

Lokaal gezondheidsbeleid Doetinchem 2013-2016
Van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag in een gezonde leefomgeving

Doetinchem
Januari 2013

Voorwoord

De Raad voor volksgezondheid en zorg (RVZ) zei het al: “Preventie heeft in Nederland en andere ontwikkelde landen de afgelopen 150 jaar enorme gezondheidswinst opgeleverd; op onder andere het gebied van infectieziektebestrijding.

De grootste en actuele uitdagingen voor preventie liggen nu bij vermijdbare ziekten, die het gevolg zijn van de moderne samenleving (“welvaartziektes”).

De gemeenten zijn (mede)verantwoordelijk voor de preventie. Dit is vastgelegd in de Wet publieke gezondheid (Wpg). En iedereen weet “het is beter voorkomen dan genezen”. En voor iedereen is gezondheid één van de allerbelangrijkste waarden in het leven.

En toch blijkt in de praktijk dat het heel moeilijk is om de hele tijd gezond te leven. Een snackbar om de hoek of zoete en vette snacks op ooghoogte in de winkel blijken heel verleidelijk. En in de praktijk blijkt ook hoe moeilijk het is om te komen tot een duurzame samenwerking op het gebied van gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering. Er spelen verschillende (economische) belangen, lokaal en nationaal. Zeker in deze tijden van crisis. Ook binnen onze gemeente(n) is het nog geen vanzelfsprekendheid van afdelingen om aan volksgezondheid te denken; ook al is een intersectorale aanpak vereist. Er is sprake van verschillende financieringsbronnen, die elke partij voor zijn eigen taken wil en moet inzetten. Deze worden niet spontaan gezamenlijk ingezet.

Maar alle adviezen van onafhankelijke (nationale) adviesorganen waarschuwen luid en duidelijk:

- De kosten van ons zorgstelsel zijn onhoudbaar aan het worden;
- De tweedeling tussen gezonde mensen en ongezonde mensen, tussen de rijkere en de armeren is nog steeds groeiende (de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen);
- De vergrijzing legt bij ongewijzigd beleid extra druk op ons zorgstelsel;
- We moeten landelijk onze aanpak verschuiven van aandacht voor “zorg en ziekte” naar werken aan “gezondheid en gedrag”(van zz naar gg); preventie krijgt een hoofdrol; deze vraagt om gerichte leefstijlinterventies;
- Gezondheidszorg is echter niet langer een kwestie van de taak “preventie”, de taak van “verzorging en ondersteuning” en de taak “geneeskundige behandeling”; het zijn taken die aan elkaar verbonden zijn. Die vragen om samenwerking en regie.

We leven in de Achterhoek. Een regio die net een tikkeltje ongezonder is dan elders in Gelderland en Nederland. Het is een regio met veel samenhang en onderlinge betrokkenheid. We hebben alle ingrediënten om de komende vier jaar te investeren in een gezondere toekomst voor al onze inwoners. Met speciale aandacht voor de kwetsbaardere groepen. Waar mogelijk maken we gebruik van gecombineerde leefstijlinterventies. Wij moeten daarbij niet vergeten dat gezondheid niet alleen bepaald wordt door gedrag, maar ook de leefomgeving en de toegang tot zorgvoorzieningen. Wij investeren als individuele gemeenten in een gezondere samenleving; en waar mogelijk in goede samenwerking met de regiogemeenten in de Achterhoek. Deze nota is dan ook na regionaal overleg tot stand gekomen.

Inhoudsopgave

Voorwoord

Inhoudsopgave

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

Bijlagen

- | | |
|------------|--|
| Bijlage 1: | Resultaten lokaal gezondheidsbeleid 2010-2012: een samenvatting |
| Bijlage 2: | Toelichting op de Wpg en de Wmo |
| Bijlage 3: | Gezondheidsbeleid en andere beleidsterreinen |
| Bijlage 4: | Samenvatting nationale en regionale VTV |
| Bijlage 5: | Beleidsnota's Volksgezondheidsbeleid (landelijk, provinciaal, regionaal) |
| Bijlage 5: | vervolg: Achterhoek 2020; notitie JOGG & GKGK |

I. 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 Toekomst Verkenning Volksgezondheid 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. Deze speerpunten zullen naar verwachting, ook na de vorming van een nieuw kabinet, niet aan actualiteit inboeten. Het sociaal profiel van de provincie Gelderland is in juni 2012 vast gesteld.

