

Andersson Elffers Felix



Eindrapport

Borging van de publieke gezondheid
en de positie van de GGD

Utrecht, 2 december 2013
GV261-4-37

Inhoud

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Inleiding | 4 |
| 1.1 | Achtergrond | 4 |
| 1.2 | Onderzoeksaanpak en afbakening | 5 |
| 1.3 | Leeswijzer | 6 |
| 2 | Uitgangspunten | 7 |
| 2.1 | Wat is publieke gezondheid? | 7 |
| 2.2 | Wettelijk kader | 8 |
| 2.3 | Borging van publieke gezondheid | 9 |
| 2.4 | Beleggen van overheidsverantwoordelijkheid: lokaal, regionaal, bij de GGD? | 10 |
| 3 | Analyse per thema | 13 |
| 3.1 | Infectieziektebestrijding | 13 |
| 3.2 | Rampen en crises | 15 |
| 3.3 | Advies aan gemeenten | 16 |
| 3.4 | Toezicht | 18 |
| 3.5 | Leefstijl en gezondheidsbevordering | 20 |
| 3.6 | Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) | 22 |
| 3.7 | Regie | 23 |
| 4 | De rol en positie van de GGD | 25 |
| 4.1 | Geografische en bestuurlijke inrichting | 25 |
| 4.2 | Taken, organisatie en financiering | 26 |
| 5 | De ontwikkeling van het ‘sociaal domein’ | 27 |
| 5.1 | Kern van de ontwikkelingen | 27 |
| 5.2 | Betekenis voor de GGD | 28 |
| 5.3 | Kansen voor de publieke gezondheid in het sociaal domein | 28 |
| 6 | Conclusies en aanbevelingen | 30 |
| 6.1 | Publieke gezondheidszorg als publiek belang | 30 |
| 6.2 | De stelselverantwoordelijkheid van het rijk | 31 |
| 6.3 | Borging van (thema’s in) de publieke gezondheid | 31 |
| 6.4 | De rol en positie van de GGD | 33 |
| 6.5 | Kansen van een sterkere publieke gezondheidszorg | 34 |
| 7 | Aanbevelingen | 36 |
| 7.1 | Maak een gezamenlijke ontwikkelagenda voor publieke gezondheid en de GGD | 36 |
| 7.2 | Breng de publieke gezondheid en het sociaal domein meer in lijn met elkaar | 36 |
| 7.3 | Creëer een heldere uitgangspositie voor elke GGD | 36 |
| 7.4 | Versterk de aandacht voor preventie | 37 |
| 7.5 | Ontwikkel een stimuleringsprogramma ‘Publieke Gezondheid Nieuwe Stijl’ | 37 |

Bijlagen

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Infectieziektebestrijding | 41 |
| 1.1 | Wettelijke verankering | 41 |
| 1.2 | Activiteiten en instrumenten | 42 |
| 1.3 | Landelijke doelen | 43 |
| 2 | Crises | 44 |
| 2.1 | Wettelijke verankering | 44 |
| 2.2 | Landelijke doelen | 44 |
| 3 | Advies | 45 |
| 3.1 | Wettelijke verankering | 45 |
| 3.2 | Activiteiten en instrumenten | 45 |
| 3.3 | Landelijke doelen | 46 |
| 4 | Toezicht | 47 |
| 4.1 | Wettelijke verankering | 47 |
| 4.2 | Landelijke doelen | 48 |
| 5 | Gezondheidsbevordering (leefstijl) | 49 |
| 5.1 | Wettelijke verankering | 49 |
| 5.2 | Landelijke doelen | 49 |
| 6 | SEGV | 50 |
| 6.1 | Wettelijke verankering doelgroepenbeleid | 50 |
| 6.2 | Landelijke en gemeentelijke doelen | 50 |
| 7 | Projectgegevens | 51 |
| 7.1 | Begeleidingscommissie VWS | 51 |
| 7.2 | Geïnterviewden | 51 |
| 7.3 | Aanwezigen veldraadplegingen | 51 |

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De overheid is verantwoordelijk voor de zorg voor de volksgezondheid. Met de Wet publieke gezondheid (Wpg) en voorlopers (waaronder de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid) zijn taken inzake publieke gezondheidszorg belegd bij de lokale overheid. De wet geeft aan dat er een gemeentelijke gezondheidsdienst ingesteld en in stand gehouden moet worden. In de wet worden taken op het gebied van infectieziektebestrijding expliciet belegd bij de GGD. Voor het overige deel van de taken is het grotendeels de keuze en verantwoordelijkheid van gemeenten zelf waar ze de uitvoering beleggen.

Door de constructie van de publieke gezondheidszorg in Nederland is er voor diverse taken sprake van medebewind met en financiering door de gemeenten. Het ministerie van VWS heeft – mede naar aanleiding van overleg met de VNG en GGD Nederland – verkend of de ingezette instrumenten (waaronder regelgeving in de Wpg) voldoende zijn om het niveau van de publieke gezondheidszorg ook naar de toekomst toe te garanderen. In deze verkenning is gebleken dat de positie en rol van GGD'-en een belangrijk en terugkerend onderwerp van discussie zijn.

Het ministerie van VWS heeft daarom gevraagd onderzoek te doen naar zeven deelthema's in de publieke gezondheid, te weten:

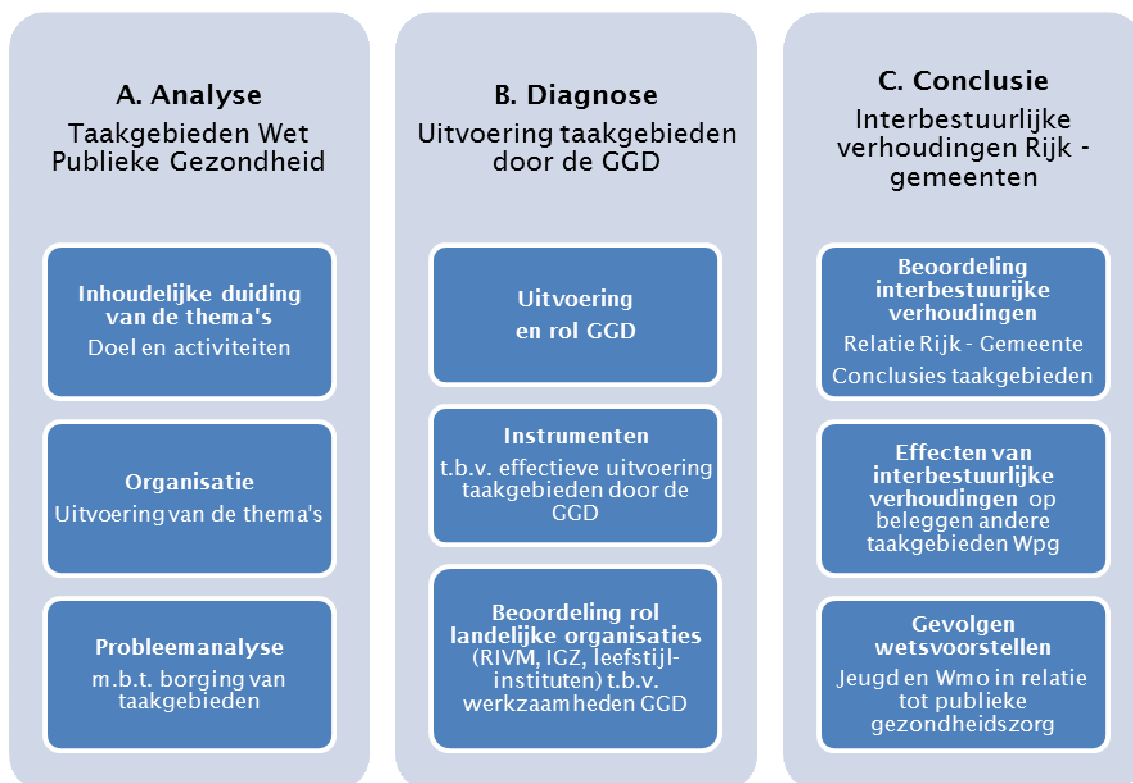
- 1 Infectieziektebestrijding
- 2 Beleidsadvies
- 3 Toezicht
- 4 Crises
- 5 Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV)
- 6 Leefstijl
- 7 Regie.

Adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) is gevraagd om het onderzoek uit te voeren. Specifiek is gevraagd om:

- een verkenning en duiding van de bovengenoemde thema's (concretisering);
- een analyse van hoe de thema's momenteel zijn georganiseerd en welke problemen en risico's er zijn met betrekking tot de borging van deze thema's;
- een uitwerking van welke instrumenten nodig zijn of aanpassing behoeven om de thema's te kunnen laten uitvoeren; en of daarmee de uitvoering van de publieke gezondheidszorg voldoende is geborgd;
- een uitwerking van de bijdrage van landelijke organisaties ter ondersteuning van de werkzaamheden van de GGD (RIVM, IGZ, leefstijlinstituten) en de veranderende rol van de IGZ;
- een uitwerking van de effecten op de interbestuurlijke verhoudingen tussen Rijk en gemeenten, zowel op het terrein van de publieke gezondheid als op andere taken van gemeenten, zoals geformuleerd in de Wpg.

1.2 Onderzoeksaanpak en afbakening

De onderzoeksaanpak is schematisch weergegeven in onderstaand schema.



Het onderzoek heeft het karakter van een **inventarisatie**. Het is grotendeels uitgevoerd op basis van bestaande (schriftelijke) bronnen en bij AEF beschikbare kennis van het werkveld. Er is geen nieuw onderzoek verricht.

De WHO identificeert tien taken die essentieel zijn voor een goed functionerende publieke gezondheidszorg¹, die in Nederland bij verschillende organisaties ondergebracht zijn². Dit onderzoek heeft zich gericht op taken die relevant zijn voor de positionering van de GGD. De focus van het onderzoek ligt daarbij op de taken die **lokaal** belegd zijn.

Het onderzoek is begeleid door een projectgroep van het ministerie van VWS. Om de voorlopige bevindingen te toetsen zijn twee veldbijeenkomsten georganiseerd. De conclusies en aanbevelingen in dit rapport komen voor rekening van AEF.

¹ WHO, Strengthening public health services and capacity: an action plan for Europe

² Lambroes et al. Nederlands tijdschrift voor geneeskunde, 2013:157

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 leggen we een aantal relevante inhoudelijke uitgangspunten voor het rapport neer. We geven aan wat (het wettelijk kader van) publieke gezondheid is, wat we onder borging verstaan, en welk afwegingskader is gehanteerd bij het beoordelen van de manier waarop taken zijn belegd.

Hoofdstuk 3 geeft per thema de gevraagde verkenning en duiding. Het thema 'regie' is een algemeen thema, dat elk van de andere thema's doorsnijdt (er kan sprake zijn van regie op infectieziektebestrijding, op crisisbeheersing et cetera). Omdat het thema niet verder is gespecificeerd is het onderwerp in dit hoofdstuk globaal behandeld.

Hoofdstuk 4 geeft een beschouwing over de rol en positie van de GGD, ten aanzien van geografie, bestuur, taken, organisatie en financiering.

In dit onderzoek vormen de veranderingen in het sociaal domein een belangrijke context om de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg en de positie van de GGD'en te kunnen beoordelen. Om die reden staan we in hoofdstuk 5 stil bij de belangrijkste ontwikkelingen daarin en de betekenis voor de rol van de GGD.

Hoofdstuk 6 bevat de conclusies van dit onderzoek; in hoofdstuk 7 geven we de aanbevelingen weer.

In de bijlagen van het onderzoek is per thema een analyse weergegeven. Ook bevatten de bijlagen gegevens over de uitvoering van het project.

2 Uitgangspunten

2.1 Wat is publieke gezondheid?

Publieke gezondheid heeft een geschiedenis van ongeveer een eeuw in Nederland. Hoewel het domein altijd een normatieve of ideologische component heeft gehad, heeft het ontstaan ervan vooral een pragmatische oorzaak. Problemen met bijvoorbeeld eenoudergezinnen, wezen en arbeidsongeschiktheid vroegen om een publieke oplossing, vanuit de overtuiging dat een gezonde bevolking belangrijk is voor sociale cohesie en een sterke economie.

Publieke gezondheidszorg kan gekarakteriseerd worden als zorg die:

- **collectief** door de overheid wordt georganiseerd
- **actief** en deels **ongevraagd**³ wordt aangeboden
- een sterk accent legt op **preventie**.

Dit is een ruime definitie die weergeeft wat fundamentele aspecten zijn van publieke gezondheidszorg. In de Wpg staat publieke gezondheidszorg omschreven als: de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.⁴ Vanuit die hoedanigheid wordt ook wel gesproken van de drie kerntaken van de publieke gezondheid: **beschermen, bewaken, bevorderen**.

De publieke gezondheid is ontwikkeld tot een breed werkveld dat verschillende **inhoudelijke vakgebieden** omvat, zoals jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen, medische milieukunde en gezondheidsbevordering.

In een recent artikel⁵ is een overzicht gegeven van het Nederlandse werkveld van de publieke gezondheidszorg, de **kerntaken** en de organisaties waar deze taken primair zijn ondergebracht. Deze taken worden uitgevoerd door verschillende **instanties**. Naast de GGD'en (het onderwerp van dit advies) zijn ook taken belegd bij gemeenten, arbodiensten en landelijke kennisinstituten. Het overzicht met kerntaken en instanties is integraal opgenomen in de bijlagen.

Er zijn verschillende motieven voor overheidsbeleid, maar over het algemeen moet er een goede reden zijn om als overheid op te treden op het terrein van gezondheid, zeker als het om ongevraagde, collectieve maatregelen betreft. De legitimatie van collectief overheids-optreden in de publieke gezondheidszorg kan worden gevonden in⁶:

- **externe effecten** – gevolgen van het handelen die neerslaan bij anderen

³ dat wil zeggen: zonder voorafgaande individuele hulp- of zorgvraag.

⁴ Art. 1 sub c Wpg

⁵ Lambroes et al, Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 2013:157.

⁶ Gebaseerd op: werkgroep interdepartementaal beleidsonderzoek (2007), Gezond gedrag bevordert.

- **informatietekort** – burgers kunnen onvoldoende informatie hebben om een goede afweging te kunnen maken;
- **normatieve overwegingen** - de overheid kan van mening zijn dat het gedrag van mensen niet in hun eigen belang is en/of kan van mening zijn dat zij een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor mensen in een achterstandssituatie.

Antwoorden op de vraag welke gezondheidsvraagstukken tot het domein van de publieke gezondheidszorg worden gerekend, veranderen met de tijd. Afhankelijk van onder andere beschikbare kennis en het maatschappelijk klimaat kunnen (bijvoorbeeld) obesitas en ziekten als gevolg van een ongezonde leefstijl meer of minder onderwerp zijn van overheidsinterventie.

Meer in het algemeen is ook de **definitie van gezondheid** aan verandering onderhevig. In tegenstelling tot een klassieke opvatting van gezondheid als 'afwezigheid van ziekte of gebrek' wordt gezondheid door de World Health Organization gedefinieerd als '*complete physical, mental and social well-being*'. Recent⁷ is een definitie ontwikkeld die gezondheid gelijk stelt aan 'het vermogen hebben zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Deze verandering van perspectief heeft ook invloed op de manier waarop invulling wordt gegeven aan de (publieke) gezondheidszorg: welbevinden ('well-being') is in beperkte mate afhankelijk van verrichtingen in het strikt medische domein: sociale, economische, ruimtelijke (omgevings)aspecten zijn minstens evenzeer van belang.

