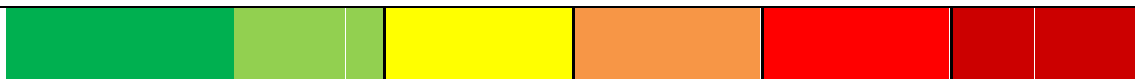


**Beleidskaders volksgezondheid 2017-2020**  
**Regiogemeenten Achterhoek**

**“Positieve gezondheid en preventie”**



# Beleidskaders volksgezondheid 2017-2020 Regiogemeenten Achterhoek

## “Positieve gezondheid en preventie”

### Inhoudsopgave

1. Inleiding .....	4
2. Kaders ‘Positieve gezondheid en preventie’ .....	6
3. Context .....	8
4. Ontwikkelingen en trends .....	11
4.1. Ontwikkelingen en trends onder de bevolking .....	11
4.2 Trends in de uitgaven .....	14
5. Aanbevelingen voor een regionaal preventieprogramma .....	16
BEGRIPPENLIJST .....	18
BRONNEN .....	20
BIJLAGEN .....	21
1. “Positieve gezondheid en preventie”: wat verstaan wij daar onder? .....	21
2. Uitnodiging voor interview .....	25
3. Overzicht geïnterviewde betrokkenen .....	26
4. Factsheet met cijfers .....	28

## Voorwoord

Het huidige beleidsplan volksgezondheid is eind 2016 afgelopen. Op grond van de Wet publieke gezondheid is de gemeenteraad verplicht, eens per 4 jaren, een lokaal gezondheidsplan vast te stellen. Het plan beleidskaders volksgezondheid heeft raakvlakken met het totale sociaal domein. Hoe wij de gestelde doelen gaan bereiken wordt uitgewerkt in een uitvoeringsplan. In dit uitvoeringsplan worden leefstijlinterventies beschreven die zoveel mogelijk lokaal, kern en of wijkgericht binnen Berkelland ingezet kunnen worden.

Wij willen op een integrale manier de gezondheid van onze inwoners , onder andere senioren en mensen met een beperking , beschermen en bevorderen. Dit willen wij onder meer bereiken door onze inwoners aan te sporen tot een actieve en gezonde levensstijl. Gezonde inwoners staan zelf aan het stuur van hun leven en leveren een positieve bijdrage aan de maatschappij. Wij gaan uit van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van onze inwoners. Mocht dit onverhoopt niet lukken dan zijn de Voormekaar teams zijn per kern aanwezig. Zij ondersteunen inwoners daar waar het niet lukt om de regie over hun leven te houden. De Voormekaar teams onderzoeken welke ondersteuning het meest passend is voor ieder situatie afzonderlijk.

Wij zien meerwaarde in het ontwikkelen en uitvoeren van een gezamenlijke beleidskaders. In het veld werken we vaak samen met dezelfde partijen waardoor we gezamenlijke speerpunten efficiënter en effectiever kunnen aanpakken. Ook bewegen onze inwoners zich over de gemeentegrenzen heen, waardoor problemen niet exclusief van een gemeente zijn. Naast een gezamenlijke aanpak is er ook ruimte voor 'couleur locale'. Deze beleidskaders volksgezondheid zijn opgesteld in samenspraak met de Achterhoekse gemeenten.

Voor de komende periode zijn de kaders nu geschetst. Deze kaders gaan wij verder uitwerken in concrete uitvoeringsprogramma's. Dit kunnen we niet alleen, Samen met maatschappelijke partners gaan wij aan de slag. Elke gemeente gaat haar eigen specifieke lokale accenten aanbrengen in het uitvoeringsplan.

Wij dagen iedereen uit om creatief mee te denken over de gezondheid van onze burgers binnen de dynamiek van alle maatschappelijke ontwikkelingen.

## 1. Inleiding

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wet publieke gezondheid (Wpg). Sinds 2015 zijn gemeenten ook verantwoordelijk voor gedecentraliseerde taken vallend onder de Wmo 2015, de Jeugdwet, Passend onderwijs en de Participatiewet.

Het huidige beleid volksgezondheid<sup>1</sup> is toe aan een herziening. Dat is een goed moment om het nieuwe beleid aan te laten sluiten bij het brede sociaal domein<sup>2</sup>. De kaders leiden tot een regionaal preventieprogramma 'sociaal domein' (najaar 2017).

De decentralisaties geven ons als gemeenten, naast de Wpg, een extra prikkel om te investeren in preventie. In deze periode van transformatie is "positieve gezondheid" -zoals omschreven door Machteld Huber<sup>3</sup>- landelijk gemeengoed geworden. Dat is ook het geval in de acht Achterhoekse gemeenten<sup>4</sup>.

Positieve gezondheid is het vermogen om *je aan te passen* en *je eigen regie* te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven

Bij "positieve gezondheid" zijn de factoren die van invloed zijn op gezondheid en welzijn in onze omgeving richtinggevend voor beleid<sup>5</sup>: leefstijl, de sociaal economische omgeving, de fysieke omgeving en de toegang tot activiteiten/ voorzieningen (zie verder bijlage 1). Positieve gezondheid is daarmee gericht op integrale bevordering van de vitaliteit van mensen binnen meerdere domeinen en versterkt de verbinding tussen gezondheid, preventie en het sociaal domein.

Positieve gezondheid en preventie passen bij de transformatie waar de nadruk ligt op eigen kracht en regie en bij het streven naar de verschuiving van de 2<sup>e</sup> naar de 1<sup>e</sup> en/of de 0<sup>e</sup> lijns voorzieningen.

Een afvaardiging van de Achterhoekse gemeenten heeft in oktober 2016 een studiereis "sociaal domein" gemaakt naar Denemarken. Denemarken richt zich sterk op preventie en stelt de inwoner centraal. De inwoner die zijn eigen mening heeft over wat voor hem een gezond, waardevol, zelfstandig leven is en die zelf bepaalt wat hij daarvoor wil doen. Deze visie

---

<sup>1</sup> Oftewel publieke gezondheid

<sup>2</sup> De regionale visie sociaal domein wordt halverwege 2017 verwacht

<sup>3</sup> Machteld Huber (arts en onderzoeker [www.ipositivehealth.com](http://www.ipositivehealth.com)).

<sup>4</sup> Aalten, Berkelland, Bronckhorst, Doetinchem, Montferland, Oost Gelre, Oude IJsselstreek en Winterswijk.

<sup>5</sup> Biologische factoren (leeftijd, sekse, erfelijkheid) zijn ook van invloed op gezondheid, maar daar gaat de lokale overheid niet over.

is vergelijkbaar met het concept van Machteld Huber. En past ook bij het gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix.

Deze nota is gezamenlijk met de acht Achterhoekse gemeenten en de GGD Noord- en Oost Gelderland opgesteld. Daarnaast zijn er ca. 40 interviews gehouden met diverse partners in het gezondheids- en sociaal domein. Voor deze gezamenlijke aanpak is gekozen omdat:

- de landelijke leefstijlgerelateerde speerpunten ook in onze en de regiogemeenten spelen;
- de gezondheidssituatie in de regiogemeenten Achterhoek geen grote onderlinge verschillen kent;
- investeren in preventie 'positieve gezondheid' betekent investeren in preventie in het brede sociaal domein.
- in de Achterhoek er al jaren een nauwe samenwerking bestaat op het gebied van de uitvoering van het preventie gezondheidsbeleid, maar ook op het gebied van onder meer Wmo, Jeugd, Participatie, Sport.

In deze nota 'Positieve gezondheid en preventie' zijn dan ook de kaders en uitgangspunten voor het nieuwe beleid volksgezondheid 2017-2020 regionaal vastgelegd. Deze kaders en uitgangspunten zullen vervolgens vertaald worden naar een regionaal preventieprogramma, gericht op het brede sociale domein. Daarbij is ruimte voor een lokale invulling en uitvoeringsagenda's.

