

**Startnota Preventief Gezondheidsbeleid
2017-2020
gemeente Dalfsen**

Iedereen gezond, samen sterk



Inhoudsopgave

Inleiding en leeswijzer

1 Achtergronden

- 1.1 Aanleiding voor nieuw beleid
- 1.2 Wettelijk kader
- 1.3 Begripsafbakening
 - 1.3.1 Publieke gezondheid
 - 1.3.2 Positieve gezondheid
 - 1.3.3 Integraal gezondheidsbeleid
 - 1.3.4 Preventie
 - 1.3.5 Gezondheidsverschillen
 - 1.3.6 Effectief gezondheidsbeleid
- 1.4 Bestaande lokale kaders

2 Gezondheidssituatie Dalfsen

- 2.1 Evaluatiegegevens

3 Preventief gezondheidsbeleid in Dalfsen

- 3.1 Visie op gezondheid en preventie
- 3.2 Uitgangspunten
- 3.3 Doelstellingen en beoogde effecten
- 3.4 Beleid en uitvoering
 - 3.4.1 Onderzoek: Kerngezondheidsprofielen
 - 3.4.2 Uitvoeringsprogramma Kern-gezond
- 3.5 Financiële paragraaf

Inleiding

Gezondheidsbevordering (..) “verhoogt niet alleen de kwaliteit van leven, maar draagt ook bij aan een vitale maatschappij waarin iedereen naar vermogen kan meedoen”, volgens het Nationale PreventieProgramma ‘Alles is gezondheid’. Als ‘alles’ gezondheid is, welke accenten leggen wij dan in het gezondheidsbeleid voor Dalfsen en hoe zorgen we voor sterke verbindingen met beleidsterreinen die een natuurlijke partner zijn? Welke gezondheidsdoelen streven wij na en hoe realiseren wij die zo effectief mogelijk? En hoe houden we zicht op resultaten en effecten, zodat we tussentijds kunnen bijsturen?

Deze startnota beantwoordt deze vragen, formuleert een visie op preventie en gezondheid en biedt uitgangspunten voor de opvolgende beleidsnota. Daarin worden doelen, activiteiten en maatregelen nader uitgewerkt en voorzien van een uitvoeringsprogramma.

Leeswijzer: in hoofdstuk 1 wordt het wettelijke kader voor gezondheidsbeleid toegelicht, worden uitgangspunten uit lokaal vastgesteld beleid aangehaald en komen belangrijke begrippen uit het denken over gezondheid langs. Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van de gezondheidssituatie in Dalfsen. In hoofdstuk 3 worden een visie, uitgangspunten en doelen voor de beleidsperiode 2017-2020 voorgesteld evenals een korte opzet voor een bijbehorend uitvoeringsprogramma.

1 Achtergronden

1.1 Aanleiding voor nieuw beleid

De gemeente Dalfsen is op grond van de Wet Publieke Gezondheid (WPG) verplicht om in 2017 een nieuwe gemeentelijke gezondheidsnota te publiceren. Deze nota bestaat uit maatregelen die de gezondheid van inwoners, hun welzijn en welbevinden en hun deelname aan de lokale samenleving faciliteren. Wij investeren in gezondheid en preventie omdat we ervan overtuigd zijn dat dat loont. Een gezonde samenleving, is een sterke samenleving.

GGD-monitoregegevens wijzen uit dat de gemiddelde inwoner van Dalfsen in goede gezondheid leeft. Wat kunnen we ondernemen om deze hoge score vast te houden? Tegelijkertijd komen ook in Dalfsen gezondheidsverschillen voor, veroorzaakt door verschillen in economische status, maar hebben we te weinig inzicht in de gezondheidsbeleving van deze kwetsbare¹ inwoners. Daar willen we meer van weten, zodat we gerichte maatregelen kunnen nemen. Op leefstijl valt op dat inwoners van jong tot oud meer alcohol drinken dan inwoners elders in de regio; welke strategie ontwikkelen we om dit te verminderen?

1.2 Wettelijk kader

Wet Publieke Gezondheid

Publieke gezondheid is op grond van de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en het Rijk. De wet bepaalt dat wij als gemeente verantwoordelijk zijn voor:

- Algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere afstemming van de publieke gezondheidszorg met curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering en medische milieukunde.
- Jeugdgezondheidszorg tot 18 jaar (artikel 5).
- Ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a)
- Infectieziektebestrijding (artikel 6)

Voor Dalfsen vertaald:

- In het basistakenpakket van de GGD zijn bovenstaande taken vervat, met uitzondering van gezondheidsbevordering en ouderengezondheidszorg. Invulling van deze taken leggen gemeenten elke vier jaar vast in de nota gezondheidsbeleid.
- Hoewel de wet PG leidend is voor het opstellen van lokaal gezondheidsbeleid, hebben gemeenten ook vanuit de WMO, de Jeugdwet en de Participatiewet de taak om gezondheid te bevorderen. (zie bijlage 1)

Landelijke preventienota

In december 2015 verscheen de landelijke gezondheidsnota in de vorm van een Kamerbrief waarvan de hoofdlijn is dat het voorgaande beleid wordt voortgezet, het terugbrengen van sociaal-economische gezondheidsverschillen urgent is, preventie en gezondheidsbevordering de nadruk krijgen en daarmee leefstijlthema's prominente aandacht behoeven (zie bijlage 2). VWS roept gemeentes op om hieraan lokaal invulling te geven in de lijn van het landelijke preventieprogramma 'Alles is gezondheid' (<https://www.allesisgezondheid.nl/>)

Drank en Horeca Wet (DHW)

Vanuit de Drank en Horeca Wet is een gemeente verplicht om bij verschijnen van nieuw gezondheidsbeleid daarin een handhaving- en preventieplan DHW op te nemen. Dit plan is voor Dalfsen momenteel in voorbereiding waarbij de ruimte wordt genomen om onderdelen volgens een eigen tijdpad te ontwikkelen. Maatregelen ten aanzien van regelgeving en handhaving worden in 2017 geëvalueerd en bijgesteld, waarna eind 2017 een preventie- en handavingsplan alcohol verschijnt met inbegrip van het thema roken². Afstemming tussen beide trajecten wordt gewaarborgd door de projectgroep DHW waarin afdelingen MO, RO en Bestuurszaken zijn vertegenwoordigd.

Omgevingswet

¹ Mensen zijn sociaal kwetsbaar als de draaglast van de ervaren problemen en tegenslagen te groot is voor de bij hen beschikbare draagkracht. Uit: Monitor sociaal kwetsbare groepen, Tilburg University/ Tranzo wetenschappelijk centrum voor zorg en welzijn, 2015)

² We voegen 'roken' toe aan dit plan omdat de doelgroepen, settings en maatregelen gericht op alcoholpreventie en – handhaving overeenkomen met die van rookpreventie.

De omgevingswet wordt in 2019 van kracht. Bij ruimtelijke beslissingen wordt dan een integrale afweging gemaakt met inbegrip van gezondheid. Omdat de afstemming tussen ruimtelijke ordening en publieke gezondheid al vrij goed is, zien wij geen aanleiding hier meer op te ondernemen. We houden ontwikkelingen bij en stemmen deze intern af met Ruimtelijke Ordening (en vice versa), zodat beleidsbeslissingen niet met elkaar conflicteren.

1.3 Begripsafbakening

Voor het vaststellen van een visie en doelen voor lokaal Gezondheidsbeleid is inzicht nodig in het denken over en werken aan gezondheidsbevordering vanuit gemeentelijk perspectief. Hieronder een introductie.