2.2 Wettelijk kader

De publieke gezondheid en de positie van de GGD is wettelijk geregeld in de Wet publieke gezondheid, die is samengesteld is uit de voormalige Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektenwet en de Quarantainewet.⁸ De Wpg legt sterk de nadruk op infectieziektebestrijding, wat ook te verklaren is uit het feit dat de Wpg is opgesteld naar aanleiding van richtlijnen van de WHO op dit thema.

Gemeenten zijn bestuurlijk verantwoordelijk voor de volgende taken op het gebied van de publieke gezondheidszorg:

- **algemene bevorderingstaken** (artikel 2 Wpg), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering, technische hygiëne zorg, psychosociale hulpverlening bij ongevallen, rampen en ingrijpende gebeurtenissen en medische milieukunde. In de 2e tranche Wpg is toegevoegd dat gemeenten zorgdragen voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders.
- **jeugdgezondheidszorg** tot 19 jaar (artikel 5 Wpg), het betreft het zorgdragen voor het monitoren en signaleren van ontwikkelingen in en bedreigingen voor de jeugdgezondheid en oplossingen hiervoor, maar ook bijvoorbeeld het geven van voorlichting, advies en

⁷ Huber, 2012.

⁸ Door de samenvoeging van de wetten is de Memorie van Toelichting van de Wcpv nog steeds geldig. Waar van toepassing is ook daarop teruggegrepen.

begeleiding. Het aanbieden van vaccinaties wordt over het algemeen gecombineerd met de jeugdgezondheidszorg, hoewel de financiering verloopt via de AWBZ.

- **ouderengezondheidszorg** vanaf 65 jaar (artikel 5a Wpg), het betreft het zorgdragen voor het monitoren, signaleren en voorkomen van gezondheidsproblemen bij ouderen.
- **infectieziektebestrijding** (artikel 6 Wpg).

Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding is sprake van **medebewind**: de taken van de gemeente zijn duidelijk omschreven en de Wpg laat weinig ruimte voor eigen beleid. Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van meer gemeentelijke beleidsvrijheid.

De keuzes die de gemeente op dit gebied maakt, worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens artikel 13 van de Wpg binnen twee jaar na de openbaarmaking van de landelijke nota gezondheidsbeleid opstelt. Hierin is aandacht voor gemeentelijke doelstellingen, resultaten en acties die in een bepaalde tijdperiode worden ondernomen. De landelijke prioriteiten uit de landelijke nota worden hierbij in acht genomen. Gemeenten kunnen gemotiveerd afwijken van deze prioriteiten, bijvoorbeeld naar aanleiding van de cijfers over gezondheid van de inwoners of lokale omstandigheden.

De Wpg verplicht gemeenten binnen een veiligheidsregio een gemeenschappelijke regeling aan te gaan voor een openbaar lichaam met de aanduiding: gemeentelijke gezondheidsdienst. Daarmee heeft de GGD vergeleken met andere gemeentelijke uitvoeringsorganisaties een zeer sterke wettelijke verankering.

2.3 Borging van publieke gezondheid

Dit onderzoek gaat over de vraag, of een aantal thema's in de publieke gezondheid voldoende geborgd zijn. Om die vraag te kunnen beantwoorden is een definitie nodig van het begrip 'borging'. In dit onderzoek verwijst het begrip naar de systeemverantwoordelijkheid⁹ van het Rijk. Een taak kan in onze ogen als geborgd worden beschouwd, als er een **gerechtvaardigd vertrouwen** kan zijn dat de taak naar behoren wordt uitgevoerd, dat wil zeggen met inachtneming van publieke belangen en/of doelstellingen (zoals gedefinieerd in wetgeving en nationaal beleid) en volgens geaccepteerde (kwaliteits)normen.

Het borgen van taken in de publieke gezondheid vraagt om extra aandacht. Immers, het gaat om taken waar burgers niet altijd actief om vragen, die soms bestaan uit min of meer verborgen voorzieningen en waarvan de effecten soms pas op langere termijn zichtbaar worden.

⁹ De termen 'systeemverantwoordelijkheid' en 'stelselverantwoordelijkheid' zijn synoniem en worden in dit rapport door elkaar gebruikt.

Borging kan op verschillende manieren plaatsvinden. De WRR onderscheidt vier mechanismen van overheidsborging¹⁰:

- regels, vastgelegd in wetten of contracten;
- concurrentieprikkels
- hiërarchische aansturing en
- institutionele waarden - wanneer de waarden en normen van instituties en/of professionals samenvallen met het publieke belang, kan het thema ook als geborgd worden beschouwd.

Bij ieder van deze vormen is het van belang om voldoende opties voor toezicht, handhaving en sancties te hebben voor het geval het borgingsmechanisme onvoldoende werkt. Een combinatie van verschillende borgingsmechanismen is volgens de WRR het meest betrouwbaar, maar niet alle vormen van borging kunnen in de publieke sector gecombineerd worden.

2.4 Beleggen van overheidsverantwoordelijkheid: lokaal, regionaal, bij de GGD?

Een belangrijke vraag in dit onderzoek is, waar binnen de overheid taken en verantwoordelijkheden binnen de publieke gezondheidszorg zijn belegd en of daarin een noodzakelijke of gewenste rol ligt voor de GGD is. Via de Wpg, en in sommige gevallen op basis van andere wetten, belegt het Rijk verantwoordelijkheden, bevoegdheden en/of taken bij:

- het Rijk zelf
- Rechtspersonen met wettelijke taak, zoals ZBO's (NVWA) en agentschappen (het RIVM)gemeenten
- specifiek de GGD.

Taken kunnen op drie manieren belegd worden bij de GGD. Ten eerste zijn er taken die het Rijk direct bij de GGD belegt, zoals toezicht op tatoeage- en piercingshops. Daarnaast zijn er taken die het Rijk via de gemeente verplicht bij de GGD belegt, zoals een aantal taken op het gebied van infectieziektebestrijding. Tot slot kunnen gemeenten, los van de keuzes van het Rijk, ook zelf kiezen om taken regionaal dan wel bij de GGD te beleggen, bijvoorbeeld omdat dat financiële of kwaliteitsvoordelen oplevert.

In de publieke gezondheidszorg – en in dit onderzoek – geldt op grond van het subsidiariteitsbeginsel '**lokaal tenzij**' als uitgangspunt: waar mogelijk belegt de wetgever taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden bij gemeenten, die over het functioneren daarvan verantwoording afleggen aan hun gemeenteraad. Gemeenten kunnen op eigen initiatief kiezen voor opschaling naar regionale samenwerkingsverbanden. Vaak spelen argumenten van doelmatigheid een rol: door gezamenlijk taken uit te voeren kan efficiënter worden gewerkt en kunnen kosten worden bespaard. Als gemeenten vrijwillig besluiten tot samenwerking, zijn zij vrij om te bepalen met wie zij samenwerken en hoe zij die samenwerking inrichten. Samenwerking vindt plaats op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen (Wgr).

¹⁰ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000), Het borgen van publiek belang.

Het Rijk is **stelselverantwoordelijk**, wat inhoudt dat het Rijk een verplichting heeft om (ex-ante) rekenschap af te leggen voor het voldoende behartigen van een publieke taak zoals die door wetgeving, verdragen en/of de politiek is vastgesteld¹¹. Vanuit haar stelselverantwoordelijkheid kan het Rijk ervoor kiezen taken verplicht op te dragen aan regionale samenwerkingsverbanden, ofwel een specifiek regionaal orgaan zoals de GGD (in welk geval de wetgever ook verplichtingen oplegt over de manier waarop die samenwerking wordt georganiseerd).

Uitgaande van het ‘decentraal tenzij’-principe moet het Rijk sterke argumenten hebben om regionalisering van taken af te dwingen of te stimuleren. Valide argumenten kunnen liggen op het terrein van:

- **de schaal waarop de problematiek het best kan worden aangepakt** - als de noodzakelijke aanpak van het probleem de gemeentegrenzen overstijgt, kan uitvoering op bovengemeentelijke schaal noodzakelijk zijn. Congruentie met andere partijen kan een aanvullend argument zijn om een specifieke schaal voor te schrijven.
- **uniformiteit en aansturing** - sommige taken vragen (bijvoorbeeld landelijk dekkende monitoring, of een gecoördineerde aanpak van crises) om een uniforme aanpak, die eenvoudiger is te realiseren in een beperkt aantal regio's dan in afzonderlijke gemeenten.
- **kwaliteit en schaal van organiseren** - als een taak op zichzelf staat en weinig verbinding heeft met andere gemeentelijke taken, ontstaat een risico voor de borging van de taak. Een aantal functies is daarnaast zo **specialistisch** dat het voor de meeste gemeenten niet realistisch is om de expertise in elke gemeente afzonderlijk te borgen.
- **prikkels en eigenaarschap** - voor goede borging van een taak is het belangrijk dat de gemeente zich ook probleem-eigenaar voelt. Als het belang van de nationale overheid om een bepaald probleem op te lossen groter is dan het belang van de gemeente, kan dit een risico opleveren voor de borging van de betreffende taak. Door taken te beleggen bij een specifiek opgeschaald orgaan dat op grotere afstand van de lokale politiek functioneert kan de Rijksoverheid taken beter borgen dan wanneer deze belegd worden bij een lokaal orgaan.

Tegenover deze argumenten om op te schalen staan belangrijke nadelen en risico's die optreden wanneer taken op regionaal niveau worden belegd.

- **complexiteit en democratische legitimering** - het aansturen van regionale organisaties (via de Wet op de gemeenschappelijke regelingen) brengt extra complexiteit met zich mee. Ook het organiseren van democratische invloed op het regionale orgaan verloopt lastiger.
- **verlies aan lokale inbedding** - naarmate taken op hoger niveau worden belegd, neemt de noodzaak van standaardisatie van werkprocessen toe. Daarmee wordt het inbedden van taken in de lokale infrastructuur bemoeilijkt.
- **verminderd eigenaarschap** - gemeenten kunnen zich minder eigenaar voelen van taken die buiten hun invloedssfeer liggen. Dat brengt ook het risico met zich mee dat deze bovengemiddeld geraakt worden door bezuinigingen in tijden van krapte.

¹¹ S.E. Zijlstra, bestuurlijk organisatierecht, p.64.

Om deze redenen is het regionaal beleggen van 'beleidsarme' taken eenvoudiger dan taken die een grote mate van beleidsvrijheid hebben of om politieke aansturing vragen. Vanuit het oogpunt van sturing is regionalisering van taken eenvoudiger als het gaat om taken waarvan het volume en de kwaliteit goed inzichtelijk zijn te maken.

3 Analyse per thema

Dit hoofdstuk bevat per thema een verkenning van:

- de belangrijkste taken en activiteiten, het wettelijk kader en eventuele doelstellingen
- taken, rollen en de positie van de GGD
- de manier waarop het thema is geborgd en waar mogelijke risico's liggen.

Een uitgebreidere analyse per taakveld is te vinden in de bijlagen.

3.1 Infectieziektebestrijding

Taken en beleidskader

Een belangrijke taak binnen de publieke gezondheidszorg is het bestrijden van infectieziekten die een risico voor de volksgezondheid vormen. Infectieziekten komen door allerhande maatregelen steeds minder voor in Nederland, maar de dreiging ervan blijft aanwezig. Met enige regelmaat krijgt Nederland te maken met nieuwe ziekten, maar het komt ook voor dat oude ziekten weer de kop opsteken.

De taken in het domein van infectieziektebestrijding zijn grofweg in twee categorieën op te delen. Ten eerste zijn er de **preventieve** activiteiten: de coördinatie en uitvoering van vaccinatieprogramma's, het doen van epidemiologisch onderzoek (al of niet in internationaal verband) en het monitoren van uitbraken van infectieziekten. De andere categorie heeft te maken met **crisisbeheersing** tijdens uitbraken.

In beide categorieën zijn verschillende organisaties actief: lokaal zijn dat vooral de GGD en Jeugdgezondheidszorg (in veel regio's, maar niet overal belegd bij de GGD) en hebben (huis)artsen een signalerende rol. Op (inter)nationaal niveau werken het RIVM, dat de informatie over infectieziekten landelijk bundelt, en onderzoeksinstituten zoals universiteiten.

Om de verspreiding van infectieziekten binnen Nederland tegen te gaan, is uniforme en landelijk dekkende preventie en crisisaanpak van groot belang. Infectieziekten houden immers niet op bij de gemeentegrenzen, en één infectueuze persoon kan vele anderen besmetten. Bij infectieziektebestrijding speelt het argument van derdenbelang daarmee een grote rol in het bepalen van beleid.

Het beschermen van burgers tegen externe bedreigingen en gezondheidsrisico's in de omgeving is het landelijke doel.¹² De taken en rollen van de verschillende betrokken instanties zijn verankerd in de Wet publieke gezondheid. Zo draagt het college van B&W zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding.¹³ Het nemen van algemene preventieve maatregelen is een taak van het college en in de memorie van toelichting wordt beschreven dat de gemeentelijke gezondheidsdienst hierin een

¹² Landelijke nota Gezondheidsbeleid

¹³ Art. 6 lid 1 sub a Wpg

belangrijke rol kan spelen.¹⁴ Bij een infectieziektecrisis kan er opgeschaald worden naar de (voorzitter van de) veiligheidsregio¹⁵ en indien wenselijk naar de minister van VWS.¹⁶

De rol van de GGD

Het monitoren van uitbraken van infectieziekten gebeurt regionaal door het verzamelen van niet-anonieme patiëntgegevens bij de GGD. Artsen zijn wettelijk verplicht om melding te doen van een constatering van een infectieziekte bij de GGD. Door de wettelijk verplichte deskundigheid op het gebied van epidemiologie vormen GGD'en een landelijk dekkend netwerk van lokale expertisecentra met een coördinerende rol in zowel preventie als crisisbestrijding op het gebied van infectieziekten.

De uitvoering van het Rijksvaccinatieprogramma vindt voornamelijk in de Jeugdgezondheidszorg plaats. Hierin hebben de meeste GGD'en ook een uitvoerende taak. Waar de GGD geen uitvoerende taak in de Jeugdgezondheidszorg heeft, kan er nog wel sprake zijn van een coördinerende of regievoerende taak.

Ook op andere vlakken heeft de GGD vaak een uitvoerende rol. Zo voeren GGD'en de screening van asielzoekers op tuberculose uit en heeft de GGD over het algemeen een aanbod van reizigersvaccinatie. Daarnaast hebben GGD'en een rol in de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Dit gebeurt zowel door opsporing en behandeling op soa-poli's verspreid door het land als door (outreaching) seksualiteits-hulpverlening en voorlichting.

Borging

Infectieziektebestrijding is ten opzichte van andere taken binnen de publieke gezondheid zeer goed verankerd in de Wpg. Ondanks - of misschien dankzij - deze goede wettelijke verankering speelt het onderwerp geen centrale rol in de landelijke beleidsagenda. Er is brede consensus dat de thema in Nederland goed is georganiseerd. De vaccinatiegraad is, zeker in vergelijking tot andere landen in Europa, hoog.