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. Er wordt waar mogelijk aansluiting gezocht bij "Achterhoek 2020".

Leeswijzer

De nota start met het beleidskader en bijbehorende uitgangspunten 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 (hst.5 en bijlagen). De Achterhoekse gezondheid wordt in cijfers weergegeven op basis van de regionale gezondheidsmonitors (hst.6). Vervolgens wordt een eerste voorzet gegeven voor de inhoud van de uitvoeringsplannen (hst.7).

In de bijlagen zijn opgenomen:

1. Samenvatting van de resultaten van de 2^e nota gezondheidsbeleid.
2. Beschrijving en vergelijking Wpg en Wmo.
3. Relatie gezondheidsbeleid en diverse andere (gemeentelijke)beleidsterreinen.
4. Samenvatting nationale en regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning.
5. Toelichting op landelijk, provinciaal en regionaal beleid en mogelijke projecten.

Procedure

De beleidskaders van het lokaal gezondheidsbeleid worden in de colleges van de 8 gemeenten besproken en ter besluitvorming voorgedragen aan de gemeenteraden. Iedere gemeente bepaalt zelf het tijdstip. Het uitvoeringsprogramma wordt door het college vastgesteld en wordt alleen indien nodig gedurende de beleidsperiode bijgesteld. Het uitvoeringsprogramma zal een combinatie zijn van lopende projecten en nieuwe initiatieven.

2. Het beleidskader gezondheidsbeleid en kernboodschappen

Het beleidskader vloeit 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. Om gezondheidswinst te boeken investeren wij als gemeente bewust in de gezondheidsbevordering van sociaal zwakkeren.
2. Mensen zijn en blijven zelf verantwoordelijk voor hun gezondheid; wij bieden voorlichting en ondersteuning alleen waar nodig opdat zij deze verantwoordelijkheid kunnen nemen.
3. Ons beleid wordt bepaald door de factoren waar wij invloed op uit kunnen oefenen: "leefstijl, omgeving en beschikbaarheid van zorgvoorzieningen".
4. Wij vertalen deze factoren naar een gebiedsgerichte en intersectorale aanpak. Deze is gericht op de wijken en/of dorpen met de meeste gezondheidsrisico's. Dit betekent onder andere een verbinding met de decentralisaties waarbij preventie geldt als onmisbare schakel.
5. Vanuit onze regiefunctie worden de banden met zorgverzekeraar en de organisatie voor de ondersteuning van de 1^e lijn verstevigd ten behoeve van de zorgketen.
6. Het budget volksgezondheid zelf is beperkt; de middelen uit gezondheidsgerelateerde budgetten worden daarom zo efficiënt mogelijk benut en ingezet daar waar het 't hardst nodig is.

Het beleidskader is verbonden aan de volgende kernboodschappen:

- a. De gemeente richt zich in het gezondheidsbeleid op gezondheidswinst van alle inwoners van Doetinchem.
Specifieke aandacht gaat uit naar de verschillende leeftijdscategorieën en mensen met een relatief lage sociaal economische status; mogelijk laaggeletterden, uitkeringsgerechtigden. Ouderen zijn voor het eerst expliciet opgenomen in de Wet publieke gezondheid art. 5a.
De gemeente geeft het goede voorbeeld door intern de gezondheid te stimuleren en te bevorderen.
- b. De gezondheidsbepalende factoren betekenen voor Doetinchem dat:
Speerpunten op het gebied van *leefstijl* dezelfde blijven als de landelijke: 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.
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.
De gemeente investeert in een gezonde *sociale omgeving* gericht op een aanbod dat daar waar nodig de gezondheidssituatie verbetert of erger voorkomt (welzijn, sport, schulddienstverlening...)
Als het gaat om preventie en aanbod van *gezondheidsvoorzieningen* stimuleert, faciliteert of initieert de gemeente:
 - de aanwezigheid van 1^e en 2^e lijnzorgvoorzieningen voor zijn inwoners;
 - de doorverwijzing van de 1^e lijn naar de 0^e lijn (sport en welzijnsvoorzieningen);
 - samenwerking in de zorgketen (zorgverzekeraar, de 1^e lijnsondersteuner Caransscoop, GGD en anderen).
- c. 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). *Elk bestuurlijk besluit van het college vraagt volgens de Wet publieke gezondheid formeel om een afweging ten aanzien van de gezondheid..*

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 factoren.

