gemeente Oost Gelre

Lokaal gezondheidsbeleid Oost Gelre 2013-2016

‘Van ziekte en zorg’ naar ‘gezondheid en gedrag’

Oost Gelre, maart 2013

Inhoudsopgave

Voorwoord

1. Inleiding
2. Beleidskaders gezondheidsbeleid
3. Definities
4. Doelstelling lokaal gezondheidsbeleid
5. Gezondheidsgerelateerde beleidsontwikkelingen
6. Gezondheid in cijfers
7. Denkrichting voor de opzet van een uitvoeringsprogramma
8. Bijlage: Cijfers overzicht gezondheidsrisico's gemeenten Achterhoek

Voorwoord

Elke vier jaar stelt het Rijk een nieuwe beleidsnota vast op het gebied van de preventieve volksgezondheid. In deze nota legt zij de speerpunten voor de komende vier jaar vast. In deze in mei 2011 uitgekomen nota ”Gezondheid dichterbij” zijn de speerpunten: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcohol gebruik. De gemeenten zijn (mede) verantwoordelijk voor de preventie. Dit is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Gemeenten leggen hun beleid op het gebied van preventieve volksgezondheid ook vierjaarlijks vast. Voor u ligt de lokale nota Lokaal gezondheidsbeleid Oost Gelre 2013-2016.

Gezamenlijk product
De GGD Noord- en Oost- Gelderland heeft de nota op verzoek van en in nauw overleg met de acht Achterhoekse gemeenten geschreven. Voor deze aanpak is om een aantal redenen gekozen:

- De speerpunten lagen vast in het landelijk beleid;
- De gezondheidssituatie in de Achterhoek kent geen grote verschillen;
- In de Achterhoek bestaat er al jaren een nauwe samenwerking op het gebied van de uitvoering van het preventieve gezondheidsbeleid. Het succesvolle project Alcoholmatiging jeugd in de Achterhoek is hier een goed voorbeeld van.
- Door de gezamenlijke aanpak is de nota op een snelle en efficiente manier tot stand gekomen.

Ik ben er trots op u dit gezamenlijke product te kunnen presenteren. Een product waar u natuurlijk ook onze lokale cijfers in terug kunt vinden.

Actieve inzet bewoners
Uit onderzoeken die de GGD vierjaarlijks uitvoert onder jeugd, volwassenen en ouderen blijkt telkens weer dat Oost Gelre er binnen de Achterhoek vaak positief uitspringt. Vele jongeren zijn lid van een sportclub, ouderen voelen zich minder eenzaam dan elders in de Achterhoek en blijven tot op hoge leeftijd actief. Veel volwassenen blijven actief bij een sportclub betrokken.

Oost Gelre was één van de voorlopers binnen het alcoholmatigingsproject voor de jeugd. Recent is in samenwerking met de gemeente Berkelland en de GGD onderzoek gedaan naar de toegankelijkheid van gezondheidsvoorzieningen voor jongeren die depressieve gevoelens hebben. Jeugdbeleid en gezondheidsbeleid kwamen hier samen. Gezondheidsbeleid is dan ook geen geisoleerd beleid in onze gemeente. Het maakt onderdeel uit van ons sportbeleid, ons jeugd en Wmo beleid. We hebben alle ingrediënten om de komende vier jaar te investeren in een gezondere toekomst voor al onze inwoners.

In deze nota geven wij de kaders aan van het lokale preventieve gezondheidsbeleid. Jaarlijks geven wij in een uitvoeringsprogramma aan hoe wij het beleid concreet invullen. Hierbij zullen wij ook weer nauw met de Achterhoekse gemeenten samenwerken.

P.J. Wentink
Wethouder welzijn, sport, economische zaken en werkgelegenheid

1. Inleiding

Dit is de derde nota lokaal beleid volksgezondheid. De beleidskaders in de nota zijn een logisch vervolg op de kaders uit de tweede nota. Ze zijn waar nodig geactualiseerd.

Er is gebruik gemaakt van de nationale en regionale Volksgezondheid toekomst verkenning 2010 (VtV) en de GGD-monitors, die elke vier jaar uitkomen. De Raad voor volksgezondheid en zorg (RVZ) heeft waardevolle adviezen uitgebracht, die voor een deel in de nota zijn verwerkt. In mei 2011 verscheen de landelijke preventienota 'Gezondheid dichterbij' met de speerpunten voor de toekomst. Het sociaal profiel van de provincie Gelderland is in juni 2012 vastgesteld.

De regiogemeenten hebben de lokale nota samen opgepakt, de gemeenschappelijke richting bepaald en kijken waar de mogelijkheden tot samenwerking in de uitvoering liggen. Er wordt een regionaal en lokaal uitvoeringsprogramma Volksgezondheid opgesteld, die indien nodig tussentijds zal worden bijgesteld. Regionale projecten bieden schaalvoordeel. Er wordt aansluiting gezocht bij Achterhoek 2020. Het (belang van het) onderwerp komt breder voor het voetlicht.

Leeswijzer
De nota start met de beleidskaders voor de komende vier jaar (2013-2016). De verdere nota geeft toelichting en onderbouwing. In hoofdstuk 3 worden definities gegeven van (de bepalende factoren van) volksgezondheid en preventie. De doelstelling voor lokaal gezondheidsbeleid volgt in hoofdstuk 4. Er wordt geanticipeerd op landelijk, provinciaal en regionaal (gezondheids)beleid (hoofdstuk 5 en bijlagen). De Achterhoekse gezondheid wordt in cijfers weergegeven op basis van de regionale gezondheidsmonitors (hoofdstuk 6). Vervolgens wordt een eerste voorzet gegeven voor de inhoud van de uitvoeringsplannen (hoofdstuk 7).