Wel wordt als risico gesignaleerd dat er onvoldoende goed geschoolde mensen op dit onderwerp zijn en dat opleidingscapaciteit om dit probleem te verhelpen onbenut blijft. Hoewel de kosten voor de opleiding betaald worden door VWS, zijn er signalen uit de praktijk dat GGD'en en andere partners waarbij deze kennis aanwezig zou moeten zijn, zoals uitvoeringsorganisaties van JGZ, hun medewerkers niet altijd voor deze opleiding vrijmaken. Hierbij dient wel aangemerkt te worden dat de opleiding pas recent op deze manier bekostigd wordt. Het is dus mogelijk dat er nog sprake is van een ingroeperiode. Signalen uit de praktijk geven aan dat het thema infectieziekten niet voldoende belicht wordt tijdens de opleiding tot verpleegkundige. Daarnaast verschilt het per GGD welke bijscholing mogelijk is.

¹⁴ Memorie van Toelichting Wpg, p.35

¹⁵ Art. 6 lid 3 Wet publieke gezondheid

¹⁶ Art 7 lid 1 Wet publieke gezondheid

Bij de uitbraak van Q-koorts werd duidelijk dat de lijnen tussen GGD en RIVM niet altijd naar behoren functioneren. Hoewel GGD'en wel zelfstandig onderzoek kunnen doen met behulp van de epidemiologische gegevens van hun eigen regio, hebben ze geen toegang tot gegevens uit andere regio's of uit andere sectoren (in het geval van Q-koorts de veterinaire sector). Bij het monitoren van infectieziekteuitbraken zijn GGD'en afhankelijk van derden (zoals artsen) die informatie moeten aanleveren. Artsen zijn wettelijk verplicht die informatie aan te leveren, maar hebben ook professionele ruimte bij het uitoefenen van hun beroep. Daardoor is het voor GGD'en lastig om het verzamelen en aanleveren van relevante informatie te coördineren.

Het Rijksvaccinatieprogramma wordt op dit moment lokaal uitgevoerd. Vanuit historische en praktische overwegingen is ervoor gekozen deze bij de JGZ te beleggen. In het huidige stelsel is onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de vaccinatiegraad in een specifieke gemeente. Of dit daadwerkelijk een probleem is, hangt af van hoe de werkelijke vaccinatiegraad in Nederland zich verhoudt tot het beoogde resultaat.

3.2 Rampen en crises

Taken en beleidskader

De overheid moet zoveel als mogelijk en redelijk is in het werk stellen om zorg te bieden als het onmogelijke gebeurt. Een crisis kan het uitbreken van een infectieziekte zijn, maar ook een ramp. Bij rampen zijn de taken van de publieke gezondheidszorg zowel het coördineren van curatieve gezondheidszorg en geneeskundige hulpverlening als het van bieden van psychosociale hulp aan slachtoffers.

Op het moment dat er een crisis is, zijn er verschillende taken te onderscheiden. Behalve de uitvoerende taken zijn ook de voorbereiding en coördinatie cruciaal. Tijdens een crisis moet immers snel opgetreden worden en moet duidelijk zijn hoe de communicatielijnen lopen. Tijdens een crisis is het ook van groot belang dat degene die de regie over de uitvoering heeft ook over voldoende inhoudelijke kennis beschikt. Beslissingen moeten immers snel genomen worden.

Het college van B&W is verantwoordelijk voor de afstemming tussen de publieke gezondheidszorg, de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR).¹⁷ Het college is ook verantwoordelijk voor het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.¹⁸ De Directeur Publieke Gezondheid heeft de leiding over de GHOR en is belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening.¹⁹

De rol van de GGD

De GGD heeft een rol in de coördinatie, het inbrengen van expertise en het bieden van psychosociale hulp. Die laatste rol is een uitvoerende rol. Afhankelijk van de situatie per regio heeft de GGD soms ook een rol in de uitvoering van geneeskundige hulpverlening bij

¹⁷ Art. 2 lid 1 Wet publieke gezondheid

¹⁸ Art. 2 lid 2 sub g Wet publieke gezondheid

¹⁹ Art 31 lid 1 en 2 Wet Veiligheidsregio's

crises. Of dit het geval is, is voornamelijk afhankelijk van de beschikbare capaciteit bij de GGD. GGD'en met een relatief groot aantal medewerkers (met name omdat de JGZ ondergebracht is bij de GGD) kunnen grote groepen hulpverleners relatief gemakkelijk vrijmaken om in te springen in het geval van een crisis.

In het geval van een GGD met minder capaciteit wordt de uitvoering door andere organisaties gedaan en heeft de GGD alleen een coördinerende rol. Deze rol garandeert wel een landelijk dekkend netwerk, zodat bij een crisis de hulpverlening in de basis overal op dezelfde manier geregeld is.

Borging

Het onderwerp crisis heeft veel aandacht gehad en er zijn recent stappen gezet in de wetgeving. In de nota gezondheidsbeleid staan het verbeteren van de risicocommunicatie en het versterken van de positie en slagkracht van de GHOR als aandachtspunten. Dit is ook de achtergrond van de keuze om GGD-regio's samen te laten vallen met veiligheidsregio's. De link tussen de GHOR en de GGD is recent versterkt door ze beide onder dezelfde Directeur Publieke Gezondheid (DPG) te laten vallen. De praktijk zal moeten uitwijzen of dit de borging van publieke gezondheidszorg bij rampen zal versterken.

Recent is de Wet Veiligheidsregio's geëvalueerd. Daarin is onder andere geconcludeerd dat de Wvr pas sinds kort van kracht is, en dat de implementatie van de wet nog in volle gang is. Doordat met de Wpg tweede tranche de Directeur Publieke Gezondheid verantwoordelijk is voor zowel de GHOR als de GGD, lijkt de positie van de 'witte kolom' in de multidisciplinaire voorbereiding op en aanpak van rampen en crises versterkt te worden.

Het verschil tussen regio's in de uitvoering is al aangestipt. In de praktijk blijkt het lastiger te zijn om een extern ingehuurde JGZ-organisatie in te zetten bij crises dan een JGZ-organisatie die onderdeel is van de GGD. In het geval van een crisis zal het vaak duurder en complexer zijn om externen in te zetten dan GGD-medewerkers. Dit is op zichzelf geen reden om voor een brede GGD te kiezen. Dan zou de GGD immers primair een crisisorganisatie zijn, wat ingaat tegen de bestaande praktijken op het gebied van crises. Wel is het bij een smalle GGD belangrijker om goede afspraken over crises te maken met partners in het veld. Dit geldt zowel voor geneeskundige als psychosociale hulpverlening. Daarnaast is bij het inschakelen van externe partijen de coördinerende rol van de GGD bij crises van nog groter belang.

3.3 Advies aan gemeenten

Taken en beleidskader

Advies is er in verschillende vormen, uiteenlopend van inhoudelijk advies over een specifieke situatie tot advies over gemeentelijk beleid in brede zin. Onder advies verstaan we in dit onderzoek zowel inhoudelijk advies als beleidsadvies aan gemeenten wat betreft de publieke gezondheidszorg. Hierbij horen ook taken als signalering, monitoring, en het beschikbaar hebben van expertise om gegevens te duiden.

Gemeenten hebben een breed palet aan taken die de gezondheid van hun inwoners beïnvloeden. Dit loopt van interventies voor risicojongeren tot de inrichting van verkeer. Aangezien voor een goede inschatting van kansen en risico's bij nieuw beleid vaak specialistische kennis nodig is, is het belangrijk dat de gemeente voldoende ondersteuning heeft op het gebied van expertise en informatievoorziening. Voor een effectieve

ondersteuning moeten algemene medische inzichten zo goed mogelijk vertaald worden naar de lokale situatie en aansluiten bij de lokale wensen.

Het bewaken van gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen is vastgelegd in de Wpg. Hierin is opgenomen dat het college van B&W de deskundige raad van de GGD inwint voordat belangrijke besluiten betreffende de publieke gezondheidszorg worden genomen.²⁰ Daarnaast zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het bevorderen van de medisch milieukundige zorg. Taken die hieruit voortkomen zijn onder andere het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren van de bevolking over risico's (inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen), het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het verrichten van onderzoek.²¹ Ook is het college van B&W verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van deskundigen bij de GGD.²² Daarnaast is advies relevant voor de beleidscyclus. De gemeente stelt, in navolging van de landelijke nota, een gemeentelijke nota gezondheidszorg op.²³ Hierin worden naast de landelijke speerpunten ook lokale aandachtspunten opgenomen.

De rol van de GGD

De GGD is wettelijk verankerd als adviseur voor gemeenten bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. De invulling van deze rol hangt af van de specifieke gemeente of GGD. Over het algemeen houden GGD'en zich wel bezig met advisering, beleidsvoorbereiding en beleidsontwikkeling. Door de regionale positie van de GGD en de expertise die de GGD in huis heeft, neemt de GGD binnen het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg in principe de positie in van schakel tussen de landelijke en specialistische kennis en de lokale uitvoering.

Borging

Hoewel de taak opgenomen is in de Wpg, wordt het bewaken van gezondheidsaspecten bij bestuurlijke beslissingen niet gezien als een belangrijk onderdeel van het basistakenpakket van de GGD volgens zowel beleidsmedewerkers bij de gemeente als GGD-directeuren²⁴. De GGD neemt in het kader van het gemeentelijk gezondheidsbeleid deel aan het ambtelijk overleg volksgezondheid en het portefeuillehouderoverleg volksgezondheid. GGD-directeuren vinden de invloed van de GGD op het gemeentelijk gezondheidsbeleid daarmee voldoende.²⁴

Er is geen gedeelde opvatting over de gewenste invulling van deze taak door de GGD. GGD'en hebben hierin verschillende rollen (c.q. krijgen verschillende rollen toebedeeld). Er

²⁰ Memorie van Toelichting Wet publieke gezondheid, p. 40. N.B. het is in de praktijk onduidelijk in hoeverre deze bepaling ziet op de alleen de publieke gezondheidszorg, of dat deze ook de (volks)gezondheid zou moeten betreffen.

²¹ Art. 2 lid 3 Besluit publieke gezondheid

²² Art. 15 lid 1 Wet publieke gezondheid

²³ Art. 13 lid 2 Wet publieke gezondheid

²⁴ Taken en inrichting GGD'en anno 2009, (2010) BMC in opdracht van het ministerie van VWS.

is niet wettelijk omschreven hoe breed de taak van beleidsadvies is: wat zijn belangrijke beslissingen voor de volksgezondheid? Daarnaast is niet duidelijk in hoeverre de GGD ook ongevraagd advies mag of moet geven aan gemeenten. In de wet staat dit niet expliciet, maar de beroepsgroep benoemt dit wel als taak. Als echter geen capaciteit beschikbaar is voor het adviseren van de gemeente, wordt de positie van de GGD op dit vlak verzwakt. Voor goed advies is immers voldoende omvang en expertise nodig. Juist deze expertise is de reden om deze taak bij de GGD te beleggen, maar in de praktijk is niet duidelijk in hoeverre deze ook geborgd is. Dit is een risico voor het bewaken van gezondheidkundige aspecten in gemeentelijke besluiten.

Een ander risico ligt in de relatie tussen GGD en gemeente. Over het algemeen zijn stads-GGD'en meer ingebed in de gemeente, wat ten goede komt aan de interactie en directe werkverhoudingen met beleidsmakers in de gemeente. De regionale GGD'en staan door de constructie van de gemeenschappelijke regeling meer op afstand van de gemeenten, wat het onderhouden van een goede relatie bemoeilijkt. Ook inhoudelijk verdient de taak van advies extra aandacht bij GGD'en die een groot aantal gemeenten omvatten. De gezondheidsrisico's en beleidskeuzes verschillen per gemeente en het is van belang om deze specifieke kenmerken te betrekken in het advies dat aan de gemeente gegeven wordt. De GGD'en positioneren zich de afgelopen jaren al nadrukkelijker als adviseur en partner van de gemeente en stellen zich transparanter op. Hierdoor is de gevoelde afstand tussen GGD'en en gemeenten verkleind, waardoor GGD'en op dit gebied effectiever kunnen opereren.

Met de decentralisaties in het sociale domein is te verwachten dat de adviestaak de komende tijd belangrijker wordt. Gemeenten krijgen immers veel meer verantwoordelijkheden op het gebied van gezondheid. Vaak gaat het hier om complexe problemen en specialistische zorg, waardoor medisch-inhoudelijke kennis steeds belangrijker in zowel beleid als uitvoeringsorganisaties van gemeenten. Het is denkbaar dat de GGD ook een rol krijgt in de coördinatie en de regie op de uitvoering. In hoeverre de GGD die rol toegewezen krijgt, is een zaak van lokale bestuurlijke afweging.

Tegelijkertijd is voor goed advies voldoende expertise en capaciteit nodig, wat gemakkelijker vrij te spelen is in een bredere organisatie. Ook kunnen uitvoerende taken zorgen voor een betere inbedding van adviezen in de praktijk. Ook een GGD zonder uitvoerende taken brengt dus risico's met zich mee voor de taak van beleidsadvies.

De opvattingen over de gewenste rol van de GGD – met of zonder uitvoerende taken – verschillen. Centrumgemeenten zien graag een uitvoeringsrol voor de GGD, terwijl regiogemeenten deze rol niet delen. GGD-directeuren zien een grotere rol voor hun GGD bij beleidsontwikkeling en een kleinere rol voor de uitvoering.

3.4 Toezicht

Taken en beleidskader

Toezicht is het controleren of de regels nageleefd worden. Toezicht op gezondheidkundige aspecten is in Nederland ondergebracht bij een aantal organisaties. Zo wordt medisch toezicht uitgevoerd door de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ), toezicht op voedselveiligheid door de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit (NVWA) en toezicht op gezondheidsrisico's door het milieu door regionale omgevingsdiensten. Daarnaast heeft ook de GGD een toezichthoudende rol.

De belangrijkste vraag rond toezicht in het verband van dit onderzoek is, hoe de veiligheid is geborgd bij geneeskundige aspecten die niet afgedekt worden door een andere vorm van (landelijk) toezicht. Zeker waar het organisaties op min of meer gemeentelijke schaal - zoals scholen - betreft, is te verwachten dat dit in principe onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt. De gemeente is immers ook verantwoordelijk voor de uitvoering van de technische hygiënezorg; daaronder valt in ieder geval het bijhouden van een lijst met instellingen waar een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over het beperken van risico's, het signaleren van ongewenste situaties en het beantwoorden van vragen uit de bevolking²⁵. De burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio is bevoegd tot het controleren van gebouwen, vervoersmiddelen, goederen en waren op de aanwezigheid van een besmetting en het nemen van monsters.²⁶

Toezicht kan op verschillende manieren worden ingevuld. Het toezicht kan meer signalerend en beïnvloedend van aard zijn, of juist meer controlerend, waarbij vooral gecheckt wordt of aan de regels wordt voldaan. Ook de mate waarin het toezicht wordt opgevolgd door advies dan wel handhaving kan verschillen. Hoe het toezicht wordt ingevuld is onder andere afhankelijk van het doel van het toezicht en de manier waarop het toezicht daaraan wordt verondersteld bij te dragen.

De rol van de GGD

Toezicht op kinderopvang en tatoeage- en piercingshops is wettelijk belegd bij de GGD op grond van respectievelijk de Wet op de Kinderopvang en het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen. Voor tatoeage- en piercingsshops is de GGD de vergunningverlener heeft daardoor een duidelijk mandaat. In de Wet Kinderopvang heeft de GGD in principe een stimulerende en adviserende rol. In de praktijk gaat de invulling van deze rol steeds meer in de richting van controle met maar beperkt advies. De gemeente beslist over de vergunning. Daarnaast beleggen gemeenten de toezichthoudende functie op seksinrichtingen en grote evenementen bij de GGD.