1.3.1 Publieke Gezondheid

Publieke gezondheid is gericht op de bescherming, bevordering en bewaking van de gezondheid van – en acute hulpverlening aan de bevolking. Het gaat om de gezondheid van de gehele bevolking. Aan de activiteiten op dit gebied ligt geen individuele hulpverlening ten grondslag. Karakteristiek aan publieke gezondheid is de preventieve insteek, de maatschappelijke hulpvraag en de interventies die zich richten op groepen. De publieke gezondheid richt zich ook op het verminderen van gezondheidsrisico's en het bieden van zorg aan kwetsbare groepen. De gemeentelijk taken die afgeleid worden van het voornoemde sluiten in de kern aan bij de opgaves van de transities in het sociaal domein: preventief, dichtbij, het versterken van eigen kracht en het vergroten van zelfredzaamheid en participatie van inwoners.

1.3.2 Positieve gezondheid

Gezond zijn bevordert participatie en zelfredzaamheid. Andersom geldt hetzelfde: maatschappelijk meedoen; (vrijwilligers)werk hebben; taalvaardig en financieel gezond zijn, zelf aangeven wat voor jou belangrijk is om je gezond te voelen, máákt gezonder. Deze laatste component, eigen regie, is een centraal gegeven in de opvatting van positieve gezondheid: “ het vermogen van mensen zich aan te passen in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven”(Huber 2013). Gezond zijn betekent hiermee niet langer alleen maar ‘het afwezig zijn van ziekte’ zoals zorgprofessionals gezondheid lang hebben gedefinieerd. Positieve gezondheid verwoordt wat mensen zelf onder (hun) gezondheid verstaan, inclusief aspecten die zorgprofessionals lange tijd niet erkenden als behorend tot gezondheid, zoals welbevinden, kwaliteit van leven en participeren. (zie bijlage 3: pijlers voor positieve gezondheid) Deze brede kijk op gezondheid biedt aanknopingspunten voor integraal gezondheidsbeleid. Met inbegrip van het betrekken van inwoners bij activiteiten en programma's.

1.3.3 Integraal gezondheidsbeleid

Gezondheid en leefstijl worden bepaald door een mix aan factoren:

- Fysieke omgevingsfactoren: een veilige, groene en schone werk- en woonomgeving.
- Sociale omgevingsfactoren: de mate van controle hebben (of ervaren) over de eigen situatie, het (niet) hebben van steun uit de omgeving.
- Gedragsfactoren: eigen gedrag bepaalt in belangrijke mate iemands gezondheid. Het gaat hierbij niet altijd over vrije wil: gedragskeuzen worden ook beïnvloed door financiële, sociale en culturele omstandigheden.

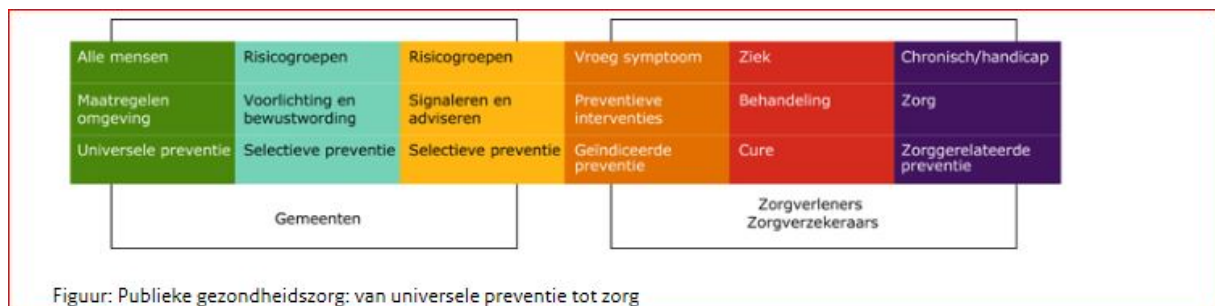
Het regenboogmodel van Dahlgren en Whitehead (zie bijlage 4 voor een toelichting) verduidelijkt dat effectief gezondheidsbeleid inspeelt op het geheel van factoren die de gezondheid beïnvloeden. Integraal gezondheidsbeleid pakt deze verschillende factoren in samenhang aan.³



³ Zo is voor een effectieve preventie van overgewicht naast voorlichting over gezonde leefomgeving nodig die bewegen en gezond eten stimuleert. Dit vraagt ook maatregelen van andere beleidsterreinen dan volksgezondheid. Maar het werkt ook andersom. Een gezonde bevolking kan bijdragen aan de doelstellingen van andere beleidsterreinen. Zo is gezondheid van invloed op schoolprestaties, de loopbaan van mensen en op (arbeids)participatie.

1.3.4 Preventie

'Preventie' is een containerbegrip, te omschrijven als 'het totaal van maatregelen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, die tot doel hebben de gezondheid te beschermen en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen' (Mackenbach, 2012). Preventie kan dus gericht zijn op gezondheidsbevordering, -bescherming of ziektepreventie, en daarmee op verschillende doelgroepen: van de gezonde bevolking tot mensen met een (chronische) ziekte. Ook wordt preventie onderscheiden naar methoden van uitvoering (inrichting van de fysieke en sociale omgeving; regelgeving en handhaving; voorlichting en educatie aan groepen; signalering en individueel advies en ondersteuning)⁴ en setting (in de zorg, op school, in de wijk en op de werkplek).



Uit dit overzicht blijkt dat universele en selectieve preventie gemeentelijke taken zijn. Universele preventie bevordert en beschermt actief de gezondheid van de gehele bevolking. Selectieve preventie probeert de gezondheid van risico- en kwetsbare groepen te verbeteren.

1.3.5 Gezondheidsverschillen

De landelijke overheid roept gemeentes op om in lokaal gezondheidsbeleid aandacht te besteden aan het terugbrengen van gezondheidsverschillen. Wat is daarvan de achtergrond? (Zie ook bijlage 5.)

Hoewel de gezondheidssituatie in Nederland goed is en de levensverwachting hoog, geldt dat niet voor elke inwoner. Het meest in het oog springende landelijke gegeven als het gaat om gezondheidsverschillen (naar opleiding en inkomen) is het verschil in levensverwachting: tussen personen met een lage en hoge sociaal-economische status is dat verschil ongeveer 7 jaar, het verschil in *gezonde* levensverwachting, zonder beperkingen, is ongeveer 14,5 jaar.⁵ De verklaring voor gezondheidsverschillen in een notendop, waarbij oorzaak en gevolg door elkaar heenlopen: mensen met een lage sociaaleconomische status – laag opgeleid, een laag inkomen – houden er vaker een relatief ongezondere leefstijl op na, verkeren in minder gunstige werk- en woonomstandigheden en ontvangen in de regel minder effectieve zorg. Dit leidt tot een slechtere gezondheid. Een slechte gezondheid heeft op haar beurt een belemmerende invloed op opleiding, werk en andere vormen van maatschappelijke participatie. Gezondheidsverschillen houden zichzelf dus in stand en gaan vaak over op generaties. Omdat gezondheidsverschillen nauw samenhangen met achterstanden op tal van andere terreinen - zoals een laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau, ongunstige woon- en werkomstandigheden-, wordt de meeste gezondheidswinst bereikt door op deze terreinen activiteiten te ondernemen. Ook is het belangrijk om bij generieke maatregelen (zoals leefstijlcampagnes, prijsverhogingen van alcohol en tabak) na te gaan of de effecten hiervan niet ten nadele komen van kwetsbare groepen, waardoor gezondheidsverschillen toe- in plaats van afnemen.

