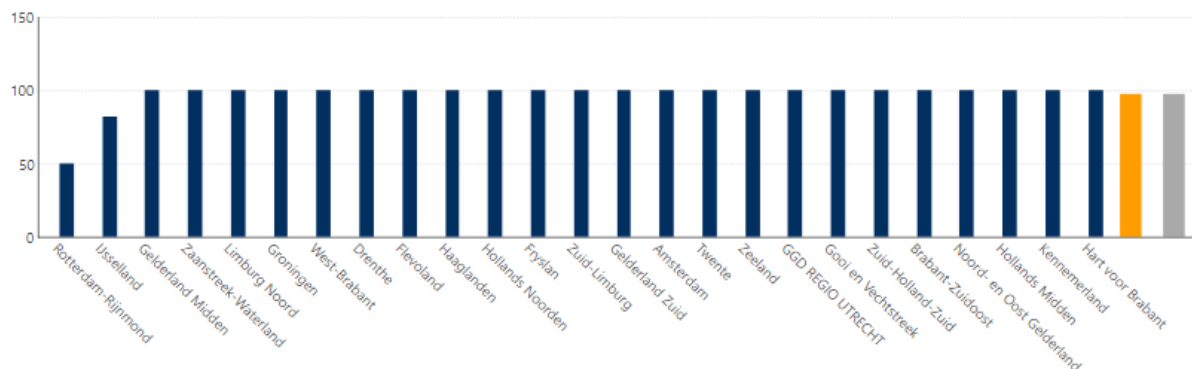
De indicator laat een gelijkmatig beeld zien waarbij de gemiddelde score op 63 % ligt.



Bij welk percentage van de gemeenten in je werkgebied van jouw GGD ben je betrokken bij de ontwikkeling en/of uitvoering van gemeentelijk gezondheidsbeleid?

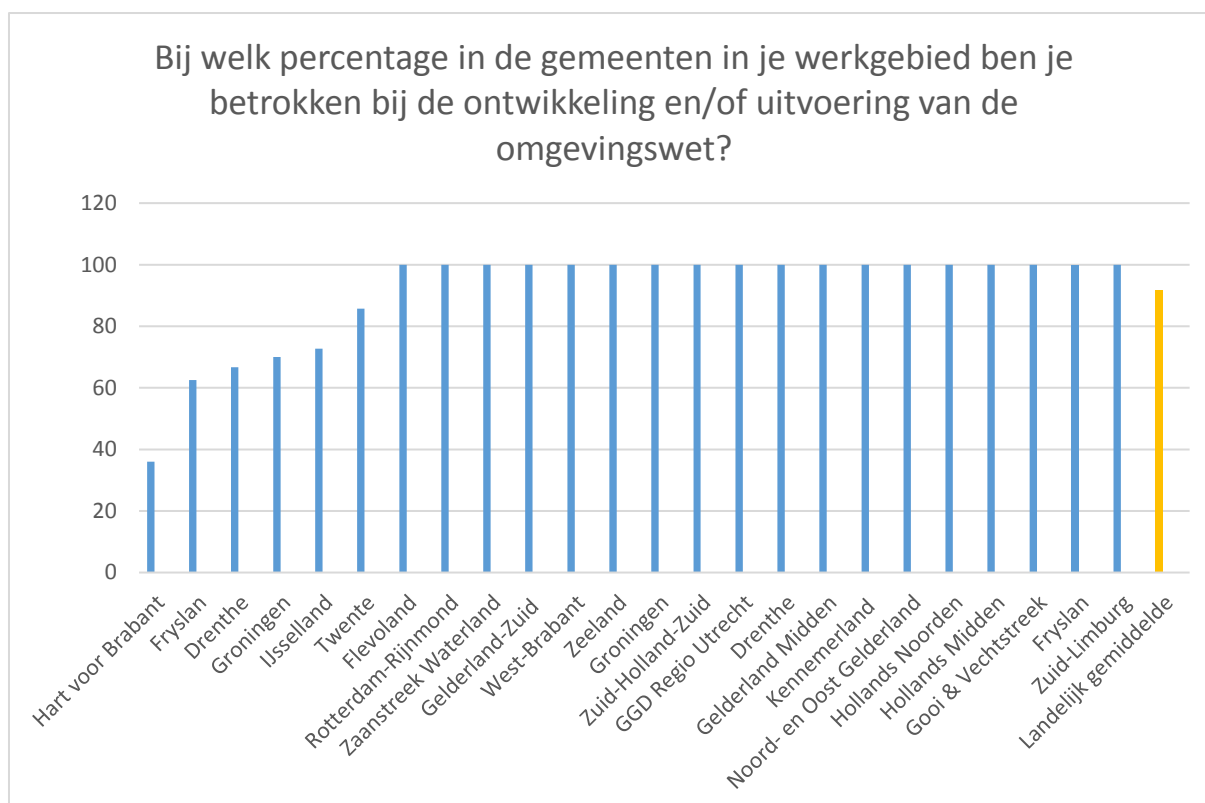
De GGD is goed op de hoogte van de belangrijkste gezondheidsproblemen binnen de gemeente. Het is van belang dat de kennis en expertise van de GGD wordt ingezet voor de ontwikkeling van het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Betrokkenheid kan op vele manieren worden ingevuld. Het kan gaan om het geven van informatie, het beantwoorden van vragen van de gemeente, het schrijven van voorstellen en het uitvoeren van beleid.

Uit onderstaande figuur blijkt dat het grootste gedeelte van de GGD'en betrokken is bij alle gemeenten in het werkgebied waar het gaat om Gemeentelijk Gezondheidsbeleid.



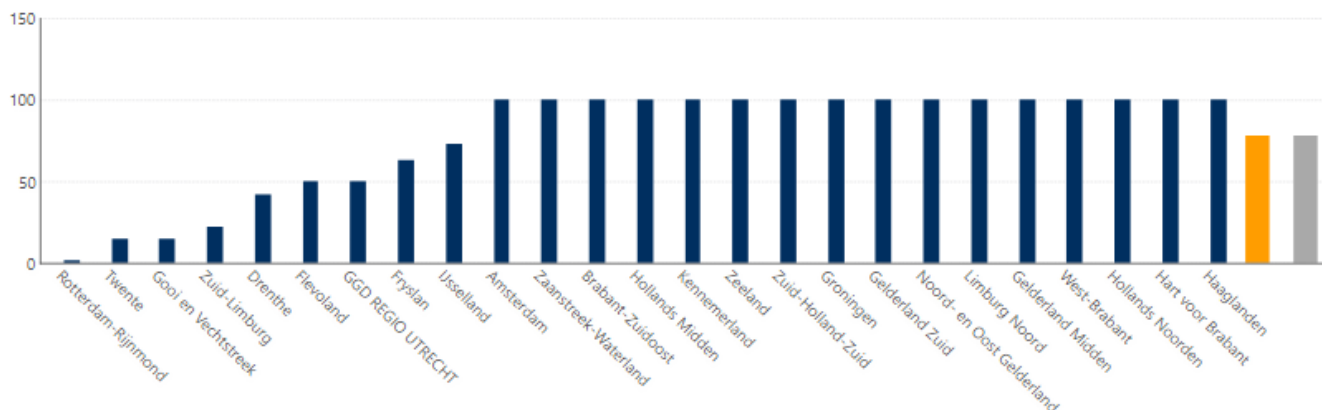
Bij welk percentage van de gemeenten in het werkgebied van jouw GGD ben je betrokken bij de ontwikkeling en/of uitvoering van de Omgevingswet?

De Omgevingswet staat voor een goede balans tussen het benutten en beschermen van de fysieke leefomgeving. 'Ruimte voor ontwikkeling, waarborgen voor kwaliteit' is het motto. De nieuwe wet zorgt voor minder en overzichtelijke regels, een samenhangende benadering van de leefomgeving, ruimte voor lokaal maatwerk en betere en snellere besluitvorming. Gezondheid speelt binnen de fysieke leefomgeving een belangrijke rol. Het is van belang dat de GGD een rol verwerft binnen de ontwikkeling en uitvoering van de Omgevingswet. Officieel is de Omgevingswet pas in 2021 van kracht, maar er wordt nu al wel mee gewerkt. Betrokkenheid kan op vele manieren worden ingevuld. Het kan gaan om het geven van informatie, het beantwoorden van vragen van de gemeente, het schrijven van voorstellen en het uitvoeren van beleid. Uit onderstaande figuur blijkt dat een groot deel van de GGD'en al op enigerlei wijze betrokken is bij de ontwikkeling en/of uitvoering van de omgevingswet.



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

De doelgroep mensen met een lage sociaaleconomische status is een zeer belangrijke doelgroep waar het gaat om het behalen van gezondheidswinst. Dit refereert dit aan mensen met een lage opleiding (basisonderwijs, lo, vmbo, avo, mavo) en/of mensen met een laag inkomen. Het betreft ongeveer 30% van de mensen in Nederland. De gezondheid van deze groep is over het algemeen slechter dan mensen met een hoge sociaaleconomische status. Tevens is deze groep zeer moeilijk te bereiken met gezondheidsbevorderende programma's. Om die reden is het zeer van belang om deze groep in kaart te brengen. En gerichte en op maat gemaakte interventies in te zetten. Deze groep heeft over het algemeen te kampen met te veel belemmeringen waardoor gezond leven niet boven aan de prioriteitenlijst staat. Dit kan gaan om financiële problemen, maar ook bijvoorbeeld weinig ondersteuning in de sociale omgeving. Kennis over gezond gedrag ontbreekt ook vaak bij deze groep. Het overgrote deel van de GGD'en heeft deze doelgroep geheel of gedeeltelijk in kaart gebracht.



Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming

Burgers nemen zelf maatregelen om zich te beschermen tegen ziekten, maar zij vertrouwen er ook op dat zij beschermd worden als er risico's bestaan op de verspreiding van infectieziekten. De Wpg bevat een aantal gezondheidsbeschermende taken die om specialistische medische deskundigheid vragen. Het gaat om de uitvoeringstaak voor gemeenten op het terrein van infectieziektebestrijding, medische milieukunde en technische hygiënezorg. Binnen deze pijler zijn de volgende indicatoren opgenomen:

Pijler 2: Uitvoerende taken gezondheidsbescherming
Aantal FTE IZB per 100.000 inwoners
Aantal nieuwe TBC gevallen / 100.000 inwoners
Aantal opgespoorde latente infecties TBC (LTBI) /100.000 inwoners
Beschikbare formatie THZ per 100.000 inwoners in FTE (excl. formatie kinderopvang)
Aantal FTE Medische Milieukundigen per 100.000 inwoners

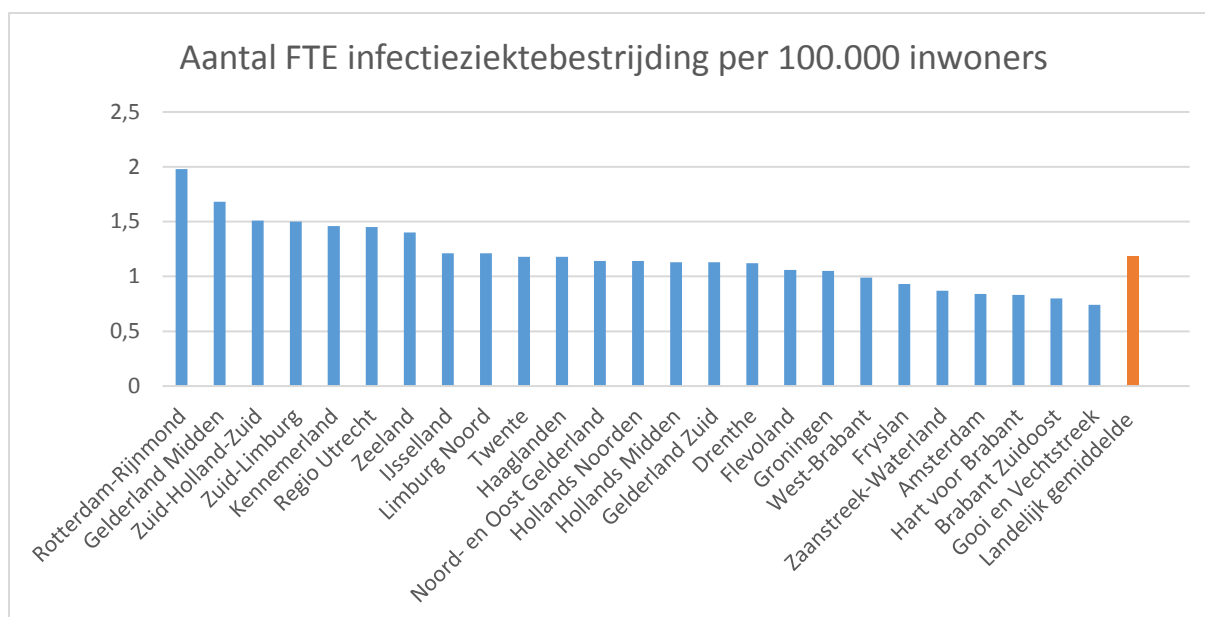
Aantal FTE IZB per 100.000 inwoners

Gemeenten moeten maatregelen nemen die ervoor zorgen dat overdracht van infectieziekten zo veel mogelijk voorkomen wordt. Daarnaast geldt een wettelijke meldingsplicht voor verschillende ziekten. Artsen en laboratoria die een dergelijke ziekte vaststellen, moeten dat aan de GGD melden

Onder infectieziektebestrijding vallen de volgende onderdelen:

- Bron- en contactonderzoek. We proberen de bron van de besmetting te achterhalen en contacten te beschermen.
- Vaccinaties en voorschrijven van preventieve medicijnen
- Hygiënemaatregelen adviseren en voorlichting en adviezen geven over het voorkomen van infectieziekten. Ook wijzen wij op eventuele risico's van infectieziekten.
- Melden van meldingsplichtige ziekten bij het RIVM
- (Wetenschappelijk) onderzoek

Het gaat hierbij om de algemene infectieziekten.

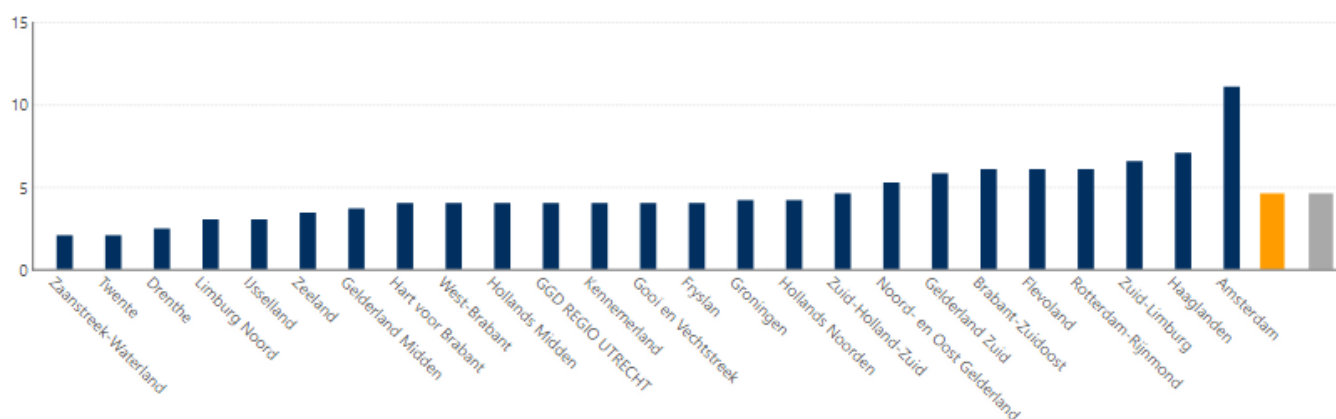


Aantal nieuwe TBC-gevallen per 100.000 inwoners

Tuberculose is een infectieziekte die jaarlijks bij circa 800 mensen in Nederland voorkomt. Wereldwijd is tuberculose een groot probleem. Jaarlijks krijgen 10 miljoen mensen de ziekte en overlijden er meer dan 1,5 miljoen mensen aan tuberculose. Vooral vanwege de combinatie met hiv infectie en multiresistente vormen is het moeilijk om de ziekte wereldwijd onder controle te krijgen.

Tuberculose wordt bijna altijd overgedragen via de lucht door een patiënt met (besmettelijke) longtuberculose. Bij het hoesten worden de bacteriën vanuit de longen via kleine druppeltjes in de omgeving verspreid. Deze kleine druppeltjes kunnen bij inademing in de longblaasjes terecht komen, waar de bacteriën kleine ontstekingshaarden veroorzaken. Vroeger werd de bacterie ook overgedragen via besmette melk van zieke koeien. Deze vorm komt vrijwel niet meer voor in Nederland nu de veestapel vrij is van deze bacterie en de melk gepasteuriseerd wordt.

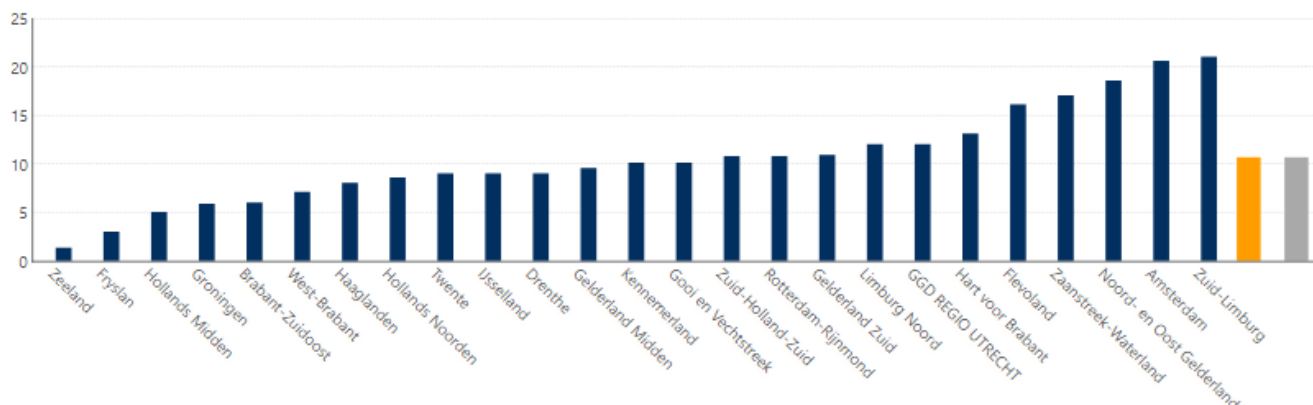
In Nederland worden de meeste patiënten vastgesteld door longartsen, internisten en andere ziekenhuisspecialisten. GGD'en zijn verantwoordelijk voor de bestrijding en doen onder andere screening (van immigranten, asielzoekers, gedetineerden) en bron- en contactonderzoek.



Aantal opgespoorde latente infecties TBC (LTBI) /100.000 inwoners

Tuberculose komt in Nederland vergeleken met honderd jaar geleden veel minder voor. Toch wordt iedere dag nog bij gemiddeld drie patiënten tuberculose vastgesteld, en jaarlijks overlijden ongeveer tien mensen onnodig aan de ziekte. Daarom blijven GGD's investeren in bestrijding van tuberculose en de vroege opsporing ervan. De contacten van een tbc-patiënt worden onderzocht op besmetting. Ze krijgen hiervoor eerst een huidtest, het bekende prikje op de arm. Daarna wordt de definitieve diagnose gesteld met een bloedtest.

Een belangrijke eigenschap van de tbc-bacterie is dat deze na infectie lange tijd (een mensenleven) latent aanwezig kan blijven in het lichaam. Onder voor hen gunstige omstandigheden kunnen latent aanwezige tbc-bacteriën opnieuw gaan delen en ziekte veroorzaken.