Toezichtstaken van de GGD of gemeente zijn niet vast omschreven. Ook zijn er geen eisen aan de capaciteit van de benodigde deskundigheden. Er zijn GGD'en die zorginstellingen, die in principe zelf verantwoordelijk zijn voor hun hygiëne, tegen betaling adviseren over het beperken van risico's. Er is discussie over de vraag of dit soort markt taken bij het publieke karakter van de GGD horen. Daarnaast kan er discussie ontstaan over oneigenlijke concurrentie met marktpartijen die deze diensten ook aan zouden kunnen bieden.

Borging

Gezien de wettelijk verankerde deskundigheden in de GGD is het voor een gemeente logisch (een deel van) de gemeentelijke toezichtstaken daar te beleggen. De capaciteit van deze deskundigheden en ook de eisen aan het toezicht is niet vastgelegd. In de praktijk is het dus mogelijk dat een GGD niet voldoende capaciteit heeft om voldoende toezicht te houden.

²⁵ Art. 2 lid 4 Besluit publieke gezondheid

²⁶ Art. 47 lid 1 Wet publieke gezondheid

Nieuwe gezondheidsrisico's kunnen altijd ontstaan, en waar geen andere vorm van toezicht voorhanden is, is het een taak van de publieke gezondheid om deze te signaleren. Een groot gedeelte van deze risico's valt onder het gemeentelijke domein. De gemeente is verantwoordelijk voor de technische hygiënezorg en belegt dit bij de GGD, maar in de invulling van deze taak lijken grote verschillen in rolopvatting te bestaan. Waar de ene GGD zelfstandig onderzoek doet naar eventuele nieuwe gezondheidsrisico's, blijft het toezicht bij andere GGD'en grotendeels beperkt tot kinderopvang en tatoeage- en piercingshops.

Bij toezicht speelt het probleem mee dat de gemeente, die de GGD financiert, zelf ook onderwerp van toezicht is, zoals bij hygiëne of luchtkwaliteit in de openbare ruimte of op scholen. In dat geval houdt de GGD namelijk toezicht op de gemeente, terwijl de gemeente ook voor dit toezicht betaalt. Dit kan de GGD in een lastige positie brengen.

Bij toezicht op kinderopvang zijn signalen dat de gemeente niet altijd het oordeel van de GGD volgt. De afgelopen jaren zijn er verschillende incidenten met kinderopvang geweest. Daarmee is het niet duidelijk of de toezichtstaken op deze sector, en ook de bijbehorende handhaving, voldoende geborgd zijn.

3.5 Leefstijl en gezondheidsbevordering

Taken en beleidskader

In een tijd waarin infectieziekten grotendeels onder controle zijn, vormen ziekten die worden veroorzaakt door een ongezonde leefstijl een van de grotere bedreigingen voor de volksgezondheid. De publieke gezondheidszorg kan deze bedreiging tegengaan door de leefstijl van burgers te beïnvloeden en een gezonde leefstijl te bevorderen. In de landelijke nota gezondheidsbeleid is een visie op leefstijlbeleid geformuleerd. Uitgangspunt van het beleid is burgers te verleiden tot het maken van gezondere keuzes door deze gemakkelijker te maken, in plaats van mensen te vertellen wat ze niet mogen. Daarnaast wordt in dit domein sterk ingezet op publiek-private samenwerking.

Gezondheidsbevordering is als gemeentelijke taak opgenomen in de Wpg, maar de invulling ervan wordt overgelaten aan de beleidsvrijheid van de gemeenten. Het college van B&W draagt zorg voor het bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, waaronder ook programma's voor de gezondheidsbevordering.²⁷ Het belangrijkste sturingsmechanisme voor het Rijk is de beleidscyclus, waarbij gemeenten binnen twee jaar na een landelijke nota een gemeentelijke nota moet opstellen waarbij ook aandacht besteed wordt aan de landelijke doelen. Gemeenten kunnen zelf kiezen welke bedreigingen van de volksgezondheid voor hun het meest relevant zijn en zo beargumenteerd afwijken van landelijke speerpunten. Daarnaast heeft het Rijk een stimulerende rol richting gemeenten via onder andere de decentralisatie-uitkering (Gezond in de stad) en via informatievoorziening aan burgers en professionals (via sites als regelhulp.nl en opvoeden.nl).

Zowel op landelijk als lokaal niveau spelen diverse partijen een rol in het leefstijlbeleid. In het stelsel is een belangrijke taak weggelegd voor de landelijke thema-instituten op het terrein van roken, drugsgebruik, bewegen en voeding. Zij beschikken over specifieke

²⁷ Art. 2 lid 2 sub d Wet publieke gezondheid

kennis over leefstijl en gezondheidsbevordering en zijn op de hoogte van de laatste ontwikkelingen in het onderzoek hiernaar. Daarnaast wordt door de ministeries van VWS en OCW ingezet op onder andere het thema Gezonde school.

De rol van de GGD

De GGD heeft geen expliciete taken op het gebied van leefstijlbeleid. Wel is leefstijl onderdeel van de jeugdgezondheidszorg, die vaak bij de GGD is belegd.

De GGD kan de gemeente van advies dienen over gezondheidsbevordering. Daarbij kan de GGD gebruik maken van de landelijke kennis die op het thema beschikbaar is. Daarnaast hebben sommige GGD'en ook een uitvoerende taak in de programma's voor de gezondheidsbevordering. Behalve de GGD hebben ook veel andere organisaties een uitvoerende rol. Het Centrum Gezond Leven kan een verbindende rol hebben in het overbrengen van landelijke expertise naar de lokale praktijk.

Borging

Belangrijke gezondheidsrisico's zoals (ernstig) overgewicht, diabetes, roken, drinken, depressie en onvoldoende beweging kunnen samen met de effecten van een vergrijzende bevolking grote effecten hebben op de (uitgaven aan) volksgezondheid. Er is brede consensus dat deze gezondheidsrisico's in toenemende mate een probleem vormen en daarom verminderd moeten worden. Het onderkende belang van preventie heeft geleid tot het Nationaal Programma Preventie met als speerpunten diabetes, depressie, roken, alcohol, overgewicht en bewegen. Het doel is de volksgezondheid op deze punten te verbeteren door preventie in de eigen leefomgeving.

Ten aanzien van het bevorderen van leefstijl in het gemeentelijke domein zet het Rijk in op versterking van de kennisinfrastructuur en het aanbieden van landelijk erkende interventies. Die route levert als risico op dat er 'transferprobleem' ontstaat tussen de landelijke kennis en de manier waarop deze lokaal wordt toegepast. Daarin spelen tal van lokale contextfactoren een rol. Bovendien hoeft een interventie die voor één doelgroep effectief is, dat voor een andere doelgroep niet te zijn. Er zijn verschillen in de mate waarin het lukt om de brug te slaan tussen landelijke kennis en lokale uitvoering; een recente evaluatie van het Centrum Gezond Leven toont aan dat 'lokale implementatie [...] de grote uitdaging vormt voor de komende jaren.

Om de gezondheid van burgers te bevorderen zijn maatregelen die dichtbij de leefwereld van burgers staan het meest effectief. Er is weinig inzichtelijk welke middelen er op lokaal niveau (binnen gemeenten en GGD'en, dan wel bij andere partijen) beschikbaar zijn om aan gezondheidsbevordering te werken, en in hoeverre dat voldoende is. Het is niet duidelijk hoeveel gemeenten investeren in preventie, maar een rapport uit 2002 suggereert dat de bedragen die aan de GGD worden uitgegeven voor gezondheidsbevordering te laag zijn om de taken naar behoren uit te voeren.²⁸ Met de recente bezuinigingen waar gemeenten mee te kampen hebben, wordt dit risico groter. Daar staat tegenover dat een recente scan van

²⁸ Quick scan kosten basistaken Wcpv (2002), Van Naem & Partners, recentere informatie is niet beschikbaar.

gemeentelijke gezondheidsnota's (in 2013 uitgevoerd door GGD Nederland) aangeeft dat een groot deel van de gemeenten thema's rondom gezondheidsbevordering en leefstijl in de nota heeft opgenomen.

Daar waar de overheid bij het thema gezondheidsbevordering inzet op publiek-private samenwerking, liggen kansen voor de GGD om een (bovengemeentelijke) schakel te vormen tussen kennisinstututen en uitvoerders enerzijds en gemeenten anderzijds. In hoeverre de GGD die rol mag, kan en wil innemen is een zaak van lokaal/regionaal-bestuurlijke afweging.

3.6 Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV)

Taken en beleidskader

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge een lage positie in de sociale stratificatie²⁹. Dit is niet alleen een probleem vanuit gezondheidsperspectief, maar SEGV kunnen ook de bestaande verschillen in sociaaleconomische status versterken. Mensen met een slechte gezondheid kunnen immers minder goed deelnemen aan het arbeidsproces en krijgen daardoor een lagere sociaaleconomische positie.

SEGV worden deels veroorzaakt door bijvoorbeeld verschillen in werk- en leefomstandigheden en leefstijl³⁰, maar het verband tussen sociaaleconomische status en gezondheid is niet geheel te verklaren. Net als bij leefstijl moeten oplossingen voor SEGV niet alleen gezocht worden binnen het domein van de (publieke) gezondheid, maar ook in bijvoorbeeld ruimtelijke ordening of Arbowetgeving. Het tegengaan van SEGV is het meest effectief wanneer een aanpak vanuit verschillende (beleids)terreinen gerealiseerd wordt.

Ook op internationaal niveau worden sociaaleconomische gezondheidsverschillen als probleem gezien. Het is al jaren een aandachtspunt van de Wereldgezondheidsorganisatie³¹ en identificeert per land de prioriteiten (bijvoorbeeld meeroken en slechte huisvestingscondities) voor landelijke acties. In het verdrag van Parma (2010) hebben de Europese ministers van volksgezondheid zich gecommitteerd aan de doelstelling om sociaaleconomische gezondheidsverschillen terug te dringen. In Nederland zijn pogingen om SEGV te verminderen niet succesvol.³²

In de Wpg worden, naast de algemene doelgroepen jeugd en ouderen³³, geen risicogroepen benoemd en het tegengaan van SEGV is dan ook niet opgenomen in de Wpg. In de landelijke nota gezondheidsbeleid hebben SEGV geen prominente rol. Wel is er grote politieke aandacht voor SEGV, waaronder de recente motie over het onderwerp, en wordt

²⁹ Ultee et al. 2003.

³⁰ Programmacommissie SEGV (2001). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen.

³¹ Health for all-in the 21st century (1999), WHO.

³² Centraal Planbureau (2013) Gezondheid loont: tussen keuze en solidariteit

³³ Art. 5 en 5a Wet publieke gezondheid

het thema benoemd in het Nationaal Preventieprogramma³⁴. Daarnaast richten veel lokale overheden zich in hun preventieve beleid wel juist op mensen met een lage sociaaleconomische status.

De rol van de GGD

De mate waarin de GGD actief is op het gebied van SEGV, is afhankelijk van de gemeente. De GGD heeft hierin geen wettelijke taken en van de vele initiatieven op het gebied van SEGV wordt slechts een klein deel uitgevoerd door GGD'en.

De GGD kan wel een belangrijke rol in de monitoring en beleidsontwikkeling hebben via de gezondheidsmonitors. Door dit middel goed in te zetten, kunnen in principe de SEGV binnen een gemeente inzichtelijk gemaakt worden, waardoor ook de effectiviteit van beleid gemeten kan worden.

Borging

Gemeenten zetten lokaal in op SEGV, zowel uit idealistische overwegingen, maar ook uit praktisch oogpunt. De beste manier om de gezondheid in een gemeente te verbeteren, is immers door te beginnen bij de groep met de meeste gezondheidsproblemen. Daarom richten gemeenten veel van hun preventieve beleid op mensen met een lage sociaaleconomische status.

Verscheidene (landelijke) thema-instituten doen onderzoek naar en publiceren over SEGV. Voor de gemeente is het echter lastig om aan relevante informatie over met name de effectiviteit van een aanpak te komen. Daarnaast is er op het moment geen sturingsmechanisme. Het resultaat van gemeentelijk beleid wordt nu niet gemeten, waardoor er weinig prikkels zijn om effectief beleid neer te zetten.

3.7 Regie

Aan het begin van dit rapport is aangegeven dat het thema 'regie' erg algemeen is, en bovendien elk van de andere thema's doorsnijdt (er kan sprake zijn van regie op infectieziektebestrijding, op crisisbeheersing, et cetera). Om die reden wordt het onderwerp in dit hoofdstuk globaal behandeld.

Regie heeft in de context van de publieke sector betrekking op sturing. Naast regie wordt in de literatuur en in de wetgeving soms ook de term 'coördinatie' gebruikt. Regie wordt gedefinieerd als een bijzondere vorm van sturen die is gericht op de afstemming van actoren, hun doelen en handelingen tot een min of meer samenhangend geheel, met het oog op een bepaald resultaat³⁵.

In de context van de publieke gezondheid kan regie op verschillende aspecten betrekking hebben, maar ligt het voor de hand om de regierol het meest te koppelen aan de noodzakelijke samenwerking en samenhang tussen in elk geval:

- publieke en private gezondheidszorg
- preventieve en curatieve zorg (c.q. de samenhang tussen 0^e, 1^e en 2^e-lijnszorg), en

³⁴ Motie van het lid Wolbert, kst-32793-88.

³⁵ Partners en Pröpper, mei 2004.

- verschillende financieringsstromen (zorgverzekering, AWBZ/langdurige zorg, Wmo).

Met de decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten (zie hoofdstuk 5) wordt de noodzaak van regie tussen deze verschillende domeinen fors versterkt. Samenhang is nodig om de gewenste maatschappelijke effecten te bereiken en ongewenste effecten (met name afwentelingseffecten) te voorkomen. In het versterken van de regie op de (boven)lokale gezondheid liggen belangrijke kansen (en risico's wanneer deze niet van de grond komt).

De GGD kan als publieke organisatie met medische deskundigheid als onafhankelijke partij een verbinder kunnen zijn tussen verschillende zorgaanbieders en -domeinen. Daarbij kan complicerend zijn dat de GGD een dubbelrol heeft als expert en uitvoerder. Als de GGD door deze zorgaanbieders gezien wordt als concurrent, bijvoorbeeld omdat de GGD ook uitvoeringstaken heeft die andere zorgaanbieders ook zouden willen uitvoeren, zullen andere zorgaanbieders minder geneigd zijn open kaart te spelen. Iets dergelijks geldt voor de relatie met gemeenten: regie door de GGD is alleen een haalbare weg als de GGD door gemeenten gezien wordt als 'eigen' organisatie.

4 De rol en positie van de GGD

4.1 Geografische en bestuurlijke inrichting

In 28 regio's in Nederland is bij gemeenschappelijke regeling een GGD ingericht. In de meerderheid van de gevallen hebben gemeenten een enkelvoudige regeling: de GGD wordt in die regio's in stand gehouden in een gemeenschappelijke regeling die speciaal voor dit doel is opgesteld. In een aantal regio's vormt de GGD onderdeel van een meervoudige gemeenschappelijke regeling, waarin ook andere vormen van samenwerking tussen gemeenten wordt geregeld.³⁶

In de afgelopen jaren zijn de GGD's opgeschaald tot het huidige niveau. De GGD-regio's zijn inmiddels aan de buitengrenzen congruent met de veiligheidsregio's en de vroegere politieregio's. Niet congruent aan de veiligheidsregio's zijn de stads-GGD'en Utrecht en Den Haag en de GGD Hart voor Brabant en West Brabant.³⁷ De recent gevormde jeugdregio's kennen een kleinere schaal (41 regio's) en zijn op een aantal plaatsen niet congruent met grenzen van veiligheidsregio's en/of van provincies.