1.3.6 Effectief gezondheidsbeleid

Wat mogen we verwachten van gezondheidsbevorderende programma's en interventies; hoe kunnen we ons lokale programma zodanig inrichten dat we daar effect mee sorteren? De volgende inzichten zijn behulpzaam bij het maken van basiskeuzes.

⁴ <http://www.nationaalkompas.nl/preventie/wat-is-preventie/>

⁵ Factsheet gezondheidsverschillen, Pharos.

Belangrijkste randvoorwaarden voor gezondheidswinst⁶

Er is nog weinig bekend over langetermijneffecten van preventie, effecten op sociaaleconomische gezondheidsverschillen en effecten van omgevingsmaatregelen. Het is ook de vraag of, en in welke frequentie, leefstijlinterventies elkaar moeten opvolgen om blijvende effecten op de lange termijn te hebben. Of gezondheidsprogramma's en bijbehorende interventies effectief zijn, wordt op basis van wetenschappelijk onderzoek aangeduid met de term 'efficacy': effectiviteit onder gecontroleerde omstandigheden. Effectiviteit in de praktijk wordt 'effectiveness' genoemd. Een interventie kan wetenschappelijk gezien nog zo effectief zijn, als deze niet op grote schaal in de praktijk ingezet kan worden, zal de interventie nooit leiden tot gezondheidswinst op bevolkingsniveau. Andersom zal een interventie die wel op grote schaal wordt ingezet, maar onvoldoende wetenschappelijke bewijskracht heeft, waarschijnlijk ook niet bijdragen aan gezondheidswinst op populatieniveau, voor grotere groepen. Randvoorwaarden voor effectiviteit in de praktijk zijn:

- Voldoende bereik van de interventies: voldoende aanbod van de interventie, voldoende deelname, weinig uitval;
- Voldoende capaciteit: onder andere deskundigheid, menskracht, materialen;
- Acceptabele kosten;
- Praktische uitvoerbaarheid.

Hoewel het vrij ingewikkeld is om de bewijskracht ('evidence') van gezondheidsbevorderende programma's en interventies vast te stellen, zijn er wel werkzame bestanddelen te benoemen:

- Omgevingsmaatregelen, regelgeving en ondersteuning bij gedragsverandering
- langdurige intensieve interventies
- Aansluiten bij de doelgroep en de betrokken organisatie(s)
- Rekening houden met mogelijke negatieve effecten voor de doelgroep

Achtergrond en toelichting in bijlage 6.

1.4 Bestaande lokale kaders

Kaders voor nieuw gezondheidsbeleid zijn af te leiden uit uitgangspunten zoals verwoord in de volgende vastgestelde Dalfser documenten:

In het Raads- en Coalitiedocument 2014-2018 wordt veel belang gehecht aan burgerparticipatie, omdat er ' met betrokkenheid van inwoners beter gedragen besluiten tot stand komen en er per saldo meer gerealiseerd wordt'. Het stimuleren van een gezonde leefstijl en een actieve vrijetijdsbesteding, met name bij de jeugd, is als speerpunt genoemd. De Kulturhusconcepten worden als kansrijk benoemd voor het promoten van een gezonde leefstijl.

In de contourennota voor de transities binnen het Sociaal Domein 'Meedoen en verbinden' (2013) staan de volgende uitgangspunten vermeld:

- Uitgaan van de eigen kracht
- Meer samenleving, minder individueel
- Minder bureaucratie
- Wijkgericht werken
- Preventief in plaats van curatief
- Samenhang en integraliteit
- Gebruik maken van de inzet van vrijwilligers.

Deze uitgangspunten dragen bij aan het versterken van en in stand houden van de gezondheid van inwoners, zoals de toelichting over 'positieve gezondheid' laat zien. Alle beleidsonderdelen binnen het sociaal domein dragen daarom in principe bij aan doelen van gezondheidsbevordering en preventie, wat in het 3D-

⁶ Bron: 'Effectieve preventie', deelrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010, RIVM

beleidstraject voor het sociaal domein ook als zodanig is benoemd. Andersom draagt gezondheidsbeleid bij aan de volgende beleidsdoelen van de gewenste transformatie:

- Gerichte preventie voor kwetsbare groepen en hun netwerk;
- Betere preventie en uitgaan van eigen kracht van jeugdigen, ouders en het sociale netwerk

Dit zien we terug in de visie op het welzijnsbeleid, vastgesteld in maart 2015:

“Door samenhangend en kerngericht beleid op sport, cultuur en welzijn/ontmoeting/recreatie willen we bijdragen aan een leefbare, vitale en sociale leefomgeving waarin inwoners zich prettig voelen, waarin zij zo lang mogelijk kunnen blijven meedoen in onze lokale samenleving en waarin zij kunnen terugvallen op een sociaal netwerk. Mogelijke problemen worden vroegtijdig gesignaleerd en opgepakt.

De activiteiten moeten doel- en vraaggericht zijn en in samenhang in de kern worden georganiseerd.”

Op uitvoeringsniveau bieden ons armoedebeleid en de aanpak van laaggeletterdheid aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering voor groepen die in leefomstandigheden verkeren waarvan bekend is dat die gezondheidsachterstand opleveren. Hoewel beide programma's niet tot uitgesproken doel hebben om gezondheid te versterken, treffen we hier de doelgroepen bij wie we gezondheidswinst willen realiseren.

Bovenstaande uitgangspunten komen in hoofdstuk 3 terug in de visie, uitgangspunten en doelstellingen voor het preventieve gezondheidsbeleid.

2 Gezondheidsschets Dalfsen

De laatste gemeentelijke beleidsnota Publieke Gezondheid is in 2013 door de gemeenteraad vastgesteld, als onderdeel van de WMO nota 'met elkaar, voor elkaar'. In deze nota zijn ambities en speerpunten geformuleerd op het terrein van welzijn (Wmo) en gezondheid. Dit gecombineerde beleidsplan liet, ten tijde van de start van de transitie, de noodzaak zien van het leggen van een sterke verbinding tussen welzijn, gezondheid en zorg. Het heeft willen bijdragen aan

- Het organiseren van een toereikend en samenhangend zorgaanbod van preventieve, curatieve en zorgvoorzieningen.
- Het verminderen van overgewicht, alcoholgebruik, depressie, diabetes en gehoorschade.
- Het werken aan voornoemde punten in afstemming met de gezamenlijke gemeentelijke preventienota regio IJsselland.

Aan preventie van (schadelijk) alcoholgebruik en overgewicht is uitvoering gegeven omdat GGD-monitorgegevens daar aanleiding toe gaven. Voor overige gezondheidsonderdelen bleek minder urgentie te zijn. De trends en ontwikkelingen zijn voor jongeren in Dalfsen op overgewicht, alcoholgebruik en roken niet weer te geven vanwege een tussentijdse landelijke beleidswijziging in GGD-onderzoeksopzet. Door landelijke cijfers, monitoruitkomsten van de GGD IJsselland, evaluatie van het preventieaanbod en regionale evaluatiegegevens over de Drank- en Horeca Wet samen te voegen, komen we tot een globale gezondheidsschets.

2.1 Evaluatiegegevens

De GGD IJsselland evalueert periodiek de gezondheidssituatie voor 0-4 jarigen, jongeren, volwassenen en ouderen in de gemeente Dalfsen. Vergelijken we monitoruitkomsten verkregen tussen 2010-2014 met die uit de regio dan ontbreekt in Dalfsen grote gezondheidsproblematiek en ervaart 88% van de inwoners, van jong tot oud, hun psychische en fysieke gezondheid als (erg) goed.⁷ (Zie ook bijlage 7 voor verdere uitkomsten en een vergelijking.) Deze positieve uitkomst wordt op de website 'gezondheid in sociaal domein' in samenhang toegelicht en verbeeld (<https://www.gezondheidinsociaaldomein.nl/uw-gemeente/dalfsen/>).