Wat bepaalt gezondheid? Wat bepaalt de gemeente?

Bepalende factoren	Rol van de gemeente
<i>Biologische en erfelijke factoren:</i> de aanwezige aanleg voor gezondheid of ziekte;	n.v.t.
<i>Leefstijl:</i> het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid;	bevordering
<i>Omgeving:</i> de fysieke en sociale omgeving, woonomgeving, milieu, sociale samenhang...;	regie
<i>Gezondheidszorg:</i> de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen;	facilitering (regie in de toekomst)
maar ook welzijns- en andere voorzieningen	regie

Bron: lokaal gezondheidsbeleid 2005-2008

De gezondheid van een mens wordt onder andere bepaald door zijn gedrag. Daar is hij zelf verantwoordelijk voor. Maar de leefstijl van iemand wordt ook bepaald door zijn omgeving.

De sociale omgeving beïnvloedt mensen met zijn groepsnormen en waarden. Daar vallen zaken onder als sociale samenhang, individualisering van de samenleving, het sociaal isolement, aangeleerd claimedgedrag; daar wordt ook de leefstijl bepaald. De sociaal economische positie is bijvoorbeeld van invloed op de bereikbaarheid van gezond en gevarieerd voedsel of de consumptie van kant-en-klaar producten waarin vooral het gehalte van zout en suikers (vaak) onnodig en ongezond hoog is. De virtuele omgeving geeft toegang tot informatie en kennis via internet. Deze zorgt er ook voor dat het zittende leven wordt versterkt.

De fysieke omgeving¹ heeft zowel een direct effect op de gezondheid als een indirect effect.

Directe effecten treden op bij blootstelling aan chemische, fysieke en biologische factoren, via de bodem, het water, de lucht, het klimaat en de ons omringende organismen en via risico's die mensen lopen door ongelukken of rampen. Indirecte effecten treden op via stress veroorzaakt door bijvoorbeeld omgevingsgeluid, en in positieve zin door aanwezigheid van groen, stilte of water. Indirecte effecten treden ook op doordat de inrichting van de fysieke omgeving de leefstijl of het sociale welbevinden beïnvloedt, bijvoorbeeld via openbare ruimten waar mensen elkaar kunnen ontmoeten. De fysieke omgeving bepaalt de mogelijkheden die er zijn voor gezond of ongezond leven: "hoe dichtbij is de snackbar? Kan een kind veilig fietsend naar school?" Het gaat kortom om wonen, milieu, veiligheid, groen, inkomen, onderwijs, arbeid, sport en recreatie, welzijn en sociale contacten.

De beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen zijn van invloed of iemand de benodigde zorg kan ontvangen. Het is een feit dat er regionaal een tekort aan huisartsen dreigt; een probleem waar de gemeente een stimulerende en faciliterende rol kan spelen. Maar het wordt ook steeds duidelijker dat het niet alleen om gezondheidszorgvoorzieningen gaat; maar ook om voorzieningen die bijdragen aan het voorkomen of verminderen van gezondheidsproblemen. Dat zijn welzijns- en sportvoorzieningen, maar ook bijvoorbeeld schulddienstverlening. Schulden veroorzaken gauw gezondheidsklachten.

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

¹ Bron: Gezondheid en determinanten; deelrapport van de VTV 2010, pag. 79 e.v.