Procedure
Dit beleidsplan Volksgezondheid en haar beleidskaders worden in de colleges van de 8 gemeenten besproken en ter besluitvorming voorgedragen aan de gemeenteraden. Dit geschiedt op verschillende tijdstippen.

Regionaal wordt een uitvoeringsplan opgesteld voor de projecten die gezamenlijk door 8 of enkele gemeenten worden opgepakt. Lokaal wordt jaarlijks gekeken welke initiatieven mogelijk op gemeentelijke schaal in het kader van volksgezondheid worden opgepakt. Bij de uitvoeringsplannen wordt uitgegaan van de lokale beleidskaders en de regionale overeenkomsten. Het uitvoeringsprogramma wordt door het college vastgesteld.

2. Beleidkaders gezondheidsbeleid

De beleidskaders vloeien voort uit de doelstelling, de wettelijke taken als gemeente, de gezondheidsrisico's van de inwoners en de gezondheidsfactoren waar de gemeente invloed op heeft.

1. Mensen blijven zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid; de gemeente biedt waar mogelijk en nodig ondersteuning opdat zij deze verantwoordelijkheid ook kunnen nemen.
2. De doelgroep bestaat uit de hele bevolking.
   Specifieke aandacht gaat uit naar de verschillende leeftijdscategorieën en mensen met een relatief lage sociale economische status; mogelijk laaggeletterden, uitkeringsgerechtigden. Ouderen zijn voor het eerst expliciet opgenomen in de Wpg art. 5a.
3. De gemeente heeft de regierol ten aanzien van het ontwikkelen en uitvoeren van het lokaal gezondheidsbeleid. Dit is gebaseerd op de wettelijke taak in het beschermen en bevorderen van de gezondheid van haar burgers (Wpg).
   Dit is van belang voor de verbinding van volksgezondheid met Wmo, jeugd, onderwijs, sport, arbeid, verkeer, milieu, ruimtelijke ordening, openbare orde en weiligheid, rampenbestrijding.
4. Leidraad voor interventies vormen de drie bepalende factoren van gezondheid 'leefstijl', 'fysieke en sociale (en virtuele)omgeving' en de 'beschikbaarheid van zorgvoorzieningen'.
5. Speerpunten op het gebied van *leefstijl* blijven dezelfde als de landelijke speerpunten: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Seksuele gezondheid (van met name jeugd en risicogroepen) vormt hier een aanvulling op. Leefstijlinterventies zijn zoveel mogelijk bewezen effectief.
6. De gemeente voldoet op het gebied van *fysieke omgeving* minimaal aan de wettelijke normen voor de verschillende milieuonderdelen en bevordert een duurzaam leefmilieu ook ten gunste van de volksgezondheid.
7. Als het gaat om preventie en aanbod *gezondheidsvoorzieningen* stimuleert en faciliteert de gemeente:
   - de aanwezigheid van eerste- en tweedelijnszorgvoorzieningen voor zijn inwoners;
   - de doorverwijzing van de eerstelijn naar de nuldelijn (gemeentelijke sport en welzijnsvoorzieningen);
   - samenwerking in de zorgketen.
8. De GGD blijft de belangrijkste adviseur volksgezondheid van de gemeente voor de hele keten van preventie. Dit vraagt verdere versterking van:
   - de regie door gemeente (stuurkracht) over de GGD;
   - de adviesfunctie door verdere verbetering van de epidemiologische gegevens richting kennis op detailniveau.
9. In het kader van de ketengerichte aanpak wordt daarnaast de samenwerking met Caransscoop (de Regionale Ondersteuningsstructuur van de eerstelijnszorg), de eerstelijn zelf en de zorgverzekeraar(s) verstevigd en vergroot[1].

[1] Zie volksgezondheidstoekomstverkenning 2010 samenwerking ten behoeve van vermindering van de gezondheidsverschillen; zie ook het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg/RVZ, dec. 2011 pag. 31; het is van belang dat gemeenten en zorgverzekeraars samen gezondheidsplannen op wijk/buurtniveau gaan maken en uitvoeren' en collectieve preventie een plek krijgt in de eerstelijnsgezondheidszorg (RVZ, dec. 11 pag. 31).

3. Definities

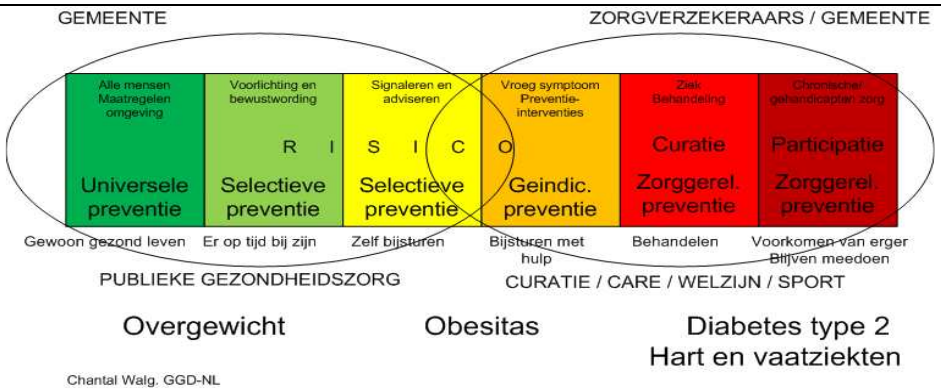
Volksgezondheid
Gezondheid wordt door de World Health Organisation (WHO) omschreven als de optelsom van het sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden van de mens. Bepalende factoren (de zogenaamde determinanten) zijn: erfelijke en biologische factoren, leefstijl, sociale en fysieke omgeving en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen. Ten aanzien van de eerste factor hebben gemeenten geen enkele rol. De beleidskaders zijn gericht op de overige drie determinanten.