De tweede tranche van de Wpg stelt dat de GGD en GHOR moeten worden aangestuurd door één Directeur Publieke Gezondheid. Dat is nog niet in alle regio's het geval.

Het vergroten van de schaal van veel GGD'en heeft in het algemeen (met uitzondering van de GGD'en die onderdeel zijn van de gemeentelijke organisatie) geleid tot een grotere afstand tussen de GGD en haar gemeenten. Dat heeft in theorie als voordeel dat de GGD in relatieve rust en autonomie en op basis van expertise haar werk onafhankelijk en zo efficiënt mogelijk kan inrichten. Deze basisgedachte heeft er in een aantal gevallen toe geleid dat GGD'en zich meer als 'maatschappelijke onderneming' hebben opgesteld. Inmiddels is die beweging gekeerd, en positioneren GGD'en zich meer als een orgaan van (samenwerkende) gemeenten.

Het werken als gemeenschappelijk regionaal orgaan heeft echter ook nadelen. Voor een belangrijk deel komen die voort uit het gegeven dat de GGD werkt op basis van een gemeenschappelijke regeling, een constructie die in veel gemeenten in kwade reuk staat. Gemeenten voelen weinig 'eigenaarschap' voor het werk van de GGD. Omgekeerd voelt de GGD zich niet altijd gehoord door gemeenten, wat de GGD hindert in haar adviserende rol. De afstand tot de politiek leidt ertoe dat het werk van de GGD democratisch minder goed is geborgd.

³⁶ BMC (2010) Taken en inrichting GGD'en anno 2009

³⁷ <http://www.zorgatlas.nl/thema-s/gebiedsindelingen-en-topografie/incongruentie-gebiedsindelingen/territoriale-incongruentie/>

4.2 Taken, organisatie en financiering

Er zijn grote verschillen tussen het takenpakket van GGD'en. De GGD'en van de vier grote steden hebben het grootste takenpakket, in enkele landelijke regio's is de omvang van het takenpakket (veel) kleiner.

In het algemeen valt op dat er landelijk slechts beperkt inzicht is in de taken die GGD'en uitvoeren. In de bijlage is een algemeen overzicht opgenomen van taken die bij GGD'en zijn belegd.

Vrijwel alle GGD'en maken afspraken over een basis- en een plustakenpakket. Over het basispakket, het pakket dat gemeenten in het kader van een gemeenschappelijke regeling gezamenlijk afnemen van hun GGD, worden zowel meerjarenafspraken als jaarlijkse afspraken gemaakt. Over het pluspakket worden in hoofdzaak jaarlijkse afspraken gemaakt.

Bij de GGD's werken ongeveer 10.000 medewerkers³⁸. Gezien het grote aantal parttime-contracten is het aantal fte lager (7.500 fte)³⁹. Een groot deel van de GGD-medewerkers (ongeveer de helft) is werkzaam in de Jeugdgezondheidszorg, naar schatting gaat het om de helft van het totaal aantal medewerkers.⁴⁰ Daarnaast bestaat het primaire personeel voor circa 20% uit niet-JGZ verpleegkundigen, medewerkers gezondheidsbevordering, beleidsmedewerkers en epidemiologen.

Het **budget** van de GGD'en is voor ongeveer twee derde afkomstig van gemeenten. Daarnaast ontvangen GGD'en geld van het Rijk (11%) en derden (overige opdrachtgevers, projectsubsidies en markttaken zoals reizigersvaccinaties, in totaal 25%).

In de afgelopen jaren hebben enkele GGD'en te maken gehad met financiële problemen, wat (in elk geval in die regio's) heeft geleid tot negatieve beeldvorming. Net als gemeenten hebben GGD'en te maken met taakstellingen en bezuinigingen, waardoor deels ook het takenpakket van de GGD wordt verkleind.

³⁸ CBS Statline, peildatum 2011

³⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2011). GGD; personeel en verlies- en winstrekening

⁴⁰ Kiwa Prismant (2011). Arbeidsmarkt GGD

5 De ontwikkeling van het ‘sociaal domein’

In dit onderzoek vormen de veranderingen in het sociaal domein een belangrijke context om de ontwikkeling van de publieke gezondheidszorg en de positie van de GGD'en te kunnen beoordelen. Om die reden staan we hier daarom kort stil bij de belangrijkste ontwikkelingen en de mogelijke betekenis daarvan voor de GGD.

5.1 Kern van de ontwikkelingen

Kort samengevat gaat het om de volgende ontwikkelingen:

- Gemeenten worden in 2015 verantwoordelijk voor jeugdzorg, werk en inkomen en delen van de zorg aan langdurig zieken en ouderen. Het gaat om taken die tot op heden werden uitgevoerd via de AWBZ, de zorgverzekeringswet en de provincies.
- Gemeenten krijgen daarvoor extra budget, ter grootte van mogelijk een verdubbeling van de huidige uitkeringen uit het gemeentefonds. Tegelijkertijd rust op de budgetten een (soms forse) taakstelling, oplopend tot maximaal 25% van het totaal.
- De overgang van taken (transitie) gaat gepaard met de ambitie om een omslag te realiseren in het stelsel van voorzieningen voor wat het ‘sociaal domein’ wordt genoemd (de transformatie). In grote termen gaat het om de overgang van verzorgingsstaat naar participatiesamenleving. Van burgers wordt steeds meer verwacht dat ze participeren, in onderwijs, werk of op een andere manier actief betrokken zijn in de samenleving. Wanneer dat niet lukt, wordt er samen met hen gezocht naar vormen van ondersteuning, activering of bescherming die hen helpen om weer mee te doen, in welke vorm dan ook, waar mogelijk met het gebruik van het eigen netwerk.
- Voor gemeenten betekent dit dat zij een bepalende rol krijgen in het vormgeven aan de maatschappelijke ondersteuning, een rol die zij zullen moeten afstemmen met activiteiten van verzekeraars en sociale partners.

Alle gemeenten in Nederland bereiden zich voor op de aanstaande decentralisaties, en werken aan nieuwe structuren voor het gemeentelijk sociaal domein. Op dit ogenblik gaat veel aandacht uit naar het ontwikkelen van een lokale (basis)infrastructuur, met sociale wijkteams als belangrijkste *focal point*.

In een (nog te verschijnen) publicatie van AEF worden als belangrijkste opgaven voor het sociaal domein in gemeenten benoemd:

- Het benutten en vergroten van **spankracht** in de samenleving, zodat de overheid zich in haar rol kan terugtrekken
- Het realiseren van een **dynamisch en dekkend aanbod** van zorg en ondersteuning, met een heldere ordening van basisvoorzieningen, generalisten, overgang tussen 0^e, 1^e en 2^e lijn, en flexibele routes door het zorgaanbod
- **Zakelijke sturing** door gemeenten, met als bakens: het realiseren van professionele inkoop, een gezonde bedrijfsvoering en het invullen van de beoogde taakstellingen.
- Een **‘netwerkstrategie’** van gemeente(n), die hun rol invullen in een coalitie met aanbieders, intern zo ontkokerd mogelijk werken en regionale samenwerking organiseren.
- Het invullen van de vereiste **professionele capaciteit** op alle niveaus.

5.2 Betekenis voor de GGD

GGD'en draaien mee in deze ontwikkeling, met name waar het gaat om betrokkenheid van de JGZ in de centra voor jeugd en gezin. Alle GGD'en spelen een rol in het CJG. Zij vervullen daarin een rol als uitvoeringspartner, vervullen de loketfunctie of doen de operationele regie.⁴¹

De publieke gezondheid (en daarmee de GGD) wordt in veel gemeenten op dit moment echter niet gepositioneerd in het licht van de decentralisaties in het sociale domein. In enkele regio's is zelfs sprake van het uit de GGD halen van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg ten gunste van een nieuwe - uitsluitend op jeugd gerichte - uitvoeringsorganisatie, dan wel een private partij.

Dat de GGD een beperkte rol speelt is verrassend te noemen: belangrijke delen van het takenpakket van de publieke gezondheid sluiten in de kern aan bij de opgaven van de decentralisaties: preventief, dichtbij, versterken van eigen kracht en mentale weerbaarheid. De publieke gezondheid is vanouds sterk gericht op het verminderen van risico's en het bieden van zorg aan kwetsbare groepen in de samenleving. Bovendien beschikt de GGD over veel kennis en (epidemiologische) informatie die van belang zijn voor de sturing in het sociaal domein.

Er zijn verschillende verklaringen voor de beperkte betrokkenheid van de publieke gezondheid in de decentralisaties:

- de gevoelsmatige afstand tussen gemeenten en GGD'en is soms groot (zie hiervoor); omgekeerd hebben beleidsmedewerkers binnen gemeenten op dit moment vooral aandacht voor de transitie, en weinig oog voor de publieke gezondheid als een bestaande taak.
- De GGD wordt door gemeenten soms gezien als een uitvoeringsinstantie, gelijkwaardig aan andere (private) instellingen; soms is er argwaan over de motieven van de GGD om aan tafel te willen komen.
- De publieke gezondheid wordt deels gezien als een apart (medisch) domein, terwijl het actuele beleidsdenken sterk uitgaat van de-medicalisering.
- GGD'en beschikken niet altijd over voldoende (bestuurlijke en beleidsmatige) competenties om actief deel te nemen aan de beleidsontwikkeling in gemeenten.

5.3 Kansen voor de publieke gezondheid in het sociaal domein

In de ontwikkeling van het sociaal domein in gemeenten kan een sterkere publieke gezondheid een belangrijke toegevoegde waarde hebben. Op voorhand zien we op twee terreinen mogelijke kansen voor een sterkere publieke gezondheid, c.q. GGD in het sociaal domein.

In de eerste plaats hebben gemeenten via de **kennis- en onderzoeksfunctie** van de GGD (in dit rapport gevat onder de noemer 'advies') een belangrijk instrument in handen om sturing en regie te voeren op het sociaal domein. GGD'en beschikken op grond van hun rol over (epidemiologische) gegevens die een belangrijke basis bieden om op grond van feitelijk inzicht te kunnen sturen ten aanzien van het zorgveld.

⁴¹ BMC (2010) Taken en inrichting GGD'en anno 2009

Ten tweede biedt een sterke positie van de publieke gezondheidszorg de gemeenten een basis om betere **verbindingen** te leggen met het zorgveld (en de zorgverzekeraars als belangrijke regisseur ervan). Wanneer gemeenten – via de publieke gezondheid – een krachtige rol kunnen spelen in de zorg en in zorgnetwerken, krijgt de gemeente een zichtbaarder positie en ontstaan extra mogelijkheden om een actievere rol te spelen ten aanzien van het private zorgveld. Zo kan de gemeente via een sterkere (regie op) jeugdgezondheidszorg effectief beleid proberen te voeren ten aanzien van de Jeugd-GGZ (bijvoorbeeld via intensiever contact met de huisartsen). Ook via regisserende taken (bijvoorbeeld in de OGGZ-netwerken kan de gemeente actieve verbindingen leggen met kwetsbare groepen in de samenleving. En ten slotte kunnen via het uitvoeren van taken in de publieke gezondheid ook verbindingen tussen zorg enerzijds en onderwijs en arbeidsmarkt worden gelegd.

Of de publieke gezondheid en de GGD die rol zullen kunnen invullen is afhankelijk van verschillende factoren, waarvan de belangrijkste zijn:

- bestuurlijke keuzes van gemeenten over de inrichting van het sociaal domein en de mogelijke positie van de GGD daarin
- de mate waarin gemeenten hun samenwerkingsverbanden vormgeven en in staat zijn effectieve oplossingen te vinden voor de nadelen van de huidige praktijk van gemeenschappelijke regelingen
- het 'reframen' en herdefiniëren van bestaande taken in de publieke gezondheid, zodanig dat deze maximaal bijdragen aan de nieuwe doelstellingen en werkwijzen van gemeenten in het sociaal domein.

6 Conclusies en aanbevelingen

AEF heeft in opdracht van het ministerie van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD. Het onderzoek is uitgevoerd op basis van bestaande bronnen en kennis; er is geen eigen onderzoek verricht. In dit hoofdstuk beschrijven we de conclusies en aanbevelingen op grond van het onderzoek.

6.1 Publieke gezondheidszorg als publiek belang

Via de publieke gezondheidszorg draagt de overheid zorg voor collectieve, actieve, preventieve maatregelen met als doel, de gezondheid van haar burgers te **beschermen en bevorderen**.

Gezien het welvaartsniveau in Nederland verwachten burgers een **hoog niveau van bescherming** tegen dreigingen en risico's. Burgers gaan er vanuit dat de overheid signaleert, toezicht houdt, informeert en voorzieningen treft om risico's te voorkomen en de effecten ervan te beperken, en daarbij in het bijzonder oog heeft voor kwetsbare groepen.

Daarnaast wil de overheid de gezondheid van burgers bevorderen. In toenemende mate heeft de overheid daarbij **sociaaleconomische overwegingen**. In het huidige stelsel waar de kosten van ziekte en afnemende gezondheid collectief worden gedragen is het belang van gezondheidsbevordering en preventie groot. De samenleving als geheel heeft belang bij het wegnemen van schadelijke omgevingskenmerken en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Een bijzonder aspect hierbij is het terugbrengen van de gezondheidsachterstanden van mensen met een lage sociale positie.

Hoewel het belang van de publieke gezondheidszorg pal overeind staat, vinden er wel **fundamentele wijzigingen** plaats in de manier waarop de zorg en het stelsel wordt vormgegeven. Het contract tussen overheid en burgers verandert: van burgers wordt verwacht dat ze meer participeren, en voor eventuele ondersteuningsvragen (waar mogelijk) gebruik maken van mogelijkheden in hun eigen omgeving. Waar nodig wordt zorg en ondersteuning dichtbij georganiseerd: in de wijk of de buurt, met een belangrijke regisserende rol voor gemeenten.

Die veranderingen vragen om **een andere publieke gezondheidszorg** in het lokale domein. Los van hoe deze georganiseerd wordt, is het belangrijk dat de zorg voor gezondheid in toenemende mate bijdraagt aan:

- **preventie, participatie en zelfredzaamheid** (inclusief waar mogelijk de 'de-medicalisering' van ondersteuningsvragen)
- **integraliteit en verbinding**, zowel tussen zorgstelsels (Zvw, Langdurige Zorg, Wmo), met andere maatschappelijke domeinen als binnen de gemeentelijke overheid
- **regie en sturing**, door middel van onder andere signalering, monitoring en het geven van advies.

De consequentie van het bovenstaande is dat de publieke gezondheid zich als taakgebied niet strikt laat afbakenen tot de 'klassieke' taken van de GGD, maar dat publieke gezondheid in toenemende mate verbonden raakt met andere onderdelen van het sociaal domein binnen gemeenten en bij het Rijk.

6.2 De stelselverantwoordelijkheid van het rijk

Uitgangspunt in de staatsinrichting is dat taken op het laagst mogelijke niveau worden georganiseerd (subsidiariteitsbeginsel). Bij de lokale publieke gezondheid is de beleidsvrijheid van gemeenten het uitgangspunt; gemeenten maken keuzes over de manier waarop zij invulling geven aan hun zorgplicht ten aanzien van de gezondheid van hun inwoners.

