

# **Gezond Gelderland-Midden**

**Gezondheid als aangrijpingspunt  
om binnen de uitdagingen van  
het leven zelf aan het roer te  
blijven**

## **Regionale visie publieke gezondheidszorg**

Arnhem, Barneveld, Doesburg, Duiven, Ede, Lingewaard, Nijkerk,  
Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Rijnwaarden, Scherpenzeel,  
Wageningen, Westervoort en Zevenaar

# Inhoud

Voorwoord

Bijlagen

# Voorwoord

De (gezondheids)zorg, en dus ook de publieke gezondheid, ontwikkelt zich niet los van de samenleving, niet los van de economische, politieke, technologische en sociaal-culturele veranderingen. Hoewel deze veranderingen ogenschijnlijk autonoom lijken, hangen ze sterk met elkaar samen.

De ontwikkelingen binnen het sociaal domein zijn bijvoorbeeld nauw verbonden met de wijze waarop we de (gezondheids)zorg vormgeven. We kijken immers naar een toekomst waarin we steeds ouder worden. Een toekomst waarin ouderen, gehandicapten en dementerenden hun dagelijks leven en hun eigen zorg thuis steeds meer zelf kunnen maar ook móeten regelen, om de zorg betaalbaar te houden. Een dynamische tijd waarin een steeds groter beroep wordt gedaan op het potentieel van de inwoner. We zien bij de transformatie van het sociaal domein en de ontwikkelingen binnen de publieke gezondheid dan ook parallelle processen gericht op het versterken van de eigen kracht, de eigen regie op het leven en op het terugdringen van het gebruik van de 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> lijnszorg.

De voorliggende visie gaat over de publieke gezondheid vanuit deze samenhangende optiek. De visie is beknopt en ook de uitwerking is relatief kort, zodat iedere individuele gemeente de ruimte heeft om haar eigen accenten in de uitvoering te leggen.

## **Één visie op Publieke Gezondheidszorg in Gelderland-Midden**

Arnhem, Barneveld, Doesburg, Duiven, Ede, Lingewaard, Nijkerk, Overbetuwe, Renkum, Rheden, Rozendaal, Rijnwaarden, Scherpenzeel, Wageningen, Westervoort en Zevenaar. Deze zestien gemeenten vormen samen de Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden. Zij hebben besloten tot het ontwikkelen van één gemeenschappelijke visie op de publieke gezondheid. Deze visie zal op sub-regionaal dan wel lokaal niveau worden uitgewerkt in nauwe samenhang met het brede sociaal domein en andere relevante gemeentelijke beleidsdomeinen zoals de fysieke en sociale leefomgeving.

De meerwaarde van deze gezamenlijkheid is:

- kennis delen op gezondheidsthema's en het bieden van handvatten voor lokaal beleid (inspiratie);
- onze gedeelde bestuurlijke verantwoordelijkheid in de aansturing van de GGD (gemeenschappelijke regeling);
- éézelfde vertaling van het landelijke beleid (kaders) richting lokale uitwerking.

Voorbeelden landelijke kaders:

- o ['Alles is gezondheid'](#), het nationaal programma preventie, 2013
- o [Betrouwbare publieke gezondheid](#) : gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk', Kamerbrief 2014
- o [Stimuleringsprogramma betrouwbare publieke gezondheid'](#), Kamerbrief 2015
- o [Landelijke nota Gezondheidsbeleid 2016-2019](#), Kamerbrief 2015

# 1 Positieve gezondheid: de verbinding tussen publieke gezondheid en sociaal domein.

## 1.1 Wat is Publieke Gezondheidszorg (PG)?

De Wet Publieke Gezondheid (Wpg) regelt de overheidsbemoeyenis met betrekking tot de publieke gezondheidszorg (PG) in Nederland. In deze wet is PG als volgt omschreven:

*“de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en tijdig opsporen van ziekten.”*

Vanuit deze omschrijving worden de drie kerntaken van de publieke gezondheidszorg gedefinieerd, namelijk **bewaken, beschermen en bevorderen**. Deze kerntaken blijven fier overeind terwijl de domeinen waarin de publieke gezondheidszorg actief is, veranderen met de manier waarop we als samenleving naar gezondheid kijken. In de visie van Gelderland-Midden zien we de publieke gezondheidszorg niet als een op zichzelf staande (gemeentelijke) taak maar als een verantwoordelijkheid die in samenhang met de andere gemeentelijke taken wordt uitgevoerd.

Meer weten over Publieke Gezondheidszorg kijk dan op [Loket Gezond Leven](#)

---

De Publieke Gezondheidszorg in het algemeen:

- De PG richt zich op het bewaken, beschermen en bevorderen van de publieke gezondheid.
- De PG wordt collectief door de overheid georganiseerd;
- De PG legt een sterk accent op preventie;
- De uitvoering van PG vindt niet alleen plaats in het domein gezondheidszorg, maar ook daarbuiten;
- Bestaat uit medisch- en maatschappelijk georiënteerde taken.

Rijk en gemeenten hebben een gedeelde verantwoordelijkheid in de verwezenlijking van deze opgaven en werken hierin nadrukkelijk samen met inwoners, bedrijven en organisaties.

## 1.2 Gezondheid, Een nieuwe kijk

Gezondheid wordt steeds vaker in termen van functioneren en participatie gezien in plaats van alleen in somatische (lichamelijk) of psychische (geestelijk) zin. In de samenleving is een omslag van denken ontstaan van **ziekte & zorg** naar **gezondheid & gedrag**. Daarmee wordt gezondheid een breder begrip dat veel verder gaat dan het ontbreken van een ziekte of beperking.

Wereldwijd vindt nu de discussie plaatst of de huidige definitie van de World Health Organization niet te statisch is en te veel tot medicalisering leidt. In het navolgende filmpje wordt bovengenoemde discussie toegelicht: [WHO definitie gezondheid](#)

In deze nieuwe kijk op gezondheid ligt de nadruk op veerkracht, eigen regie en welbevinden. Niet de ziekte of de beperking staat centraal maar het vermogen en de eigen (veer)kracht van mensen om hiermee om te gaan en te kunnen participeren. Dit biedt kansen omdat we nu vanuit verschillende domeinen bij kunnen dragen aan gezondheid en (veer)kracht. De nieuwe kijk op gezondheid, **Positieve Gezondheid**, heeft de volgende definitie:

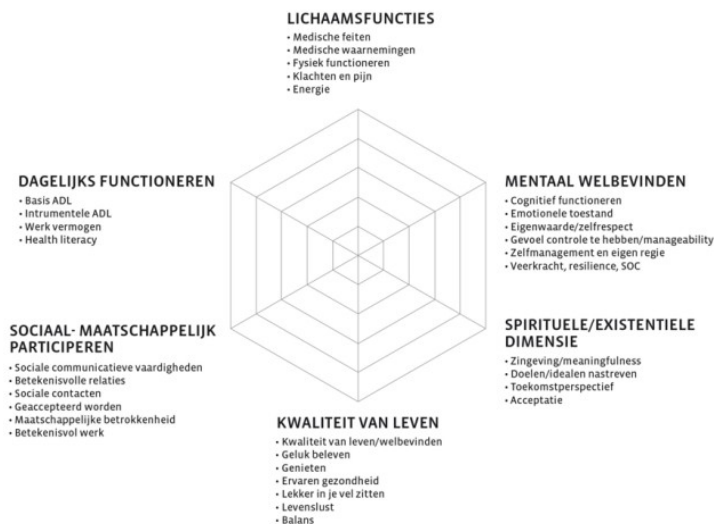
Het vermogen van de mens om zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.<sup>1</sup>

Meer weten over positieve gezondheid & positieve psychologie:

[Uitleg Positieve Gezondheid door Machteld Huber](#)

[Positief Nijkerk in samenwerking met Jan Walburg](#)

## PIJLERS VOOR POSITIEVE GEZONDHEID



**Figuur 1: De zes pijlers voor Positieve Gezondheid (manier om individueel de gezondheid in beeld te brengen)**

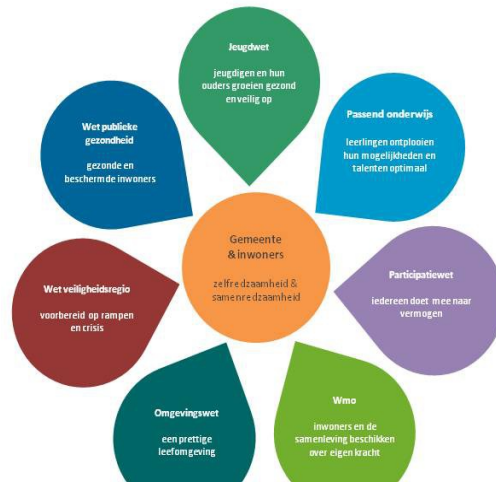
### 1.3 Verbinding met het sociaal domein

Het domein publieke gezondheid geeft gemeenten belangrijke aanknopingspunten om mensen gezond te houden en in staat te stellen eigen regie te voeren. Hiermee bevordert de PG de zelfredzaamheid en samenredzaamheid in de samenleving. Door positieve gezondheid als gemeenschappelijk vertrekpunt te nemen, komt er een meer vanzelfsprekende verbinding tussen welzijn en zorg. De meeste voorwaarden voor gezondheid worden immers buiten het domein van de zorg gecreëerd. Niet alleen de verbinding tussen zorg en welzijn is hierin van belang, ook op domeinen als fysieke omgeving, werk & inkomen, veiligheid en onderwijs worden belangrijke voorwaarden voor gezondheid gecreëerd en vice versa. Een groene leefomgeving bijvoorbeeld draagt niet alleen bij aan woonplezier maar heeft ook een positieve invloed op de psychische gezondheid van de mensen die in de groene leefomgeving wonen. Psychische ongezondheid levert een belangrijke bijdrage aan uitval van werk en school en kan leiden tot sociale geïsoleerdheid. Het inrichten van groene wijken bevordert de psychische gezondheid en daarmee uiteindelijk ook de maatschappelijke participatie.

*De nieuwe kijk op gezondheid sluit daarmee aan bij de veranderde maatschappelijke visie die uitgaat van de eigen kracht van mensen en de samenleving; zelfredzaamheid en samenredzaamheid.*

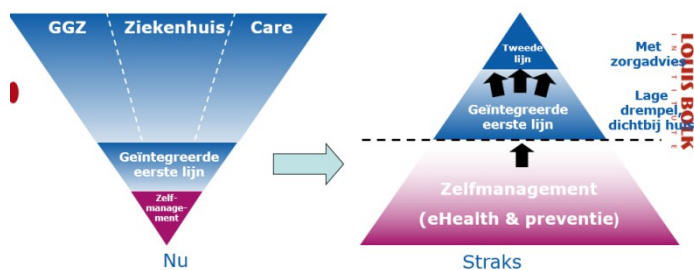
<sup>1</sup> Machteld Huber, (arts en onderzoeker van Louis Bolk Instituut)

Om de cruciale rol van gemeenten in deze transformatie te ondersteunen en te stimuleren zijn diverse wetten op elkaar afgestemd en aangepast (WMO, Participatiewet, Omgevingswet, Jeugdwet, Wpg).



**Figuur 2: Bloemmodel**

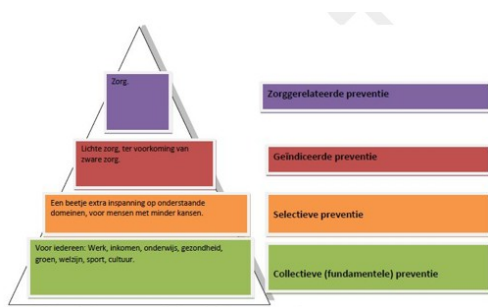
De kanteling (het omdenken) in de 0<sup>e</sup> lijn (gemeentelijke taken op sociaal domein en het domein van de publieke gezondheid) hangt samen met de gewenste kanteling in 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnszorg. En dat moet ook, want het betaalbaar houden van de zorg is één van de grootste opgaven voor zowel de publieke - als de curatieve gezondheidszorg. Hoe meer problemen er in de 0<sup>e</sup> lijn worden voorkomen, hoe minder zorg er nodig is in de 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup> en zelfs 3<sup>e</sup> lijn. Het figuur hierna laat deze kanteling zien.



**Figuur 3: Substitutie van zorg. De kanteling in de 0e, 1e en 2e lijn.**

Dit figuur is ontwikkeld door Menzis. Eén van de grootste zorgverzekeraars in Gelderland-Midden. De nieuwe regionale visie op publieke gezondheidszorg van de zestien gemeenten in Gelderland-

Midden legt het accent nog sterker dan voorheen op preventie en (versterken van) de eigen kracht inwoners. Om invulling te kunnen geven aan het (lokale) positieve gezondheidsbeleid is de inzet noodzakelijk van alle betrokken partijen in het gemeentelijke – en het zorgdomein. De afgelopen jaren zijn zorgverzekeraars meer betrokken geraakt bij het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Onze ambitie is om regionaal te onderzoeken op welke wijze de zorgverzekeraar maatschappelijke verantwoordelijkheid wil en kan dragen voor de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. Gemeenten en zorgverzekeraar hebben hierin een gemeenschappelijk belang; vroegtijdig ingrijpen (preventie) voorkomt hoge zorgkosten in de toekomst. Alle reden om vanuit de regio de dialoog met de zorgverzekeraar aan te gaan. Zowel de gezondheidszorg als het sociaal domein maken een vergelijkbare kanteling door naar meer eigen kracht en -regie. Door deze kanteling verandert ook de manier waarop we invulling geven aan preventie. Preventie kent vier niveaus. En op elk niveau worden activiteiten uitgevoerd die bijdragen aan de opgaven binnen de publieke gezondheid en aan die van het sociaal domein. In bijlage 3 staan de voorbeelden. De raakvlakken met de zorgverzekeraar liggen vooral op de twee hoogste niveaus van preventie (geïndiceerd en zorggerelateerd) en bieden daarom een goede ingang voor de dialoog.