De gezondheid van een mens wordt onder andere bepaald door zijn gedrag. Daar is hij zelf verantwoordelijk voor. Maar leefstijl van iemand wordt ook bepaald door zijn omgeving.
De sociale omgeving beïnvloedt mensen met zijn groepsnormen en waarden.
De sociaal economische positie is van invloed op de bereikbaarheid van gezond en gevarieerd voedsel c.q. de consumptie van kant-en-klaar producten waarin vooral het gehalte van zout en suikers (vaak) onnodig en ongezond hoog is.
De fysieke omgeving bepaalt de mogelijkheden die er zijn voor gezond of ongezond leven: ‘hoe dichtbij is de snackbar?’
De virtuele omgeving geeft toegang tot informatie en kennis via internet. Deze zorgt er ook voor dat het zittende leven wordt versterkt en in enkele gevallen dat mensen (jongeren) het onderscheid tussen fictie en werkelijkheid slechter onderscheiden.
Het gaat concreet om wonen, milieu, veiligheid, inkomen,onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten.

Preventie
Preventie wordt geherdefinieerd; de klassieke indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie geeft problemen bij de afgrenzing van de verzekerde preventie binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). In navolging van het College voor Zorgverzekerden (CVZ) gaan we uit van de vierdeling universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (zie kader).

Klassieke definiëring van preventie
- Primaire preventie is het voorkomen van ziekten en bevordering gezondheid; Secundaire preventie is vroegtijdige signalering van ziekten, Tertiaire preventie is tekorten in de gezondheidstoestand tegemoet komen, zelfredzaamheid verhogen, kwaliteit van leven verbeteren.

CVZ
- Universele preventie is gericht op de hele bevolking om het ontstaan van ziekte of risicofactoren te voorkomen of te verminderen.
- Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog) risicogroepen in de bevolking en bevordert de gezondheid m.b.v. specifieke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.
- Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/behandeling.
- Zorggerelateerde preventie is gericht op individuen met een ziekte of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.



Er is ruimte voor samenwerking tussen gemeente/GGD en zorgverzekeraar daar waar selectieve preventie en geïndiceerde preventie elkaar raken.

4. Doelstelling lokaal gezondheidsbeleid

Het hoofddoel van het lokaal gezondheidsbeleid is het minimaal behoud en/of bereiken van meer gezondheidswinst.

Dit betekent dat de gemeentelijke inzet is gericht op:
- gezondheidsbescherming, bevordering en het voorkomen van ziekten;
- ziektepreventie in de gemeente is bestemd voor alle inwoners;
- specifieke aandacht voor kwetsbare groepen en 'hun' knelpunten om daar gezondheidswinst te boeken;
- het beperken van de tweedeling in gezondheid.

Het effect van gezondheidswinst is:
- meer kwaliteit van leven
- meer kans op meedoen in de samenleving
- minder kans op armoedeval
- minder zorg en Wmo-kosten
- meer kans op het behoud van een betaalbare verzorgingsstaat

De trend waarbij verantwoordelijkheden vanuit de AWBZ naar de Wmo worden overgeheveld, maakt dat het belang van een goede gezondheidspreventie is toegenomen. Immers, in toenemende mate worden gemeenten geconfronteerd met de (financiële) gevolgen die uit een ongezonde leefstijl van burgers voortkomen en tot gebruik van voorzieningen leiden. Ditzelfde geldt uiteraard ook voor de transitie van de jeugdzorg.

Gemeenten zijn bij uitstek het juiste besturingsniveau voor de publieke gezondheid[2]. Op dit niveau zijn goede verbindingen te maken tussen verschillende factoren die van invloed zijn op gezondheid en lokale partners. Bovendien staat de gemeente het dichtst bij de burgers en heeft goed zicht op de maatschappelijke problemen.

Wat betreft de meetbaarheid van de doelstellingen is er landelijk steeds meer discussie en onderzoek naar of en in hoeverre doelstellingen op het gebied van volksgezondheid meetbaar gemaakt kunnen worden. Daar blijken aardig wat haken en ogen aan te zitten[3].

De uitgangspunten voor beleid en de beleidskaders zelf geven richting hoe naar deze gezondheidswinst wordt gestreefd. In het uitvoeringsprogramma, wat volgt na vaststelling van de beleidskaders, wordt zo concreet mogelijk aangegeven wat de interventies zijn en hoe de resultaten gemeten (kunnen) worden. Het is mogelijk om resultaten voor de korte termijn te definiëren. Bijvoorbeeld het percentage mensen (jeugd, 55+) dat sport en beweegt (sportschool, sport-vereniging); Het is echter bekend dat het bereiken van de effecten op de volksgezondheid over het algemeen een kwestie van lange termijn is. Daar komt bij dat kortdurende gedragsinterventies niet blijken te werken en inzet op de langere termijn nodig is. Een goede investering in preventie moet op den duur kosten besparend zijn.