In relatie tot de ontwikkeling van het gezondheidsbeleid plaatsen we bij het bovenstaande de volgende opmerkingen:

- Van de volwassen inwoners voelt ruim 3% zich (zeer) vaak buiten de samenleving staan. Twaalf procent ervaart dit soms. Een aspect om aandacht voor te hebben nu van (oudere) inwoners meer eigen initiatief en het doen van een beroep op het eigen netwerk verlangen.
- De afgelopen jaren is de situatie van kwetsbare groepen verslechterd en zijn meer mensen onder invloed van de economische crisis in een kwetsbare positie gekomen. 14% van de inwonerspopulatie in Dalfsen behoort tot een kwetsbare groep, tegen 16% Overijssel-breed. Uit rondvragen op de afdeling MO blijkt dat we deze groep kennen voor zover ze gebruik maken van gemeentelijke voorzieningen, maar bestaat geen inzicht in de problematiek van niet-gebruikers. Hoe ziet hun gezondheidssituatie eruit? Zijn er sociaal-economische gezondheidsverschillen in Dalfsen en hoe ligt dit per kern?
- Hoe kunnen we de hoge ervaren gezondheidsscore vasthouden en uitbouwen? Uit welke factoren is deze score opgebouwd en (hoe) kunnen wij deze als gemeente beïnvloeden?
- Wat opvalt uit de monitorgegevens is dat zowel een derde van de jongeren als volwassenen dagelijks groente en fruit eet. Tweederde niet; daar valt winst te behalen.

Leefstijlthema's

Leefstijl heeft een ongunstige dan wel beschermende invloed op gezondheid: of iemand rookt, drinkt, voldoende beweegt of goed eet heeft gezondheidsgevolgen. Dit gedrag is overigens slechts ten dele een

⁷ Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle relevante gezondheidsaspecten voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende aspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid. Voorbeelden zijn ziekten, lichamelijke beperkingen en handicaps, fitheid, vermoeidheid en depressieve gevoelens. Ook leefstijlfactoren, zoals voeding, roken en lichamelijke activiteit kunnen het oordeel over de eigen gezondheid mede bepalen: 'Ik wandel iedere dag, dus ik ben gezond'. Hoe slechter iemand zijn of haar eigen gezondheid ervaart, hoe hoger de kans op overlijden. Deze sterke relatie tussen ervaren gezondheid en sterfte blijft bestaan nadat rekening gehouden is met een groot aantal andere factoren waarvan bekend is dat ze sterfte voorspellen, zoals leeftijd, objectieve gezondheidsmaten (zoals ziekten, bloeddruk) en andere relevante medische, leefstijl- en psychosociale factoren. (bron: RIVM)

persoonlijke keuze. Impulsen, aannames, kuddegedrag, gewoontes, gemak – het leidt ons meer dan verstandig nadenken over onze gezondheid⁸. Dit inzicht geeft de beperkingen van leefstijlinterventies aan, en geeft tegelijkertijd aanknopingspunten voor de opzet ervan, aanvullend op wat daar in hoofdstuk 1 over is gezegd. Op de thema's middelengebruik (roken, alcohol en drugs), bewegen en voeding valt onder randvoorwaarden gezondheidswinst te behalen voor jong en oud.

Leefstijl en gezondheidsverschillen: roken en alcohol

Omdat kwetsbare groepen (mensen met een lage sociaal-economische status) er vaker een ongezonde leefstijl op na houden, kan door goed afgestemde acties op roken, alcohol, voeding en bewegen bij deze doelgroep gezondheidswinst worden geboekt. Het tegengaan van roken en alcoholgebruik is juist voor deze groep zinvol: 25% van de gezondheidsachterstand wordt door roken veroorzaakt, en ook schadelijk alcoholgebruik komt vaker voor in deze groep, vaker startend vroeg in de puberteit.

⁸ 'Hoe mensen keuzes maken', de psychologie van het beslissen, W.L. Tiemeijer, WRR 2011

3 Preventief gezondheidsbeleid in Dalfsen

Gegeven dat:

- bewonersparticipatie en positieve gezondheid 'hand in hand gaan' in het realiseren van gezondheidsdoelen;
- vanuit de WMO, Jeugd- en Participatiewet, Welzijns- en Sportbeleid, uitvoering Drank en Horeca Wet, inrichting fysieke ruimte een bijdrage wordt geleverd aan gezondheidsdoelen maar op die doelen niet in samenhang wordt gestuurd;
- monitoring en evaluatie van vorig gezondheidsbeleid ontbreekt;
- monitorgegevens van de GGD versnipperd zijn en niet reflecteren op ons (kerngerichte) preventie-aanbod ;
- onze ervaren gezondheidsscore hoog is;
- daarentegen ook sprake is/ zal zijn van gezondheidsverschillen tussen groepen inwoners;
- en gegevens die voor handen zijn duiden op de noodzaak om te intensiveren op aandacht voor de leefstijlthema's alcohol, roken;

is de opdracht voor de gemeente Dalfsen om tot een samenhangende, doelgerichte, effectieve gezondheidsaanpak te komen. Een programmatische benadering, bestaande uit projecten en structurele interventies gericht op specifieke doelgroepen en *settings*, aanhakend bij succesvolle initiatieven die we van een gezondheidscomponent voorzien, doet daar recht aan. Welke visie, uitgangspunten, gewenste doelen en effecten hanteren we daarbij?

3.1 Visie op gezondheid en preventie

We streven in Dalfsen een sterk sociaal domein na met preventief gezondheidsbeleid als basis voor een gezonde bevolking. Dit beleid is samenhangend, kerngericht en draagt bij aan een leefbare, vitale en sociale leefomgeving. Wij kennen gezondheid een belangrijke functie toe en definiëren niet wat gezondheid is of moet zijn. Dat is namelijk voor iedereen anders, afhankelijk van hoe het eigen leven eruit ziet. Tegelijkertijd hebben we wel opvattingen over zaken die gezondheid bevorderen, en zaken die wij stimuleren, bevorderen of afremmen omdat ze gerelateerd zijn aan (on)gezondheid. Dit levert een spanningsveld op tussen een bottom-up en top-down aanpak: tussen enerzijds mensen de ruimte geven zelf aan te geven wat hen gezond maakt en houdt, en anderzijds normen af te geven over een gezonde leefstijl en gedragsverandering te verlangen als wij daar noodzaak toe zien.

3.2 Uitgangspunten

Preventief Gezondheidsbeleid betekent voor onze gemeente:

- **Aansluiten:** bij de uitgangssituatie van inwoners (sterk en gezond, dan wel kwetsbaar, met gezondheidsachterstand) met positieve gezondheid als vertrekpunt.
- **Maatwerk:** wij bereiken de juiste groepen, door mensen op een goede manier aan te spreken en te motiveren, in samenwerking met maatschappelijke partners.
- **Stellingname:** beïnvloeden van een ongezonde leefstijl betekent dat wij een gezonde norm afgeven.
- **Samenwerking:** Wij bereiken het meeste door samenhang tussen beleidsterreinen te organiseren, (Vechtdalbreed) samen te werken met omliggende gemeentes op gelijklopende problematiek en als partner op te trekken met het maatschappelijk middenveld en inwoners.
- **Evenwicht:** We investeren in preventie op leefstijlthema's (roken, alcohol) en zetten navenant handhavingsmaatregelen in.