**Figuur 4: Preventie piramide**

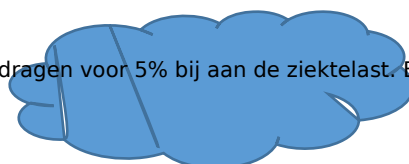
#### 1.4 De opgaven voor de publieke gezondheidszorg; wat pakken we aan?

De Nederlandse GGD'en hebben de wettelijke taak om voor de gemeenten inzicht te krijgen in de gezondheid van hun inwoners. De informatie die met deze taak gegenereerd wordt is niet alleen beschikbaar voor de gemeenten maar ook voor het RIVM die er elke vier jaar gebruik van maakt voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV).

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) '[Een gezonder Nederland](#)' (juni 2014) heeft het RIVM onderzocht hoe de huidige stand van zaken is met betrekking tot de volksgezondheid en welke trends er in de toekomst te verwachten zijn. Zo wordt duidelijk waar de publieke gezondheidszorg op in moet zetten. Op basis hiervan benoemt de Minister speerpunten voor gezondheidsbeleid. Gemeenten moeten, volgens de Wpg, deze landelijke speerpunten vertalen naar lokaal beleid.

#### Hoe is het gesteld met de volksgezondheid in Nederland en hoe ziet de toekomst eruit bij voortzetting van de huidige trends?

Onze levensverwachting blijft stijgen, maar niet meer zo hard. In Weetje: Milieufactoren dragen voor 5% bij aan de ziektelast. Evenveel als overgewicht.



2030 hebben we er weer 2 á 3 jaar bijgekregen. Nu leveren hart- en vaatziekten de grootste bijdrage aan de sterfte, in 2030 zal dit dementie zijn. Laagopgeleiden leven zes jaar korter dan hoogopgeleiden. Ook leven ze 19 jaar langer in ongezondheid. Deze sociaal-economische gezondheidsverschillen blijven toenemen als het beleid niet verandert. Ruim 5 miljoen mensen hebben een chronische ziekte, in 2030 zal dit 7 miljoen zijn. Psychische stoornissen en hart- en vaatziekten veroorzaken de grootste ziektelast. Dit blijft zo. Mensen met een chronische ziekte participeren minder maar dit is alleen zo als ze ook beperkingen hebben of zich niet gezond voelen. Er zijn 1,6 miljoen mensen met beperkingen. Dit aantal zal niet toenemen ondanks de toename van de chronische aandoeningen. Wel zullen in 2030 meer mensen zich niet gezond voelen. Vergrijzing, omgeving en leefstijl bepalen de volksgezondheid. Bijna een kwart van de Nederlanders rookt, de helft heeft overgewicht. In 2030 is een kwart van de Nederlanders boven de 65 jaar, rookt nog altijd één op de vijf mensen en is het percentage mensen met overgewicht niet afgenomen. In 2012 werd 14% van het bbp uitgegeven aan zorg. In 2000 was dit nog 9,5%. In 2030 zal het, bij voortzetting van het huidige beleid, 19-21% zijn. Mede door de zorg steeg de levensverwachting met drie jaar. In bijlage 2 (laag 2 in het digitale document) vindt u meer achtergrondinformatie over gezondheidsverschillen, chronische aandoeningen en participatie en ziektelast.



**Figuur 5: Bijdrage leefstijlfactoren aan ziektelast**

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen wijzen uit dat de huidige leefstijlspeerpunten (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht en bewegen) onverkort van belang blijven. Net als het bevorderen van de psychische gezondheid en het voorkomen van diabetes, de twee andere speerpunten van het gezondheidsbeleid. De minister heeft dan ook aangekondigd<sup>2</sup> dat deze speerpunten de komende periode gehandhaafd blijven, met alle ruimte voor de autonomie en keuzevrijheid van de inwoners. Mensen moeten zelf kunnen kiezen.

Gezondheidsbescherming krijgt nadrukkelijk een prominentere plaats in het gezondheidsbeleid. Er zijn nu eenmaal een aantal factoren (milieu, infectieziekten) waartegen mensen zich niet zelf kunnen beschermen. Dan heeft de overheid een taak.

Ongezondheid kan leiden tot kwetsbaarheid en vice versa. Leven met een ziekte of een aandoening kan leiden tot een sociaal isolement. Het kan zelfs leiden tot sociale uitsluiting, wat weer een negatieve invloed op de veiligheid kan hebben.

Een belangrijke opgave, ook voor de publieke gezondheid, is het bevorderen van de participatie, de autonomie en de keuzevrijheid, juist van deze groep mensen.

Preventie moet een belangrijkere positie krijgen in het zorgdomein. Om uiteindelijk de zorgkosten te verminderen zal er meer aan voorzorg moeten worden gedaan.

De samenhang met andere beleidsdomeinen wordt steeds belangrijker. Alleen als beleidsmaatregelen in samenhang worden uitgevoerd wordt het beoogde effect gerealiseerd.

<sup>2</sup> In verschillende kamerbrieven, het Nationaal Programma Preventie, Stimuleringsprogramma Publieke Gezondheid. Allen als bijlage aan de definitieve versie toegevoegd.





- Iedereen zo lang mogelijk gezond houden en zieken beter maken;
- Kwetsbare mensen ondersteunen en maatschappelijke participatie bevorderen;
- Autonomie en keuzevrijheid stimuleren;
- De zorg betaalbaar houden.

**Figuur 6: De opgaven voor de komende jaren in het kort:**

## 2 Publieke Gezondheidszorg in Gelderland-Midden: Waar ligt de focus?

De maatschappelijke opgaven in Nederland, gelden uiteraard ook voor Gelderland-Midden. Deze visie gaat uit van een brede kijk op gezondheid en legt nadrukkelijk een link met het sociaal domein en andere (gemeentelijke) beleidsdomeinen. Hiermee sluit de visie aan bij de opgaven en bij de landelijke insteek.

In deze visie wordt veel effect verwacht van preventieve activiteiten op wijk- en buurtniveau. Gekozen wordt om specifieke aandacht te vragen voor de groepen met grote gezondheidsrisico's. Groepen die op basis van achtergrondkenmerken, betrokkenheid en competenties extra ondersteuning nodig hebben. Denk aan inwoners met:

- een lage sociaal-economische status,
- een chronische aandoening en daardoor een lage participatiegraad;
- zeer kwetsbare inwoners (vaak zijn dit inwoners met weinig zelfregie).