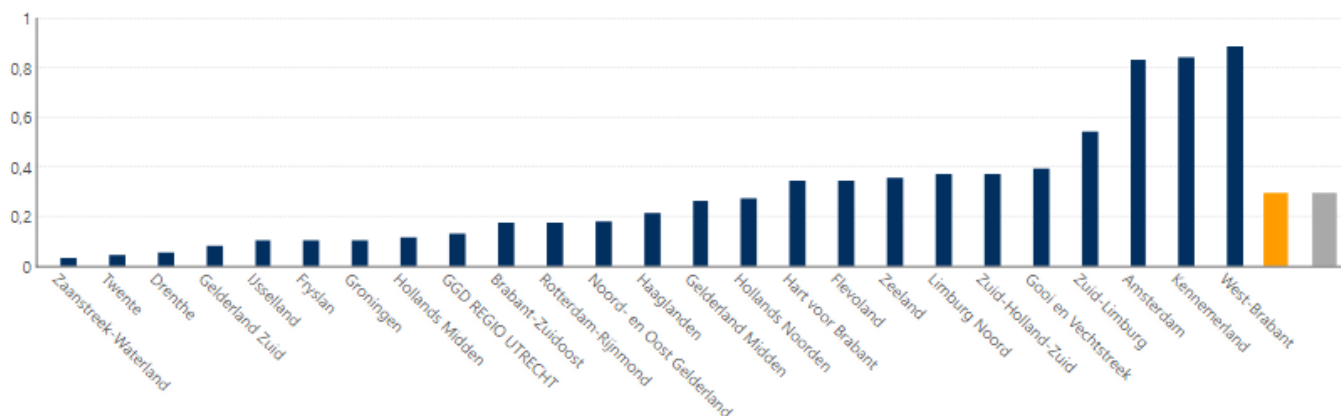
Beschikbare formatie Technische Hygiënezorg per 100.000 inwoners in FTE (excl. formatie kinderopvang)

Technische hygiënezorg (THZ) is een onderdeel van de preventieve gezondheidszorg. De technische hygiëne richt zich vooral op situaties waarin het van belang is het risico op overdracht van ziekmakende micro-organismen te beperken of te voorkomen en veiligheidsaspecten te beoordelen. Technische hygiënezorg vindt plaats in situaties waar veel mensen van gemeenschappelijke of collectieve voorzieningen gebruikmaken. Dit zijn veelal specifieke doelgroepen die op basis van bijvoorbeeld leeftijd en gezondheid extra risico kunnen lopen op infectieziekten.

De beschikbare FTE THZ maakt hoeveel aandacht er voor THZ kan zijn. Gemeenten dienen geadviseerd te worden waar toezicht op te houden.

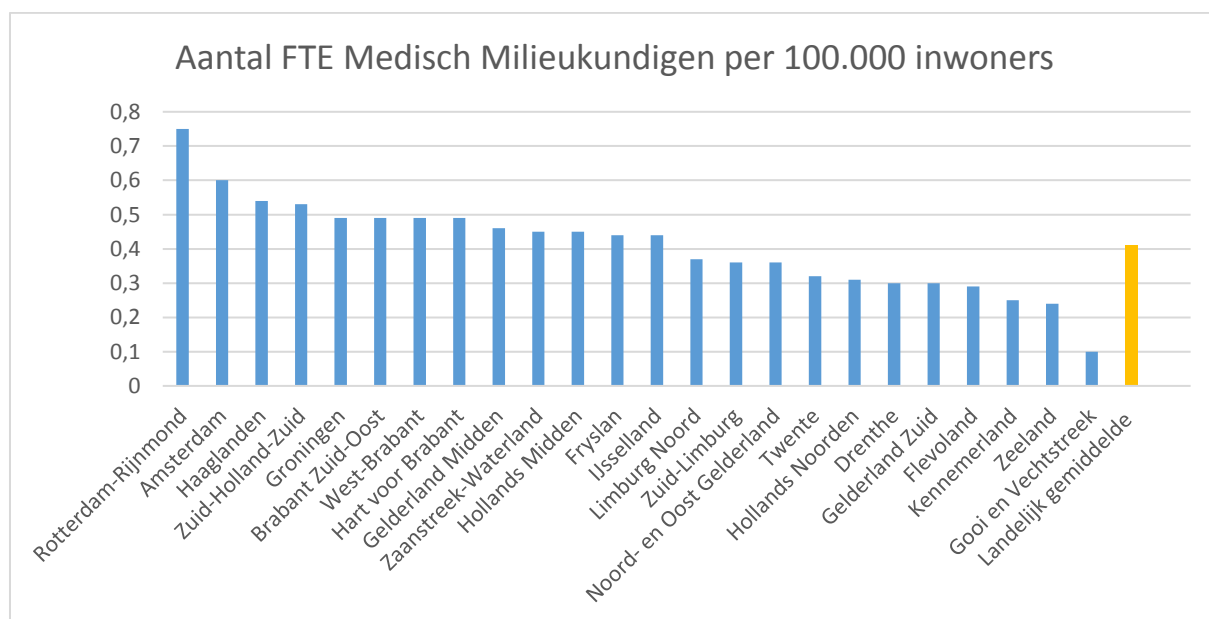
Bij de duiding van de resultaten moet ook gekeken worden naar ship sanitation. Niet iedere GGD heeft een A - of B haven. Hierbij gaat het erom of de schepen voldoen aan de eisen die de Wet publieke gezondheid stelt aan de hygiëne aan boord. De inspecties worden uitgevoerd volgens de kwaliteitscriteria van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO).

Uit onderstaand overzicht blijkt dat de verschillen groot zijn. Dit is te verklaren door wat er in een regio geïnspecteerd moet worden.



Aantal FTE Medisch Milieukundigen per 100.000 inwoners

Medische milieukunde is een specialisme dat zich bezighoudt met de interactie tussen milieufactoren en gezondheid. Het belangrijkste doel van de medische milieukunde is het beschermen en bevorderen van de gezondheid van burgers via het beperken van risico's van milieufactoren en het stimuleren van positieve omgevingsfactoren. Het werkveld van de medische milieukunde is divers: verontreinigingen in de bodem, het water, de binnenlucht van huizen, de buitenlucht, geurhinder, geluidhinder, straling, veiligheid, et cetera. Het gaat hierbij alleen om medewerkers MMK, de Gezondheidskundig adviseur gevaarlijke stoffen (GAGS), laten we buiten beschouwing.



Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises

Rampen, incidenten en crises hebben een grote impact op het leven van mensen. Dat geldt voor direct betrokkenen, maar ook breder. Zo is er toegenomen behoefte om collectief te helpen zoeken bij vermissingen of om te rouwen na rampen en incidenten met (veel) doden. Maar ook het gezamenlijk verwerken van kleinere incidenten in een wijk of op een school neemt toe.

Bij rampen en crises is er met betrekking tot de gezondheidszorg een rol weggelegd voor zowel de GGD als voor de Veiligheidsregio. De Directeur Publieke Gezondheid (DPG) is op grond van de Wpg/Wvr directeur van de GGD én verantwoordelijk voor de aansturing van de GHOR. De GHOR (Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio) draagt zorg voor de coördinatie, aansturing en regie van de geneeskundige hulpverlening bij rampen en crisis. Ook adviseert de GHOR andere overheden en organisaties op dat gebied. De DPG heeft zodoende een verantwoordelijkheid in zowel het gezondheidsdomein als in het veiligheidsdomein.

Binnen deze pijler zijn de volgende indicatoren opgenomen in de Benchmark voor GGD'en:

Pijler 3: Publieke gezondheid bij incidenten, rampen en crises
Heeft uw GGD samenwerkingsafspraken met ketenpartners over psychosociale hulp bij rampen?
Oefent het crisisteam van uw GGD minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD processen?
Heeft uw GGD een procedure voor het proces leiding en coördinatie bij rampen en crisis?

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

In de Wpg staat dat het college van burgemeester en wethouders zorg draagt voor psychosociale hulpverlening (PSH) bij rampen. Deze taak is belegd bij GGD'en. GGD'en hebben een coördinerende rol op het proces PSH. Zij hebben samenwerkingsafspraken met de ketenpartners.

De deeltaak psychosociale hulpverlening heeft tot doel om getroffen en, door middel van professionele begeleiding, het gevoel van zelfcontrole na een schokkende gebeurtenis terug te laten krijgen. De deeltaak wordt gecoördineerd door de GGD en uitgevoerd door instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ), Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en Slachtofferhulp Nederland (SHN). Soms voert de GGD ook uit, afhankelijk van de casus. Na een ramp is er een belangrijke rol weggelegd voor Huisartsen die zorg kunnen dragen voor signalering en doorverwijzing.

De Multidisciplinaire richtlijn PSH bij rampen en crises beschrijft dat voor taken die in samenwerking met anderen plaatsvinden, gezamenlijke voorbereiding nodig is. Een hulpmiddel hierbij is het PSH-modelconvenant voor de samenwerking tussen GGD en ketenpartners. Uit onderstaand overzicht blijkt dat alle GGD'en deze samenwerkingsafspraken dit goed op orde hebben.

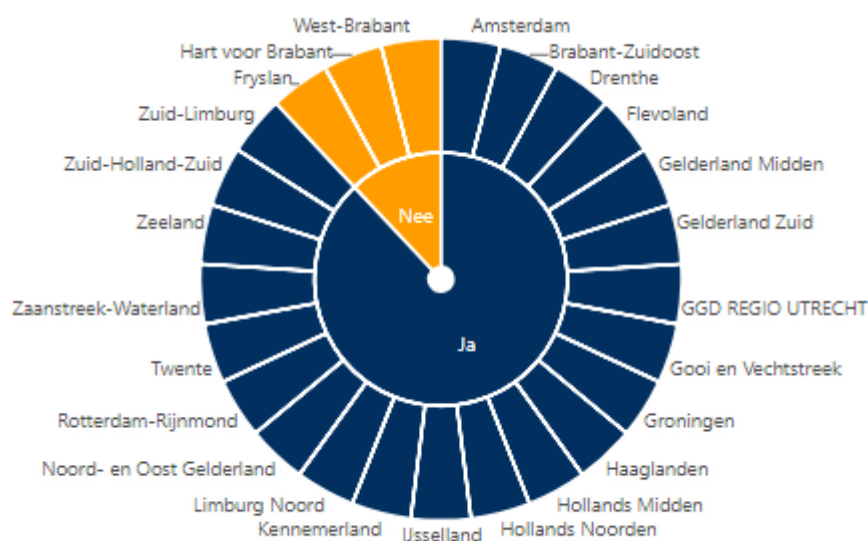


Oefent het crisisteam van uw GGD minimaal 2x per jaar hun inzet voor ten minste 2 van de 4 GGD-processen?