Met de komst van de Wmo en de decentralisatie Jeugdzorg en extramurale Begeleiding worden gemeentelijke investeringen voor preventie nu ook op de lange termijn voelbaar in de eigen gemeentelijke financiële huishouding

[2] Bron: VNG, 'Toekomstvisie op publieke gezondheid; maatschappelijke vraagstukken centraal- verbinden verschillende beleidsdomeinen'; feb. 2009
[3] Bron: RVZ, achtergrondstudie 'sturen op gezondheidsdoelen' juni 2011

5. Gezondheidsgerelateerde beleidsontwikkelingen

Ter onderbouwing van deze nota zijn een aantal belangrijke beleidsontwikkelingen op landelijk, provinciaal en regionaal niveau -van belang voor de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid voor de komende jaren- in beeld gebracht.
Welvaartsziektes domineren met de komst van nieuwe voedseltechnologieën (toename aan vetten, zouten en suikers), auto's, automatisering, digitalisering en daarmee de verminderde noodzaak tot bewegen. Zij zijn vermijdbaar maar chronisch als ze niet worden voorkomen. Wij mensen blijken ons evolutionair niet zo snel te kunnen aanpassen aan deze 'nieuwe' omstandigheden. Kwetsbare groepen worden het snelst getroffen (zie kader).

Kinderen, jongeren, mensen met een sociaal lagere status en laaggeletterden zijn extra kwetsbaar voor het ontwikkelen van welvaartsziekten. Kinderen en jongeren staan bloot aan veel verleidingen ten aanzien van eten, roken en alcohol en reageren daar nog impulsief op. Door marketing en groepsdruk van deze producten en de verslavende werking van sommige genotsartikelen zijn zij niet altijd in staat om de effecten van ongezond gedrag voor de langere termijn te overzien. Beschadiging van het jonge brein ligt op de loer. Bij mensen met een lagere sociaal economische status komen tevens een aantal ongunstige factoren samen waardoor zij een kortere (gezonde) levensverwachting hebben dan mensen met een hogere economische status. Het gaat hierbij om het hebben van een minder gunstige fysieke en sociale context en het gegeven dat relevante informatie deze groep moeilijker bereikt en dat zij deze informatie moeilijker verwerken. Mensen met een sociaal-economische lage status gedragen zich relatief vaak ongezond, omdat het korte termijngenot het wint van de op lange termijn te behalen gezondheidswinst. Nb Ongezond voedsel is vaak ook weer goedkoper dan gezond voedsel. (Bron: RVZ, achtergrondstudie 'welvaartsziektes: andere ziekten, andere aanpak' dec. 2011 pag. 13).

Het landelijk beleid heeft sinds 2007 als speerpunten: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Tegelijkertijd legt de landelijke preventienota 'Gezondheid Dichterbij' van 2011 de nadruk meer dan voorheen op eigen kracht en eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheid. Sleutelbegrippen werden 'bewegen' en 'jeugd'. Dit kwam ook terug in de landelijke beleidsbrief sport uit 2011. 'Gezondheid Dichterbij' onderstreept ook dat gemeenten het eerst aan zet zijn als het gaat om preventie.

De gemeenten wordt meer gevraagd met minder (Rijks)middelen. De nadruk op de eigen verantwoordelijkheid en de rol van de lokale overheid op het gebied van preventie heeft geleid tot het stopzetten van landelijke effectieve leefstijlcampagnes zoals 'stoppen-met-roken'. Daarnaast zijn preventieve producten uit het basispakket van de zorgverzekeraars geweerd. Er waren bijvoorbeeld verregaande afspraken over de opname van de Beweegkuur in de polis, die uiteindelijk niet mochten worden uitgevoerd. Specialisten hebben gewaarschuwd dat het stopzetten van goedwerkende voorlichtingsprogramma's een groot risico tot terugval kon betekenen. De RVZ[4] beschrijft de tekortkoming in het zorgverzekeringsstelsel dat gericht is op zorg (hoge kosten) en niet op gezondheid (lage kosten) en waar nu geen plek is voor dekking van preventie. De landelijke overheid heeft daarnaast bezuinigingen doorgevoerd op kennisinstituten en onderzoeksinstellingen. Er is bijvoorbeeld relatief weinig geïnvesteerd in bewezen effectieve preventieve programma's in vergelijking met medicijnontwikkeling.

Gegeven deze ontwikkelingen is het dan ook niet onlogisch dat in de Volksgezondheids toekomstverkenning 2010 (VTV) wordt gemeld dat de gemeentelijke gezondheidsbevordering op deze manier naar verwachting geen substantiële bijdrage zal leveren aan de vermindering van deze volksgezondheidsproblemen. Het advies is:
1. het verder verspreiden van effectief gebleken preventieprojecten in gemeenten;
2. het beter op elkaar afstemmen van preventie en behandeling.

[4] Bron: RVZ, achtergrondstudie 'welvaartsziektes: andere ziekten, andere aanpak' dec. 2011, pag. 19

6. Gezondheid in cijfers

Er is voor gekozen om allereerst de cijfers voor de hele Achterhoek in beeld te brengen. De cijfers maken inzichtelijk wat de gemeenschappelijke regionale gezondheidssituatie is en wat eventueel gezamenlijk aangepakt kan worden. De regio wordt vergeleken met de andere regio's van GGD Gelre-Ijssel: Noord Veluwe, Midden Ijssel/Oost Veluwe.

Bewegen en overgewicht
In de regio Achterhoek beweegt 16% van de 4- tot en met 11-jarigen minder dan zeven uur per week. Van de middelbare scholieren voldoet 82% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Op grond van die norm moeten jongeren iedere dag één uur ten minste matig intensief bewegen. In de Achterhoek voldoet 23% van de volwassenen en 39% van de ouderen niet aan de NNGB. Die norm stelt dat volwassenen en ouderen op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week, een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit nodig hebben. In de Achterhoek hebben relatief veel kinderen en jongeren voldoende beweging vergeleken met elders in de regio Gelre-IJssel.