### **Leeswijzer**

In hoofdstuk 2 vindt u de kaders en de uitgangspunten. In hoofdstuk 3 staat de context beschreven waarbinnen de kaders zijn opgesteld. In hoofdstuk 4 staan de belangrijkste (landelijke en lokale) trends. Hoofdstuk 5 wordt afgesloten met de aanbevelingen voor een regionaal preventieprogramma. In de bijlage zijn onder andere een begrippenlijst en de geraadpleegde bronnen te vinden.

## 2. Kaders 'Positieve gezondheid en preventie'

De kaders van dit beleidsplan zijn gebaseerd op landelijke beleidskaders, interviews met betrokkenen en trends in het gezondheids- en sociaal domein (zie bijlage: geraadpleegde bronnen).

**Het doel is:** het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de inwoners en vooral die van kwetsbare groepen. Dit doel streven wij na binnen de volgende kaders:

### **1. 'Positieve gezondheid' is leidend voor de aanpak van volksgezondheid.**

*De verwachte effecten zijn meer persoonlijke zingeving, meer kans op meedoen in de samenleving, minder kans op armoedeval, langer leven in een betere gezondheid, meer samenredzaamheid, voorkomen van chronische ziekten, minder kosten op termijn binnen de (1e en) 2<sup>e</sup> lijn.*

### **2. Iedereen is zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid en zijn leven.**

*Positieve gezondheid gaat uit van het vermogen tot het voeren van eigen regie over je leven. Wij erkennen dat niet iedereen datzelfde vermogen heeft en altijd de volledige verantwoordelijkheid kan nemen.*

### **3. Wij investeren in preventie ten gunste van een waardevol, zelfstandig en dus gezond leven van onze inwoners.**

*Preventie versterkt het vermogen grip op je eigen gezondheid en leven te houden. Dat doen wij door te investeren in de gezondheidsbepalende factoren: leefstijl, sociaal economische omgeving, fysieke omgeving en toegang tot activiteiten/voorzieningen.*

### **4. Onze preventie bestaat uit universele preventie en selectieve preventie**

*Wij zoeken samenwerking en afstemming met de zorgverzekeraar die verantwoordelijk is voor geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (zie figuur 1).*

### **5. Wij faciliteren en stimuleren (innovatieve) preventieve interventies en voorzieningen, die een positief effect hebben op de gezondheid.**

*Dit kan zijn binnen de gezondheidssector, maar ook daarbuiten. Het kan gaan om initiatieven van een organisatie én om initiatieven van inwoner(s). We houden rekening met de toegenomen mogelijkheden op het gebied van e-health en domotica.*

### **6. De middelen uit gezondheidsgerelateerde budgetten worden zo efficiënt mogelijk benut en ingezet daar waar het 't hardst nodig is.**

*Preventie vraagt een ontschotter inzet van de beperkt beschikbare financiële middelen. Het beoogde regionale preventieprogramma moet de acties en prioriteiten en de daarbij benodigde middelen beschrijven.*

## Uitgangspunten voor beleid

Binnen de hiervoor genoemde kaders zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd.

- Het gezondheidsbeleid is gericht op alle inwoners van de gemeente(n). Speciale aandacht gaat uit naar mensen met een hoger dan gemiddeld risico op een slechte gezondheid, onder andere senioren en mensen met een beperking. Dit betekent dat onze aanpak zo nodig doelgroepgericht en/of gebiedsgericht is.

Gemeenten stimuleren en faciliteren een gezondheidsbevorderende omgeving waar inwoners de ruimte hebben om daar zelf invulling aan te geven. Deze omgeving wordt beïnvloed door factoren zoals leefstijl, de sociaal economische omgeving (opvoeding, relaties, school, werk, buurt), de fysieke omgeving (woning, openbare ruimte, toegankelijkheid, ruimte voor natuur, lucht- en geluidskwaliteit) en de toegang tot activiteiten/voorzieningen.

- Gemeenten sluiten aan bij de leefstijl gerelateerde speerpunten van het Rijk: roken, overgewicht, (gebrek aan) bewegen, overmatig alcoholgebruik, depressie en diabetes en voegen daar dementie aan toe. Leefstijlinterventies zijn zoveel mogelijk bewezen effectief. En anders dragen zij bij aan een vernieuwende aanpak. Zij sluiten aan bij wat iemand echt belangrijk vindt en waar inwoners zich al bevinden (zoals kinderen op basisscholen).
- Gerichte leefstijlinterventies alleen zijn echter onvoldoende. Preventie en volksgezondheid zijn verbonden met sectoren buiten de gezondheidszorg: wonen, werk en inkomen, welzijn, cultuur, onderwijs, recreatie en sport, maar ook veiligheid, milieu en verkeer. Dit vraagt een integrale benadering.
- Gemeenten sturen op een gezonde fysieke en sociaaleconomische omgeving. Dit vraagt een infrastructuur aan organisaties en voorzieningen die (in samenhang) preventie mogelijk maken. En waar aandacht is voor gezondheidsbeleving.
- Gemeenten organiseren een laagdrempelige en directe toegang tot preventie door bekendheid en zichtbaarheid van onze activiteiten en voorzieningen en ook via de sociale teams<sup>6</sup>. Gemeenten richten zich op vroeg signalering/opsporing en toeleiding naar eventuele preventieve ondersteuning dichtbij de inwoners.

---

<sup>6</sup> Elke gemeente in de regio Achterhoek geeft aan de zogenaamde sociale teams zijn eigen vorm en naam.

- Gemeenten faciliteren en stimuleren samenwerking met en tussen betrokkenen en partners op het gebied van preventie, ondersteuning en behandeling, uitgaand van de eigen kracht en verantwoordelijkheid en medezeggenschap van de inwoner.

### 3. Context

Gezondheid is voor (vrijwel) iedereen het belangrijkste dat er is. Ook gemeenten hebben baat bij gezonde, vitale en actieve inwoners. Ze participeren meer, zijn meer zelfredzaam, leveren een grotere bijdrage aan de samenleving en economie en leggen minder beslag op het zorgstelsel. Welvaartsziekten domineren, zijn vaak vermijdbaar, en worden chronisch als zij niet worden voorkomen. Daar ligt een taak voor onder meer de overheid.

Het Rijk heeft rondom gezondheid een zorgstelsel gecreëerd en vastgelegd in vijf wetten: de Wet publieke gezondheid (Wpg), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz).

Publieke gezondheid is behalve in de Wpg verder geregeld in aanverwante wetgeving zoals de Wet veiligheidsregio's, Wet op de kinderopvang en de Drank- en horecawet. Daarnaast biedt de nieuwe [Omgevingswet](#) per 2019 gemeenten de mogelijkheid om expliciet en vroegtijdig gezondheid en (fysieke) veiligheid te betrekken bij ruimtelijke planvorming en beslissingen (art. 2.1 en 5.32).

#### De Wet publieke gezondheid (Wpg)

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) staat dat de gemeente de taak heeft om de gezondheid van haar inwoners te beschermen en te bevorderen. Bij publieke gezondheidszorg gaat het om een vraag uit de maatschappij, om groepen mensen of om risicogroepen. De publieke gezondheidszorg vult de reguliere gezondheidszorg aan, die zich vooral richt op het individu. Vanuit de Wpg zijn gemeenten verplicht om een lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. In dit beleid moeten de gemeentelijke doelstellingen worden beschreven. We zijn als gemeenten verantwoordelijk voor; epidemiologie, preventie, medische milieukunde, technische hygiënezorg, psychosociale zorg bij rampen, jeugdgezondheidszorg, ouderengezondheidszorg en infectieziektebestrijding. De GGD Noord- en Oost-Gelderland is voor een groot deel verantwoordelijk voor de uitvoering van de in de Wpg beschreven taken.