Een deel van de taken in de publieke gezondheidszorg wordt door gemeenten uitgevoerd in medebewind. Daarvoor geldt als belangrijkste argument dat het in de publieke gezondheid gaat om het bieden van een uniform beschermingsniveau van burgers. Dit speelt met name bij de thema's infectieziektebestrijding, crisisbeheersing en de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast heeft het Rijk een rol als stelselverantwoordelijke.

In dit onderzoek is verkend hoe de publieke belangen bij een aantal thema's in de lokale publieke gezondheidszorg zijn geborgd, en wat dit betekent voor de positie van de GGD.

De verantwoordelijkheid van het Rijk is het sterkst bij taken die te hebben met de **beschermingstaken** van de lokale publieke gezondheidszorg. Burgers verwachten een grotendeels uniform niveau van bescherming tegen risico's en dreigingen, zeker als die niet gebonden zijn aan specifieke locaties en effecten hebben op derden (zoals infectieziekten, die overal kunnen optreden). Ook bij het beschermen van kwetsbare groepen (met name kinderen) verwachten burgers een uniform minimumniveau van bescherming. Dat argument is de grondslag voor het uitvoeren van die taken in medebewind.

Om vergelijkbare redenen heeft het Rijk ook een systeemverantwoordelijkheid bij het **bewaken** van de volksgezondheid op gemeentelijk niveau. Het Rijk heeft - zonder in de verantwoordelijkheid van de lokale overheid te treden - een zeker niveau van aanvullend inzicht nodig in de gezondheidssituatie van de bevolking om te kunnen beoordelen of landelijke maatregelen nodig en/of effectief zijn.

Ten aanzien van het **bevorderen** van de lokale volksgezondheid is de verantwoordelijkheid van het Rijk minder pregnant, maar zeker niet afwezig. Hier stuurt het Rijk vooral via een beleidscyclus, waarin nationale speerpunten worden vastgesteld, die door gemeenten in acht moeten worden genomen bij het opstellen van hun lokale gezondheidsnota's. Gemeentelijke autonomie is daarbij het uitgangspunt.

6.3 Borging van (thema's in) de publieke gezondheid

Het onderzoek laat zien dat ten aanzien van de onderzochte thema's de volgende risico's voor de borging bestaan:

| Thema | Bevindingen en risico's ten aanzien van de borging |
|---------------------------|---|
| Infectieziektebestrijding | <ul style="list-style-type: none"> - Het thema is in Nederland in hoofdzaak goed belegd. - Er zijn professionele 'veldnormen' ten aanzien van de aanwezige competenties (kwaliteit en omvang), maar het is onduidelijk of die |

| Thema | Bevindingen en risico's ten aanzien van de borging |
|--|--|
| | <p>bestuurlijk worden gedragen en nageleefd.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het beeld bestaat dat de professionele capaciteit onder het 'waakvlamniveau' daalt. |
| Crisisbeheersing | <ul style="list-style-type: none"> - Het thema wordt met de ontwikkeling van de veiligheidsregio's steeds beter verankerd. - De instelling van een Directeur Publieke Gezondheid die zowel GHOR als GGD aanstuurt heeft positieve effecten op de positie van de 'witte kolom' in de multidisciplinaire samenwerking. - GGD-taken in de crisisbeheersing (met name in de nazorg) krijgen nog te weinig aandacht. |
| Advies (inclusief monitoring, kennis en expertise) | <ul style="list-style-type: none"> - Het gemeentebestuur heeft de plicht om bij de GGD advies in te winnen voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. De GGD heeft geen wettelijke bevoegdheid om ongevraagd te adviseren over gezondheidsthema's, in de praktijk gebeurt dit echter wel. - Er is landelijk weinig zicht op de naleving, inhoud, kwaliteit en effectiviteit van deze advisering en de daarbij gebruikte instrumenten (zoals de Gezondheidsscreening). - De mate waarin de GGD toegang heeft tot het lokale bestuur bepaalt sterk of de adviesrol effectief is. - Er is in de afgelopen jaren een systeem van landelijk dekkende uniforme monitoring (rvtv) ontwikkeld. - Om op gezondheidsterrein te kunnen adviseren is een bepaalde mate/omvang van expertise nodig; ook hier speelt het probleem van de veldnormen, die al dan niet worden gedragen en/of nageleefd. |
| Toezicht | <ul style="list-style-type: none"> - Vanuit specifieke wetten zijn enkele lokale toezichtstaken bij de GGD belegd (met name kinderopvang, seksinrichtingen, tattooshops); Voor andere lokale toezichtstaken die raken aan gezondheid (milieu, horeca, evenementen) is dat niet het geval. - Het toezicht ten aanzien van de volksgezondheid is grotendeels belegd op rijksniveau (met name bij de Inspectie Gezondheidszorg en de Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit). - Het is onduidelijk op grond van welke logica keuzes in het beleggen van toezichtstaken zijn gemaakt. Onduidelijk is ook, welke rol de GGD inzake toezicht moet opnemen (signalerend, adviserend, handhavend) en hoe die rol zich verhoudt tot de overige taken van de GGD. - Het is onvoldoende helder wat het domein is van lokaal toezicht ten aanzien van de volksgezondheid, of er sprake is van een 'gat', wat de consequenties zijn van de aanstaande decentralisaties en welke risico's dat oplevert. |
| Gezondheidsbevordering en leefstijl | <ul style="list-style-type: none"> - Gezondheidsbevordering is prioriteit van het Rijksbeleid; met name de gevolgen van ongezond gedrag en chronische ziekten leiden tot grote maatschappelijke kosten. - Er is een reëel risico van afwenteling tussen de verschillende 'verzekeringssystemen' in de zorg. - De Rijksoverheid zet in op het versterken van de kennisinfrastructuur. |

| Thema | Bevindingen en risico's ten aanzien van de borging |
|---|--|
| | <p>Er bestaat een gat tussen de landelijk beschikbare expertise over leefstijlinterventies en de lokale implementatie van deze interventies.</p> <ul style="list-style-type: none"> - De Rijksoverheid benoemt speerpunten in de landelijke gezondheidsnota, maar deze beleidscyclus is niet 'sluitend': er is onvoldoende beleidsinformatie over in hoeverre de landelijke prioriteiten navolging krijgen in gemeenten, en wat er uit de lokale praktijk kan worden geleerd. - Het is weinig inzichtelijk welke capaciteit en middelen er op lokaal niveau (binnen gemeenten en GGD'en, dan wel bij andere partijen) beschikbaar zijn om aan gezondheidsbevordering te werken, en in hoeverre dat voldoende is. Met de decentralisaties neemt het belang daarvan wel toe. |
| <p>Sociaal-economische gezondheidsverschillen</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Het tegengaan van sociaaleconomische gezondheidsverschillen was geen centraal thema in de landelijke nota gezondheidsbeleid, maar is inmiddels wel geagendeerd in het Nationaal Preventie Programma. - In gemeenten zijn mensen met een lage sociaaleconomische score vaak als specifieke doelgroep benoemd in het gezondheids- en participatiebeleid. Gemeenten hebben voldoende prikkels om op dit thema beleid te voeren, met name omdat de (maatschappelijke) kosten ook bij gemeenten zichtbaar zijn - Tegelijkertijd is de effectiviteit van het beleid een belangrijk knelpunt: de gezondheidsachterstanden van mensen met een lage SES nemen in Nederland niet af. |
| <p>Regie</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Het versterken van samenhang tussen verschillende zorgdomeinen (publiek/privaat, preventief/curatief) is noodzakelijk en wordt belangrijker met de aanstaande decentralisaties. - GGD'en kunnen (delen van) de regietaak op zich nemen, mits zij daartoe in positie worden gebracht. In hoeverre dat wenselijk is, is een zaak van lokale bestuurlijke afweging. |

6.4 De rol en positie van de GGD

De GGD is in vergelijking met andere gemeentelijke diensten sterk verankerd in de wet. Binnen de Wpg hebben gemeenten afzonderlijk en in samenwerking een grote vrijheid om zelf hun uitvoeringsorganisatie in te richten en de GGD een rol naar eigen smaak te geven in het lokale en regionale krachtenveld.

In de praktijk bestaan er grote verschillen tussen GGD'en, in termen van de omvang van het takenpakket en de inrichting van de organisatie. De positionering van de GGD wordt voornamelijk bepaald door twee variabelen: a) de afstand tot of inbedding in de gemeentelijke organisatie, en b) de breedte van het takenpakket, c.q. de mate waarin uitvoeringstaken bij de GGD zijn belegd. Op grond daarvan is in hoofdlijnen een ontwikkeling naar drie **basismodellen** voor de GGD zichtbaar:

- GGD'en met een breed takenpakket die sterk zijn ingebed in de gemeentelijke organisatie en het lokale bestuur (met name in de vier grote steden)
- GGD'en die zijn georganiseerd als regionale organisatie met een relatief breed takenpakket, inclusief de uitvoering van jeugdgezondheidszorg

- GGD'en die opereren als een regionale netwerkorganisatie, waarin de focus ligt op regietaken ten aanzien van bescherming en bevordering.

Het lokale bestuur is vrij om te kiezen waar de jeugdgezondheidszorg wordt belegd. De positie van de jeugdgezondheidszorg - die ongeveer de helft van het personeelsbestand van alle GGD'en uitmaakt - is daarmee van grote invloed op het karakter van de GGD.

Deze verschillen zijn op zich geen probleem, maar betekent wel dat het Rijk in haar sturing en beïnvloedende rol rekening moet houden met deze verschillen. Daarin moet ook ruimte zijn voor nieuwe verbanden die kunnen ontstaan; met de komst van extra taken naar de lokale overheid kunnen nieuwe verbanden ontstaan (bijvoorbeeld met onderwijs/leerplicht, of in het jeugd domein).

De legitimiteit om te komen tot meer landelijke eenheid in de GGD als speler in de publieke gezondheidszorg is het sterkst bij de taken

- die vragen om een uniform beschermingsniveau
- waarin een zekere expertise geborgd moet worden, en/of
- waarin (vanuit de Rijksoverheid of intergemeentelijk) behoefte is aan een overzichtelijke en congruente structuur om problemen op te lossen (zoals bij crises).

Op grond daarvan kunnen de thema's infectieziektebestrijding, crisisbeheersing, advies, en eventueel toezicht worden gezien als belangrijke **pijlers van de GGD**, waarvoor het Rijk een specifieke verantwoordelijkheid draagt.

Ten aanzien van de organisatie van overige taken van de GGD geldt de gemeentelijke beleidsvrijheid als uitgangspunt. Daarmee is het aan gemeentebesturen om te bepalen welke taken zij bij de GGD beleggen en welke positie zij de GGD geven in het lokale sociale domein.

Verantwoording over de publieke gezondheid vindt plaats in de gemeenteraad. Om zijn stelselverantwoordelijkheid waar te kunnen maken heeft het Rijk echter ook beleidsinformatie nodig, onder andere over de mate waarin en kwaliteit waarmee taken in de publieke gezondheidszorg worden uitgevoerd. Het onderzoek laat zien dat er relatief weinig inzicht en transparantie is over het functioneren van de lokale publieke gezondheid. Nu de Inspectie voor de Gezondheidszorg op dit onderwerp terugtreedt, neemt dat inzicht verder af.

6.5 Kansen van een sterkere publieke gezondheidszorg

Met het (beter) borgen van publieke gezondheid bij de GGD is nog niet alles gezegd. De stelselverandering in het sociale domein biedt gemeenten belangrijke kansen om de lokale zorg anders te organiseren. In dat proces van transformatie kan de positie van publieke gezondheidszorg (en indien van toepassing van de GGD) veel beter benut worden dan nu het geval is. Bovendien is het steeds meer noodzakelijk dat gemeenten hun verantwoordelijkheden goed invullen, ook daarin ligt een belangrijke rol voor de publieke gezondheid.

De Wpg biedt kansen om samenhang te brengen, zowel inhoudelijk als in de manier waarop de Wpg via een beleidscyclus doorwerkt in gemeenten. Daarmee ligt er een taak voor het

ministerie om meer samenhang aan brengen tussen de publieke gezondheid (vooral waar het gezondheidsbevordering betreft), de jeugdwet en de Wmo.

Inhoudelijk kan een sterkere publieke gezondheid (los van de vraag in hoeverre die bij de GGD wordt belegd) op verschillende manieren bijdragen aan het versterken van het lokale sociaal domein. We zien in elk geval de volgende mogelijkheden.

- Publieke gezondheid is sterk gericht op **preventie**, wat ook een belangrijk thema is in de decentralisaties (zie ook de decentralisatiebrief). Preventie is nodig om de kosten van zorggebruik terug te dringen; via de publieke gezondheid kunnen gemeenten daar mede uitvoering aan geven.
- De publieke gezondheid kan bijdragen aan **signalering** van risico's (met name via de jeugdgezondheidszorg); het hebben van een fijnmazige publieke uitvoeringsstructuur kan bovendien bijdragen aan het verbinden van professionals in het veld
- De publieke gezondheid kan ook bijdragen aan het versterken van de **regierol** van gemeenten, door in samenwerking met private zorgpartijen en verzekeraars programma's en interventies af te stemmen.
- Via de publieke gezondheidszorg hebben gemeenten een **informatiepositie** die ze helpt om te monitoren en te sturen. Die positie kan beter worden uitgenut, door informatie te koppelen aan gemeentelijke gegevens en te veredelen tot bruikbare beleidsinformatie op wijk- en buurtniveau.

Om die rol in het sociaal domein ook waar te kunnen maken, zal de publieke gezondheid zich ook moeten blijven ontwikkelen. Met name het versterken van competenties is in dit opzicht een belangrijk aandachtspunt.

7 Aanbevelingen

In dit hoofdstuk geven we de belangrijkste aanbevelingen weer om de publieke gezondheidszorg beter te borgen en te versterken.

7.1 Maak een gezamenlijke ontwikkelagenda voor publieke gezondheid en de GGD

De publieke gezondheidszorg is een grotendeels gedecentraliseerde Rijksverantwoordelijkheid, waarvan de sturing en verantwoordelijkheden hoort te liggen op lokaal niveau. Tegelijkertijd draagt het Rijk zorg voor belangrijke randvoorwaarden in onder andere de wetgeving, het beleid, en in de samenhang met aanpalende domeinen.

- Zorg voor een ontwikkelagenda voor de publieke gezondheid die bestuurlijk door VNG/gemeenten en Rijk gezamenlijk wordt gedragen. Heb met name oog voor de bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeenten in dit domein.

7.2 Breng de publieke gezondheid en het sociaal domein meer in lijn met elkaar

In dit rapport is betoogd dat de decentralisaties in het sociaal domein ook van invloed zouden moeten zijn op de gewenste ontwikkeling van de publieke gezondheid. De grenzen tussen publieke gezondheid, Wmo, de zorg voor jeugd en (passend) onderwijs zijn aan het vervagen, wat kansen biedt en nieuwe vragen oproept.

- Onderzoek vanuit het Rijk de werkingsmechanismen en effectiviteit van de huidige Wpg.
- Betrek daarbij de vraag, of en op welke manier de Wpg (waaronder preventie en gezondheidsbevordering) beter kan/moet aansluiten bij de jeugdwet en de Wmo.
- Onderzoek in samenwerking met de VNG waar mogelijkheden liggen om ook vanuit het perspectief van de publieke gezondheid de sturing op het nieuwe sociaal domein te versterken (zie ook 7.5)

7.3 Creëer een heldere uitgangspositie voor elke GGD

Het is aan de bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeenten om te bepalen, welke taken zij wel en niet bij de GGD willen onderbrengen. Vanuit het oogpunt van het borgen van taken in de publieke gezondheid heeft de GGD een sterke legitimatie in het bieden van een uniform (beschermings)niveau voor de gezondheid van burgers. Op dit punt zouden GGD'en een uniforme positie moeten hebben.