Regelmatig voldoende beweging verlaagt het risico op het ontstaan van ziekten, zoals coronaire hartziekten, diabetes en depressie. Daarnaast kan voldoende beweging overgewicht voorkómen en terugdringen.

De regering streeft ernaar dat er voor iedere Nederlander een passend sport- en beweegaanbod in de buurt aanwezig is, dat bovendien veilig en toegankelijk is. Om dit te realiseren moet binnen gemeenten worden samengewerkt bij diverse beleidsterreinen als volksgezondheid, jeugd, ruimtelijke ordening, welzijn en veiligheid. Daarnaast is het belangrijk om gebruik te maken van de bestaande lokale netwerken van diverse betrokken organisaties in de sportsector, onderwijs, kinderopvang, welzijn, zorg, woningcorporaties en het bedrijfsleven.

Overgewicht komt meer voor naarmate mensen ouder zijn: van de 5-jarigen in de Achterhoek heeft 11% overgewicht, van de 14-jarigen 16%, van de volwassenen 49% en van de ouderen 64%. In de Achterhoek komt bij meer volwassenen en ouderen overgewicht voor dan in de rest van de regio Gelre-IJssel.

Overgewicht en vooral obesitas zijn belangrijke risicofactoren voor verschillende aandoeningen, zoals diabetes, hartziekten en artrose. Bovendien leiden ze vaak tot lichamelijke beperkingen, psychosociale problemen, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid.

Het ministerie van VWS streeft naar een stabilisatie van het aantal volwassenen met overgewicht en een daling van het aantal kinderen met overgewicht. In de regio Gelre-IJssel zijn beide doelstellingen nog niet gehaald en is overgewicht dus nog steeds een groot probleem. Een integrale en langdurige aanpak is nodig om overgewicht tegen te gaan. De sleutel voor een duurzame oplossing ligt in gezamenlijke acties van partijen en beleidssectoren om de leefomgeving gezonder te maken. Elke verandering in de fysieke en sociale omgeving die te veel eten ontmoedigt, het voedselaanbod gezonder maakt of lichamelijke activiteit bevordert, draagt bij aan de preventie van overgewicht.



Roken
Van de middelbare scholieren in de Achterhoek rookt 17%, van de volwassenen 23% en van de ouderen rookt 10%. Ook meeroken is een risico voor de gezondheid. Zeven procent van de kinderen en 31% van de middelbare scholieren is in de week voorafgaand aan het onderzoek thuis blootgesteld aan tabaksrook.

Roken is de belangrijkste vermijdbare oorzaak van vroegtijdige sterfte en van veel chronische ziekten, zoals longkanker, chronische longziekten en hart- en vaatziekten.

Het ministerie van VWS streefde naar een daling van 28% rokers in 2005 naar 20% in 2010. In 2010 lag het percentage rokers in Nederland echter nog op 27%.

Alcoholgebruik
Veel jongeren in de Achterhoek drinken al voor hun zestiende: van de tweedeklassers in het voortgezet onderwijs (13- en 14-jarigen) drinkt 17% regelmatig alcohol. Ruim de helft van de vierdeklassers (15- en 16-jarigen) is een binge drinker; zij hebben in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek bij minstens één gelegenheid vijf of meer glazen alcohol gedronken. Bijna tweederde van de volwassenen en ruim eenderde van de ouderen vanaf 65 jaar voldoet niet aan het advies voor alcoholgebruik van de Gezondheidsraad (d.w.z. niet meer dan twee glazen alcohol per dag voor mannen en niet meer dan één glas per dag voor vrouwen). Onder jongeren en volwassenen is het alcoholgebruik in de Achterhoek groter dan elders in de regio Gelre-IJssel.



Het gebruik van alcohol is schadelijk voor de gezondheid. Het heeft negatieve effecten op bijna alle organen van het menselijk lichaam. Naast gezondheidsschade is vaak sprake van sociale schade, zoals schooluitval en werkeloosheid. Alcoholgebruik hangt vaak samen met een bredere problematiek, zoals gedragsstoornissen, schoolverzuim en agressief gedrag. Ook het gedrag van ouders is bepalend; veel mensen vinden het nog ‘gewoon’ dat jongeren te veel drinken. Een harde grens tussen schadelijk en niet-schadelijk alcoholgebruik bestaat niet. De Gezondheidsraad adviseert gezonde volwassen mannen niet meer dan twee glazen alcohol per dag te drinken en gezonde volwassen vrouwen niet meer dan één glas per dag. Jongeren verdragen alcohol slechter omdat ze nog in de groei zijn. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd kan leiden tot hersenschade. Daarom adviseert het Trimbos-instituut om alcoholgebruik zo lang mogelijk uit te stellen, in ieder geval tot het zestiende jaar. Hoe langer men wacht, hoe beter het is.

Het kabinet wil met het landelijke alcoholbeleid bereiken dat kinderen niet voor hun zestiende jaar gaan drinken, jongeren minder gaan drinken, minder mensen alcoholafhankelijk worden en dat - gegeven de schadelijke gevolgen - het overmatig alcoholgebruik wordt verminderd. (Landelijk wordt een samenhangend pakket van verschillende instrumenten ingezet om schadelijk alcoholgebruik te beperken, waaronder voorlichting, wet- en regelgeving, afspraken met de alcoholbranche en accijnsheffing op alcoholhoudende drank. Gemeenten hebben verschillende mogelijkheden vanuit de Drank- en Horecawet om op lokaal niveau invulling te geven aan het alcoholbeleid. Voorbeelden hiervan zijn het verhogen van de leeftijdsgrens voor verkoop, sluitingstijden van cafés koppelen aan leeftijden en beleid rondom ontheffingen. De preventie van verslavingsproblemen behoort ook tot de prestatievelden van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Gebruik genotsmiddelen
In de regio Achterhoek gebruikte in 2011 4% van de middelbare scholieren cannabis en 1% harddrugs in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek. Van de volwassenen gebruikte in 2008 2% cannabis en minder dan 0,6% harddrugs in de vier weken voorafgaand aan het onderzoek.