Door functionarissen uit het crisisteam te laten oefenen met verschillende GGD-processen (infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, psychosociale hulpverlening en gezondheidsonderzoek na rampen), kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt. Dit bevordert de kwaliteit van de crisiszorg.

Opleiden, trainen en oefenen is van groot belang voor functionarissen uit het crisisteam. Onder meer omdat zij in het crisisteam een rol vervullen die afwijkt van hun reguliere taken. Door te oefenen kan de werkwijze van het crisisteam eigen worden gemaakt, zodat ten tijde van een crisis als vanzelfsprekend via de crisisteamstructuur wordt gewerkt.

Niet alle GGD'en oefenen twee keer per jaar, sommige doen dit één keer.



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

Leiding en coördinatie is een van de vijf processen van crisismanagement. Degenen die bij een ramp of crisis leiden en coördineren moeten kritieke besluiten nemen, welke een grote impact kunnen hebben en mede bepalend kunnen zijn voor het verloop van een crisis. Het is daarom belangrijk dat vooraf het proces van leiding en coördinatie goed doordacht is, vastgelegd en duidelijk is voor betrokkenen.



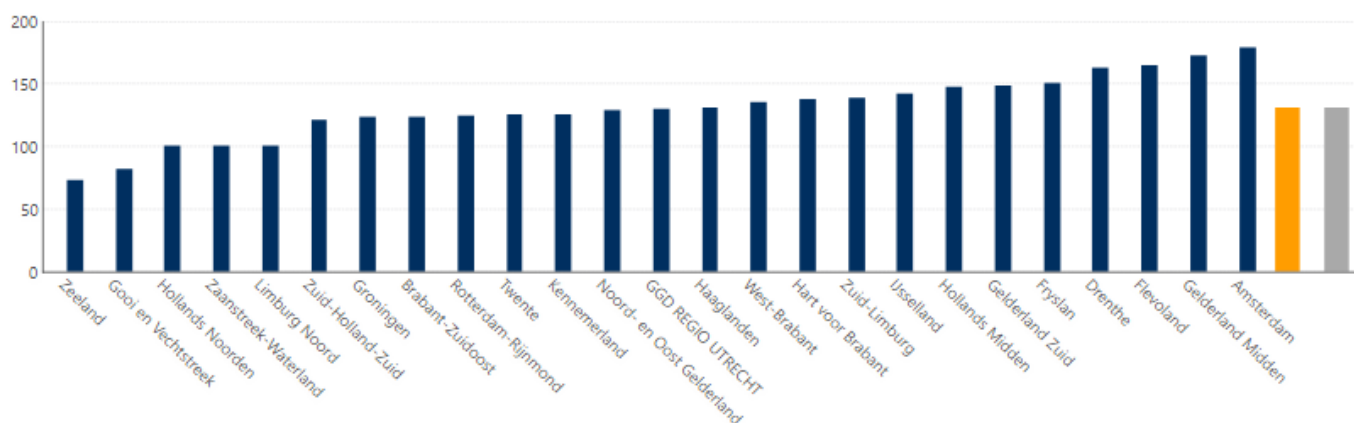
Pijler 4: Toezicht houden

Burgers maken gebruik van allerlei voorzieningen, variërend van sporthal tot kinderdagverblijf en van tatoeageshop tot evenement. Het gebruik daarvan moet veilig zijn, daar vertrouwen mensen op.

Binnen deze pijler hebben we ons beperkt tot een indicator over de kinderopvang.

Het toezicht op de kinderopvang valt niet onder de Wpg, maar is wel de grootste wettelijke toezichtstaak van de GGD'en. De verantwoordelijkheid ligt bij het ministerie van SZW. Zowel de kwaliteitseisen waaraan kinderopvangorganisaties moeten voldoen, als de rechten en plichten van de toezichthouder staan omschreven in de Wet kinderopvang plus onderhavige regelgeving (besluiten, regelingen en beleidsregels). In de Wet kinderopvang (art. 1.62) staat dat alle voorzieningen voor kinderopvang (kinderdagverblijven, buitenschoolse opvang, peuterspeelzalen en gastouderbureaus) jaarlijks minimaal één keer geïnspecteerd moeten worden door een GGD-toezichthouder. Het percentage kan boven de 100% komen, omdat veel kinderopvanginstellingen vaker dan één keer per jaar worden geïnspecteerd. In deze indicator zijn de gastouders buiten beschouwing gelaten.

Indicator B50: Percentage kinderopvanginstellingen dat geïnspecteerd is in uw regio



Veelvoorkomende taken

Gezondheidsbevordering

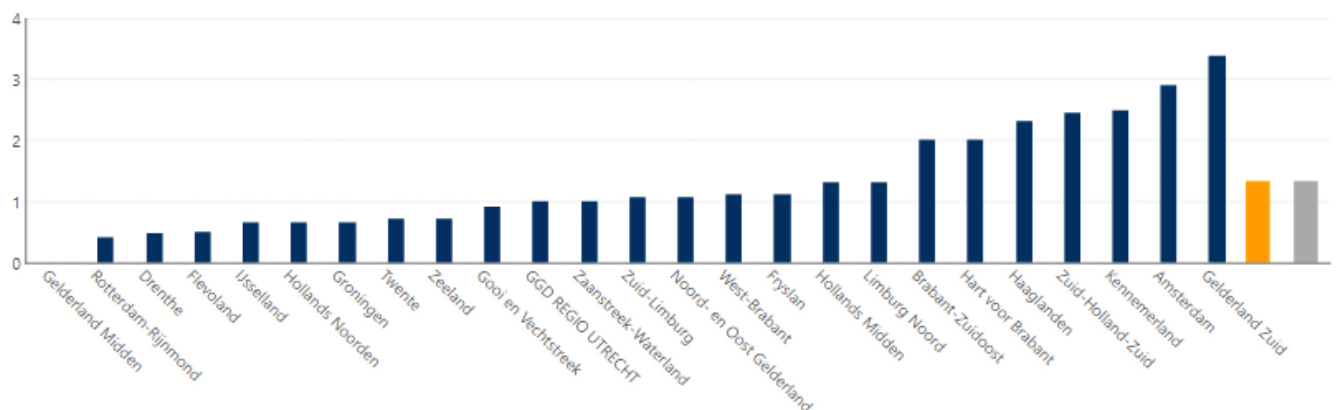
Gezondheidsbevordering is een breed onderwerp waarbij verschillende partijen betrokken zijn (GGD, gemeenten, thuiszorg, welzijnsinstellingen, sportorganisaties, scholen). Het gaat op lokaal niveau over thema's als alcohol, roken, overgewicht, bewegen en depressie en over doelgroepen als jeugd en ouderen. Gezondheidsbevordering betreft zowel het beïnvloeden van de omgeving als het beïnvloeden van gedrag. De adviestaken van de GGD zijn benoemd onder pijler 1. De GGD'en voeren daarnaast nog andere taken uit op dit terrein. Het gaat dan met name om coördinatie van samenwerkingspartijen bij meer complexe programma's zoals Gezonde School of Gezonde Wijk en om uitvoerende regie bij door de gemeente(n) vastgestelde programma's zoals regionale alcoholprojecten.

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

Gezondheidsbevordering
Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners
Wat is het budget dat uw GGD jaarlijks heeft voor Gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners?
Bij welk percentage van de gemeenten bent u betrokken bij de uitvoering van programma's over dementie?

Aantal FTE gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners

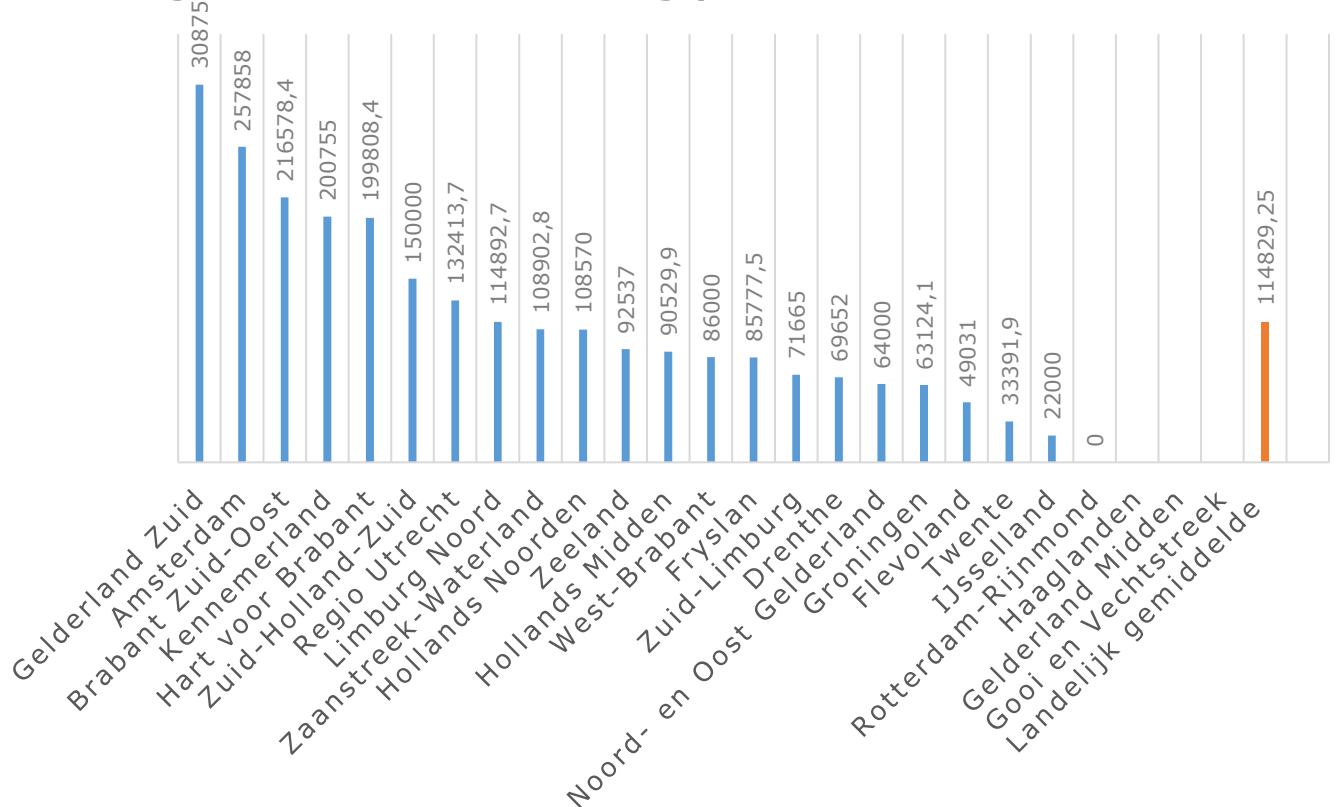
Uit onderstaande figuur blijkt dat het aantal FTE gezondheidsbevordering behoorlijk verschilt per GGD regio. Elke GGD vult dit op eigen wijze in. GGD Gelderland Zuid zet bijvoorbeeld zwaar in op een dekkend netwerk van Gezonde Schooladviseurs en gezondheidsmakelaars in haar regio. **GGD Gelderland Midden geeft aan geen aparte tak te hebben voor gezondheidsbevordering. Het onderwerp is bij deze GGD geborgd in de lijn en wat in de markt te krijgen is wordt door gemeenten daar ingekocht. Vandaar ook dat de inwonerbijdrage voor de GGD wat lager is.**