- Benoem de 'pijlers van de GGD': infectieziektebestrijding, crisisbeheersing, gezondheidskundig advies en eventueel toezicht.
- Koppel daaraan heldere minimumeisen om de kwaliteit te borgen (met name het minimale expertiseniveau) en organiseer het toezicht daarop.
- Onderzoek specifiek wat de positie van toezicht in het takenpakket van de GGD kan of moet zijn.

7.4 Versterk de aandacht voor preventie

Preventie, gezondheidsbevordering en leefstijlbeïnvloeding zijn belangrijke instrumenten om te komen tot een hoger niveau van volksgezondheid. In het landelijk beleid is aandacht voor deze thema's, die doorwerkt in gemeenten. Effectieve preventie zal de kosten van de uitvoering van de WMO. De jeugdwet en de participatiewet terugdringen. Goede afstemming met de zorgverzekeraars en de zorguitvoerders in een ketenbenadering zal de WMO uitvoering minder op zorg en meer op participatie en zelfredzaamheid richten. Afspraken over te behalen concrete verbeteringen in de gezondheid van (groepen) inwoners in combinatie met afspraken over de inzet van middelen op lokaal en regionaal niveau kunnen optellen tot landelijke resultaatdoelen voor het verkleinen van sociaal –economische gezondheidsverschillen, maar ook voor kwaliteitsverbetering door ketenzorg en kostenbesparingen.

- Stimuleer dat preventie, leefstijl- en gezondheidsbevordering en het tegengaan van gezondheidsverschillen via concretere doelstellingen worden verankerd in het gemeentelijk domein.
- Maak de beleidscyclus dynamischer, en zorg dat de cirkel wordt gesloten door het ontwikkelen van beleidsinformatie over de inspanningen en resultaten van gemeenten, en het benutten daarvan voor leren en verbeteren.
- Stimuleer regionale initiatieven tussen gemeenten, verzekeraars, aanbieders en maatschappelijke stakeholders om gezondheid te bevorderen. Maak het mogelijk dat gemeenten of GGD-regio's die op basis van de WPG de regie willen nemen voor meerjarige afstemming met verzekeraars, zorgaanbieders en andere bij de publieke gezondheid betrokken partijen op ondersteuning van het ministerie kunnen rekenen. Een nieuwe, op resultaat gerichte afstemming tussen landelijke en lokale gezondheidsdoelen (kwantitatief, kwalitatief en op kostenbesparing gericht) kan de afzonderlijke verantwoordings- en monitoringregels tussen lokaal en landelijk niveau vervangen.
- Onderzoek op welke manier de landelijke kennisinfrastructuur beter kan aansluiten op het lokale domein, en hoe de GGD daarin de meest effectieve rol kan vervullen.

7.5 Ontwikkel een stimuleringsprogramma 'Publieke Gezondheid Nieuwe Stijl'

Verbetering van de volksgezondheid kan worden bereikt door een betere afstemming op lokaal en regionaal niveau van partijen die bij de zorg betrokken zijn als financiers en als professionele uitvoerders, en via afstemming met partijen die door hun werk bijdragen aan of belang hebben bij de volksgezondheid, zoals scholen, bedrijven, stedenbouwers en politie. Een gezamenlijke stimuleringsprogramma kan – met oog voor de verdeling van verantwoordelijkheden – een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de (borging van de) publieke gezondheid.

- Naar analogie van 'De Kanteling' en 'Welzijn Nieuwe Stijl': definieer de principes ('bakens') van de publieke gezondheid in het nieuwe sociaal domein (los van organisatiemodellen), en ondersteun gemeenten en GGD'en bij het geven van invulling aan die rol. Heb daarin specifiek aandacht voor de competenties die GGD'en nodig hebben om die nieuwe rol ook in te kunnen vullen, en bied daarop ondersteuning aan.
- Organiseer dit stimuleringsprogramma binnen VWS als onderdeel van de prioriteiten van de programmabureaus voor de decentralisaties in het sociale domein.
- Bevorder in het stimuleringsprogramma dat de GGD zich kan ontwikkelen tot professionele ondersteuner van lokale en regionale meerjarenafspraken tussen gemeenten, zorgverzekeraars, zorgaanbieders en partijen die bijdragen aan, of belang hebben bij, een

verbetering van de volksgezondheid. Ondersteun innovaties in GGD-regio's ook op onderdelen van de afstemmingsafspraken, bij voorbeeld in ketensamenwerking, het gezamenlijk bevorderen van eigen regie van patiënten en mantelzorgers, het betrekken van scholen in het vroegsignaleren van gezondheidsrisico's, het leggen van verbindingen met de ARBO-zorg, het op epidemiologisch onderzoek gebaseerd gericht verbeteren van de gezondheid van bepaalde doelgroepen.

- Onderzoek of het RIVM en het SCP de ontwikkeling en toepassing van kennis en monitorinstrumentarium kunnen faciliteren.
- Zorg voor uitvoering samen met de VNG/gemeenten, zorgverzekeraars en partijen in het veld.

Bijlagen bij eindrapport

Wettelijke verankering en landelijke doelen

Utrecht, 18 februari 2014
GV261

Deze bijlagen bevatten per thema een beschrijving van:

- Wettelijke verankering
- Betrokken partijen: regie en verantwoordelijkheid
- Activiteiten en instrumenten
- Landelijke doelen, zoals die uit beleidsstukken blijken

Aan het eind is een overzicht gegeven van de projectgegevens van het onderzoek.

Inhoud

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Infectieziektebestrijding | 41 |
| 1.1 | Wettelijke verankering | 41 |
| 1.2 | Activiteiten en instrumenten | 42 |
| 1.3 | Landelijke doelen | 43 |
| 2 | Crises | 44 |
| 2.1 | Wettelijke verankering | 44 |
| 2.2 | Landelijke doelen | 44 |
| 3 | Advies | 45 |
| 3.1 | Wettelijke verankering | 45 |
| 3.2 | Activiteiten en instrumenten | 45 |
| 3.3 | Landelijke doelen | 46 |
| 4 | Toezicht | 47 |
| 4.1 | Wettelijke verankering | 47 |
| 4.2 | Landelijke doelen | 48 |
| 5 | Gezondheidsbevordering (leefstijl) | 49 |
| 5.1 | Wettelijke verankering | 49 |
| 5.2 | Landelijke doelen | 49 |
| 6 | SEGV | 50 |
| 6.1 | Wettelijke verankering doelgroepenbeleid | 50 |
| 6.2 | Landelijke en gemeentelijke doelen | 50 |
| 7 | Projectgegevens | 51 |
| 7.1 | Begeleidingscommissie VWS | 51 |
| 7.2 | Geïnterviewden | 51 |
| 7.3 | Aanwezigen veldraadplegingen | 51 |

1 Infectieziektebestrijding

Onder infectieziektebestrijding wordt verstaan het bestrijden van infecties die een volksgezondheidsrisico vormen. Hierbij is ook aandacht voor het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.⁴² Onder infectie wordt verstaan het binnendringen en de ontwikkeling of vermenigvuldiging van een infectueus agens in het lichaam van mensen, waardoor een volksgezondheidsrisico kan ontstaan (Art. 1 sub m Wpg).

1.1 Wettelijke verankering

- 'Het college van burgemeesters en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding' (art. 6 lid 1 Wpg)
- H II Taken publieke gezondheidszorg, paragraaf 4 Wpg – infectieziektebestrijding (art. 6 t/m 12)
- H V bijzondere bepalingen infectieziektebestrijding (art. 17 t/m 58 Wpg)
- H VI financiële bepalingen (art. 59 t/m 63 Wpg)
- H VII handhaving (art. 64 t/m 68 Wpg)
- H Va openbare lichamen Bonaire, Sint Eustatius en Saba (art. 68 sub a t/m 68 sub l Wpg)
- Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding (art. 6 lid 1 sub a Wpg). Een van de in dat kader te verrichten werkzaamheden is het nemen van algemene preventieve maatregelen. Het gaat hier om maatregelen waarvoor het college van B&W zelf verantwoordelijk voor is en waarbij het voor de hand ligt dat de gemeentelijke gezondheidsdienst een belangrijke rol speelt. Deze taak is dus een andere dan het bevorderen van de technische hygiënezorg (p. 35 Mvt Wpg).
- Wettelijk is verankerd dat meldingen van infectieziektebesmetting doorgegeven worden aan de GGD. De GGD registreert de niet-anonieme persoonsgegevens van de drager van de infectieziekte (art. 1 sub c en m Wpg).
- Het RIVM verricht onderzoek dat is gericht op ondersteuning van de beleidsontwikkeling en de uitoefening van toezicht op verschillende terreinen (volksgezondheid; milieu; natuur, bos & landschap). Daarnaast rapporteert het RIVM periodiek over de toestand en de toekomstige ontwikkeling van de volksgezondheid en het milieu. Het RIVM kan ook andere, door de Minister van VWS opgedragen, werkzaamheden uitvoeren (art. 3 lid 1 Wet op het RIVM). Ook kan het RIVM ander onderzoek verrichten in het algemeen belang (art. 3 lid 2 Wet op het RIVM).

| Regie/ verantwoordelijke | Activiteit | Bron |
|---|--|-------------------|
| Voorzitter van de veiligheidsregio / burgemeester | Geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie | art 6 lid 3 Wpg |
| | Draagt zorg voor de bestrijding van een epidemie | art 6 lid 4 Wpg |
| | Een persoon onverwijld ter isolatie in een ziekenhuis doen opnemen | art. 31 lid 1 sub |

| | | |
|-----------------------------------|--|------------------------|
| | | a,b,c Wpg |
| | Kan een persoon onverwijd doen onderwerpen aan de maatregel van quarantaine | art. 35 Wpg |
| | Voordat de burgemeester/voorzitter van de veiligheidsregio een maatregel (...) intrekt, vraagt deze om advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst | art. 6 lid 1 Wpg |
| College van B&W | Draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektebestrijding | art. 6 lid 1 Wpg |
| Bestuur van de Veiligheidsregio's | Draagt zorg voor de voorbereiding op de bestrijding van een epidemie van een infectieziekte (groep a) | art. 6 lid 2 Wpg |
| Minister van VWS | Geeft leiding aan de bestrijding van een epidemie en kan de voorzitter van de veiligheidsregio opdragen hoe de bestrijding ter hand te nemen | art. 7 lid 1 Wpg |
| | Draagt ervoor zorg dat aan de informatieverplichtingen, voortvloeiende uit de internationale gezondheidsregeling, wordt voldaan | art. 12 Wpg |
| WHO | Heeft de mogelijkheid om aanbevelingen te doen aangaande de infectieziektebestrijding inclusief voorbereiding | MvT Wpg, p.5 |
| GGD | Inlichten RIVM door GGD | art. 28 Wpg |
| RIVM | Onderzoek naar volksgezondheid; milieu; natuur, bos & landschap. | Art. 3 Wet op het RIVM |

1.2 Activiteiten en instrumenten

- Het nemen van **algemene preventieve maatregelen** op het gebied van algemene infectieziektebestrijding. (art. 6 lid 1 sub a Wpg).
- Het **bestrijden van tuberculose en soa's**, inclusief bron- en contactopsporing (art. 6 lid 1 sub b Wpg).
- **Bron- en contactopsporing** bij meldingen van infectieziekte (art. 6 lid 1 sub c Wpg)
- (...) verdeling van **vaccins** en therapeutische farmaproducten (...) ten behoeve van de bestrijding van een infectieziekte behoren tot groep A prioriteiten (art. 11 Wpg)
- **Informatieverplichting** voortvloeiende uit de Internationale Gezondheidsregeling (Art 12 Wpg).
- **Meldingsplicht** arts (art. 21 Wpg, art. 30 Wpg) en hoofd van een instelling waar voor infectieziekten kwetsbare populaties verblijven of samenkomen (art. 26 lid 1 Wpg) of gezagvoerder schip/luchtvaartuig (art. 50 Wpg).
- **Isolatie** indien (...) ernstig gevaar voor de volksgezondheid bestaat door verspreiding van die infectieziekte (...) (art. 31 lid 1 sub a, b, c).
- **Quarantaine** om de verspreiding van infectieziekten (...) tegen te gaan (...) (art. 35 Wpg)
- **Controleren** op aanwezigheid van een besmetting bij en nemen van **monsters** bij als ook het **ontsmetten** van of **sluiten** van gebouwen, vervoermiddelen, goederen en waren (art. 47 Wpg).
- De **inenting** van personen of de toediening van profylaxe aan personen ter verkrijging van een internationaal geldig certificaat (art. 58 lid 1 Wpg).
- **Crisisplan** opstellen door bestuur veiligheidsregio i.s.m. GGD (Art 8 lid 3)

- De gemeentelijke gezondheidsdienst blijft de enige publieke instantie die over de **niet-anonieme persoonsgegevens** van betrokkenen (drager van infectieziekte) beschikt. (p. 14 MvT Wpg).
- **Onderzoek** naar volksgezondheid en milieu door het RIVM (art. 3 Wet op het RIVM)

1.3 Landelijke doelen⁴³

Hoofddoel

- Burgers beschermen tegen externe bedreigingen en gezondheidsrisico's in de omgeving, waaronder infectieziekten (landelijke nota gezondheidsbeleid)

Andere opmerkingen in de nota

- Infectieziekten komen door allerlei maatregelen steeds minder voor, maar de dreiging blijft aanwezig, zowel door nieuwe ziekten als door oude ziekten die terugkomen.
- Er zijn robuuste structuren, die nog wel consequenter gebruikt moeten worden.
- Veterinaire sector moet betrokken worden bij het bestrijden van een uitbraak van infecties die hun oorsprong hebben in dieren.
- Afgezien van uitbraken bestaat het belangrijkste middel tegen infectieziekten uit vaccinatieprogramma's.

⁴³ Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (mei 2011)

Gezondheid Dichtbij, landelijke nota gezondheidsbeleid.

2 Crises

Een crisis is een situatie waarin een vitaal belang van de samenleving is aangetast of dreigt te worden aangetast (art. 1 Wet veiligheidsregio's). Een ramp is een zwaar ongeval of een andere gebeurtenis waarbij het leven en de gezondheid van veel personen, het milieu of grote materiële belangen zijn geschaad of worden bedreigd. Een gecoördineerde inzet van diensten en organisaties van verschillende disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of de schadelijke gevolgen te beperken (art. 1 Wet veiligheidsregio's).

2.1 Wettelijke verankering

- Definitie van crisis: rampen (art. 2 lid 2 sub g Wpg).
- Het college van B&W bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (art. 2 lid 1 Wpg) en draagt zorg voor het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen (art. 2 lid 2 sub g Wpg).
- De GHOR staat onder leiding van de Directeur Publieke Gezondheid van de GGD, bedoeld in artikel 14 van de Wpg. De Directeur Publieke Gezondheid is belast met de operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening (Art. 31 lid 1&2, Wet Veiligheidsregio's).

| Regie/verantwoordelijkheid | Activiteit | Wet |
|-------------------------------|---|---|
| College van B&W | Bevordert de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg en de afstemming ervan met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening | art.2 lid 1 Wpg |
| | Draagt zorg voor het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen | art.2 lid 2 sub g Wpg |
| Directeur Publieke Gezondheid | Geeft leiding aan de GHOR en is belast met operationele leiding van de geneeskundige hulpverlening | Art. 31 lid 1&2, Wet Veiligheids regio's) |

2.2 Landelijke doelen

Wet Veiligheidsregio's

- Omtrent crises is veel geregeld in de Wet Veiligheidsregio's.
- Het onderwerp crises heeft veel in de aandacht gestaan en er zijn recent grote stappen gezet qua wetgeving. Momenteel is de Wvr onderwerp van evaluatie.