De gezondheidsrisico’s van cannabisproducten (hasj, marihuana) zijn relatief onschuldig in vergelijking tot die van roken en alcoholgebruik. Cannabis heeft geen sterk verslavende werking. Het risico van afhankelijkheid neemt wel toe bij langdurig frequent gebruik.
Harddrugs zoals heroïne, cocaïne, amfetamine en XTC zijn doorgaans schadelijker voor de gezondheid dan cannabis. Veel harddrugs, zoals heroïne en cocaïne, zijn sterk lichamelijk of geestelijk verslavend.

Diabetes mellitus oftewel suikerziekte type 2
In de regio Achterhoek komt bij 14% van de bevolking diabetes voor. Dit zijn met name 65-plussers. Op basis van de verwachte bevolkingssamenstelling van de regio Achterhoek zal het aantal inwoners met diabetes tussen 2010 en 2020 met 3% toenemen, waardoor het totaal op ongeveer 17% zal uitkomen.

In Nederland is diabetes mellitus één van de meest voorkomende ziekten. Ongeveer 90% van de mensen met diabetes mellitus heeft diabetes mellitus type 2. Risicofactoren hiervoor zijn onder andere overgewicht en onvoldoende bewegen. Diabetes mellitus type 2 komt vaker voor naarmate men ouder wordt. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met diabetes mellitus type 2 dan ook sterk toenemen.

Wat betreft diabetespreventie is de meeste winst te behalen bij de groepen met een hoger risico op diabetes. Dit zijn jongeren met overgewicht, mensen met een lage sociaal economische status, allochtonen met een bovenmatig risico op diabetes en mensen die een voorstadium van diabetes hebben maar dat nog niet weten. Omdat diabetes met leefstijlinterventies teruggedrongen kan worden, liggen hier veel kansen. De rol van de gemeenten is belangrijk bij het verbinden van preventie met de eerste lijn. Gemeenten en GGD worden daarmee natuurlijke partners van de eerstelijnszorg en de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Het opstarten van samenwerking van partijen rondom diabetes is kansrijk.

Depressie
In de Achterhoek heeft ruim een derde van de volwassenen en ouderen een verhoogd risico op angststoornissen of depressie. Bij middelbare scholieren komen depressieve gevoelens voor bij 13%. Dit percentage is iets lager dan elders in de regio Gelre-IJssel.



Risicofactoren voor depressie zijn: vrouwelijk geslacht, leeftijd van 25 tot 45 jaar, familiegeschiedenis van depressie, persoonlijkheidskenmerken als excessieve geremdheid en geringe zelfwaardering, armoede, traumatische ervaringen, weinig sociale steun en de aanwezigheid van ziekte. Mensen met depressie zijn vaak ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren en hun kwaliteit van leven gaat achteruit.

Voor depressiepreventie stelde het ministerie van VWS in de nota 'Kiezen voor gezond leven' het doel als volgt: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies. Volgens het RIVM lijkt deze doelstelling landelijk gehaald. Voor de regio Gelre-IJssel is het niet bekend of meer mensen hulp krijgen.

Ouderengezondheidszorg
Op 1 januari 2012 was 19% van de inwoners van de regio Achterhoek 65 jaar of ouder. In de komende jaren zal het aantal 65-plussers verder toenemen. Het aantal 80-plussers zal in de periode 2010-2030 zelfs bijna verdubbelen van 13.800 tot 25.500.

De gemeente draagt volgens de Wpg zorg voor het monitoren, signaleren en voorkómen van gezondheidsproblemen bij ouderen. Ook vanuit de Wmo, die tot doel heeft te bevorderen dat iedereen kan meedoen aan de maatschappij en zelfstandig kan blijven wonen, is een goede gezondheid voor ouderen van belang.

Voor een verbetering van de volksgezondheid is het niet voldoende dat de levensverwachting toeneemt. Belangrijker is dat er gezonde levensjaren bijkomen en dat mensen wanneer zij ouder worden niet met allerlei ouderdomskwalen te maken krijgen of beperkingen ervaren die hen verhinderen om aan het maatschappelijke leven deel te nemen. Gemeenten kunnen door maatregelen in de ruimtelijke ordening en door het regisseren van samenwerking tussen lokale en regionale organisaties bijdragen aan een fysieke en sociale omgeving waarin ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven functioneren.

Seksuele gezondheid
Van de middelbare scholieren (klas 2 en klas 4) in de regio Achterhoek heeft 15% geslachtsgemeenschap gehad. Klas 4 heeft daar het grootste ‘aandeel’ in. Bijna de helft van deze groep gebruikt niet altijd een condoom. Jongeren in de Achterhoek gebruiken vaker een condoom bij geslachtsgemeenschap dan jongeren elders in de regio Gelre-IJssel.

Over seksueel overdraagbare aandoeningen (soa’s) zijn alleen cijfers bekend voor de regio Gelre-IJssel. Sinds 2007 worden er jaarlijks meer soa-infecties vastgesteld bij bezoekers van het soa-spreekuur van GGD Gelre-IJssel.