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

Ook hier is een behoorlijk verschil tussen de verschillende GGD'en waar te nemen. Elke GGD maakt keuzes in de wijze waarop ze aandacht en invulling geven aan het onderwerp gezondheidsbevordering. Logischerwijs scoort ook hier GGD Gelderland Zuid hoog, aangezien zij veel investeren in gezondheidsbevordering door middel van Gezonde School en Gezondheidsmakelaars. **Zoals bij de vorige indicator als aangegeven heeft GGD Gelderland Midden geen aparte tak voor gezondheidsbevordering. GGD Rotterdam-Rijnmond heeft geen budget voor gezondheidsbevordering. De gemeenten voeren deze taken zelf uit. Voor GGD Haaglanden is het specifiek maken van het budget voor gezondheidsbevordering niet mogelijk, omdat de taken over verschillende organisatie onderdelen verdeeld zijn.**

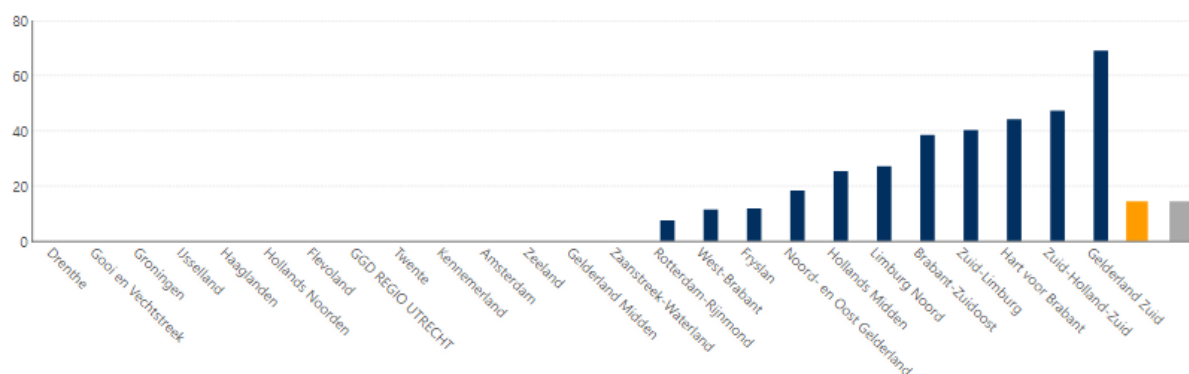
Wat is het budget dat uw GGD jaarlijks heeft voor gezondheidsbevordering per 100.000 inwoners?



Bij welk percentage van de gemeenten bent u betrokken bij de uitvoering van programma's over dementie?

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

Uit onderstaand overzicht blijkt dat slechts 11 GGD'en betrokken zijn bij de uitvoering van programma's over dementie en dat de mate waarin zijn betrokken zijn nog behoorlijk varieert. Het is dus nog een nieuw onderwerp voor de meeste GGD'en. Deze indicator is dan ook opgenomen om aan te geven dat dit onderwerp mogelijk in de toekomst hoger op de agenda van de GGD'en zal staan, met name gezien de groei van het aantal mensen dat deze ziekte krijgt.



Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft als doel om alle kinderen in gezondheid te laten opgroeien. Daarbij wordt breder gekeken dan naar alleen het kind zelf. De JGZ-medewerkers kijken ook naar de omgeving van het kind, omdat deze bepalend is voor de gezondheid en het welzijn van het kind. De JGZ is een onderdeel van de publieke gezondheid en wordt collectief aan alle kinderen in Nederland aangeboden. De JGZ heeft dan ook (bijna) alle kinderen in Nederland in beeld en biedt hen en hun ouders (voornamelijk preventieve) zorg en ondersteuning aan om gezondheidsproblemen te voorkomen. De indicatoren over de JGZ die zijn opgenomen in de benchmark, staan in onderstaande tabel. Niet alle GGD'en hebben de JGZ in eigen huis. Bij een aantal GGD'en wordt de JGZ door een andere organisatie uitgevoerd. Voor deze GGD'en is het soms lastig om de gegevens van deze indicatoren te achterhalen. Dit is dan ook terug te zien in de resultaten. Daarnaast is er veel diversiteit in de registratiesystemen bij de verschillende GGD'en en JGZ instanties.

JGZ
Percentage verwijzingen (vanuit standaard contactmoment en vanuit onderzoek op indicatie)
Percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contact momenten
Som van het aantal FTE JGZ-artsen, JGZ verpleegkundigen en JGZ doktersassistenten per 100.000 jeugdigen
Percentage gebruik van de meldcode kindermishandeling
Percentage zuigelingen van een specifiek geboortecohort in Nederland dat volledig heeft deelgenomen aan het Rijksvaccinatieprogramma

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

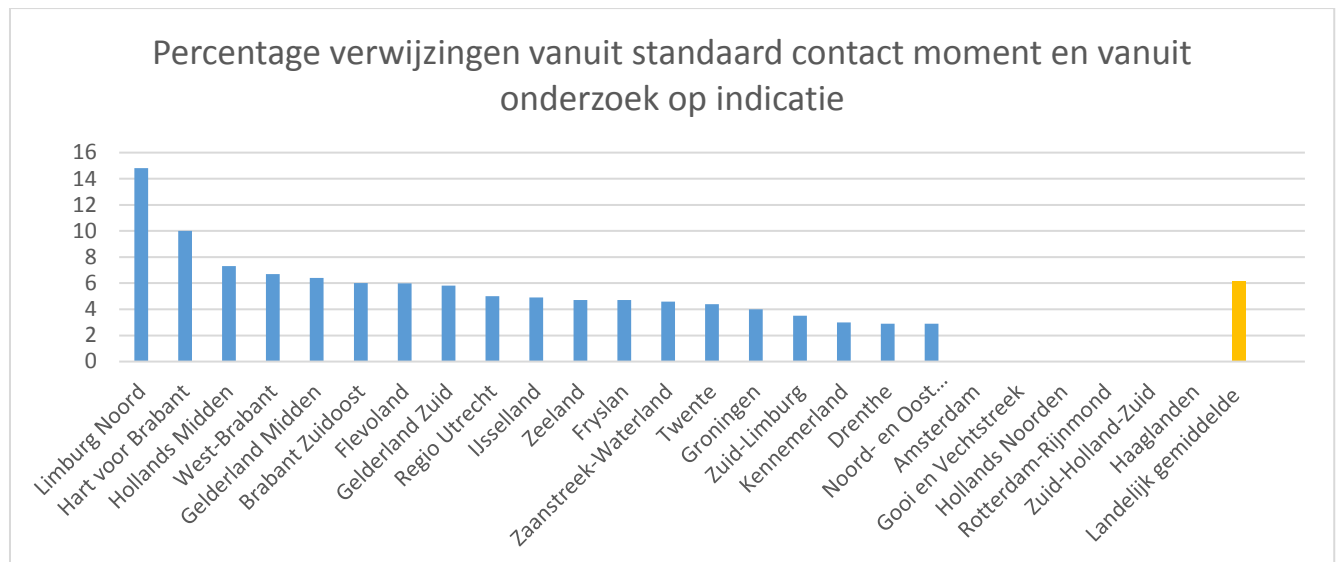
Bij deze indicator gaat het om externe verwijzingen, dus buiten de JGZ maar binnen de 'jeugdketen' in brede zin dus zowel psychosociaal, somatisch als ontwikkelingsproblematiek.

Hierbij gaat het vooral om de trend. Slaagt de GGD erin het aantal externe verwijzingen psychosociale problemen naar 2^e lijn omlaag te brengen? Uiteindelijk willen we duurdere jeugdhulpverlening zoveel mogelijk voorkomen.¹

¹ Het percentage verwijzingen is voor Limburg-Noord erg hoog vergeleken met de andere GGD-en. Met de stafartsen en de leverancier wordt bekeken of de onze registratie van de verwijzingen correct is en of het rapport dat wij hiervoor gemaakt hebben de juiste cijfers oplevert.

GGD Zuid-Holland-Zuid geeft aan geen gegevens beschikbaar te hebben. Dit geldt ook voor het CJG van GGD Rotterdam Rijnmond. Ook GGD Hollands Noorden geeft aan dat deze gegevens niet beschikbaar zijn. GGD Amsterdam legt uit dat er voor 2017 geen percentage te berekenen was.