Landelijke nota gezondheidsbeleid

- Verbeteren risicocommunicatie
- Versterken positie en slagkracht GHOR (is al opgepakt door de GHOR en GGD onder dezelfde directeur te laten vallen)

3 Advies

3.1 Wettelijke verankering

- Het college van B&W draagt zorg voor het bevorderen van **medisch milieukundige zorg** (art. 2 lid 2 sub e Wpg). Onder medische milieukundige zorg vallen in ieder geval de volgende aspecten (art. 2 lid 3 besluit publieke gezondheid).
 - Het signaleren van ongewenste situaties
 - Het adviseren van de bevolking over risico's, inclusief gezondheidskundig advies over gevaarlijke stoffen, in het bijzonder bij rampen of dreiging van rampen
 - Het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting
 - Het verrichten van onderzoek
- Het college van B&W wint de deskundige raad van de GGD in voordat **belangrijke besluiten betreffende de publieke gezondheidszorg** worden genomen (MvT Wpg, p.40)
- De Wcpv verplichtte de gemeente om voor Wcpv-taken een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden met **voldoende deskundigheid** om die taken te behartigen. De GGD vervult een waardevolle functie in de openbare gezondheidszorg en daarmee in de samenleving. Zij verricht overigens ook niet-Wcpv-taken. (p.2 Mvt Wcpv)

| Regie/verantwoordelijkheid | Activiteit | Wet |
|--|--|------------------------|
| College van B&W | Draagt zorg voor de beschikbaarheid van deskundigen GGD | Art. 15 lid 1 Wpg |
| | Draagt zorg voor inzicht in en gegevens over gezondheidssituatie van de bevolking | Art. 2 lid 2 sub a Wpg |
| | Bewaakt de gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen | Art 2 lid 2 sub c Wpg |
| | Vraagt advies aan GGD voordat besluiten genomen worden die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg | Art. 16 Wpg |
| Burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio | Vraagt de GGD om advies voordat een maatregel (over infectieziekten) wordt ingetrokken. | Art. 18 Wpg |
| Gemeenteraad | Stelt nota gemeentelijke gezondheidsbeleid op | Art. 13 lid 2 Wpg |

3.2 Activiteiten en instrumenten

- Voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg vraagt het college van burgemeester en wethouders advies **aan de gemeentelijke gezondheidsdienst** (art. 16 Wpg) .
- Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, **inzicht in de gezondheidssituatie** van de bevolking (art. 2 lid 2 Wpg).
- Het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijke gezondheidsbeleid, **verzamen en analyseren van gegevens** over deze gezondheidssituatie. (art. 2 lid 2 Wpg).
- Het bewaken van gezondheidsaspecten in **bestuurlijke beslissingen**. (art.2 lid 2 Wpg).

- De gemeenteraad stelt binnen twee jaar na openbaarmaking van de landelijke nota gezondheidsbeleid een **nota gemeentelijk gezondheidsbeleid** vast (art.13 lid 2 Wpg).
- Het college van B&W draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst beschikt over deskundigen op de volgende terreinen: sociale geneeskunde, epidemiologie, sociale verpleegkunde, gezondheidsbevordering en gedragswetenschappen. (art.15 lid 1 Wpg).
- In geval van een uitbraak van een infectieziekte: Voordat de burgemeester dan wel de voorzitter van de veiligheidsregio een maatregel (...) neemt of intrekt, vraagt deze om advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst. (art.18 Wpg)

3.3 Landelijke doelen

- Ontsluiten van kennis en goede voorbeelden voor gemeenten om mee aan de slag te gaan (landelijke nota gezondheidsbeleid).
- De landelijke nota gaat niet in op de rol van de GGD in de lokale situatie.

4 Toezicht

4.1 Wettelijke verankering

- Het college van B&W draagt zorg voor het bevorderen van technische hygiënezorg (art. 2 lid 2 sub f Wpg). Hieronder vallen in ieder geval de volgende aspecten: (art. 2 lid 4 Besluit publieke gezondheid).
 - Het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op de verspreiding van pathogene micro-organismen.
 - Het adviseren van deze instellingen over de mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van activiteiten op risico's op verspreiding van pathogene micro-organismen te verkleinen.
 - Het signaleren van ongewenste situaties.
 - Het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting.
- Het **college** van B&W dient in het kader van de bevorderingstaak technische hygiënezorg er zoveel mogelijk voor te zorgen dat bij bedrijven, bijvoorbeeld scholen of tatoeage- en piercingsstudio's, waar dergelijke risico's bestaan, wordt nagegaan of er een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen. Het college dient er zoveel mogelijk voor te zorgen dat er maatregelen genomen worden om risico's in te dammen (p. 33 MvT Wpg).
- Het **college van B&W** draagt zorg voor het bevorderen van medische milieukundige zorg (art. 2 lid 2 sub e Wpg). Onder medische milieukundige zorg wordt in geval verstaan het signaleren van ongewenste situaties (...) (art. 2 lid 3 sub a Besluit publieke gezondheid).
- Daarnaast wordt toezicht in de Wpg genoemd in het kader van infectieziektebestrijding (bijvoorbeeld medisch toezicht bij quarantaine of toezicht op de volksgezondheid bij een infectie). **De burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio** kan gebouwen, vervoersmiddelen, goederen en waren controleren op de aanwezigheid van een besmetting (indien er een gegronde vermoeden bestaat van een besmetting), zo nodig door het nemen van monsters (Art. 47 lid 1 Wpg). Naar dit artikel kan verwezen worden wanneer de GGD een vermoeden van groot risico heeft.
- In het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen wordt de GGD genoemd: de **GGD** heeft het mandaat m.b.t. de uitvoering van het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen. In deze wet worden ondernemers verplicht om een vergunning aan te vragen voor de ruimte waarin zij tatoeëren en piercen (art. 3 Warenwetbesluit tatoeëren en piercen). Deze vergunning wordt verleend door Onze Minister (VWS) (art. 3 Warenwetbesluit tatoeëren en piercen).
- In de Wet op de kinderopvang wijst het college de **directeur van de GGD** aan als toezichthouder (art. 1 lid 61 Wet op de kinderopvang). Daarnaast verstrekt de Belastingdienst/Toeslagen kosteloos aan de GGD de gegevens en inlichtingen waarvan de kennisneming van belang kan zijn voor het toezicht op de naleving van de (...) regels (art. 1 lid 67 sub a Wet op de kinderopvang).

| Regie/ verantwoordelijke | Activiteit | Bron |
|-----------------------------|--|------------------------|
| College van B&W | Draagt zorg voor technische hygiënezorg (lijst instellingen, advies, signaleren ongewenste situaties, beantwoorden vragen bevolking) | art. 2 lid 2 sub f Wpg |
| | Draagt zorg voor medisch milieukundige zorg, waarbij ook ongewenste situaties gesignaleerd moeten worden | art. 2 lid 2 sub e Wpg |

| Regie/ verantwoordelijke | Activiteit | Bron |
|---|---|---|
| De burgemeester of voorzitter van de veiligheidsregio | Controleren van gebouwen, vervoersmiddelen, goederen en waren op de aanwezigheid van een besmetting en het nemen van monsters | art. 47 lid 1 Wpg |
| Gemeentelijke Gezondheidsdienst | Heeft het mandaat m.b.t. de uitvoering van het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen | Regeling mandaatverlening aan de GGD'en ⁴⁴ |
| | Directeur GGD is toezichthouder op de kinderopvang | art. 1 lid 61 Wet op de kinderopvang |

4.2 Landelijke doelen

- Toezicht op gezondheidsrisico's die mensen niet zelf kunnen beïnvloeden, is belangrijk.
- De landelijke nota gaat niet specifiek in op toezichtstaken.

⁴⁴ Regeling mandaatverlening aan de GGD'en met betrekking tot de uitvoering van het Warenwetbesluit tatoeëren en piercen.

5 Gezondheidsbevordering (leefstijl)

Een nadere definitie van gezondheidsbevordering is niet opgenomen in de Wpg. Het begrip komt voort uit de verouderde begrippen gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (Mvt Wpg, p. 33).

5.1 Wettelijke verankering

- Het college van B&W draagt zorg voor het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering (art. 2 lid 2 sub d Wpg).
- Het college van B&W draagt zorg voor het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders (art. 2 lid 2 sub d Wpg).
- Het college van B&W draagt zorg voor de uitvoering van de jeugd- en ouderengezondheidszorg (art. 5 lid 1 en 5a lid 1 Wpg).
- Collectieve preventie levert een belangrijke bijdrage aan het realiseren van een betere volksgezondheid. Collectieve preventie beoogt **gezondheidswinst** voor zo veel mogelijk mensen. Gezondheidswinst wordt daarbij opgevat als: verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkomen van vermijdbare sterfte en verhogen van de kwaliteit van het leven. Dit zijn overigens doelstellingen waaraan ook de burger zelf veel kan bijdragen (p.1 MvT Wcpv)

| Regie/verantwoordelijkheid | Activiteit | Wet |
|----------------------------|---|--|
| College van B&W | het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's , met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering | Art 2 lid 2 sub d Wpg |
| | het geven van prenatale voorlichting aan aanstaande ouders | Art 2 lid 2 sub d Wpg |
| | de uitvoering van de jeugd- en ouderengezondheidszorg , waar onderstaande activiteiten onder vallen: | Art 5 lid 1 en art 5a lid 1 Wpg |
| | het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en ouderen en de gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren | art.5 lid 2 sub a, art.5a. lid 2 sub a |
| | het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding | Art 5 lid 2 sub d, 5a lid 2 sub d |
| | het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen | Art 5 lid 2 sub e, Art 5a lid 2 sub e |

5.2 Landelijke doelen

Beleid op basis van:

- Basisvaardigheden
- Startpunt jeugd
- Gezonde keuze, makkelijke keuze
- Betrouwbare en toegankelijke informatie.

6 SEGV

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met een hoge en mensen met een lage positie in de sociale stratificatie. De positie van mensen in de sociale stratificatie wordt sociaaleconomische status genoemd (Ultee et al. 2003).⁴⁵ Zowel de gezondheid als de lage sociaaleconomische status kunnen oorzaak zijn van SEGV.

6.1 Wettelijke verankering doelgroepenbeleid

- In art 1.1 b (Wcpv) staat vermeld 'bescherming of bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit (...)’.
- Het college van B&W draagt zorg voor het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering (Art 2 lid 2 sub d Wpg).
- Het bereiken van een betere gezondheid door het aanbieden van preventie werkt het beste langs korte lijnen. Zeker de zorg voor de gezondheid van **kwetsbare groepen** dient lokaal te worden georganiseerd. Op basis van deze overwegingen is in de Wcpv dan ook gekozen voor het situeren van een gezondheidsdienst bij de gemeente en voor het principe van gemeentelijke beleidsvrijheid bij de organisatie van de werkzaamheden. (p.1 Mvt Wcpv).

6.2 Landelijke en gemeentelijke doelen

- Ook in de landelijke nota gezondheidsbeleid worden SEGV niet als speerpunt aangemerkt.⁴⁶
- Veel gemeenten richten hun preventiebeleid echter wel op groepen met een lage SES.
- Ook op andere vlakken is er wel landelijke inzet op deze groepen (bijvoorbeeld grotestedenbeleid, VSV, VVE).

⁴⁵ Nationaal Kompas

⁴⁶ Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (mei 2011)
Gezondheid Dichtbij, landelijke nota gezondheidsbeleid.

7 Projectgegevens

7.1 Begeleidingscommissie VWS

- Jack Hutten
- Cilia Kleijwegt
- Leonie Leliveld
- Maurice Nijstad
- Jacqueline Roos.

7.2 Geïnterviewden

- De heer H. de Goeij, bestuursadviseur organisatieadviesbureau Oude Gracht Groep
- Mevrouw G. van Driesten en de heer S. Pilon, VNG
- Mevrouw A. Koornstra, GGD Nederland
- De heer B. Pinxteren, senior beleidsmedewerker VWS, directie Wetgeving en Juridische Zaken
- De heer D. Ruwaard, hoogleraar Public Health and Health Care Innovation
- De heer T. Veenstra, hoofd Landelijk Centrum Hygiëne en Veiligheid (LCHV).

7.3 Aanwezigen veldraadplegingen

| Organisatie | Genodigde |
|---|------------------------|
| ActiZ thuiszorg | Aad Koster |
| ActiZF | Frank Bluiminck |
| Akademische Werkplaats Milieu en Gezondheid | Peter van den Hazel |
| BOINK | Gjalt Jellesma |
| Capaciteitsorgaan | Victor Slenter |
| Consumentenbond | Linda de Gouw |
| Gemeente Hillegom | Marija Scheeve |
| Gemeente Eindhoven | Linda Heurman |
| Gemeente Utrecht | Annelies Acda |
| GG&GD Utrecht | Marianne van den Horst |
| GGD Friesland | Wim Kleinhuis |
| GGD NL | Anja Koornstra |
| GGD NL | Marianne Oomens |
| GGD Twente | Betty Sibbel |
| IGZ | Joke de Vries |
| IGZ | Ron Boumans |
| KAMG | Cisca Koning |
| KAMG | Ronald Duzijn |
| LVG | Marc Roosenboom |
| NPCF | Gerdi Verbeet |
| NPCF | Wilma Wind |
| NPHF | Hans Baaijens |
| NVWA | Peter Dekker |
| Pharos (SEVG) | Monica van Berkum |
| Pharos | Robbert van Bokhoven |

Andersson Elffers Felix

| Organisatie | Genodigde |
|-------------------------------------|-----------------------|
| PO Raad | Hester van Putten |
| PO Raad | Jeroen Straathof |
| RIVM / CGL | Jaap van Delden |
| RIVM / CGL | Marian Sturkenboom |
| RIVM / CGM | Lisbeth Hall |
| RIVM / Cib | Jaap van Dissel |
| RIVM / LCHV | Thijs Veenstra |
| RIVM / VTV | Hans van Oers |
| Soa Aids Nederland | Ton Coenen |
| Soa Aids Nederland | Martin van Oostrom |
| Transitiebureau VNG (Jeugd) | Marion Goedhart |
| Transitiebureau gem. Arnhem | Esther Jaarsma |
| Veiligheidsberaad-politie/brandweer | Rozemarijn Hartkamp |
| VGS | Marcel Meijs |
| VNG / ozw | Gertrude van Driesten |
| VNG / ozw | Siewert Pilon |
| Voedingscentrum | Felix Cohen |
| VOGZ | Monique Leijen |
| VWS/Publieke Gezondheid | Marianne Donker |
| VWS/VGP | Marjolein Sonnema |
| VWS/VGP | Marije Beens |
| VWS/VGP | Margreet Hofstede |
| VWS/VGP | Henk Reinen |
| ZonMw | Jeanet Bruil |
| ZonMw | Martijntje Bakker |