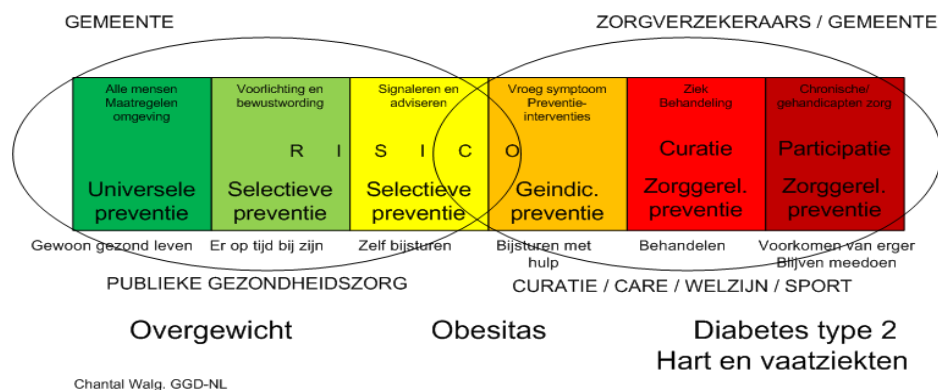
van het College voor Zorgverzekerden gaan we uit van de vierdeling universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie (zie kader).

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 een dergelijk 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 op meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen.



Chantal Walg, GGD-NL

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.

Een slechte gezondheid vanuit menselijk perspectief onwenselijk. De overheveling van taken uit de AWBZ naar de Wmo maakt dat een goede gezondheid vanuit gemeentelijk perspectief ook van groter belang wordt. Immers, gemeenten worden steeds meer geconfronteerd met de (financiële) gevolgen van een ongezonde leefstijl van burgers en die 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 gezondheid². 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 zitten³.

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. In de bijlagen van dit rapport vindt u een overzicht en toelichting. Hier volstaat het volgende.

Welvaartsziektes domineren met de komst van nieuwe voedsel technologieën (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. Er is sprake van toename van GGZ problematiek door de snelle wereld waarin wij leven. 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).

In 2020 heeft 55% van de bevolking een chronische ziekte (van hoge bloeddruk t/m kanker) en een groeiend deel daarvan een combinatie van ziekten. En 70% van de opkomende ziekten ontstaat in uitwisseling met dieren (Spaanse griep, AIDS, SARS, Q koorts). Preventie kan daarin een grote rol spelen⁴.

Preventie is gericht op de drie factoren die van invloed zijn op volksgezondheid. Preventie vraagt om intersectoraal beleid zoals al bepleit in de vorige beleidsnota van het ministerie van VWS. De doelgroep ouderen is dusdanig van belang gevonden dat de Wet publieke gezondheid ouderengezondheidszorg extra heeft opgenomen in artikel 5a.

Leefstijl

Het landelijk beleid heeft sinds 2007 als speerpunten: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Tegelijkertijd legt de 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 basispakket⁵ van de zorgverzekeraars geweerd. Specialisten hebben gewaarschuwd dat het stopzetten van goedwerkende voorlichtingsprogramma's een groot risico tot terugval kon betekenen. De RVZ⁶ 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 kennisinstututen en onderzoeksinstellingen. Er is bijvoorbeeld relatief weinig geïnvesteerd in bewezen effectieve preventieve programma's in vergelijking met medicijnontwikkeling.

⁴ Bron: Diagnose 2025, pag 69

⁵ Het rijk bepaalt het basispakket van de zorgverzekeraar

⁶ Bron: RVZ, achtergrondstudie "welvaartsziektes: andere ziekten, andere aanpak" dec. 2011, pag. 19

Gegeven deze ontwikkelingen is het dan ook niet onlogisch dat in de Volksgezondheidstoekomstverkenning 2010 (VTV) wordt gemeld dat het 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 “leefstijl” in gemeenten;
2. het beter op elkaar *afstemmen van preventie en (medische) behandeling*.

Sociale omgeving

Investeren in een betere leefstijl alleen zal niet volstaan. De Commissie-Albeda heeft al ruim tien jaar geleden een samenhangend programma van maatregelen gepresenteerd dat in 2015 de verschillen in gezonde levensverwachting met een kwart moest verminderen. Het programma bepleit een intensivering van het anti-armoedebelief, bevordering van arbeidsdeelname door chronisch zieken, gerichte maatregelen om ongezond gedrag in lagere sociaal economische groepen tegen te gaan, verbetering van arbeidsomstandigheden en de versterking van de eerste lijngezondheidszorg in achterstandsgebieden.