3.3 Doelstellingen en beoogde effecten

Hoofddoelstellingen van het preventief gezondheidsbeleid 2017-2020 zijn het vasthouden van de hoge score op ervaren gezondheid, het tegengaan van gezondheidsverschillen en het verbeteren van een ongezonde leefstijl, met accenten op het tegengaan van roken en alcoholgebruik.

Hiermee streven we zowel inclusie na als floreren : we willen gezondheidswinst boeken voor kwetsbare groepen met een programma dat inspeelt op het versterken van factoren waarvan hoog aannemelijk is dat het tot gezondheidsverbetering leidt. Inwoners met wie het (erg) goed gaat, krijgen de gelegenheid tot verdere bloei te komen.

We streven met ons preventieve gezondheidsbeleid uiteindelijk de volgende maatschappelijke effecten na:

- Jongeren ontwikkelen zich tot (gezonde en) actieve volwassenen
- Ouderen zijn langer zelfredzaam en participeren in de samenleving.
- Kwetsbare groepen doen mee aan de samenleving en voelen zich gezond(er)
- Alle zorgaanbod, informeel en formeel, is toegankelijk voor iedereen.

3.4 Beleid en uitvoering

Met de startnota en navolgende beleidsnotitie inclusief uitvoeringsprogramma organiseren we een solide basis voor preventief gezondheidsbeleid. Wat behelst dit programma in grote lijnen?

3.4.1 Kerngezondheidsprofielen

Leidend voor de invulling van het uitvoeringsprogramma is het onderzoek dat begin 2017 in de drie hoofdkernen wordt uitgevoerd door o.a. de GGD IJsselland, passend bij en gebruikmakend van onder meer de Halfjaarrapportages Sociaal Domein. Gegevens van aanvullende bronnen, zoals registraties van Tactus, huisartsen, Taalpunt en politie, en ook de Sportmonitor plus evaluatie van het Overloperproject (beide uitgezet bij de basisscholen) worden hierin betrokken. De gezondheidsbeleving - het perspectief van inwoners op de eigen gezondheid- wordt ook bevraagd, zodat samen met voornoemde gegevenskoppeling inzicht wordt verkregen in de gezondheidssituatie per kern; de omvang en karakteristieken van kwetsbare en sterke groepen en de betrokkenheid van stakeholders.

Oplevering onderzoek: maart - april 2017

Bespreking uitkomsten met raad, veldpartijen en inwoners: mei- juni 2017

Uitwerking programmalijnen I,II en II (*zie hieronder*): juli- oktober 2018

3.4.2 Uitvoeringsprogramma Kern-gezond

Het uitvoeringsprogramma Kern-gezond heeft drie lijnen:

I 'Iedereen gezond'

Invalshoek	Selectieve preventie (en geïndiceerd waar het de medewerking van eerstelijnsprofessionals zoals de huisarts betreft)
Doel	gezondheidsverschillen verkleinen, werken aan inclusie
Doelgroep	kwetsbare groepen
Aangrijpingspunten	Armoedebeleid, actieplan laaggeletterdheid, reïntegratietraject Werkfit, welzijn

II 'Dalfsen floreert'

Invalshoek	positieve gezondheid
Doel	hoge score op ervaren gezondheid vasthouden
Doelgroep	degenen die hun gezondheid als erg goed ervaren
Aangrijpingspunten	gedachtengoed van de positieve psychologie, floreren ⁹ en de zg. Blue zones ¹⁰

III 'Goed voorbereid?'

Invalshoek	gezonde leefstijlbevordering; universele en selectieve preventie
Doelgroep	alle inwoners, ouders, stakeholders zoals scholen, sportvereniging, horeca
Aangrijpingspunten	I en II; eerder uitgezette preventiecampagnes; Vechtdalbreed

In elke lijn onderscheiden we specifieke doelen, doelgroepen, sluiten we aan bij kansrijke initiatieven die al ondernomen worden die we voorzien van een aanvulling gericht op preventie en gezondheidsbevordering, dan wel zetten we nieuwe activiteiten op. Dit leidt tot een uitvoeringprogramma met verantwoordelijkheden over beleidsterreinen heen. Regie, coördinatie en budgetbeheersing ligt bij het preventieve gezondheidsbeleid.

⁹ Positieve psychologie legt de nadruk op mogelijkheden. Onderzoek naar omstandigheden waarbij mensen tot bloei komen en technieken die het welbevinden van mensen bevorderen staan centraal. Er wordt een verband gelegd met gezonde leefstijl. (J. Walburg, E. Bohlmeijer, R. Veenhoven)

¹⁰ De Blue Zone werd bedacht door National Geographic. Het magazine deed in 2004 samen met een aantal wetenschappers onderzoek naar gebieden waar mensen uitzonderlijk oud worden. Ze vonden die mensen in Okinawa (Japan), Loma Linda (California), Nicoya (Costa Rica), Ikaria (Griekenland) en Sardinië (Italië). In deze regio worden mensen gemiddeld tien keer vaker 100 jaar dan in de Verenigde Staten. Ze plakten blauwe stickertjes op de wereldkaart en de term Blue Zone was geboren. Blue Zones laten zien dat het positieve gezondheidsconcept in de praktijk werkt en dat gezondheid meer is dan alleen de aanwezigheid van ziekte. In Blue Zones zijn mensen nauw verbonden met de mensen om hen heen en dat blijkt te werken om gezond en langer te leven. Bron: www.allesisgezondheid.nl

Kenmerkend voor de programma-opzet is dat het een 'levend geheel' is:

- we zetten voort wat 'gewoon' al goed gaat (vanaf najaar 2016);
- vullen dit pakket aan met activiteiten per kern, gebaseerd op uitkomsten van de Kernegezondheidsprofielen en de actualisatie van het preventie- en handhavingsplan alcohol (inclusief hokken en keetbenadering) en de uitkomsten van lokale Gezondheidspanels (voorjaar 2017);
- stellen activiteiten bij op basis van evaluaties en ontwikkelen nieuwe acties;
- Doen dit in nauwe samenwerking met inwoners en partners uit het maatschappelijk middenveld.

3.5 Financiële paragraaf

Alhoewel de bij deze nota te maken keuzes nog geen directe financiële gevolgen hebben is het wel wenselijk om voorafgaand een beeld te hebben over mogelijke financiële gevolgen. Naast de reguliere uitvoering van preventief gezondheidsbeleid door de GGD, is er jaarlijks ruimte voor specifieke aandachtspunten. Een substantieel deel van de uitvoering zal impliciet onderdeel uitmaken van uitvoering op andere terreinen, zoals welzijnswerk, inzet buurtsportcoaches etc. Het gaat daarbij vaak om bewustwording, informatieverstrekking en het inpassen van gezondheidsbevorderende maatregelen in werkzaamheden die al tot de opdracht van organisaties en medewerkers behoren. Bij de beleidsnota (en het uitvoeringsprogramma) zal de financiële paragraaf nader worden ingevuld. Vooralsnog wordt er van uitgegaan dat het beleid binnen beschikbaar budget uitgevoerd kan worden.