#### Wettelijke taakverdeling op het gebied van preventie

Gemeenten hebben met name een taak bij preventie gericht op alle inwoners en bij selectieve preventie gericht op risicogroepen. Groepsgerichte preventie hoort in principe bij de gemeenten. Gemeenten hebben een taak en rol om de preventie goed te regelen.

De zorgverzekeraar en Wlz uitvoerders hebben vooral een taak bij preventie gericht op het individu (geïndiceerde en zorg/behandelgerelateerde preventie). Preventie van de zorgverzekeraar is onder gebracht in het basispakket van de zorgverzekering en kent zijn eigen voorwaarden. Eventuele selectieve preventie zit in de Aanvullende Verzekering. Dat is een keuze die de zorgverzekeraar zelf maakt. In figuur 1 is te zien hoe de taken zijn verdeeld.



Gemeente		Gemeente/zorgverzekeraar			
Alle mensen	(Risico)groep	(Risico)groep	Vroegsymptoom	Ziek/letsel	Chronische/ gehandicapte
Maatregelen omgeving	Voorlichting en bewustwording	Signaleren en adviseren	Preventie interventies	Behandeling	Zorg/ Participatie
Universele preventie	Selectieve preventie	Selectieve preventie	Geïndiceerde preventie	Behandel gerelateerde preventie	Behandel gerelateerde preventie
Gewoon gezond leven	Er op tijd bij zijn	Zelf bijsturen	Bijsturen met hulp	Behandelen	Voorkomen van erger
Wpg Jeugdwet	Wmo Jeugdwet Wpg	Wmo Jeugdwet	Zvw	Zvw	Wlz

Figuur 1: taken rondom preventie. (Bron: kaderbrief VWS van 25 maart 2016 pag. 4 en 5)

### Publieke gezondheid volgens het ministerie van VWS

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft eind 2015 haar landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019 uitgebracht. Haar doelstelling is het verminderen van de gezondheidsverschillen gebaseerd op sociaal economische status en het verminderen van de groei van chronisch zieken. De nota reflecteert wetgeving, de factoren van gezondheid, gezondheidssituatie en het belang van integraal samenwerken. Haar kaders behoeven geen bijstelling ten opzichte van de vorige nota. Zij handhaaft de speerpunten, waarmee de meeste gezondheidswinst is te behalen: het voorkomen en terugdringen van roken, overgewicht, (gebrek aan) bewegen, overmatig alcoholgebruik, depressie en diabetes. Zij benadrukt dat gemeenten de partij zijn die de gezondheidsverschillen effectief kunnen verkleinen door een brede en duurzame aanpak in de buurt of wijk, samen met lokale partijen en met een actieve rol voor de burgers zelf.

VWS acht het van groot belang om de publieke gezondheid beter te borgen. Haar stimuleringsprogramma "Betrouwbare Publieke Gezondheid" richt zich op het versterken van de positie van de GGD in het sociaal domein. Zij wil meer duidelijkheid scheppen over haar taken en daar normen bij ontwikkelen. Het gaat om taken die onmisbaar zijn voor de publieke gezondheid en die om een uniforme aanpak vragen. Het gaat om monitoring/advisering, medische taken gezondheidsbescherming, ondersteuning bij incidenten, rampen en crisis en toezicht houden op tenminste de kinderopvang, tatoeage- en piercingmateriaal. Preventie en het sociale domein zijn onvermijdelijk met elkaar verbonden en kunnen elkaar ondersteunen en versterken.

VWS zet verder in op het beter meten van de effectiviteit van de interventies publieke gezondheid en het goed verbinden van publieke gezondheid met het sociaal domein via integraal samenwerken over sectordomeinen heen. VWS ondersteunt gemeenten met allerlei programma's om de trends positief te veranderen. Wij maken gebruik van enkele van deze programma's: *Gezond in* (GIDS gelden<sup>7</sup>) gericht op mensen met een lage sociaal economische status om de gezondheidsverschillen te verkleinen, Jongeren op gezond gewicht, Sport en bewegen in de buurt (buurtsportcoach) en de aanpak Gezonde school.

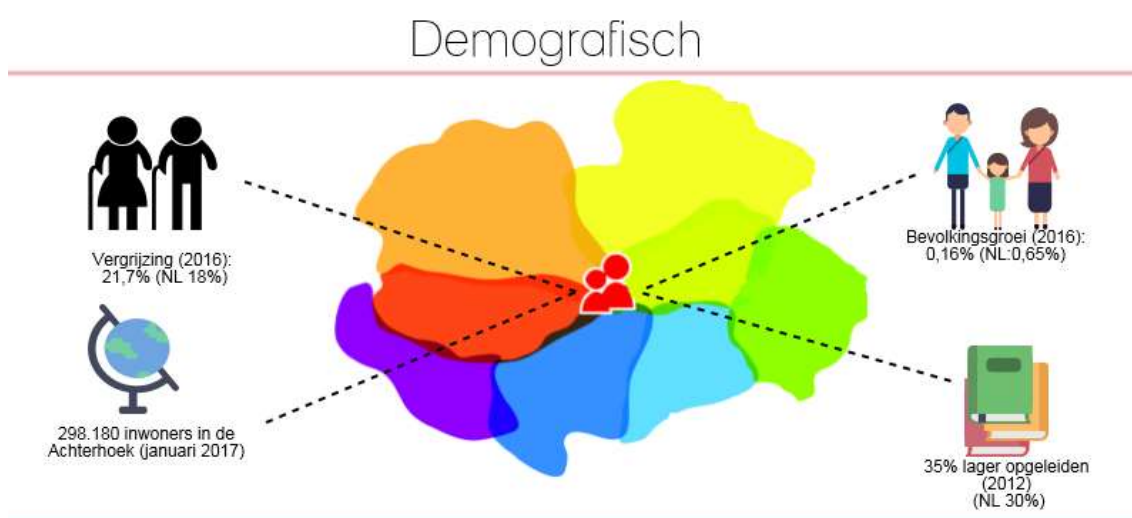
---

<sup>7</sup> De gemeenten Berkelland, Montferland, Oude IJsselstreek, Winterswijk en Doetinchem zijn GIDS gemeenten.

## 4. Ontwikkelingen en trends

In dit hoofdstuk staan de trends beschreven op het gebied van gezondheid en het sociaal domein.

### 4.1. Ontwikkelingen en trends onder de bevolking



*Figuur 2: Demografische gegevens in de Achterhoek*

In figuur 2 staan de belangrijkste demografische gegevens voor de Achterhoek weergegeven die van invloed zijn op de gezondheid in de Achterhoek. We hebben te maken met een vergrijzing en een kleine bevolkingsgroei (in vergelijking met Nederland). Daarnaast kennen wij een grotere groep lager opgeleiden.

#### Levensverwachting (ouderen)

De levensverwachting van mannen is landelijk gestegen naar 79 jaar en dat van vrouwen naar 83 jaar. Deze stijging zet zich nog steeds, maar wel in mindere mate, voort. Het begin van het verouderingsproces schuift echter niet op naar hogere leeftijd, ook al worden mensen gemiddeld ouder. Wel heeft de leefstijl invloed op het proces van veroudering. Tegelijkertijd is er sprake van een toename van mensen met een chronische aandoening onder meer door het toenemend aantal ouderen (vergrijzing).

Door de vergrijzing en krimp in de Achterhoek en de groei van de groep 75 plussers zal de vraag naar voorzieningen voor deze groep steeds meer toenemen. Er zullen minder mantelzorgers en vrijwilligers zijn. Ook zal deze groep steeds langer zelfstandig thuis (moeten) blijven wonen. Het belang van een goede gezondheid voor deze groep is dan ook belangrijk. In figuur 3 zijn voor deze groep de belangrijkste trends weergegeven.