Specifieke aandacht voor deze groepen bestaat uit het *verkleinen van de sociaal economische gezondheidsverschillen, de bevordering van de participatie, kwaliteit van leven en eigen regie van chronisch zieken* en het borgen van de *vangnetfunctie voor zeer kwetsbare doelgroepen*. Door een samenhangende, domeinoverstijgende aanpak hierin, wordt bijgedragen aan de maatschappelijke opgaven voor de publieke gezondheid.

In onderstaande figuur wordt de verbinding tussen gezondheid en zelfredzaamheid verbeeld. Om volledig zelfredzaam te zijn moet een individu, of een groep, aan de voorwaarden in de piramide voldoen. Interventies vanuit verschillende beleidsdomeinen kunnen helpen om dit te bereiken.



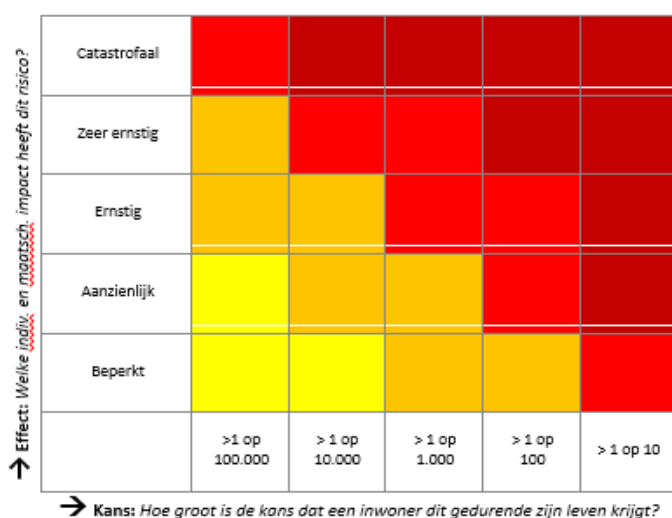
**Figuur 7: Zelfredzaamheid piramide**

## 2.1 Aangrijpingspunten voor gericht beleid

Hoe weet een gemeente nu aan welke knoppen ze moet draaien om het gewenste effect te bereiken en waar de prioriteiten moeten liggen? In de visie van Gelderland-Midden wordt daarvoor gebruik gemaakt van de risicobenadering.



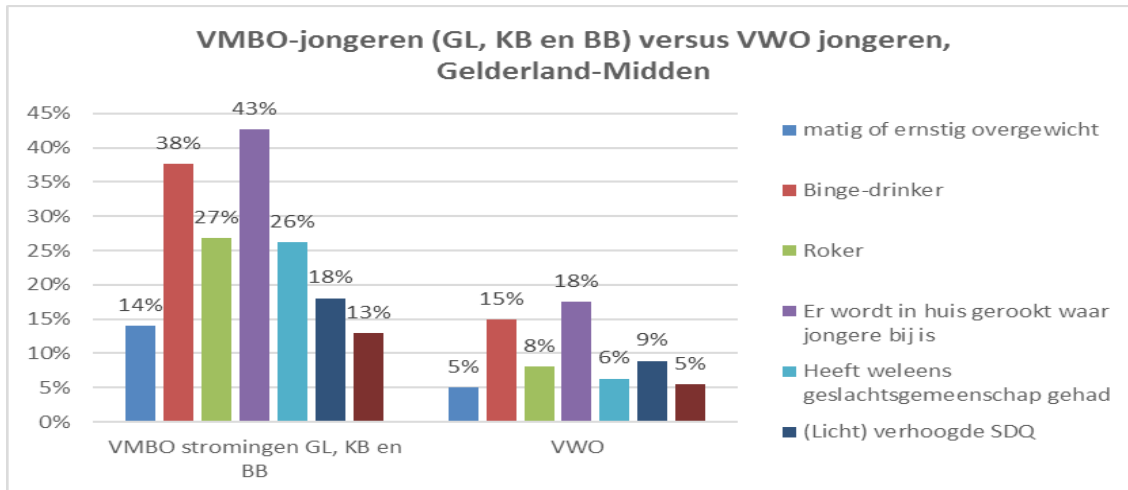
Door de risico's te wegen en tegen elkaar af te zetten ontstaat een matrix waarin in één oogopslag duidelijk wordt welke risico's het belangrijkste zijn om aan te pakken. Voor de Veiligheidsregio is het elke vier jaar opstellen van een risicoprofiel wettelijk verplicht. De GGD werkt nu, zonder wettelijke verplichting, aan een risicoprofiel publieke gezondheid. Dit kan de gemeenten ondersteunen bij het bepalen van de prioriteiten.



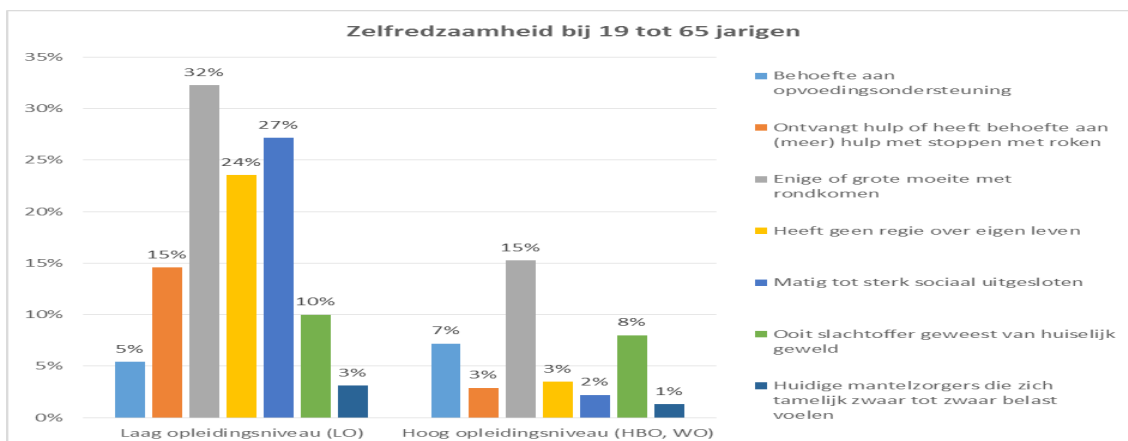
**Figuur 8: de risicobenadering matrix**

Het is niet voor niets dat in deze visie de focus wordt gelegd bij de mensen met een lage SES, een chronische aandoening of de extra kwetsbaren. Uit de risico-inventarisatie die de GGD in de zomer van 2015 deed om de totstandkoming van de regionale visie te ondersteunen bleek ook duidelijk dat dit de groepen zijn die in het algemeen meer risico lopen op ongezondheid, uitval op de arbeidsmarkt en achterblijven in het maatschappelijk participeren. De figuren hierna laten de verschillen zien.