De omgevingscontext is erg veranderd en er wordt zowel binnen als buiten de Ouder en Kindteams verwezen. 'We kunnen de verwijzingen nu nog niet op de juiste manier interpreteren.'



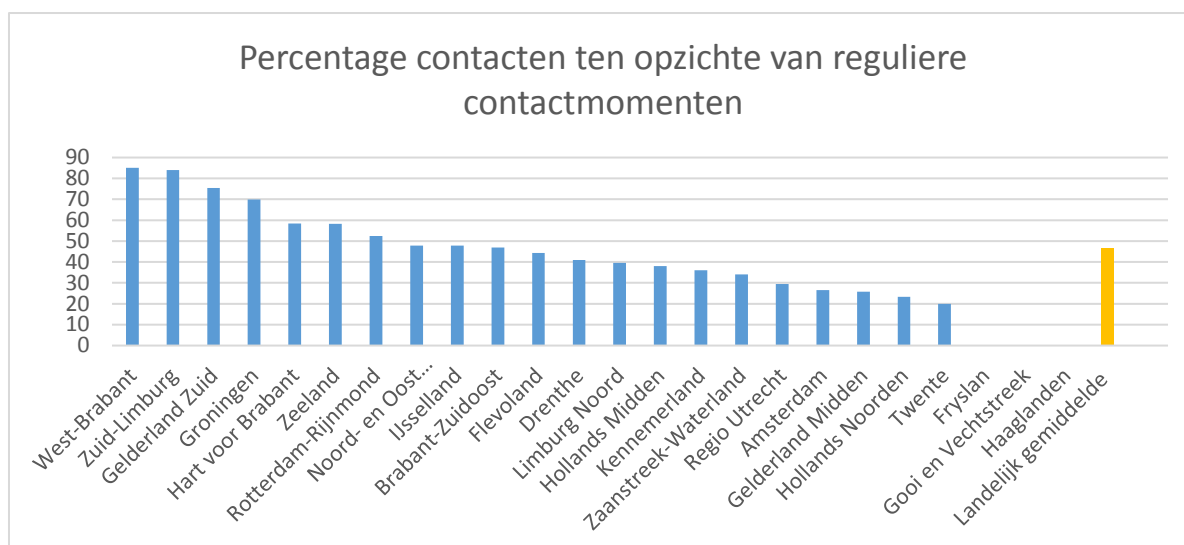
Percentage extra contacten ten opzichte van reguliere contact momenten

We willen graag het percentage extra contacten monitoren. Dat de contactmomenten heel verschillend worden ingevuld, is een deel van de verklaring van de gevonden verschillen hierbij.

Reguliere contacten: de contacten tijdens het regulier aangeboden schema met contactmomenten, waaronder ook de enkele facultatieve contactmomenten die alleen benut worden wanneer daar volgens professionals en ouders behoefte aan is

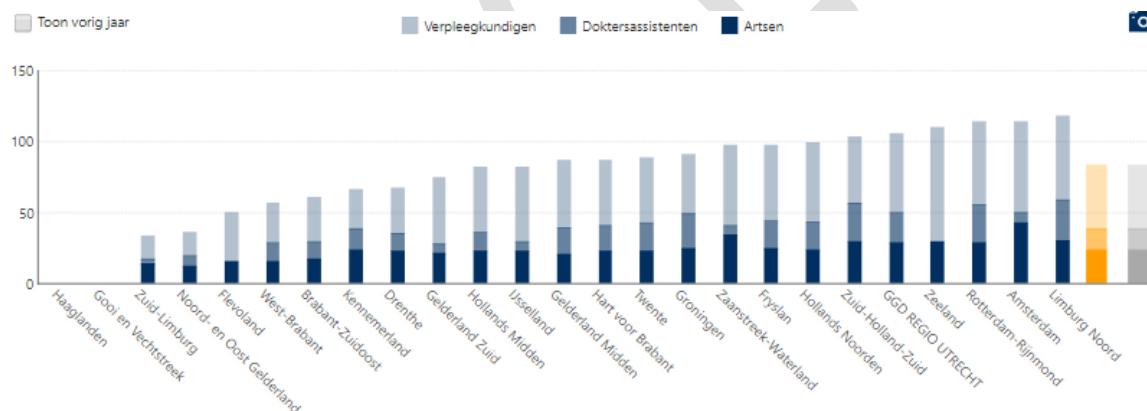
Extra contacten: naast de in het LPK genoemde contactsoorten gaat het hier ook om telefonische consulten en indicatieconsulten (indicatieconsulten die als vervolg op een standaardcontactmoment plaatsvinden, ofwel indicatieconsulten die door ouders of derden zijn aangevraagd).

GGD Fryslan geeft aan dat deze gegevens niet beschikbaar zijn.



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

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

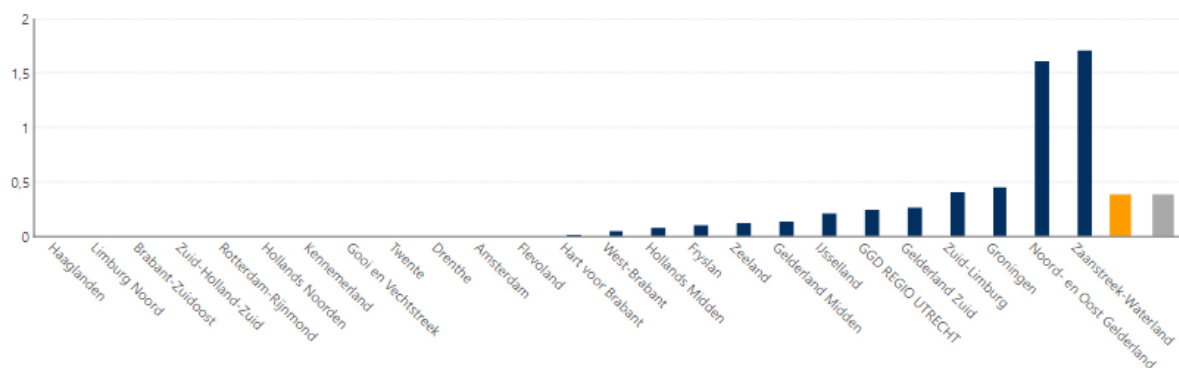


Percentage gebruik van de meldcode kindermishandeling

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

Bij verdenking van kindermishandeling treedt de meldcode in werking. Dit kan in sommige digitaal dossiers wel vastgelegd worden (zoals mICas) maar in andere niet.

Als tweede stap dient overlegd te worden wordt met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling en Veilig Thuis. Mede Op basis daarvan wordt besloten of hulp georganiseerd wordt of dat gemeld wordt bij het Veilig Thuis.



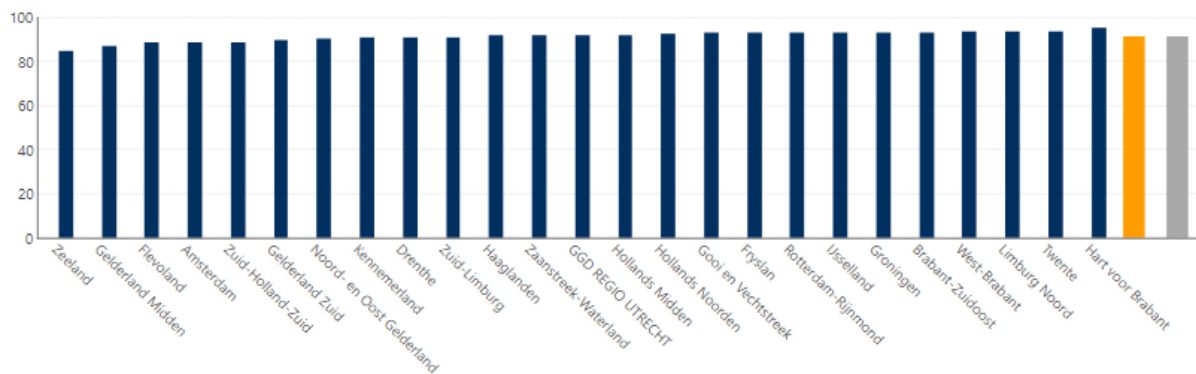
Uit bovenstaande blijkt dat veel GGD'en deze indicator niet hebben kunnen invullen. Onderstaand wordt per GGD weergegeven wat de reden hier hiervan is:

Limburg Noord	De mogelijkheid tot het gebruik van de meldcode is wel opgenomen in Kidos. De GGD Limburg-Noord heeft deze echter nog niet geïmplementeerd in haar werkwijze. Dit is voorzien voor april 2018.
Brabant Zuidoost	Info ontbreekt helaas
Zuid-Holland-Zuid	Deze kan JGZ niet aanleveren omdat ze pas de tweede helft 2017 gestart zijn met registreren.
Rotterdam-Rijnmond	Dit jaar kan het CJG deze gegevens niet aanleveren
Hollands Noorden	De gegevens voor indicator B41 is niet beschikbaar en daarom niet ingevuld.
Amsterdam	In najaar 2017 is registratie stappenplan meldcode in Kidos geïmplementeerd. Tot najaar 2017 had JGZ Amsterdam nog geen mogelijkheid om in Kidos 'gebruik meldcode' aan te vinken waardoor deze indicator niet aan te leveren is. JGZ-professionals zijn goed geschoold in het gebruik van de meldcode en deze hanteren ze dan ook als dat nodig is. Echter, een cijfermatige onderbouwing kan JGZ Amsterdam momenteel nog niet geven. Kidos is het registratiesysteem van onze JGZ afdeling.
Flevoland	De afzonderlijke stappen van de meldcode en registratie van overleg met aandachtsfunctionaris (AF) is niet uit DD te halen. Aanvullend kunnen gebruikers van het DD bij de shutter activiteit 'zorgelijke opvoedsituatie/ (vermoeden) KIMI/VGV' aanvinken. Deze data zijn niet heel specifiek voor de onderdelen van de meldcode maar worden wel aangevinkt door collega's bij activiteiten rondom dit onderwerp.
Drenthe	We moeten het item leeg laten omdat het item (nog) niet is opgenomen in KD+.
Twente	Uit de systemen rollen vier gevallen waarin daadwerkelijk een melding is gemaakt. Anderzijds zijn er meerdere activiteiten genoteerd die duiden op activiteiten die in het geval van een melding moeten worden uitgevoerd maar die uiteindelijk niet als meldcode in de systemen zijn vastgelegd.
Kennemerland	
Gooi & Vechtstreek	