## Trends op het gebied van ouderen

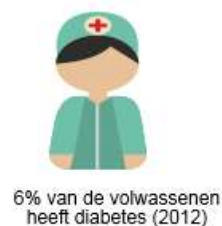


*Figuur 3: Trends op het gebied van ouderen in de Achterhoek*

### Leefstijl

Psychische aandoeningen, hart- en vaatzieken en kanker zijn verantwoordelijk voor de grootste ziektelast. De ziektelast is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt, relatief ernstig is en/of veel sterfte veroorzaakt. De ziektelast van infectieziekten is op dit moment laag. Dat zegt nog niets over de toekomst. Hartziekten en diabetes zijn naar verwachting in 2030 de ziekten met de hoogste ziektelast.

Onze leefstijl is de laatste jaren verbeterd. De meeste mensen doen aan sporten en bewegen. Er zijn minder volwassen rokers en de enorme toename van overgewicht lijkt te stoppen. Roken en overgewicht zijn echter nog steeds de twee belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte. De jongeren roken en drinken minder, maar het aantal bingedrinkers is onverminderd hoog. Binge drinken is het drinken van grote hoeveelheden alcohol (5 of meer glazen alcohol) tijdens 1 enkele gelegenheid. Er zijn signalen in de Achterhoek dat er zorgen zijn over het aantal jonge jongeren dat risicovolle middelen gebruikt. Overmatig alcoholgebruik, depressie en diabetes blijven ook belangrijke aandachtspunten (in figuur 4 zijn de belangrijkste leefstijl gebonden trends weergegeven).

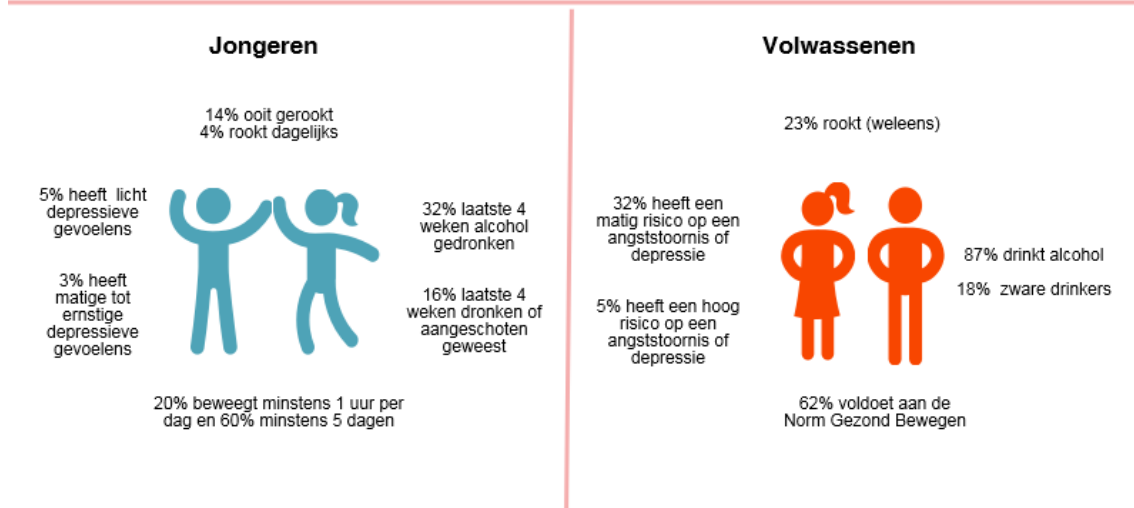


Wij voegen daar voor de Achterhoek ook het toenemende risico op dementie aan toe (aantal personen met dementie stijgt van 4.000 (2013) naar 7.500 (2033), zie figuur 3. De vergrijzing legt bij ongewijzigd beleid extra druk op ons zorgstelsel. Het aantal personen met 'verward gedrag' dat om aandacht en interventie vraagt, groeit.

### Omgeving

Naast leefstijl zijn ook de sociale en fysieke omgeving van belang voor het ontstaan van ziekte. Zo dragen ongunstige arbeidsomstandigheden en milieufactoren elk voor ongeveer 5% tot 6% bij aan de ziektelast. Omgeving kan echter ook leiden tot betere gezondheid, bijvoorbeeld door het aantrekkelijk maken van openbare ruimten voor fietsen, sporten en buitenspelen.

# Leefstijlgerelateerde trends



Figuur 4: Leefstijl gerelateerde trends in de Achterhoek

## Risicogroepen

De tweedeling tussen gezonde mensen en ongezonde mensen en tussen de rijkere en de armere mensen groeit (de zogenaamde sociaaleconomische gezondheidsverschillen). Voor de nabije toekomst verwachten we dat de verschillen mogelijk groter worden. Veel effecten van de recente economische recessie, zoals werkloosheid, zijn nu pas merkbaar en treffen vooral mensen met een lage opleiding en andere kwetsbare groepen.

Een lager opgeleide leeft gemiddeld 6 jaar korter dan een hoger opgeleide. Het verschil in goed ervaren gezondheid is zelfs 19 jaar. Deze verschillen bleven de laatste 10 jaar ongeveer even groot. Voor 6 van de 10 uitkeringsgerechtigden zijn gezondheidsbelemmeringen een oorzaak voor het niet kunnen vinden van werk. Circa 40% van de cliënten van het UWV heeft te kampen met GGZ problematiek. Laaggeletterden (11% van de bevolking) ervaren hun gezondheid als slechter, hebben minder kennis over ziekte, gezondheid en gezond leven, zijn vaker ziek en maken meer gebruik van zorg. Zij hebben meer moeite met het volgen van therapie/hulp en zelfzorg en op oudere leeftijd hebben zij een 1,5 maal groter sterfterisico dan de gemiddelde Nederlander. Hun gezondheidsvaardigheden zijn kortom minder dan gemiddeld.

Gemeenten hebben ook te maken met statushouders die we moeten huisvesten. Een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor de integratie en participatie van statushouders. De vraag daarbij is welke gezondheidsrisico's statushouders specifiek lopen. De kans op psychische aandoeningen is vaak bekend. Er is meer. Generaliserend komt er meer dan bij de gemiddelde Nederlander het volgende voor: diabetes roken, hart- en

vaatziekten, alcoholgebruik onder bepaalde doelgroepen, tandheelkundige problemen, gebrek aan kennis over seksualiteit en gebruikelijke omgangsvormen, opvoedings- en opgroei problemen en verdrinkingen. Onder deze groep is ook een gebrek aan inzicht hoe onze gezondheidszorg werkt (informatie afkomstig van de VNG). Verschillende studies tonen aan



Taakstelling huisvesting statushouders: 762 personen (2016)

dat de gezondheid van allochtonen (statushouders) in het algemeen achterblijft bij die van de gemiddelde Nederlander.

### **Tot slot**

Onze samenleving zal steeds meer ouderen, migranten en alleenstaanden kennen. We worden ouder en leven vaker met een chronische ziekte. Er is lang niet altijd sprake van beperkingen; chronisch zieken doen vaak maatschappelijk mee. De meeste mensen met een chronische ziekte houden het liefst zelf de regie over hun ziekte en zorg. Een deel redt dit niet of minder goed. Dit legt een grotere druk op mantelzorgers dan voorheen. Menzis heeft in de Achterhoek een ledenraadpleging gehouden. De leden bevestigen de benodigde aandacht voor mantelzorgers evenals voor ouderen, mensen met ADHD of met een vorm van autisme.

## **4.2 Trends in de uitgaven**

### **Zorggebruik heeft kosten én baten**

In 2012 gaven we 83 miljard euro uit aan de gezondheidszorg volgens de definitie die het Centraal Planbureau hanteert in haar analyses van de zorguitgaven. Dit is bijna 5.000 euro per hoofd van de bevolking en 14% van het bruto binnenlands product. Het zorggebruik leidt niet alleen tot kosten, maar draagt ook fors bij aan een betere gezondheid. Een groot deel van de stijging in levensverwachting is toe te schrijven aan curatieve én de preventieve zorg. Ook in termen van patiënttevredenheid en toegankelijkheid is de kwaliteit van zorg in Nederland hoog.