Bijlage 1 Relaties tussen gezondheid en decentralisatie

1 Beleid en systeem

Gemeenten hebben sinds 2015 de verantwoordelijkheid voor drie beleidsonderwerpen gekregen: jeugdzorg, werk en inkomen en ondersteuning van langdurig zieken en ouderen. Deze decentralisatie omvat twee soorten processen: transitie (regels, wetten, financiële verhoudingen etc.) en transformatie (ander gedrag van professionals, andere werkwijzen en manieren van met elkaar omgaan). Het doel van de decentralisaties is om inwoners zo veel mogelijk mee te laten doen in de maatschappij en ze zo lang mogelijk veilig en zelfstandig in hun eigen omgeving te laten wonen. De focus ligt op wat mensen wel kunnen, eventueel met hulp vanuit het eigen sociale netwerk. De afzonderlijke transities hebben vaak gevolgen voor dezelfde individuen of gezinnen. Dit maakt het voor gemeenten mogelijk om dwarsverbanden te leggen tussen de transities. De transities verschillen qua onderwerp, maar hebben een gemeenschappelijk uitgangspunt: eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van inwoners staan centraal. Dit geldt voor alle inwoners: zowel zij die gebruik maken van gemeentelijke voorzieningen, als mensen die (nog) niet op deze manier in beeld zijn en dat misschien ook wel nooit komen omdat zij geen aanspraken maken.

2 Drie decentralisaties (Wmo, Jeugdwet en Participatiewet)

De gemeente heeft een beleidsplan en uitvoeringsprogramma voor de drie decentralisaties in het sociale domein. Het accent in de plannen ligt op het bieden van ondersteuning aan burgers met problemen en een zorgvraag. Er is ook de wens om meer aan preventie te doen. Gezondheidsbeleid draagt vanuit aandacht voor gezondheidsbevordering bij aan de volgende beleidsdoelen van de gewenste transformatie:

- Gerichte preventie voor kwetsbare groepen en hun netwerk;
- Betere preventie en uitgaan van eigen kracht van jeugdigen, ouders en het sociale netwerk

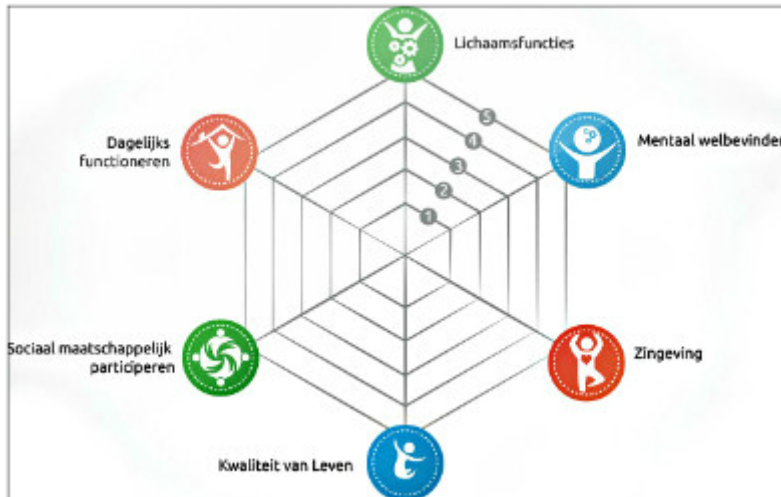
Bijlage 2 Hoofdpijnen landelijke nota gezondheidsbeleid

De hoofdpijnen van de landelijke nota Gezondheidsbeleid zijn als volgt:

- 1) Het lopende beleid wordt voortgezet en uitgevoerd;
- 2) De relatie tussen het Rijk en de gemeenten is veranderd als gevolg van de decentralisaties. Als gevolg hiervan wil het Rijk de huidige vorm van de preventiecyclus herzien en de gemeentelijke cyclus meer centraal stellen;
- 3) Gemeenten hebben met de decentralisaties meer verantwoordelijkheden gekregen waarmee onze rol voor de gezondheid van burgers volgens het Rijk sterk is toegenomen. VWS geeft tevens aan dat dit meer mogelijkheden biedt voor een integrale aanpak en het leveren van maatwerk. GGD 'en kunnen een belangrijke rol spelen als het gaat om de informatievoorziening die hierbij benodigd is;
- 4) Gezondheid is niet alleen een doel, maar ook een middel om doelen van andere domeinen te bereiken. Daarom is het belangrijk om gezondheid integraal te verbinden met bijvoorbeeld zorg, sport, buurtbemiddeling, werk en welzijn;
- 5) In 2014 waren er grote verschillen tussen de gezondheid van hoog- en laagopgeleiden en het aantal mensen met een chronische ziekte namen toe;
- 6) De speerpunten uit de nota Volksgezondheidsbeleid blijven grotendeels hetzelfde als voorheen. Ze zijn gericht op de ziekten en risico's die samenhangen met: roken, alcohol, overgewicht, diabetes, depressie en bewegen. Daarnaast wordt er met de nieuwe nota extra aandacht geschonken aan sociaal economische gezondheidsverschillen vanwege de verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden, en chronisch zieken.

Bijlage 3 Pijlers van positieve gezondheid

De definitie van 'positieve gezondheid' van Huber luidt: 'gezondheid is het vermogen van mensen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Functioneren, veerkracht en zelfregie staan hierin centraal. Kortom gezondheid is dynamisch, geen statische toestand. Mensen met een ziekte worden aangesproken op hun kracht, hun potentieel. In het concept onderscheidt men zes dimensies: lichaamsfuncties, dagelijks functioneren, mentale functies en beleving, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk functioneren en de spirituele dimensie. Dit wordt figuurlijk weergegeven als een spinnenweb:



Idealiter heeft de mens zelf de regie over zijn eigen gezondheid. (Draag)kracht kan beter benut worden. Aandachtspunt is dat niet iedereen het vermogen heeft, of (tijdelijk) niet in de omstandigheden verkeert om zich aan te passen en eigen regie te voeren. Uitgaan van positieve gezondheid vraagt om ondersteuning op maat.

Bijlage 4

Toelichting model Dahlgren



Centraal in het model van Dahlgren staat het individu. Individuen hebben een leeftijd, zijn man of vrouw en hebben een aantal aangeboren eigenschappen die voor het grootste gedeelte vaststaan. Om hen heen zijn er factoren die beïnvloedbaar zijn door bijvoorbeeld beleid. Als eerste zijn dat de leefstijlfactoren zoals voeding, bewegen, veilig vrijen, roken en drinken. De laag daaromheen is de sociale omgeving, onder andere gezin, familie, vrienden, collega's en buurtgenoten. Daar omheen zit weer een laag die bepaalt in hoeverre personen in staat zijn hun gezondheid te onderhouden dat wil zeggen leef- en werkomstandigheden,

voedselvoorziening en toegang tot belangrijke middelen en diensten. Ten slotte hebben economische, culturele en milieufactoren ook invloed. Dit is de maatschappelijke context, ook wel het macro niveau genoemd. De factoren in de verschillende lagen van het model hangen met elkaar samen: leefstijl is ingebed in sociale normen en netwerken en dit hangt weer samen de sociaal-economische en culturele omgeving. De verschillende determinanten van gezondheid zijn van invloed op elkaar. Sociale factoren interacteren met de biologische factoren en ook met de sociale geschiedenis van een individu en vormen zo gezondheid. Fysieke factoren zitten om de sociale factoren heen. Wil je fysieke determinanten van gezondheid bewerkstellingen dan heb je sociale structuren nodig om dat te realiseren. (bron: Modellen voor de sociale en fysieke determinanten van gezondheid, A. wagemakers, N. Vaandrager, Wageningen 2007)



Factsheet

Feiten en cijfers

Sociaaleconomische Gezondheidsverschillen (segv)

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn systematische verschillen in gezondheid en sterfte tussen mensen met hoge en mensen met een lager (sociaaleconomische) positie in de maatschappij.