Fysieke omgeving

De randvoorwaarden worden ook gevormd door de fysieke omgeving. De VTV 2010 (deelrapport “Gezondheid en determinanten”) beschrijft helder hoe de inrichting van de fysieke omgeving een positieve bijdrage kan leveren aan volksgezondheid. Groen in de woonomgeving werkt stress verminderend; het vergroot de mogelijkheden tot bewegen en het maken van contacten (de parken en groenvoorzieningen). Een veilige infrastructuur, openbare ontmoetingsruimten, toegankelijke speelvoorzieningen stimuleren mensen om te bewegen en andere mensen te ontmoeten. Gezonde mobiliteit wordt gerealiseerd door ruimte te maken voor fietsers, voor scholieren die te voet en op de fiets naar school kunnen. Het vermindert de parkeerproblematiek, luchtvervuiling, en bewegingsarmoede.

De schadelijke milieufactoren voor de volksgezondheid zijn de laatste jaren verminderd onder andere door een goede milieuwetgeving. Maar luchtverontreiniging, geluidsoverlast en een ongezond binnenmilieu blijven aandachtspunten.

Gezondheidsvoorzieningen

De bereikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorgvoorzieningen worden geregeld in de Zorgverzekeringswet (ZVW), de Algemeen Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de wet op de Jeugdzorg, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet publieke gezondheid (Wpg). De uitvoering van de ZVW is onder hoede van zorgverzekeraars. Zij regelen de inkoop van de eerste en tweede lijnszorg. De uitvoering van de AWBZ is in handen van het zorgkantoor. De Wmo en Wpg zijn de verantwoordelijkheid van de gemeenten. De wetgeving is aan verandering onderhevig. Het voortbestaan van de AWBZ is onzeker. De discussies zijn voor een belangrijk deel ingegeven door de onhoudbaarheid van de zorg bij ongewijzigd beleid. De kosten kunnen niet meer op een verantwoorde manier gedragen worden. De transitie extramurale Begeleiding en Jeugdzorg zijn de eersten van de toekomstige veranderingen.

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. Vervolgens wordt de situatie van Doetinchem schematisch weergegeven.

De Achterhoek

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 tenminste 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%. *De drie pijlers van het nationale tabaksontmoedigingsbeleid zijn: voorkómen dat mensen gaan roken, stimuleren en ondersteunen van rokers om te stoppen met roken en beschermen van niet-rokers tegen tabaksrook. Het tabaksontmoedigingsbeleid zet vier typen instrumenten in: wet- en regelgeving, prijsmaatregelen, ondersteuning bij het stoppen en voorlichting en informatie via derden.*

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 een derde 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. Maar niet geheel onschuldig. Het risico van afhankelijkheid neemt 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 vooral 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. 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.

Doetinchem

De gezondheidssituatie in Doetinchem is in onderstaand schema vevat. De gegevens zijn ontleend aan de regionale VTV 2010.

Gezondheidsrisico's	Percentage per leeftijdscategorie
Chronische ziekten Diabetes Gewrichtsslijtage Coronaire hartziekten Dementie Valongevallen Infectieziekten SOA	13% van de ouderen 33% van de ouderen 6% hartinfarct onder ouderen 5,4/1.000 inw.; 303 ⁷ 15% van de ouderen (mn 75+) TBC/Q koorts/ Lyme; Toename Chlamydia (<25jr); Gonorroee en syfilis (man-man)
Kwaliteit van leven Gezondheid als goed ervaren Psychische klachten Risico op angststoornis/depressie Indicatie psycho-sociale problemen Eenzaamheid	jong-volw-oud: 98%- 89%-70% jong-volw-oud: 19%-10%-15% volw-: 33% 4-18jr: 13% (Dtc> regio GGD) volw-oud: 39%-41%
Gezondheidsfactoren a. Leefstijl Overgewicht - 5 jarigen - 14 jarigen - volwassenen - ouderen Roken Meeroken Alcoholgebruik - 13 en 14 jarigen; die drinken; - 15-16 jarigen; binge drinken - Volw. en ouderen; die niet 't advies van de gezondheidsraad volgen Ned. norm gezond bewegen - 4 tot 7 jaar - 12-18 jaar - volwassenen Voedingsadvies: 2x fruit/dag 150-200gr groente/dag 2x vis/week Dagelijks ontbijt < 5 dagen/week Seks en onveilige seks b. Fysieke omgeving Voldoende ventilatie - woningen - schoollokalen Geluidshinder (buren, verkeer) c. Sociale omgeving Jongeren met ziek gezinslid Sociale contacten (lid van vereniging) Onveilig in woonwijken ('s nachts) Huiselijk geweld	13% 19% 46% 65% (> regio GGD) jong-volw: 15%-20% (< regio GGD) kinderen-jongeren: 8%-33% 29% > 50% > 50%- 47% 20% < 7u./week 80% < 1u./dag 25% < 0,5u/dag/15 dagen/week jong-volw: 42%-69% < advies jong-volw: 52%-64% < advies volw: 69% < advies jong-volw-oud: 15%-27%-5% jongeren: 14% (50% onveilig) < 50% 60% < streefwaarde CO ₂ in de winter volw: 23% > 25% is jonge mantelzorg jong.-volw. 85% - 57% jong.-volw. : 20%-13% jong-volw: 5%-8%