Seksuele gezondheid gaat zowel over de fysieke gezondheid als over gedrag op het gebied van relaties en seksualiteit. Het bevorderen van de seksuele gezondheid vloeit voort uit de Wpg, waarvoor gemeenten en GGD’en verantwoordelijk zijn. Het is goed om de preventie van seksueel risicogedrag te richten op kwetsbare groepen bij zowel jongeren als volwassenen. Het gaat dan om laagopgeleide jongeren, allochtonen, mannen die seks hebben met mannen en (jeugd)prostituees en hun klanten. Voor jongeren onder de 25 jaar met vragen over hun seksuele gezondheid bestaan er de Sense-consulten. In de regio Gelre-IJssel worden in vergelijking met de andere GGD’en in Oost-Nederland relatief weinig Sense-consulten uitgevoerd**.** De gemeenten kunnen een bijdrage leveren aan het vergroten van de bekendheid van Sense-consulten onder inwoners en lokale professionals.

Gezondheidsrisico's in Oost Gelre per leeftijdscategorie: regionale VTV 2010

Gezondheid	Percentage 2010
Chronische ziekten	
Diabetes	17% van de ouderen
Gewrichtsslijtage	37% van de ouderen
Coronaire hartziektes	8% hartinfarct onder ouderen
Verandering van aantal inwoners met dementie (2010-2020)	35%[5]
Valongevallen (laatste 3 mnd gevallen)	19**%** van de ouderen (65+)
Vaccinatiegraad RVP	68%-98%
Kwaliteit van leven	
Gezondheid als goed ervaren	jong-volw-oud:97%- 89%-70**%**
Psychische klachten	jong-volw-oud:13%-9%-12**%**
Risico op angststoornis/depressie	volw-: 36%
Indicatie psycho-sociale problemen	4-18jr: 10%
Eenzaamheid	volw-oud: 34%-34**%**
Gezondheidsdeterminanten	
a. Leefstijl	
Overgewicht	
- 5 jarigen	8%
- 14 jarigen	15%
- volwassenen	44%
- ouderen	58%
Roken	jong-volw: 17**%-**26**%**
Meeroken	kinderen-jongeren: 7%-27%
Alcoholgebruik	
- 13 en 14 jarigen; die drinken;	15%
- 15-16 jarigen; binge drinken	63%
- volwassenen en ouderen; die niet het advies van de gezondheidsraad volgen	Volw 35%, oud 25%
Ned. norm gezond bewegen	
- 4 tot 11 jaar	15% < 7u./week
- 12-18 jaar	83% < 1u./dag
- volwassenen	21%< 0,5u/dag//5 dagen/week
Voedingsadvies:	
Ontbijt niet dagelijks	0 t/m 11 jaar 3% Middelbare scholieren 12% 19 t/m 64 jaar 19% 65 jaar en ouder 6%
Seks en onveilige seks	Middelbare scholieren 4%
b. Fysieke omgeving	
ventileert onvoldoende woonkamer, slaapkamer	46%, 21%
ondervindt ernstige geluidshinder	16%
c. Sociale omgeving	
Jongeren met ziek gezinslid	31%
Sociale contacten (lid van vereniging)	jong.-volw. 85% - 69**%**
Onveilig in woonwijken ('s nachts)	jong.-volw. : 19%-12%
Is ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld	jong-volw: 4%-10%

jong. = middelbaar scholieren; volw.= volwassenen; oud. = 65+ers.

[5] Dementienetwerk Oost Achterhoek meldt het voorkomen van 437 dementerenden in 2011 en berekende een toename tot 799 dementerenden in 2030 (Rapportage dementie 2011).

7. Denkrichting voor de opzet van een uitvoeringsprogramma

Het uitvoeringsprogramma zal worden gebaseerd op de beleidskaders. De interventies zijn zoveel mogelijk:

- intersectoraal (binnen de zorg en tussen sectoren/organisaties);
- bewezen effectief;
- kostenprikkelend;
- gericht op de landelijke speerpunten;
- aansluitend bij initiatieven in de wijk/buurt/kern;
- aansluitend bij de doelgroep; met extra aandacht voor de kwetsbaren.

Kortdurende interventies werken beperkt. De continuïteit van effectieve programma's moet zoveel mogelijk worden gegarandeerd. Dit vraagt o.a.:

- politiek draagvlak;
- (financiële) middelen;
- een zorginfrastructuur, die de interventie duurzaam uit kan voeren.

De financiële middelen van de gemeente(n) zijn beperkt. De financiering van de GGD vormt de belangrijkste post op de begroting. Er moet worden gezocht naar zoveel mogelijk slimme verbindingen. Dit kan enerzijds door regionale samenwerking en anderzijds door integrale lokale samenwerking en bundeling van middelen.
In de praktijk zal dit een voortzetting van lopende projecten zijn en een mogelijke start van nieuwe projecten. Elke activiteit/project vraagt om een monitoring en evaluatie.

Voor de lopende projecten wordt verwezen naar de beschreven resultaten 2009-2012. Hieronder volgt een opsomming van mogelijke nieuwe activiteiten. Deze opsomming is wellicht niet compleet; het geeft wel aan in welke richting wordt gedacht als het gaat om de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid. Dit vanuit de regiefunctie van de gemeenten.

Leefstijl

Bewegen en overgewicht

- Per gemeente zicht krijgen op het totale aanbod en streven naar integraal beleid
- Sport-, gezondheids-, onderwijs en ruimtelijk beleid met elkaar verbinden (aantrekkelijke wandel- en fietspaden, sportvoorzieningen, beweegvriendelijke schoolpleinen etc)
- Uitwerking en besluitvorming over project Met gezonde Jeugd naar een Vitale Toekomst (Achterhoek 2020)
- Voorgaande betekent een uitwerking van het project GKGK (Gezonde Kinderen in Gezonde Kindomgeving) en onderzoeken in hoeverre uiteindelijk regionaal JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) geïmplementeerd kan worden.
- Inzet buurtsportcoaches.
- In geval van overgewicht aandacht vragen/hebben voor gezonde voeding.