De algemene indicatoren van SEGV zijn:

- **Inkomen** - naarmate het inkomen hoger is, is ook de gezonde levensverwachting hoger (bij SEGV wordt een onderscheid gemaakt tussen de absolute levensverwachting en de verwachting van het aantal levensjaren die iemand doorbrenkt in goede [ervaren] gezondheid).
- **Opleidingsniveau** (de meest gebruikte indicator) – hoe lager het opleidingsniveau, hoe lager de sociaaleconomische status (SES) van mensen. Lager-opgeleide mensen leven gemiddeld korter, en verkeren gedurende hun leven gemiddeld in een minder goede gezondheidstoestand.

Overige (belangrijke) indicatoren van SEGV zijn:

- biologische factoren (genetisch en geslacht)
- de fysieke omgeving
- de sociale omgeving
- leefstijl en gezondheidsgedrag
- de toegankelijkheid en kwaliteit van de gezondheidszorg
- gezondheidsvaardigheid en het vermogen tot zelfmanagement

Er is een duidelijke **samenhang tussen laaggeletterdheid, lage gezondheidsvaardigheden en een slechtere gezondheid** - het vermogen tot zelfzorg en zelfmanagement speelt een grote rol bij gezondheid. Binnen de geschatte 29% van de bevolking met geringe gezondheidsvaardigheden, zijn laagopgeleiden, ouderen en migranten sterk vertegenwoordigd. De incidentie van ziekten zoals astma, diabetes, kanker, hartinfarcten en van psychische problemen, is onder deze groepen beduidend hoger dan bij ander bevolkingsgroepen.

Een aanzienlijk deel van de **gezondheidsachterstanden betreft het laag opgeleide migrantendeel van de bevolking**; naar schatting is de ziektelast (de omvang van het verlies aan gezonde levensjaren) bij niet-westerse allochtonen 22% hoger dan bij autochtonen. Risicofactoren die ook een rol spelen zijn de migratiegeschiedenis, minder toegankelijke en effectieve zorg en preventie, verschillen in leefstijl en visie op gezondheid en zorg.

Ook op individueel niveau zijn er verschillen in gezondheidsachterstanden.

Gezondheidsverschillen tussen individuele mensen in achterstandswijken kunnen groot zijn. Differentiatie naar leeftijd, sekse, afkomst en gezinscontext zal meer aanrijpingspunten opleveren dan het kijken naar SEGV's alleen.

In Nederlandse regio's en (achterstands)wijken met de laagste inkomens en de minste hoogopgeleiden ...

- Is de prevalentie van (ernstig) overgewicht het hoogst
- Zijn er meer rokers
- Is de incidentie van hartinfarcten het hoogst
- Wordt er meer antidepressiva gebruikt

De verschillen in Nederland tussen hoog- en laagopgeleiden in levensverwachting zijn groot: 7,3 jaar bij mannen en 6,4 jaar bij vrouwen. Hoogopgeleide mannen en vrouwen leven respectievelijk 14,3 en 15,3 jaar langer zonder beperkingen.

Een op de negen Nederlanders is laaggeletterd (heeft moeite met lezen en rekenen). Twee op de drie laaggeletterden zijn autochtoon; 25-30% van deze groep heeft moeite met complexe informatie (schema's, grafieken, formulieren).

5,2% van de laagst geletterde mannen hebben diabetes tegenover 1,5% van de hoogst geletterden. 6% van vrouwen onder de laagst geletterden versus 0,9% onder de hoogst geletterden hebben diabetes.

Ruim 25% van de bevolking heeft (zeer) beperkte gezondheidsvaardigheden. Ouderen binnen deze groep hebben 1,5 tot 2 maal hogere sterftetekans dan ouderen met adequate gezondheidsvaardigheden.

Bijlage 6 Hoe effectief is preventie?

De afgelopen jaren is veel onderzoek uitgevoerd naar effectiviteit van preventieve interventies, zowel in Nederland als internationaal. Het gaat dan vooral om onderzoek naar kortetermijneffecten van leefstijlinterventies op gedrag (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Er is nog weinig bekend over langetermijneffecten van preventie, effecten op sociaaleconomische gezondheidsverschillen en effecten van omgevingsmaatregelen. Het is de vraag of, en in welke frequentie, leefstijlinterventies elkaar moeten opvolgen om blijvende effecten op de lange termijn te hebben. Samenhangende programma's of boostersessies kunnen hierin mogelijk een rol spelen (Van den Berg & Schoemaker, 2010).

Omgevingsmaatregelen, regelgeving en ondersteuning effectief in beïnvloeden gedrag

Inrichting van de omgeving en regelgeving en handhaving lijken de meest effectieve maatregelen om gedrag te beïnvloeden. Er is veel wetenschappelijk bewijs dat dergelijke maatregelen leiden tot een afname in het aantal mensen dat rookt of alcohol drinkt en de hoeveelheid ervan (IBO, 2007). Financiële maatregelen (accijnzen) zijn effectief in het beïnvloeden van het rook- en drinkgedrag. Er zijn ook aanwijzingen dat dergelijke maatregelen bij kunnen dragen aan het beïnvloeden van het voedingspatroon ('vettax') en beweeggedrag (subsidies). Maatregelen die zich ook op de sociale omgeving richten blijken effectiever dan maatregelen die dat niet doen. Ondersteunende interventies, zoals hulp bij het stoppen met roken, begeleiding bij het afvallen of online-coaching zijn effectief in het verminderen van ongezond gedrag (Van den Berg & Schoemaker, 2010).

Effecten van langdurige intensieve interventies blijven langer behouden

Bij leefstijlinterventies hebben naast de kwaliteit ook de duur en intensiteit van de interventie invloed op de effectiviteit. Kortdurende en weinig intensieve interventies hebben meestal geen gedragseffecten op de lange termijn. Na verloop van tijd vallen veel mensen weer terug in hun oude gewoontes. Bij langdurige en intensieve leefstijlinterventies blijft het effect vaak langer behouden. Terugkomactiviteiten na afloop van een interventie ('boostersessies') kunnen hieraan bijdragen.

Aansluiten bij de doelgroep en de betrokken organisatie(s) van belang

Een interventie is effectiever naarmate deze beter aansluit bij (het probleem van) de doelgroep. De kans op effect is het grootst bij doelgroepen met een hoog risico op de te voorkómen ziekte of aandoening. Dit zijn vaak mensen die meerdere risicofactoren tegelijk hebben voor de betreffende ziekte of aandoening. Specifieke hoogrisicogroepen zijn mensen met een lagere sociaaleconomische status. Een leefstijlinterventie is daarnaast effectiever naarmate de doelgroep meer gemotiveerd is om aan de interventie deel te nemen. Daarbij kan het helpen om de doelgroep te betrekken bij het ontwikkelen of implementeren van de interventie. Ook het draagvlak van een interventie binnen de organisatie die de interventie aanbiedt is van belang voor de effectiviteit. Interventies die aansluiten bij de cultuur en strategie van de organisatie hebben meer kans op succes dan interventies waarvoor onvoldoende draagvlak is.

Samenhangende interventies kunnen elkaar versterken

Afzonderlijke preventieve interventies zijn naar verwachting effectiever als ze onderdeel uitmaken van een samenhangend programma. De interventies kunnen elkaar daardoor versterken. Een samenhangend programma bestaat bij voorkeur uit een combinatie van verschillende methoden die zich op verschillende determinanten tegelijk richten (Gast et al., 2011; Van den Berg & Schoemaker, 2010; zie ook: Wat is preventie? en Inhoudelijke samenhang interventies). Een dergelijke aanpak maakt het ook mogelijk om verbanden te leggen tussen preventie en zorg. Dit kan bijvoorbeeld door preventie expliciet in behandelrichtlijnen en zorgstandaarden op te nemen. Een ander voorbeeld is het preventieconsult: een online screening op risicofactoren, gevolgd door een leefstijladvies op maat, en indien nodig een verwijzing naar de huisarts en/of een behandeling. Bij een samenhangend programma zijn vaak meerdere organisaties betrokken. Een goede samenwerking tussen deze organisaties zal de effectiviteit van het programma als geheel bevorderen.