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

De hoofddoelstelling van het RVP is het voorkómen van ziekte en sterfte, door middel van vaccinaties. Het collectieve programma is werkzaam op twee niveaus: individuele bescherming en groepsbescherming om zo ook epidemieën te voorkomen. Het aanbieden van vaccinaties in het kader van het RVP is een taak van de jeugdgezondheidszorg volgens de Wpg (artikel 5c). Deze indicator meet het bereik van preventie en de mate waarin het doel van preventie wordt gehaald en geeft daarmee een indicatie van de kwaliteit van het stelsel. Om een hoge vaccinatiegraad te kunnen bereiken dient onder andere de samenwerking en coördinatie tussen de uitvoerende partijen goed te verlopen. Bij de uitvoering van het RVP zijn meerdere partijen betrokken: thuiszorgorganisaties, GGD'en, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), verloskundige hulpverleners, kinderartsen en huisartsen. Het RIVM/Centrum Infectieziektebestrijding (CIb) voert de centrale regie, evaluatie en communicatie in opdracht van het ministerie van VWS. Regionale Coördinatie Programma's (RCP) coördineert en heeft medisch toezicht op de uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma. De hier weergegeven percentages zijn afkomstig van het RIVM.

Uit het resultaat blijkt dat de vaccinatiegraad gemiddeld hoog is, 90,1%. Een deel van het verschil in vaccinatiegraad kan worden verklaard doordat regio's die wat achter blijven worden gekenmerkt door een hoge mate van inwoners met een (geloofs)overtuiging, waarbinnen vaccinatie niet altijd past. Daarnaast is er trend zichtbaar onder, met name hoog opgeleide ouders, die het nut van vaccinatie in twijfel trekken en hierover uitgebreid communiceren via sociale media.



Justitieel

De meeste GGD'en in Nederland hebben Artsen Maatschappij en Gezondheid die forensisch geneeskundige taken uitvoeren. Forensische of gerechtelijke geneeskunde is de tak van geneeskunde die medische kennis toepast ten behoeve van rechtszaken en justitieel onderzoek. Het is een vorm van forensisch onderzoek. Het vak wordt uitgeoefend door de forensisch arts, ook wel forensisch geneeskundige of gemeentelijk lijkschouwer genaamd. Die laatste benaming dekt eigenlijk de lading niet, omdat de uitwendige lijkschouw slechts een van de deeltaken is van de forensisch arts. Het specialisme omvat vier onderdelen: medische zorg, medische advisering, sporenonderzoek en lijkschouw. Het eerste onderdeel richt zich vooral op de medische behandeling van de verdachte, arrestant of gevangene, de andere onderdelen zijn vooral gericht op het opsporen van (strafbare) feiten.

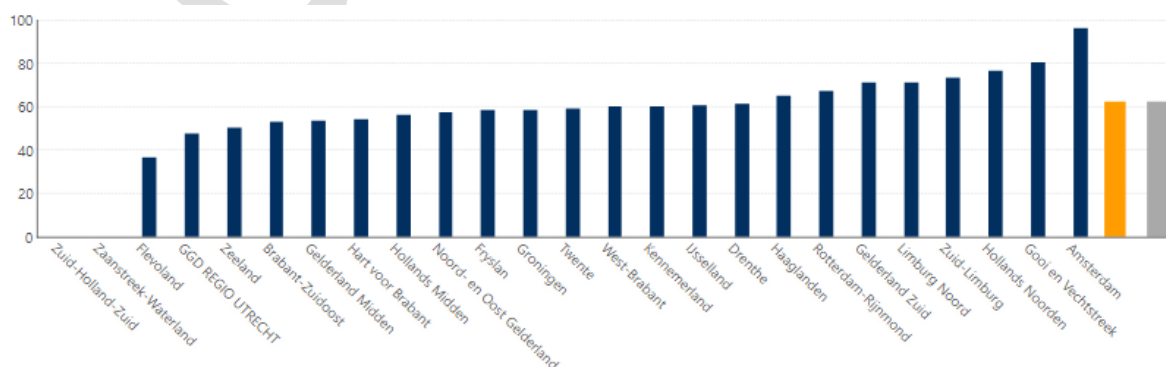
In de benchmark zijn twee indicatoren opgenomen die alleen gaan over de betrokkenheid van de GGD bij de lijkschouw.

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

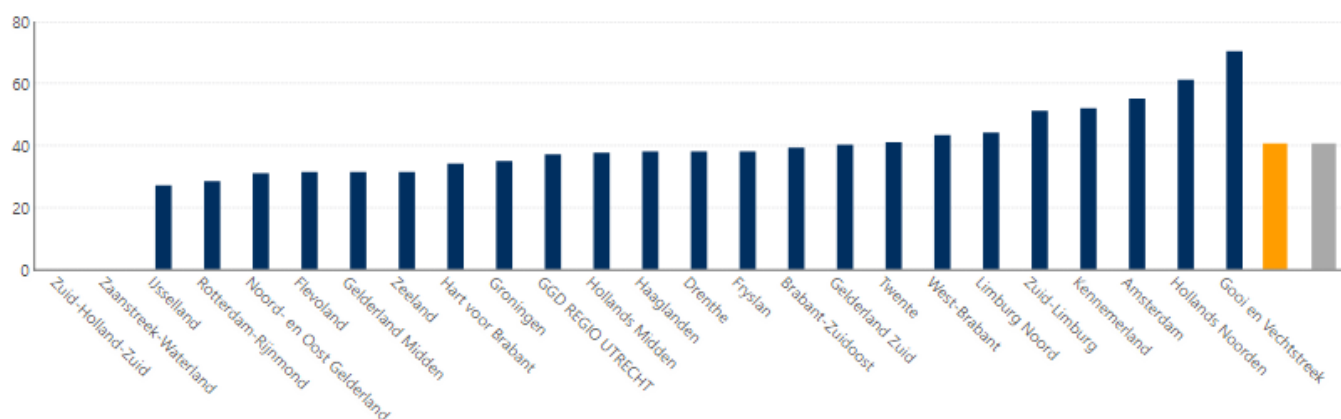
Justitieel
Aantal lijkschouwingen (door de GGD) per 100.000 inwoners exclusief euthanasie
Aantal lijkschouwingen na euthanasie (door de GGD) per 100.000 inwoners

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

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



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



Bedrijfsvoering & Governance

Deze laatste categorie van benchmarkindicatoren laat zien hoe de resultaten van de GGD'en zijn op het gebied van de bedrijfsvoering en de Governance. De indicatoren die binnen dit onderwerp zijn uitgevraagd hebben betrekking op de wijze waarop de verschillende GGD'en hun overhead hebben ingericht, wat de gemiddelde leeftijd van het directe personeel is en ook wordt weergegeven hoe hoog het ziekteverzuim is binnen de sector. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de inwonerbijdrage per GGD en hoe de verhouding is van de vaste en variabele financiering per GGD. De laatste indicator die is geselecteerd gaat over de Governance Code. Deze verzameling van indicatoren geeft een beeld van de sector, zowel wat betreft het personeel als de financiën.

Bedrijfsvoering & Governance
Som van het aantal FTE P&O, FC en Management op het totale aantal FTE (%)
Gemiddelde leeftijd direct personeel
Percentage ziekteverzuim
Inwonerbijdrage
Verhouding vast ten opzichte van variabele financiering van de GGD
Gebruikt u GGD de governance code van de DPG?

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

Deze indicator laat zien hoe de verdeling van het aantal FTE van de verschillende overhead taken binnen de GGD'en is verdeeld. Het gemiddelde van de GGD'en. Het gaat hierom het percentage overhead verdeeld in P&O, Finance & Control en management van het totale aantal FTE dat in dienst is van de GGD. Het aandeel managers is bij de meeste GGD'en het grootst, gevolgd door F&C en tot slot P&O.

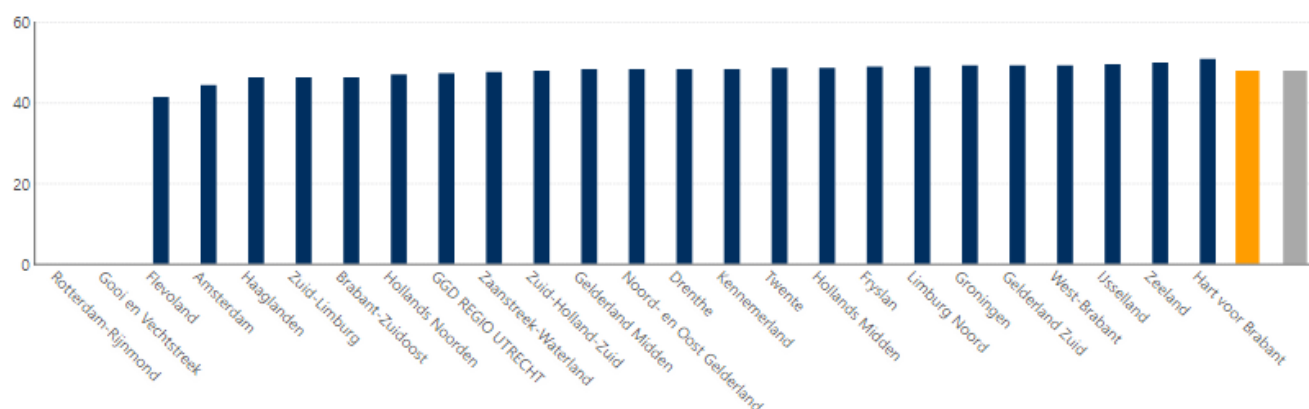
Verschillen kunnen verklaard worden door bijvoorbeeld het inhuren van externe partijen voor P&O of scholing, zoals bij GGD Zuid-Holland-Zuid het geval is.