Depressie

- Gebruik maken van de onderzoeksresultaten naar depressie onder jongeren in de gemeenten Berkelland en Oost-Gelre. Hoe gaan we meer kinderen in een voorstadium van depressie bereiken? (platform jeugdzorg-jeugdbeleid)

Seksualiteit

- Realiseren optimale mogelijkheden voor het melden van (signalen) kindermishandeling en/of seksueel geweld.
- Bestrijden van seksueel geweld en loverboys(problematiek).
- Herkennen van symptomen van grensoverschrijdend seksueel gedrag
- Scholen is gevraagd kerndoelen aan te passen. Gemeenten kunnen het onderwijs hierop bevragen en samenwerken
- Specifiek aandacht voor risicogroepen en laagopgeleide (allochtone) jongeren.

Diabetes

- Zorgen dat de samenwerking/afstemming van het hulpverleningsaanbod goed is geregeld.
- Doetinchem is aan de slag met 'SlIMMER diabetes 2 voorkomen'; dit kan als pilot/voorbeeld voor andere gemeenten dienen. SLIMMER is een leefstijlinterventie tussen preventie en eerstelijn. Door gezonder te eten en meer te bewegen kan het risico op diabetes met de helft afnemen. SLIMMER staat voor: SLIM iMplementation Experience Region Gelre-IJssel.



Roken

- In acht nemen en controle op rookvrije ruimten.
- Voorlichting op scholen.

Alcohol

- Borging resultaten van het regionale alcoholmatigingsbeleid van de afgelopen jaren. Mogelijk uitbreiding lokale inzet naar jongeren vanaf 16 jaar.
- Anticiperen op veranderende landelijke wetgeving.
- Gezondheidsbeleid hier verbinden met het beleid voor de Openbare orde; onder andere. m.b.t. overlastbestrijding.

Fysieke omgeving

Fysiek en milieu

- Ruimtelijke ordening bepaalt waar voorzieningen kunnen worden gerealiseerd; wandel- en fietspaden, maar ook gezondheidscentra etc.
- Aandacht voor bereikbaarheid en toegankelijkheid openbare ruimten en gebouwen.
- Aandacht voor gevolgen en complicaties van fijnstof, megastallen etc.
- Aandacht voor opkomende infectieziekten zoals Q koorts.
- Aandacht voor (gevolgen) UMTS- en GSM masten (voorlichting inwoners).
- Bestrijding van asbest.
- Bestrijding eikenprocessierups
- Gebiedsgerichte onderzoeken bedrijfsterreinen etc.;
- Aandacht voor een gezond binnenmilieu in woningen en/of scholen.

Voorbeeld van een praktische aanpak
De vergunningverlener controleert of een aanvraag kritische punten bevat m.b.t. infectieziektenrisico's. Indien het antwoord geen volmondig nee is, wordt de vergunning met de GGD besproken alvorens deze te verstrekken. In overleg met de GGD worden de eventuele verbeteringen in de vergunningaanvraag aangebracht om zo tot een optimale situatie te komen om risico's te minimaliseren

Gezondheidszorgvoorzieningen

- Onderzoek verrichten naar/gebruik blijven maken van combinatiefunctionarissen en buurtsportcoaches;
- De integrale Jeugdgezondheidszorg wordt afgestemd met het CJG en de transitie Jeugdzorg.
- Toekomstig tekort huisartsen wordt opgevangen door het aantrekkelijk te maken van de vestigingsvoorwaarden onder andere door de realisatie van gezondheidscentra.
- Beschikbaar maken en houden van voldoende defibrillatoren (AED).
- Stimuleren en faciliteren ketenzorg: core-care-cure. Intern betekent dit aansluiten bij onder andere het Wmo beleid en uitvoering evenals bij het Centrum voor Jeugd en Gezin. Extern wordt de samenwerking gezocht met de zorgverzekeraars en ingezet op de versterking van de eerstelijnszorg.

Ouderengezondheidszorg (Wpg art. 5a)

- Voorzieningenniveau ouderen proof maken.
- Onderzoeken wat de extramuralisering van de ouderenzorg voor consequenties heeft en waar en hoe de gemeente hierop inspeelt.
- Vanuit volksgezondheid mede zorg dragen voor maatschappelijke ondersteuning, welzijn en zorg op maat voor thuiswonende mensen met dementie.
- Beweging stimuleren door voorzieningen dicht bij huis; sport/wandelen/winkel etc.

- Aandacht blijven houden voor valpreventie.
- Stimuleren van het realiseren van zorgvoorzieningen door informatica, de digitale snelweg.
- Aandacht voor bereikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen.

Regie

- Verder onderzoeken en beschrijven hoe de GGD vanuit gemeenten optimaal kan worden aangestuurd. Aandacht voor de dubbele rol van gemeenten als opdrachtgever en opdrachtnemer.
- Welke rol wordt toebedacht aan de ambtenaren/portefeuillehouders volksgezondheid in de diverse transitieprocessen binnen de Achterhoek?
- Waar en hoe kan er nadrukkelijker een link worden gelegd tussen lokaal gezondheidsbeleid en het Wmo-beleid?
- Hoe gaan/ willen gemeenten de gezondheidsgegevens geografisch georiënteerd aangeleverd krijgen? (buurt/wijkscans / gezondheidsmonitors GGD / registraties Wmo / registraties zorgverzekeraar / gezondheidsgegevens 1e lijn/ ziekenhuizen etc.)