### **Meeste geld naar zorg voor hart- en vaatziekten en psychische stoornissen**

Het meeste geld gaat naar de zorg voor patiënten met hart- en vaatziekten, psychische stoornissen (zoals schizofrenie, depressie en alcoholafhankelijkheid) en verstandelijke handicaps. Relatief snel stegen de zorguitgaven voor kanker, ziekten van zenuwstelsel en zintuigen en stofwisselingsziekten. Dit zijn ziekten die vooral bij ouderen optreden waardoor het effect van vergrijzing relatief sterk is. Bovendien zijn voor ziekten in deze groepen de laatste jaren veel nieuwe, relatief dure medicijnen ter beschikking gekomen.

### **Zorguitgaven blijven stijgen, maar onzeker hoe hard**

De zorguitgaven stegen tussen 2000 en 2012 gemiddeld met 4 tot 5% per jaar (bij gelijkblijvende prijzen), waarbij de groei de laatste jaren lager uitviel. Als percentage van het bruto binnenlands product (bbp) stegen de zorguitgaven in deze periode van ongeveer 10% naar bijna 14%. Wanneer deze trend zou doorzetten, stijgen de uitgaven aan zorg naar ongeveer 150 tot 170 miljard euro, ofwel 19% tot 21% van het bbp. Recente maatregelen in de curatieve zorg en de voorgenomen veranderingen in de organisatie en financiering van de langdurige zorg zijn mede bedoeld om deze trendmatige stijging af te buigen. Wanneer deze maatregelen het verwachte effect sorteren, dan leidt dat in 2018 tot een substantieel lagere groei dan de trendmatige projectie. Over de precieze omvang ontstaat de komende jaren meer duidelijkheid. (bron: GGDNOG)

### **Het verdienmodel in de zorg stimuleert nog geen preventie**

De curatieve zorg is gericht op het genezen van iemand die al ziek is. Zorgaanbieders worden betaald voor de zorg; er is geen (financiële) prikkel om te investeren in preventie. Iemand als Carl Verheijen maakt landelijk promotie voor een alternatief systeem. Zijn er minder kosten nodig voor onderzoeken, behandelingen en medicijnen, dan kunnen deze besparingen worden besteed aan preventie. dat biedt ruimte om het individu anders te benaderen.

## 5. Aanbevelingen voor een regionaal preventieprogramma

Er zijn interviews gehouden met ongeveer 40 betrokken partijen binnen het brede sociale domein in de regio Achterhoek. Zij beantwoordden de vragen wat gaat er goed en wat kan en moet beter? Wat doet u er aan en wat verwacht u van anderen? (zie bijlage 3).

De betrokken partijen onderschrijven unaniem het belang om te investeren in preventie. En bevestigen dat dit niet kan zonder regionaal en lokaal samen te werken, te ontschotten en met korte lijnen op de werkvloer. Preventieve interventies zijn vaak incidenteel en kleinschalig. Dit moet meer in samenhang worden georganiseerd, waarbij de kennis wordt gedeeld en de goede interventies structureel worden ingebed. Projecten moeten overgaan in programma's. Elke aanpak vraagt vanuit een mensvisie (positieve gezondheid) niet alleen de inzet van organisaties en gemeenten maar ook en vooral betrokkenheid van de inwoner(s).

Als inhoudelijke thema's zijn genoemd:

- Er is een grote hoeveelheid bronnen met gezondheidsgegevens. Hoe kunnen wij deze regionaal bundelen en een optimale dataverzameling en – analyse organiseren?
- Mensen met een lage sociaal economische status lopen meer gezondheidsrisico dan anderen. Dit is gerelateerd aan leefstijl, opleiding, (geen) werk, eventuele schuldproblematiek etc. Dit vraagt naast onderstaande punten een investering in armoedebestrijding.
- De leefstijl gebonden speerpunten worden breed onderschreven. Aanpak vereist een (ondersteuning aan) sport/beweeginfrastructuur met een aanbod dat aansluit bij de inwoners, ongeacht hun beperkingen en een samenwerking met de 1<sup>e</sup> lijn. Dit is verbonden aan gezonde voeding. Er zijn goede ontwikkelingen (zoals vitale sportparken en open clubs) en interventies; de meeste zijn echter incidenteel van aard. Wij moeten onderzoeken hoe wij deze kunnen continueren.
- Betrek het bedrijfsleven bij preventie; in ieder geval bij de leefstijlinterventies.
- Ondersteun en betrek vrijwilligers en ervaringsdeskundigen (in de keten).
- De extramuralisering vraagt een investering in wonen, welzijn en zorg en een verbinding met intramuraal. Betrek en ondersteun de mantelzorger/informele zorg. De gemeente zou het initiatief moeten nemen om de verbinding van de 0<sup>e</sup> met de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijns voorzieningen te leggen en te bewaken op wijk/buurt- niveau; enerzijds om elkaar en anderzijds om de sociale kaart beter te leren kennen.
- Rust de sociale teams goed/beter uit om het probleem van de cliënt(groepen) goed en tijdig te (h)erkennen. Rust hen ook goed uit om een gezonde leefstijl bespreekbaar te maken en de inwoner toe te leiden naar lichaamsbeweging en eventuele psychosociale ondersteuning.
- Werk de relatie gezondheid, participatie, onderwijs en werk verder uit. De thuis zittende jongeren (met een licht verstandelijke beperking) worden genoemd als speciale aandachtsgroep.



- ASS-problematiek komt onder de kinderen en vooral de jongeren steeds vaker voor, en geeft tevens een hoog ziekteverzuim. Het wordt voor hen bijvoorbeeld te druk op school, ze hebben een bepaalde structuur nodig, of er zijn spanningen/stress. Deze kinderen moeten tegenwoordig zoveel mogelijk naar het reguliere onderwijs door de invoering van het Passend Onderwijs. Eenmaal volwassen vinden zij moeilijk werk.
- De Omgevingswet (2019) vraagt om een relatie met gezondheid, en om een integrale en intersectorale beleidsontwikkeling. Dit biedt gemeenten de mogelijkheid om de samenhang tussen gezondheid, milieu, veiligheid en ruimtelijke ordening en leefomgeving te vergroten. Maak gebruik van de expertise bij de GGD.
- Maak gebruik van de technologische innovatieve kracht die er is in de regio Achterhoek t.b.v. thuishetchnologie (e-health, domotica).
- Zorg voor een goede ICT oplossing om efficiënt en met respect voor de privacy de nodige informatie te delen met partijen om de inwoner zelf beter de regie te laten voeren over zijn eigen leven.

### Hoe nu verder?

De aanbevelingen zullen worden uitgewerkt en waar nodig aangevuld in een regionaal preventieprogramma 'sociaal domein'.

Het regionale preventieprogramma geeft uitvoering aan de beleidskaders 'positieve gezondheid en preventie'. Het beschrijft waar wij als Achterhoekse gemeenten samen met onze partners aan willen werken, welke acties daarvoor nodig zijn en welke middelen. In het programma worden daarbij ook de lokale projecten en prioriteiten in beeld gebracht.

## BEGRIPPENLIJST

**ABCD taken:** Het GGD-bestuur heeft de GGD-taken ingedeeld A-, B-, C-, en D-taken. Deze indeling laat zien wat de verantwoordelijkheid van de gemeenten voor de verschillende GGD-taken is (meer info: <https://www.ggdnog.nl/thema-s-gemeenten/ggd-en-gemeenten/begroting-en-verantwoording>)

**ASS: Autisme Spectrum Stoornis.** Het is een verzamelbegrip voor verschillende vormen van autisme.

**ADHD: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder.** In het Nederlands: aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit.

**BBP: Bruto Binnenlands Product:** Het bbp is de totale toegevoegde waarde van alle in een land geproduceerde finale goederen en diensten.