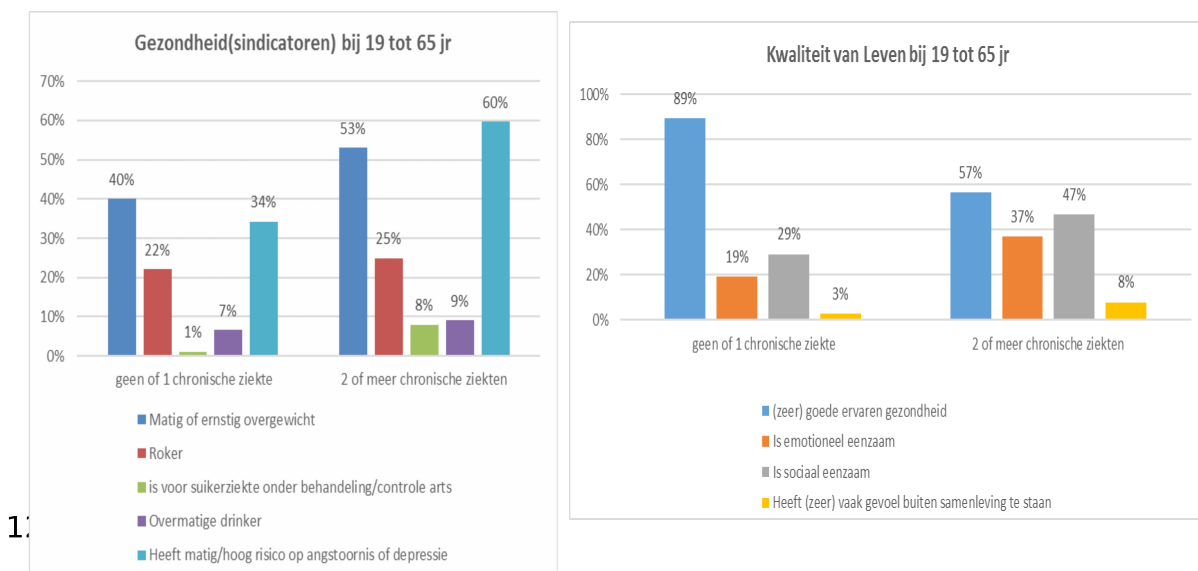
Figuur 9 en 10: Gezondheidsverschillen bij mensen met twee of meer chronische aandoeningen ten opzichte van mensen zonder of met één chronische aandoening.