GGD Rotterdam-Rijnmond laat weten deze gegevens niet te kunnen leveren omdat de GGD geen aparte organisatie is. De GGD taken lopen dwars door de organisatie, teams en mensen heen. 'We weten niet van elke taak hoeveel en welke mensen precies GGD werk verrichten. Daarom kunnen we het ziekteverzuim en de gemiddelde leeftijd over deze groep ook niet berekenen. Voor het shared servicecentrum die de ondersteunde bedrijfsvoering levert is dat al helemaal niet mogelijk en kunnen we al helemaal niet uitrekenen hoeveel fte voor de GGD taak werken.'



Gemiddelde leeftijd direct personeel

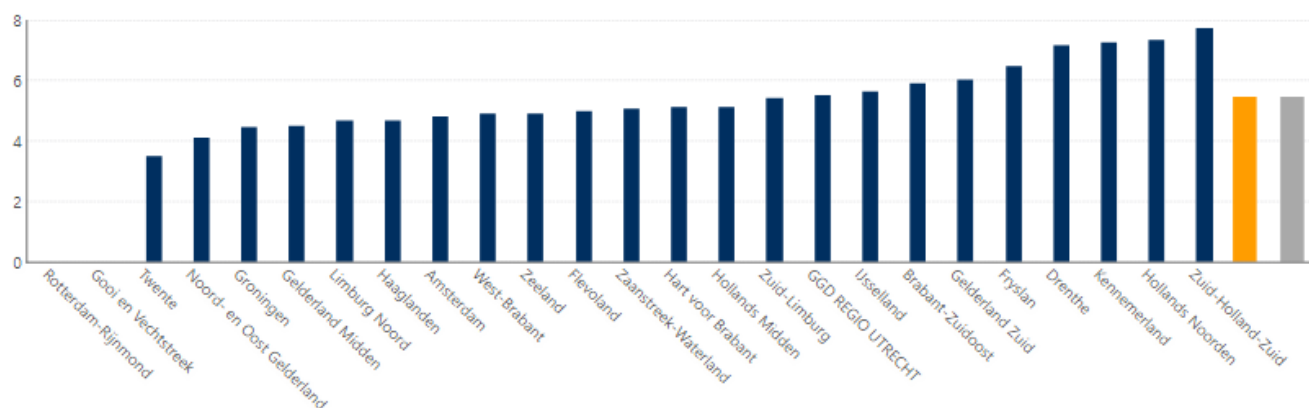
Uit onderstaand overzicht blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de GGD medewerkers 47,5 jaar is. Er zijn geen grote verschillen waar te nemen tussen de verschillende regio's. Voor de GGD'en is het van belang om na te denken over het arbeidsmarktbeleid. Over ongeveer 15 jaar zal er een grote uitstroom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



Percentage ziekteverzuim

Deze indicator meet ziekteverzuimpercentage aan de hand van de CBS definitie: het aantal verzuimde kalenderdagen (inclusief weekenden) in de observatieperiode, gedeeld door de personeelsomvang (in voltijdequivalenten), vermenigvuldigd met het aantal kalenderdagen in de observatieperiode. Het ziekteverzuim is inclusief verzuim langer dan één jaar en exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof.

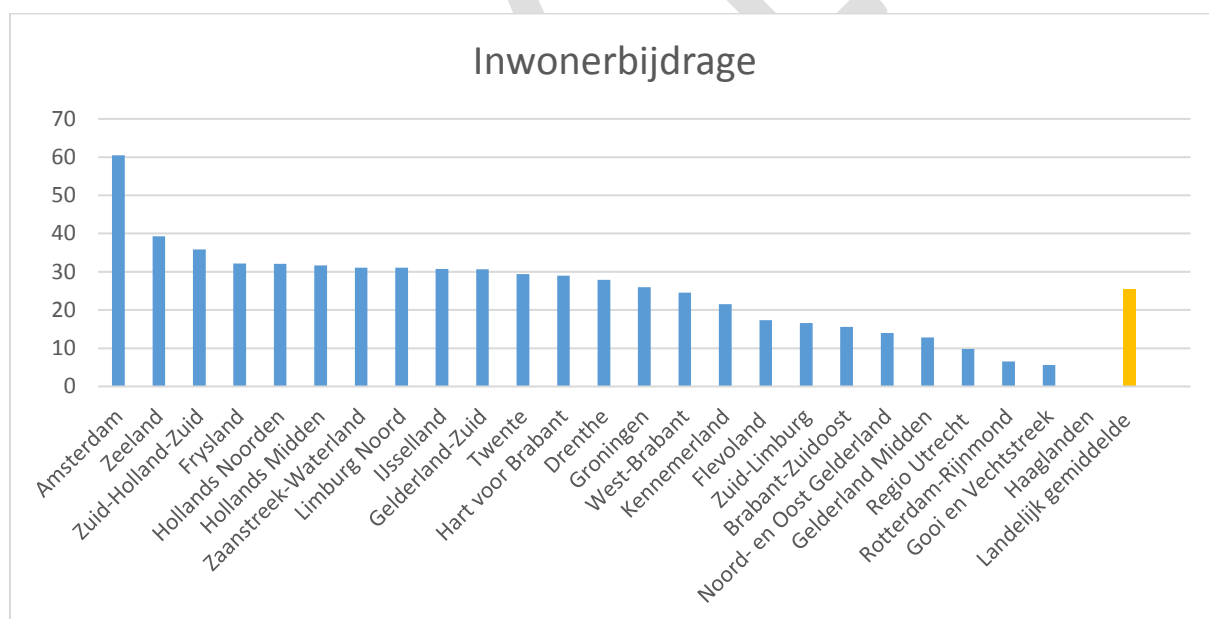
Het landelijk gemiddelde is 5,4%. In Nederland was het ziekteverzuimpercentage over de gehele beroepsbevolking 4%.



Inwonerbijdrage

In deze indicator wordt de bijdragen van de gemeente aan de GGD gedeeld door het aantal inwoners in het werkgebied. Het gaat hierbij om de bijdragen voor het basispakket, inclusief de JGZ, exclusief de bijdrage voor de GHOR.

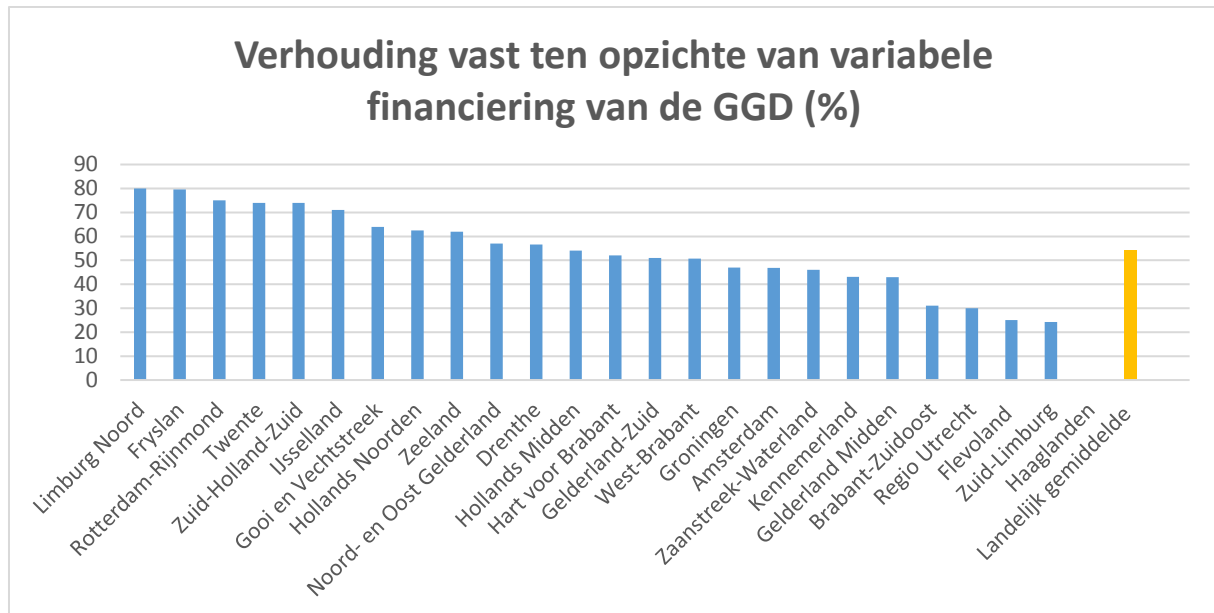
De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de GGD binnen de gemeentelijke organisatie opereert, en het daarom niet mogelijk is om een juiste berekening te maken van de inwonerbijdrage. Scheiding tussen inwonerbijdrage en de gemeentelijke bijdrage is voor de regio wel mogelijk, maar voor Den Haag niet.



Verhouding vast ten opzichte van variabele financiering van de GGD

GGD'en worden gefinancierd uit verschillende bronnen. Een deel is vast en een deel is variabel. In deze indicator wordt weergegeven hoe hoog het vaste deel van de financiering is per GGD. In het kader van het monitoren van het risico dat de GGD loopt, is het relevant te volgen of het aandeel structurele inkomsten van de GGD hetzelfde blijft, of kleiner wordt.

De waarde van GGD Haaglanden ontbreekt omdat de GGD binnen de gemeentelijke organisatie opereert, en het daarom niet mogelijk is om een juiste berekening te maken van de inwonerbijdrage. Scheiding tussen inwonerbijdrage en de gemeentelijke bijdrage is voor de regio wel mogelijk, maar voor Den Haag niet.



Gebruikt uw GGD de model governance code van GGD GHOR Nederland?

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

De DPG:

- stelt zijn bestuur in staat regionale wensen te formuleren met betrekking tot de governance
- stelt zijn bestuur en de IGJ in staat te toetsen of er wordt gewerkt volgens de governancecode

De DPG'en bespreken gezamenlijk tenminste tweejaarlijks of de modelgovernancecode nog adequaat is en voldoende uitnodigt tot reflectie. De modelgovernancecode is eind 2017 vastgesteld in de DPG-raad. Dat is kort voor het moment van meting, inmiddels zijn alle GGD'en aan de slag met de governancecode.