**Bingedrinken:** in de laatste 4 weken of 5 of meer drankjes drinken bij 1 gelegenheid (E-Movo 2015).

**Domotica:** “huisautomatisering”: De integratie van technologie en diensten, ten behoeve van een betere kwaliteit van wonen en leven. Bij domotica draait het dan niet alleen om integratie van techniek en bediening in de woning, maar ook om de dienstverlening van buitenaf naar de woning.

**Eerstelijns zorg:** Is de rechtstreeks toegankelijke hulp. Elke zorgzoekende kan zonder beperkingen een beroep doen op een hulpverlener.

**e-health:** zorg via internet. Het is het gebruik van informatie- en communicatietechnologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg.

**Gezonde School:** Een Gezonde School besteedt zijn tijd en aandacht voor gezondheid zo effectief en efficiënt mogelijk.

**GGD NOG:** Gemeentelijke gezondheidsdienst in de regio Noord-Oost Gelderland

**GIDS gelden:** staat voor “Gezond in de stad” en heeft als doel om gezondheidsachterstanden te verminderen.

**Jeugdwet:** Deze wet, die op 1 januari 2015 is ingegaan, heeft tot doel het jeugdstelsel te vereenvoudigen en efficiënter en effectiever te maken. De primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de Jeugdwet ligt bij gemeenten.

**JOGG: Jongeren op Gezond Gewicht:** Programma dat gericht is om met advies, coaching en materiaal initiatieven uit de gemeente met elkaar te verbinden met als doel om meer jongeren op gezond gewicht te krijgen.

**Omgevingswet:** bundelt de wetgeving en regels voor ruimte, wonen, infrastructuur, milieu, natuur en water. En regelt daarmee het beheer en de ontwikkeling van de leefomgeving. Met de Omgevingswet wordt het stelsel van ruimtelijke regels volledig herzien. Planning is dat de Omgevingswet in 2019 in werking treedt.

**Overmatige alcohol drinken:** meer dan 14 glazen per week (mannen) of meer dan 7 glazen per week (vrouwen).

**Participatiewet:** De Participatiewet is een samenvoeging van de Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening en de Wajong. De wet is gericht op ondersteuning voor een ieder die deze behoeft bij het vinden van (betaald) werk.

**Passend Onderwijs:** Passend onderwijs legt een zorgplicht bij scholen. Dat betekent dat zij er sinds 1 augustus 2014 voor verantwoordelijk zijn om alle leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben een goede onderwijsplek te bieden. Daarvoor werken reguliere en speciale scholen samen in regionale samenwerkingsverbanden.

**Preventie:**

*Universele preventie*: collectieve preventie, die gericht is op de gehele bevolking.

*Selectieve preventie*: preventie die gericht is op specifieke (risico)groepen.

*Geïndiceerde preventie*: maatregelen om ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen, gericht op mensen met beginnende gezondheidsklachten.

*zorggerelateerde preventie*: maatregelen om verergering of complicaties van een ziekte of aandoening te voorkomen, of om de zelfredzaamheid te ondersteunen.

**Nuldelijnszorg**: Niet-professionele hulpverleners die zorgbehoevenden weer op weg helpen naar de eigenlijke gezondheidszorg of elkaar ondersteunen.

**Tweedelijns zorg**: Hulp en/of zorg waar je pas na verwijzing terecht kunt.

**VWS: ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport**: draagt de zorg voor de volksgezondheid. Dit betreft onder andere het beleid met betrekking tot ziekenhuizen, geneesmiddelen, ziektekosten en huisartsen. Ook het welzijnsbeleid zoals de ouderenzorg, het jeugdbeleid, de verslaafdenzorg en de maatschappelijke dienstverlening behoren tot het taakveld. Daarnaast is het ministerie verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van de sport.

**Wlz: Wet langdurige zorg**. De wet regelt het recht op zorg voor mensen met een zware en langdurige zorgvraag.

**Wpg: Wet Publieke Gezondheid**: regelt de organisatie van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van infectieziektecrises en de isolatie van personen/vervoermiddelen die internationaal gezondheidsgevaaren kunnen opleveren. Ook regelt de wet de jeugd- en ouderengezondheidszorg.

**Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning**: Wanneer er wordt gesproken over Wmo of de Wet maatschappelijke ondersteuning, dan wordt er gerefereerd aan de wet die op 1 januari 2015 is in gegaan. Deze wet stelt gemeenten verantwoordelijk voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen.

**Zvw: de Zorgverzekeringswet**. De wet die de verplichte basisverzekering regelt voor kortdurende, op genezing gerichte zorg voor iedereen die rechtmatig in Nederland woont of hier loon- of inkomstenbelasting betaalt. Deze wet is op 1 januari 2006 in werking getreden en vervangt o.a. de Ziekenfondswet (ZFW).

## BRONNEN

1. Ouderen- en volwassen monitor GGD NOG: [www.kvnog.nl](http://www.kvnog.nl)
2. Kindmonitor en E-movo GGD NOG; [www.kvnog.nl](http://www.kvnog.nl)
3. Verslag studiereis regio Achterhoek/sociaal domein naar Denemarken 10-13 oktober 2016 en achtergrondinformatie
4. Input voor beleid over statushouders voor de nota lokaal gezondheidsbeleid (GGD NOG 2017).
5. Uitgangspuntennota ouderen en preventie 2017 (GGD NOG)
6. Factsheet gezonde leefomgeving (GGD NOG 2017)
7. Kamerbrieven van het ministerie van VWS 2015-2016.
8. [www.raadvsnl.nl](http://www.raadvsnl.nl); raad voor de volksgezondheid en samenleving.
9. Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019.
10. Gespreksverslagen interviews: te bevragen bij de betreffende persoon/organisatie
11. De drank en horecawet art 43.a: preventie- en handhavingsplan alcohol.
12. <https://www.opnieuwthuis.nl/themas/overheidsdocumenten>
13. <http://www.werkwijzervluchtelingen.nl/feiten-cijfers/aantallen-herkomst.aspx>
14. [www.loketgezondleven.nl](http://www.loketgezondleven.nl)
15. [www.ggdnog.nl](http://www.ggdnog.nl);
16. Handreiking 4<sup>e</sup> nota lokaal gezondheidsbeleid voor de gemeenten Midden-IJssel / Oost-Veluwe
17. <https://www.in60seconds.nl/werk/de-omgevingswet>
18. [www.piktochart.com](http://www.piktochart.com) (plaatjes)

## BIJLAGEN

### 1. “Positieve gezondheid en preventie”: wat verstaan wij daar onder?

**“Positieve gezondheid en preventie”  
Een gemeenschappelijk kader als vertrekpunt voor het hele sociale domein**

#### **1. Aanleiding**

Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor een veelheid aan gedecentraliseerde taken vallend onder de Wmo 2015, de Jeugdwet, Passend onderwijs en de Participatiewet. In deze context werd “positieve gezondheid” -zoals omschreven door Machteld Huber<sup>8</sup>- gemeengoed. Dat is ook het geval in de regiogemeenten Achterhoek. Het past bij de Kanteling waar de nadruk ligt op eigen kracht en regie. En het past bij het bijbehorende streven naar een verschuiving van de 2<sup>e</sup> naar 1<sup>e</sup> en/of de 0<sup>e</sup> lijn.

De reeds bestaande Wet publieke gezondheid omarmt de term volksgezondheid. Gezondheid voor publiek of volk. Deze wet leunt op de definitie van de WHO<sup>9</sup>. Maar volksgezondheid kan ook goed ingevuld worden door uit te gaan van positieve gezondheid. Dit geldt eveneens voor andere onderwerpen binnen het sociaal domein (sport, cultuur, armoedebeleid...).

En spreekt men over gezondheid (ongeacht definitie), dan blijft de gouden regel gelden: “beter voorkomen dan genezen” en dus investeren in preventie.