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

⁷ Dementienetwerk West Achterhoek meldt het voorkomen van 887 dementerenden in 2011 en een verblijf van 266; berekende een toename tot 1.644 dementerenden in 2030 en een verblijf van 493.

Gebiedsgerichte benadering

Het is essentieel een duurzame leefomgeving te realiseren ten behoeve van volksgezondheid. Zowel op wijkniveau (denk aan de inrichting van woonservicegebieden) als bovenwijkniveau (uitvoering van bv. mobiliteitsplan) als gemeentelijk niveau (bv. project hoogspanningsmasten). Uitgaande van gezondheidsverschillen, gebaseerd op sociaal economische status, vraagt de inrichting van de wijk een specifieke investering, wat meegenomen kan worden bij renovatieprojecten maar ook bij wijkwerk.

In 2009 is geconstateerd dat de wijken in Doetinchem met een vermeerderd risico volksgezondheid het Centrum, Schöneveld, Overstegen en Noord zijn. Dat geldt zowel voor jong als oud. Daarnaast is toen de groep ouderen met een chronische aandoening in Dichteren en Gaanderen opvallend gebleken. De wijkprofielen zorg en welzijn, die eind 2012 moeten verschijnen, zullen de wijken die prioriteit verdienen naar verwachting herbevestigen. Zo nodig worden deze bijgesteld.

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 gericht op volksgezondheid werken beperkt. De continuïteit van effectieve programma's wordt zo goed mogelijk 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 samenwerking op regionaal niveau en met derden en anderzijds door integrale lokale samenwerking en bundeling van inzet en middelen. Waar mogelijk en nodig zal subsidie aangevraagd worden.

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 2010-2012 (wijkprofielen, SLIMMER diabetes voorkomen i.s.m. de eerste lijn, relevante sport en Wmo projecten, bestrijding eikenprocessierups, de Gemeentepolis, de aansturing van de GGD etc.). Hieronder volgt een opsomming van mogelijke (nieuwe) activiteiten die regionaal genoemd zijn. Deze opsomming is niet compleet; en het is de vraag of het allemaal uitgevoerd moet en kan worden. Het geeft wel aan in welke richting wordt gedacht als het gaat om de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid.

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.
- 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.

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 eerstelijns. 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.
- 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 (plaatsing) 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 en Wijkwerk Nieuwe stijl. Extern wordt de samenwerking gezocht met de zorgverzekeraars en ingezet op de versterking van de eerstelijnszorg. Maar ook op de mogelijkheid van de eerste lijn om de cliënt te kunnen verwijzen naar de reguliere welzijns en sportvoorzieningen in de gemeente en wijk.

Ouderengezondheidszorg (Wpg art. 5a):

- Voorzieningenniveau ouderproof 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.
- Eenzaamheidsbestrijding via gericht aanbod.
- Beweging stimuleren door middel van voorzieningen dicht bij huis; sport/wandelen/winkel etc.
- Aandacht blijven houden voor valpreventie.
- Stimuleren van realiseren van zorgvoorzieningen door middel van 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.
- Verbinding volksgezondheid aan de diverse transitieprocessen binnen de Achterhoek.
- Verbinding lokaal gezondheidsbeleid en het Wmo-beleid.
- Doorontwikkeling geografisch georiënteerde gezondheidsgegevens (buurt/wijkscans / gezondheidsmonitors GGD / registraties Wmo / registraties zorgverzekeraar / gezondheidsgegevens 1^e lijn/ ziekenhuizen etc.).