**Figuur 9: Gezondheidsverschillen tussen laag- en hoogopgeleide jongeren (E-Movo 2011)**



**Figuur 10: Verschillen in zelfredzaamheid tussen laag- en hoogopgeleide volwassenen (Monitor Volwassenen 2012)**

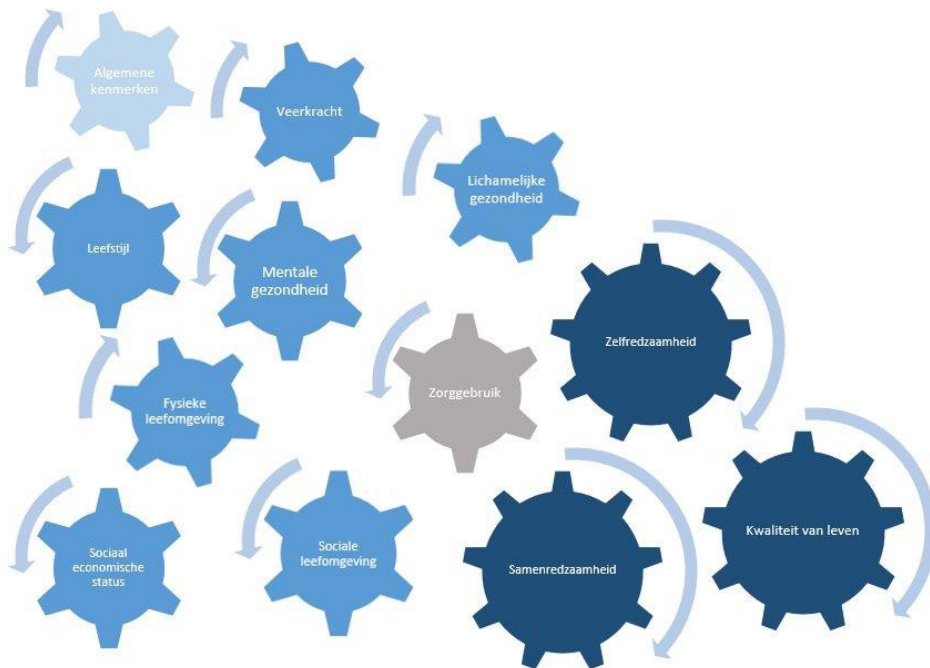


## 2.2 Niet alleen tellen maar ook vertellen!

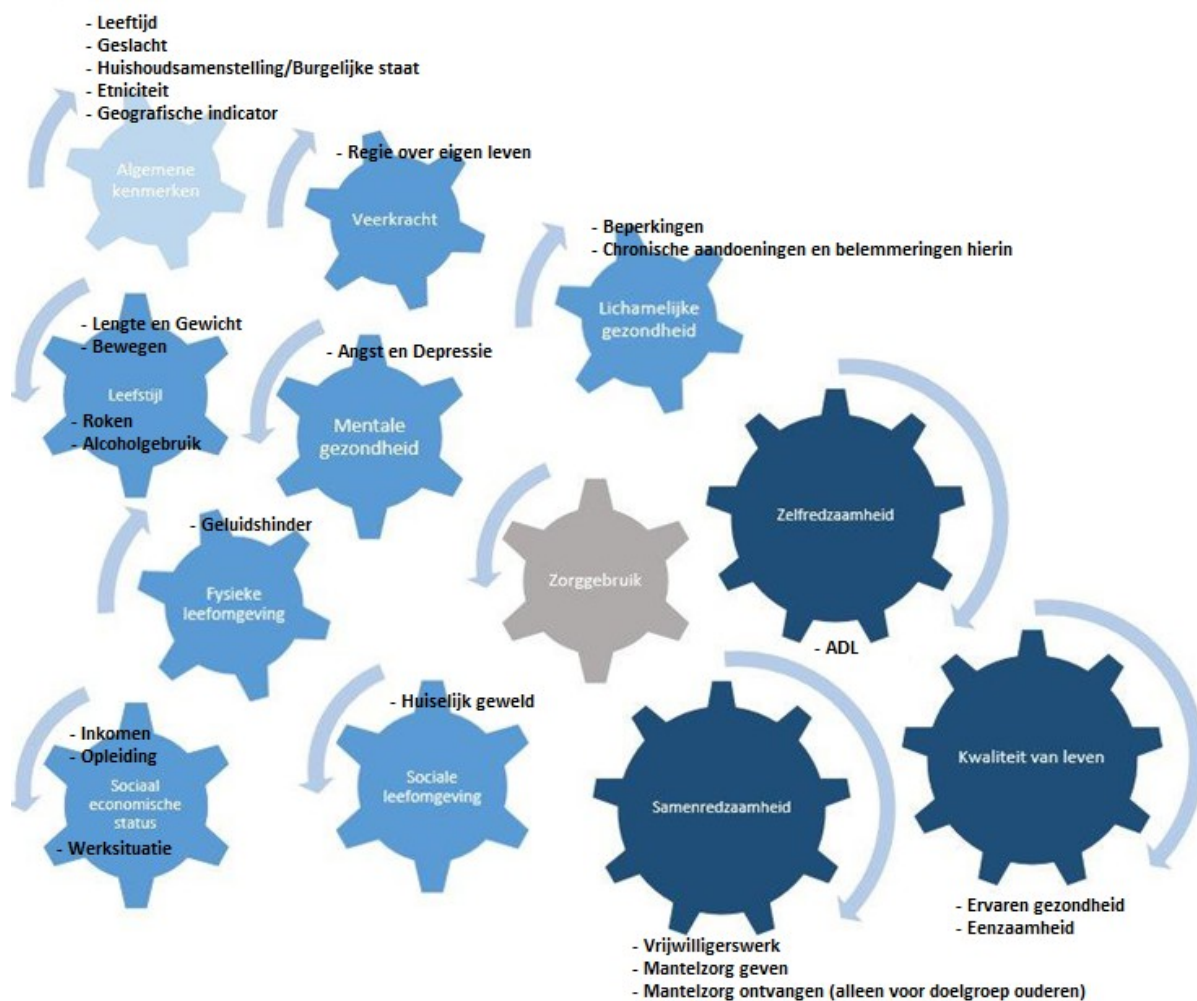
Elk van de genoemde opgaven heeft verschillende aangrijpingspunten voor sturing. Waar je als gemeente lokaal op wilt sturen zal afhangen van de lokale problematiek, lokale infrastructuur en de gemeentespecifieke waarden. Hoe krijg je nu in beeld waar die aangrijpingspunten voor sturing zitten? Daarvoor is informatie nodig. Vanuit hun taken hebben gemeenten en GGD een groot aantal gegevens tot hun beschikking. Daarnaast zijn er partijen als zorgverzekeraars, ROS'sen, zorgaanbieders en welzijnsinstellingen die een schat aan informatie hebben. De uitdaging zit in het gezamenlijk verbinden en het duiden hiervan. Welke patronen zien we? Welk verhaal vertellen de cijfers? Per opgave worden met behulp van deze met elkaar verbonden gegevens (indicatoren) en het bijbehorende verhaal de aanknopingspunten voor effectief beleid zichtbaar. Hoe doen de risicogroepen het op de verschillende domeinen? Waar zien we de grootste uitval? Cijfers zijn er genoeg, de uitdaging zit vooral in het ontrafelen van het verhaal erachter. Dit leidt tot het nodige inzicht in waarop gestuurd kan worden.

### Toelichting Radermodel:

De lichtblauwe raders zijn factoren die invloed hebben op de gezondheid. Ze grijpen in elkaar. 'Draaien' aan één van de raders heeft effect op de andere raders. De donkerblauwe raders zijn de uitkomstmaten. 'Goed' scoren op alle raders leidt tot 'goed' scores op zelfredzaamheid, samenredzaamheid en kwaliteit van leven. Een goede score op alle raders leidt tot een afname van het zorggebruik.



**Figuur 11: Radermodel: Klik op de rader voor verdere toelichting (alleen in dynamisch document)**



**Figuur 12: Radermodel met een aantal indicatoren**

In dit kader ontwikkelt GGD/GHOR Nederland met KING een basisindicatorenset<sup>3</sup> waarmee Nederlandse gemeenten onderling met elkaar vergeleken kunnen worden. GGD Gelderland-Midden participeert hierin en ontwikkelde voor de gemeenten in onze regio bovenstaand radermodel met indicatoren die helpen om risicogroepen te definiëren en aangrijpingspunten voor beleid te vinden. Gezamenlijke duiding en interpretatie hiervan zijn onontbeerlijk om de richting te kunnen bepalen. Voorbeelden in bijlage 4.

<sup>3</sup> GIDS (Gezond in de Stad, programma om gezondheidsachterstanden aan te pakken) en JOGG (Jongeren op Gezond Gewicht) maken ook gebruik van deze basisset, aangevuld met indicatoren die de specifieke doelstellingen in beeld brengen.

## 3 De gezamenlijke visie van Gelderland-Midden

### 3.1 Overtuigingen als pijlers voor de visie

De visie op publieke gezondheidszorg in Gelderland-Midden is gebaseerd op drie pijlers:

- het concept van de positieve gezondheid waardoor een sterke verbinding met het sociaal domein ontstaat;
- het concept van het Radermodel: het vinden van aangrijpingspunten voor effectief beleid in verschillende domeinen met behulp van indicatoren;
- de overtuiging dat de problematiek op regionaal niveau in grote lijnen hetzelfde is maar er op lokaal niveau verschillende manieren zijn om de problematiek aan te pakken.

De brede definitie van gezondheid maakt dat er verder gekeken wordt dan gezondheid alleen. Het gaat juist ook om de inzet op het vergroten van het welbevinden, de eigen regie en participatie. Dit past in de landelijke kaders en wetgeving waarin ook zeer nadrukkelijk de verbinding met het sociaal domein wordt gelegd en beoogd. Meer samenhang en betere samenwerking tussen het domein van de publieke gezondheidszorg, het bredere sociaal domein en de fysieke en sociale leefomgeving zal bijdragen aan gezondere, meer zelfredzame mensen. Hierbij is het van belang dat er wordt aangesloten op wat er al is, het uitbouwen hiervan en het zo goed mogelijk benutten van bestaande structuren en netwerken.

### 3.2 Focus en richting

De focus in de publieke gezondheidszorg ligt bij drie opgaven:

1. Verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen;
2. Bevorderen van participatie van chronisch zieken;
3. Bieden van een vangnet voor de extra kwetsbaren.

Daarnaast zijn de meer 'medisch georiënteerde'<sup>4</sup> thema's' onverkort van toepassing.

Publieke gezondheidszorg heeft een sterk preventief karakter. Interventies kunnen plaatsvinden op de vier verschillende niveaus van preventie. Hierbij is van belang op te merken dat activiteiten die op het 1<sup>e</sup> niveau, de collectieve preventie, worden uitgevoerd veelal gemeentelijke activiteiten zijn die vanuit een ander domein, een andere taak door de gemeente worden vormgegeven.