#### **2. Preventie in het kader van positieve gezondheid**

Preventie is het voorkomen van (escalatie van) problemen en het handelen als de eerste signalen van problemen zich voordoen.

Preventie in het kader van positieve gezondheid is het voorkomen van verlies van het vermogen om je aan te passen en eigen regie over je leven te hebben én het tijdig ondersteunen bij (een dreiging van) het verlies ervan.

Wij zijn als gemeente voor een belangrijk deel verantwoordelijk voor preventie. Het gaat om preventie gericht op alle inwoners (Wpg, Jeugdwet, Participatiewet), groepen met een verhoogd gezondheidsrisico (Wmo, Jeugdwet), individuen met een gezondheidsprobleem ((Wmo, Jeugdwet).

Zorgverzekeraars en zorgkantoor hebben met name een verantwoordelijkheid t.a.v. individuen met een gezondheidsrisico en een verhoogd gezondheidsrisico<sup>10</sup> (Zvw, Wlz).

Dit vertaalt zich in universele preventie, selectieve, geïndiceerde en behandel gerelateerde preventie. Kortom, het gaat om preventie in het hele sociale domein.

Gemeenten hebben te maken met universele en selectieve preventie. De zorgverzekeraar/kantoor is primair verantwoordelijk voor geïndiceerde en behandel/zorggerelateerde preventie. Zie figuur 1.

---

<sup>8</sup> Machteld Huber (arts en onderzoeker [www.ipositivehealth.com](http://www.ipositivehealth.com))

<sup>9</sup> World Health Organisation

<sup>10</sup> Een op individueel niveau vast gesteld (verhoogd) gezondheidsrisico

**Figuur 1: Preventie op vier niveaus**

Gemeente

Gemeente/zorgverzekeraar

Alle mensen	(Risico)groep	(Risico)groep	Vroeg symptoom	Ziek/uitval	Chronische/ gehandicapte
Maatregelen omgeving	Voorlichting en bewustwording	Signaleren en adviseren	Preventie interventies	Behandeling	Zorg/ Participatie
<b>Universele preventie</b>	<b>Selectieve preventie</b>	<b>Selectieve preventie</b>	<b>Geïndiceerde preventie</b>	<b>Behandel gerelateerde preventie</b>	<b>Behandel gerelateerde preventie</b>
Gewoon gezond leven	Er op tijd bij zijn	Zelf bijsturen	Bijsturen met hulp	Behandelen	Voorkomen van erger

### 3. Positieve gezondheid: een handvat

Positieve gezondheid is het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven.

#### Zes pijlers

Er zijn zes dimensies oftewel PIJLERS van positieve gezondheid. Elk met zijn eigen indicatoren (of determinanten).

1. Lichaamsfuncties: *medische feiten/waarnemingen, fysiek functioneren, klachten/pijn, energie*
2. Dagelijks functioneren: *Basis ADL, instrumentele ADL, werkvermogen, health literacy*
3. Mentaal welbevinden: *cognitief functioneren, emotionele toestand, eigenwaarde/zelfrespect, gevoel controle te hebben, eigen regie, veerkracht*
4. Sociaal maatschappelijke participeren: *sociale en communicatieve vaardigheden, sociale contacten, betekenisvolle relaties, geaccepteerd worden, maatschappelijke betrokkenheid, betekenisvol werk*
5. Kwaliteit van leven: *welbevinden, geluk beleven, genieten, ervaren gezondheid, lekker in je vel zitten, levenslust/balans*
6. Zingeving: *zingeving, doelen/idealen nastreven, toekomstperspectief ervaren, acceptatie*



Centraal staat de *eigen beoordeling van de persoonlijke situatie* en wat iemand *daaraan zou willen veranderen*. Gezondheid is een middel om te doen wat iemand echt belangrijk vindt. Zingeving blijkt van alle pijlers de meest gezond makende factor.

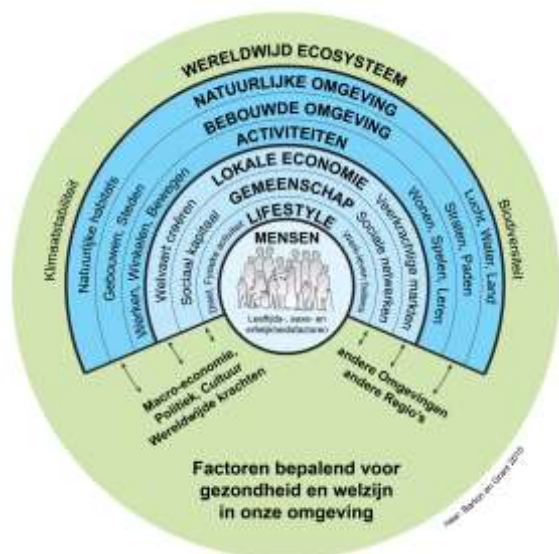
Gezondheid wordt dus niet alleen gezien als louter gezondheid in fysiologische zin, maar ook vooral op hoe mensen in het leven staan, en in hoeverre zij mee kunnen doen in de samenleving van alledag: het meedoen in het normale leven.

### **Factoren die gezondheid en welzijn in onze omgeving bepalen**

Het bevorderen van positieve gezondheid en zijn zes pijlers vraagt het bevorderen van een gezondheidsbevorderende omgeving. Deze wordt bepaald door verschillende factoren:

- Leeftijd, sekse en erfelijkheidsfactoren (biologisch bepaalde factoren): niet beïnvloedbaar door de lokale overheid
- Leefstijl
- Omgeving:
  - Sociaal economische omgeving
  - Fysieke omgeving
- Activiteiten die mensen kunnen ondernemen.

**Figuur 3: Factoren die gezondheid en welzijn in onze omgeving bepalen**



#### **4. Rol van de gemeente(n)**

Gemeenten hebben invloed op:

- De manier waarop zij de inwoners benaderen m.b.t. gezondheid en de zes pijlers van positieve gezondheid.
- De activiteiten en maatregelen die zij stimuleren en faciliteren gericht op een gezondheidsbevorderende omgeving : leefstijl, een gezonde fysieke en sociaaleconomische omgeving, en (de toegang tot) nulde en eerste lijnsvoorzieningen.

Gemeenten hebben daarmee de taak om te sturen op een gezondheidsbevorderende omgeving waar inwoners de ruimte hebben om daar zelf mede invulling aan te geven. Dat betekent:

1. Sturen op een gezonde fysieke en sociaaleconomische omgeving met een adequate infrastructuur; een infrastructuur is adequaat wanneer deze bijdraagt aan preventie.
2. Sturen op specifieke preventieprogramma's die:
  - uitgaan van de eigen beoordeling van de persoonlijke situatie door de deelnemer en wat iemand daar aan zou willen veranderen.
  - zich richten op het bevorderen van de eigen regie en zelf- en samenredzaamheid.
  - doen aan vroegsignalering/opsporen en toeleiding naar ondersteuning.
3. Sturen op samenwerking daarbinnen en daarbuiten, uitgaand van de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de inwoner:
  - als financier en opdrachtgever;
  - als uitvoerder.



## 2. Uitnodiging voor interview

### **Positieve gezondheid: een preventie programma! Welke actiepunten ziet u?**

Het beleid '**volksgezondheid**' van de acht Achterhoekse gemeenten (Montferland, Oost Gelre, Aalten, Winterswijk, Berkelland, Bronckhorst, Oude IJsselstreek en Doetinchem) is in 2016 toe aan een herziening. De actualiteit vraagt daarbij om een **verbinding met het hele sociaal domein**. Preventie is domein breed van belang. Centraal staat 'positieve gezondheid'.