Aangrijpingspunten voor effectief (preventief) beleid zijn in vrijwel alle gemeentelijke beleidsdomeinen aanwezig. Om deze in beeld te brengen wordt gebruik gemaakt van indicatoren. Huber (2012) onderscheidt in het concept van de positieve gezondheid 6 hoofddimensies als indicator voor gezondheid. Deze dimensies bieden, op *individueel* niveau, een handvat voor de vertaling van de brede visie op gezondheid voor beleid.

De GGD ontwikkelde het 'Radermodel', dit model vertoont grote overeenkomsten met de dimensies van Huber maar is bedoeld voor gebruik op *populatie*niveau.

Indicatoren vanuit de publieke gezondheid worden gebruikt om risico's en risicogroepen in beeld te brengen en op basis daarvan lokale prioriteiten te bepalen en aangrijpingspunten voor beleid te definiëren. Hierbij is gezamenlijke duiding en interpretatie van cijfers van heel groot belang.

---

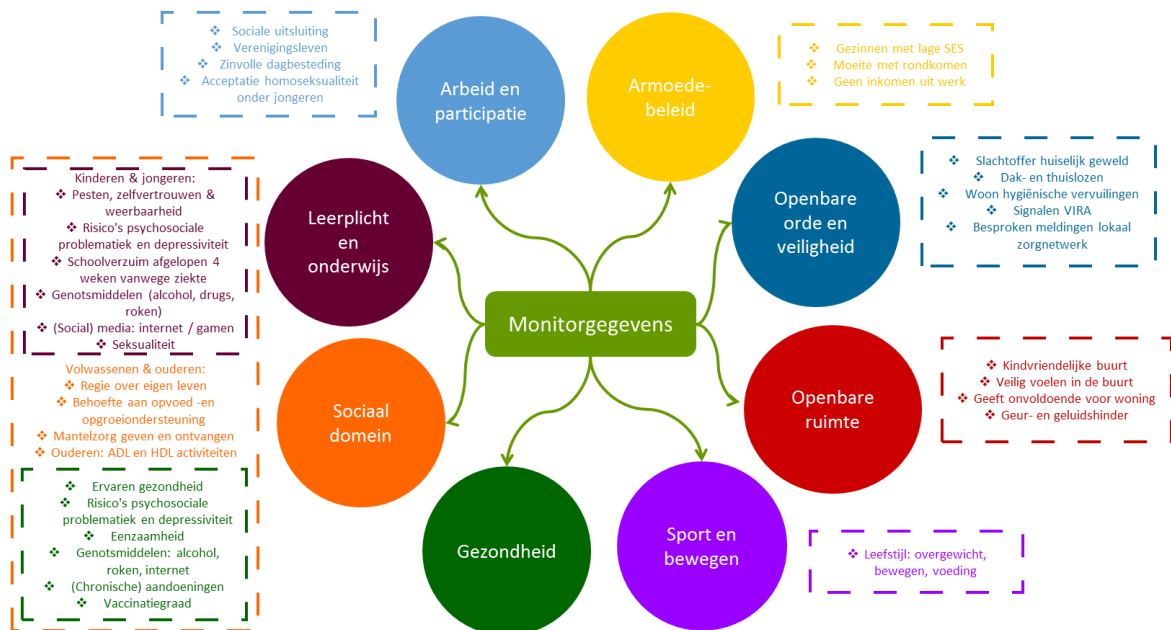
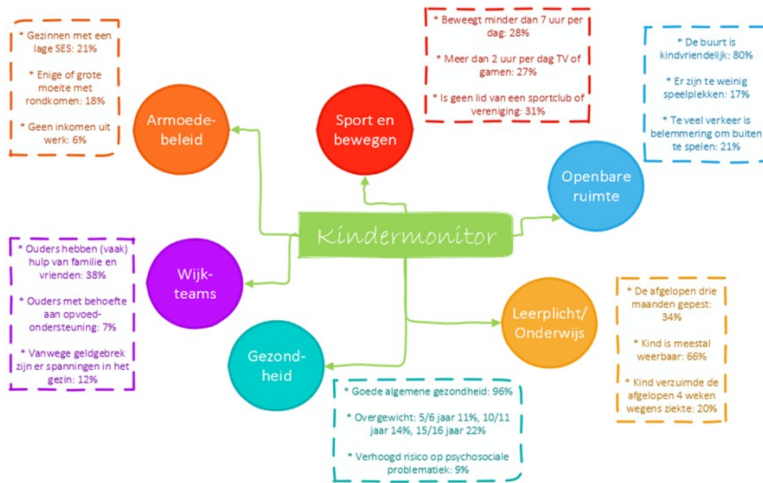
<sup>4</sup> De (gezondheidsbeschermende) taken die grotendeels bij de GGD belegd zijn.

Kortom: de visie op publieke gezondheidszorg in Gelderland-Midden is een gedachtegoed dat een hele stevige basis kan leggen voor het werken aan de opgaven waarvoor gemeenten in het kader van de publieke gezondheidstaken en de taken op het sociaal domein staan. Het gebruik van het concept Positieve Gezondheid en van de verschillende indicatorensets wordt ook landelijk gestimuleerd en ondersteund. Het samen duiden van deze indicatoren is onontbeerlijk voor het proces en zal uiteindelijk bijdragen aan integraal, samenhangend beleid.



# Bijlage 1:

Voorbeelden uit de GGD Kindermonitor en de Monitor Volwassenen om aan te geven hoe indicatoren uit publieke gezondheid gebruikt kunnen worden op verschillende beleidsdomeinen.



## **Bijlage 2: De verdieping op de VTV:**

### **Gezondheidsverschillen, VTV 2014**

#### *Sociaaleconomische gezondheidsverschillen:*

- Laagopgeleiden leven zes jaar korter dan hoogopgeleiden en zelfs 19 korter met een goede ervaren gezondheid. Ook tussen autochtonen en allochtonen bestaan verschillen. Deze verschillen hangen sterk samen met werk en inkomen. Deze hangen op hun beurt weer samen met sociale en fysieke leefomstandigheden, leefstijl en toegang tot de zorg.
- De meest kwetsbare groepen zijn de dak- en thuislozen, asielzoekers en illegalen.
- Mensen in grote steden leven korter dan mensen op het platteland. Een deel van dit verschil in levensverwachting wordt door de sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Krimp gemeenten zien de meest gezonde inwoners wegtrekken, ook dit is een risico.
- De sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) zijn niet afgenomen. Voor de komende jaren wordt zelfs een toename verwacht omdat de effecten en gevolgen van de crisis nu voor vele mensen merkbaar worden. SEGV zijn een belangrijk aandachtspunt in de aanpak van de speerpunten.