Positieve gezondheid is het vermogen om *je aan te passen* en je *eigen regie* te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven

Op 24 maart 2016 hebben de portefeuillehouders in hun regionale overleg sociaal domein (POHO sociaal) **opdracht** gegeven aan 'volksgezondheid' om regionaal richtinggevende kaders te ontwikkelen en daarbij een regionaal actieprogramma op te zetten. Het kader en programma moeten aansluiten bij lopende projecten, het regionale sportprogramma en de regionale uitvoeringsagenda Sociaal Domein Achterhoek. Dit actieprogramma maakt bij voorkeur straks deel uit van een integraal preventieprogramma sociaal domein.

Richting gevend zijn voor ons **de factoren die van invloed zijn** op positieve gezondheid. Daar kunnen wij samen met elkaar sturing aan geven.

Positieve gezondheid wordt bepaald door verschillende factoren: biologisch bepaalde factoren (niet beïnvloedbaar door overheid), leefstijl, omgeving (sociaal economische omgeving en de fysieke omgeving); activiteiten die mensen kunnen ondernemen.

Wij maken voor de **ontwikkeling van het preventieprogramma** gebruik van de uitkomsten van (regionale) workshops en bijeenkomsten. Maar wij gaan ook graag met u in gesprek, als manager of bestuurder of juist als uitvoerder in het brede sociale domein. De uitkomsten kunnen bruikbaar zijn voor het brede sociale domein.

**Wij nodigen u uit voor een interview om mede invulling te geven aan dit actieprogramma. Wat is uw advies?**

Het interview hoeft niet langer te duren dan een uur. Leidraad van gesprek:

1. Wat gaat er volgens u goed?
2. Wat wilt u dat er morgen verandert?
3. Hoe gaat u dat aanpakken?
4. Wat verwacht u van de gemeente en van andere partners/belanghebbenden?

Wij zullen u op korte termijn benaderen voor een afspraak.

Met vriendelijke groet.

### 3. Overzicht geïnterviewde betrokkenen

<i>Doelgroep/ onderwerp</i>	<i>Organisatie</i>
Sociaal domein	Programmateam sociaal domein
	Projectleider samenwerking
Regio	8 gemeenten: Wethouders volksgezondheid
Publieke gezondheid	GGD NOG
Leefstijl	Sport beleidsambtenaren
	Kruiswerk Achterhoek
Participatie	UWV
	SDOA
GGZ	Proscoop
	GGNet preventie
Verslavingszorg	Iriszorg "Iris in de buurt"
ASS	Random Autisme
Jeugd	Leerplicht regiogemeenten Achterhoek
	Lindenhout
Ouderen	Kennisnetwerk kwetsbare ouderen West Achterhoek en Platform kwetsbare ouderen Oost Achterhoek
Mantelzorgers	VIT hulp bij mantelzorg
Vluchtelingen	Vluchtelingenwerk Oost Nederland
Verzekeraar	Menzis
1 <sup>e</sup> lijnszorg	BV Zorg
	Proscoop
	Huisartsenzorg Oost Achterhoek (HOOG)
Care	Sensire
	Azora

	Markenheem
	De Lichtenvoorde
	Estinea
Cure	Slingeland Ziekenhuis
	Streekziekenhuis Beatrix
Achterhoek 2020	Kennismakelaar: wonen Werken
Cliëntondersteuning	Ondersteuningsteam Oost Gelre
	Buurtplein Doetinchem
	St. MEE Oost
Inwoners/burgers	Zorgbelang Gld.
	Wmo en Sociale raden diverse gemeenten

De interviews zijn gehouden door H. Evers, beleidsadviseur van de GGD NOG in opdracht van de acht regiogemeenten/volksgezondheid. Een deel van de interviews is gehouden met ondersteuning van de beleidsmedewerker volksgezondheid en/of stagiaire van de gemeente Doetinchem. En een enkel interview op lokaal niveau is gehouden door de beleidsmedewerker volksgezondheid zelf.

De geïnterviewde partijen geven een indicatie van wat er speelt binnen het sociaal domein/gezondheidsdomein in de regio Achterhoek en wat er nodig is voor de toekomst. Dit betekent niet dat er de pretentie is dat alle partijen in de regio daarmee bevraagd zijn.

## 4. Factsheet met cijfers

Bevolkingsgroei	2014 (aantal, relatief)	2015 (aantal, relatief)	2016 (aantal, relatief)
Doetinchem	140 (0,25%)	343 (0.61%)	238 (0.42%)
Achterhoek	-935 (-0.23%)	488 (0.12%)	621 (0.16%)
Nederland	71.437 (0.42%)	78.394 (0.46%)	110.570 (0.65%)

Bron: CBS, Bevolkingsontwikkeling, regio per maand

Ouderen/vergrijzing (percentage 65+)	Doetinchem	Achterhoek	Nederland
		21.7%	18%

Bron: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2016/27/vergrijzing-meest-toegenomen-in-limburg>

Lage SES	% lager opgeleiden Ned. 2012: 30% regio NOG: 32%
Aalten	35
Berkelland	30
Bronckhorst	33
Doetinchem	33
Montferland	42
Oost Gelre	32
Oude IJsselstreek	37
Winterswijk	37
Achterhoek	35%

Bron: % lager opgeleiden: GGDNOG (Kompas volksgezondheid 2012): <http://www.kvnog.nl>

Taakstelling huisvesting statushouders	2014 Taak & realisatie	2015	2016
Aalten	26 -> 26	47	69
Berkelland	42 -> 22	77	114
Bronckhorst	34 -> 27	64	94
Doetinchem	53 -> 55	97	144
Montferland	33 -> 24	60	90
Oost Gelre	29 -> 20	52	75
Oude IJsselstreek	37 -> 41	68	101
Winterswijk	27 -> 28	50	75
Achterhoek		515	762

Bron: [www.ggdnog.nl/vluchtelingen](http://www.ggdnog.nl/vluchtelingen)

Dementie	2015	2020
Nederland	270.000	310.000
Provincie Gelderland	33.000	38.000
Doetinchem	970	1.100
Aalten	490	570
Berkelland	830	990

Bronckhorst	770	890
Oude IJsseltreek	750	840
Montferland	600	750
Oost Gelre	500	560
Winterswijk	580	640

Bron: Mensen met dementie per gemeente (Alzheimer Nederland) <https://www.alzheimer-nederland.nl/sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-per-gemeente.pdf>

Leefstijl	Jongeren		Volwassenen	
	Doetinchem	Achterhoek	Doetinchem	Achterhoek
<i>Roken</i>				
Ooit gerookt (> hele sigaret)	11%	14%		
Rookt nu dagelijks (alleen trekjes of hele sigaret of meer)	3%	4%		
Rookt (weleens)			24%	23%
<i>Alcohol</i>				
Laatste 4 weken alcohol gedronken (heel glas of meer)	59%	32%		
Laatste 4 weken dronken of aangeschoten geweest	13%	16%		
Drinkt alcohol			84%	87%
Zware drinker (regulier aantal dagen meer dan 6 glazen/dag/man en 4 glazen/dag/vrouw)			11%	18%
<i>Overgewicht</i>				
Matig overgewicht			34%	38%
Ernstig overgewicht			12%	12%
<i>(Gebrek aan) bewegen</i>				
Aantal dagen minstens 1 uur beweging (elke dag)	16%	20%		
Minstens 5 dagen/week minstens 1 uur beweging	52%	60%		
Norm Gezond Bewegen			61%	62%
Fitnorm			22%	22%
<i>Depressie</i>				
Depressieve gevoelens (licht)	5%	5%		
Depressieve gevoelens (matig)	3%	3%		
Depressieve gevoelens(ernstig)	4%	3%		
Risico op angststoornis of depressie (matig)			33%	32%
Risico op angststoornis of depressie (hoog)			6%	5%
<i>Diabetes</i>				
Heeft suikerziekte/diabetes			3%	3%

Bron cijfers jongeren: Tabellenboek E-MOVO 2015

Bron cijfers volwassenen: Tabellenboek monitor volwassenen en ouderen 2012;19-65 jarigen.