#### *Chronische ziekten en maatschappelijke participatie:*

- Niet de diagnose is bepalend voor de mate waarin mensen participeren maar de ervaren gezondheid en het hebben van beperkingen ten gevolge van de ziekte. Ditzelfde geldt voor het doen van vrijwilligerswerk. Een belangrijke onderschrijving van het positieve gezondheidsconcept. Het hebben van een opleiding, betaald werk of een zinvolle dagbesteding, participatie dus, heeft een positieve invloed op de gezondheid. Hier liggen kansen, ook bij chronisch zieken.
- Opleiding is het meest effectief, dit leidt tot meer kansen in het leven en daarmee tot betere omstandigheden en meer gezondheid. Mantelzorg, ook een vorm van maatschappelijke participatie, heeft niet altijd een gunstige invloed op de gezondheid.
- Eén op de vijf oudere mantelzorgers vindt dat zijn of haar eigen gezondheid achteruit is gegaan.

### **Ziektelast**

- De meeste ziektelast wordt veroorzaakt door psychische stoornissen, hart- en vaatziekten en kanker. De ziektelast is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt, relatief ernstig is of veel sterfte veroorzaakt.
- Roken levert de grootste bijdrage aan de ziektelast, gevolgd door overgewicht en weinig bewegen. Daarnaast zijn er specifieke risicogroepen: onder laagopgeleiden wordt anderhalf keer vaker gerookt, de overige leefstijltrends zijn ook ongunstiger onder deze groep. Jongeren drinken vaker extreem te veel.
- De sociale en fysieke omgeving dragen ook bij aan het ontstaan van ziekten. Zo is duidelijk geworden dat ongunstige arbeidsomstandigheden en milieufactoren elk voor 5% tot 6% bijdragen aan de ziektelast. Kansen zijn er echter ook. De inrichting van de omgeving kan een positief effect hebben op gezondheid. Niet alleen doordat de inrichting op zichzelf bijdraagt maar ook doordat de inrichting het gedrag van mensen subtiel kan sturen naar gezond gedrag ('nudging').
- De speerpunten die de afgelopen beleidsperiode aangepakt werden zullen ook de komende jaren actueel blijven. Dit zijn: Roken, diabetes, psychische gezondheid, overmatig alcoholgebruik en natuurlijk overgewicht en bewegen.

## **Bijlage 3: Raders en indicatoren (in het dynamisch document wordt deze informatie zichtbaar wanneer je op de raders klikt.)**

*Laag 2:* Indicatoren die helpen om risicogroepen te kunnen definiëren:

- Leeftijd (bijv. percentage 75-plussers);
- Samenstelling huishouden/ burgerlijke staat (bijv. percentage eenoudergezinnen, percentage alleenwonenden);
- Etniciteit (bijv. percentage niet-westers allochtoon);
- Sociaal economische status (SES): Inkomen (bijv. percentage mensen met een bijstandsuitkering, mensen met max 105% van minimum inkomen), arbeidsmarktpositie (bijv. percentage mensen met inkomen uit arbeid), opleidingsniveau (bijv. percentage mensen met alleen LO), Statusscore SCP, percentage mensen dat moeite heeft met rondkomen.

### Rader leefstijl

- percentage mensen met (ernstig) overgewicht
- percentage mensen dat voldoet aan beweegnorm
- percentage lid van een sportclub
- percentage kinderen dat dagelijks groenten/fruit eet
- percentage mensen/ jongeren die roken
- percentage kinderen/jongeren die thuis meeroken
- percentage overmatige/ zware drinkers
- percentage binge drinkers – alcoholintoxicaties (jeugd)
- percentage indrinkers, percentage dronken jongeren
- Voorbeeldgedrag ouders en opvoeding m.b.t. genotmiddelen
- Risico op seksuele ongezondheid jeugd: percentage jongeren dat veilig vrijt, percentage jongeren slachtoffer van grensoverschrijdend gedrag.

### Rader Veerkracht

- percentage mensen met regie op het eigen leven
- Kwetsbaarheidsindex
- 8 vragen over fysieke, mentale en sociale risicofactoren (waaronder risico op vallen).

### Rader Mentale gezondheid

- percentage mensen met risico op angststoornis of depressie
- percentage mensen/ kinderen en jongeren met (risico op) psychosociale problematiek
- OGGZ registratie
- Afgegeven IBS'sen
- Aantal LVB-ers

### Rader Kwaliteit van Leven

- percentage mensen met een matig of slecht ervaren gezondheid
- Eenzaamheid (emotioneel en sociaal)
- Rader Fysieke leefomgeving

- ervaren geluidshinder
- ervaren geurhinder, groene buurten, risicofactoren in de woning, milieurisicobeleving.
- veiligheid (verkeer) (apart navragen of combineren uit veiligheidsmonitor en RAV?)
- veiligheidsmonitor
- woningvoorraad
- percentage ouders dat eigen buurt kindvriendelijk vindt
- belemmeringen om buiten te spelen (speelplekken/ water/ verkeer)
- veeteelt concentratie
- ambulance inzet tgv verkeersongevallen per 1000 inwoners
- woningbrand risico's

#### Rader Lichamelijke gezondheid

- percentage mensen met twee of meer chronische aandoeningen
- percentage mensen met diabetes
- percentage kinderen met een aandoening
- percentage mensen met belemmeringen tgv chronische aandoeningen
- percentage mensen met een beperking (zicht, gehoor, mobiliteit, ADL)
- infectieziekten surveillance
- soa surveillance
- TBC surveillance
- registratie RAV

#### Rader sociale leefomgeving

- percentage inwoners met onvoldoende sociale contacten (Leefbaarheidsmonitor)
- huiselijk geweld (ooit slachtoffer)
- percentage kinderen dat gepest wordt
- sociale uitsluitingsindex

#### Raders Zelf- & Samenredzaamheid

- contact met de buren
- sociale uitsluitingsindex
- gebruik voorzieningen
- maatschappelijke participatie
- percentage mensen dat vrijwilligerswerk doet
- percentage mensen dat mantelzorg geeft
- percentage ouderen dat mantelzorg ontvangt
- percentage mensen dat in staat is om zelf hulp te kunnen regelen
- percentage ouders met hulp/ondersteuning bij opvoeding uit eigen netwerk
- gebruik maken van eigen of openbaar vervoer
- ZRM / keukentafelregistraties

#### Rader zorggebruik

- percentage ouders dat behoefte heeft aan opvoedingsondersteuning
- aantal mensen in gemeentelijke sociale teams
- aantal huishoudens met een of meer regelingen op gebied welzijn en zorg
- aantal mensen dat gebruik maakt van bijzondere bijstand
- gebruik voorzieningen (bv sociale teams)
- contact met de huisarts - tandarts - specialist - GGZ - AMW - paramedici
- percentage mensen met alleen basiszorgverzekering

- gemiddelde zorgkosten per inwoner (1e lijn, 2e lijn)
- aantal mensen dat gebruik maakt van preventieve activiteiten vergoed door zorgverzekeraar