Preventie gericht op gemeenschappelijke determinanten kan effect versterken

Verschiedende interventies richten zich op verschillende vormen van ongezond gedrag. Een ziekte kan echter het gevolg zijn van meerdere gedragingen. Ruim de helft van de volwassen Nederlanders combineert twee of meer van de volgende vier ongezonde gedragingen: roken, veel drinken, weinig bewegen en ongezond eten. Juist de mensen met verschillende risicofactoren, zoals verschillende vormen van ongezond gedrag, lopen het

grootste risico op ziekte en sterfte. Eén interventie die zich richt op gemeenschappelijke determinanten van die verschillende gedragingen kan de effectiviteit van preventie mogelijk versterken.

Rekening houden met mogelijke negatieve effecten

Interventies kunnen naast positieve effecten ook negatieve effecten hebben. Die negatieve effecten kunnen zowel fysiek, sociaal als psychisch van aard zijn. Daarom is het van belang om rekening te houden met onbedoelde neveneffecten, zoals ongerustheid, stigmatisering of klachten als gevolg van bijwerkingen (Van den Berg & Schoemaker, 2010). Het vergroot de bruikbaarheid van een interventie door vooraf te bedenken welke negatieve effecten kunnen ontstaan en hoe deze te beperken of te voorkomen zijn.

Bijlage 7 Gezondheidsschets Dalfsen

Overzicht monitorgegevens GGD IJsselland

De gemeente Dalfsen kijkt wat betreft algemene bevolkingskenmerken van **volwassenen** op een aantal punten af van de regio IJsselland¹¹, namelijk:

- Meer volwassenen hebben een Nederlandse afkomst (97% vs 88%).
- Minder volwassenen zijn alleenwonend (5% vs 12%) .
- Meer volwassenen hebben een betaalde werkkring (85% vs 78%).
- Meer volwassenen hebben geen moeite met rondkomen, meer volwassenen kunnen een noodzakelijke uitgave van 1000 euro betalen en minder geven aan voldoende geld te hebben voor lidmaatschap van sportclub of vereniging.

Ook wat betreft gezondheid en leefstijl zijn er verschillen tussen Dalfsen en de regio:

- Meer volwassenen ervaren de eigen gezondheid als zeer goed tot goed.
- Minder volwassenen hebben een hoog risico op angst en depressie .
- Minder volwassenen roken
- Meer volwassenen doen aan vrijwilligerswerk.

Jongerenmonitor klas 2 – klas 4 2014-2015

Omdat de onderzoeksopzet van de jongerenmonitor 2013 tussentijds is gewijzigd zijn trends en ontwikkelingen tussen 2009 en 2013 niet te rapporteren.

Wat betreft jongeren is het beeld in 2013 in vergelijking met uitkomsten in de regio:¹²

- Is het ziekteverzuim in klas 2 lager.
- Hebben meer jongeren in klas 2 een “normale “psycho-sociale gezondheid (gemeten met SDQ).
- Ontbijten meer jongeren in klas 4 5 keer per week of vaker.
- Bewegen meer jongeren in klas 2 en 4 7 uur per week en zijn meer jongeren lid van een sportclub.
- Hebben minder jongeren in klas 2 en 4 wel eens gerookt .
- Zijn minder jongeren uit klas 2 ooit dronken geweest,
- Ligt in klas 4 het percentage jongeren dat in de afgelopen 4 weken dronken is geweest lager.

Kindermonitor 0-4 jarigen 2013¹³

Trends

Ten opzichte van 2009:

- Gaan er meer kinderen naar een vorm van kinderopvang.
- Praten meer ouders met familie en vrienden over opvoedingsproblemen.
- Zijn er minder kinderen ziek thuis geweest.
- Zijn er minder ouders die vinden dat een slokje alcohol drinken jonger dan 16 jaar acceptabel is.
- Zijn er meer kinderen ‘psychisch gezond’.
- Hebben meer kinderen een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt.
- Eten minder kinderen dagelijks groente en fruit.
- Kijken meer kinderen meer dan 2 uur per dag televisie of computer.

¹¹ Deze kenmerken zijn afkomstig uit de monitor volwassenen, uitgevoerd najaar 2012, door GGD IJsselland in samenwerking met het CBS en RIVM, De monitor geeft een beeld van de gezondheid van de zelfstandig wonende volwassenen in de leeftijd vanaf 19 jaar.

¹² Voor de Jongerenmonitor 2015 zijn de data uit schooljaar 2014-2015 gebruikt die de JGZ van GGD IJsselland in klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs verzameld heeft. Voor de gemeente Dalfsen hebben 334 jongeren uit klas 2 en 356 jongeren uit klas 4 een vragenlijst ingevuld op school.

De jongerenmonitor gaat over jongeren van 13 t/m 16 jaar. In 2015 woonden er in de gemeente Dalfsen 1584 jongeren in deze leeftijd. 4% van de jongeren komt uit een eenoudergezin. Er zijn weinig leerlingen met een allochtone afkomst in Dalfsen.

¹³ 480 ouders van ½-- tot twaalfjarigen gaven inzicht in de gezondheid, leefstijl en opvoeding van hun kind, door in het najaar van 2013 de monitor voor kinderen in te vullen. In 2013 woonden er 3918 kinderen in deze leeftijdsgroep in Dalfsen

- Spelen minder kinderen veel buiten.
- Kennen meer ouders de voor- en vroegschoolse educatie.
- Zijn er meer kinderen ingeënt.

In vergelijking met de regio:

- Zijn er minder kinderen van allochtone afkomst.
- Worden minder kinderen regelmatig voorgelezen en doen minder kinderen regelmatig taalspelletjes.
- Zijn er minder kinderen ziek thuis geweest.
- Zijn er meer kinderen 'psychisch gezond'.
- Hebben meer kinderen een ingrijpende gebeurtenis meegemaakt.
- Eten minder kinderen dagelijks fruit.
- Zijn meer kinderen lid van een sportclub en bewegen meer kinderen voldoende (volgens NNGB).
- Kijken meer kinderen meer dan 2 uur per dag televisie of computer.
- Geven minder moeders alleen borstvoeding tot 6 maanden.
- Kennen meer ouders de voor- en vroegschoolse educatie

Evaluatie Drank en Horeca Wet (2016) regio IJsselland

Factsheet GGD IJsselland En Hogeschool Windesheim, lectoraat verslavingspreventie

https://www.ggdijssel.nl/fileadmin/Bestanden/KEC/Factsheet_evaluatie_dranc_horecawet_5.pdf

Uitkomsten:

- Jongeren beginnen op steeds latere leeftijd met het drinken van alcohol. In 2007 was de startleeftijd 14,4 jaar, in 2011 14,8 jaar en in 2015 15,2 jaar.
- Jongeren die alcohol drinken, gebruiken vaak overmatig.
- Drinken op jonge leeftijd (14-16 jaar) wordt steeds minder getolereerd en hierop wordt actiever opgetreden door ouders.
- Voor de handhaving van de Drank- en Horecawet wordt in de regio IJsselland gebruik gemaakt van BOA's en politie. In 2015 hebben BOA's en politie in totaal 102 boetes en 40 Halt-straffen gegeven aan jongeren onder de 18 jaar.
- De nieuwe Drank- en Horecawet wordt door sportkantines en supermarkten redelijk tot goed nageleefd. Doen zij dat niet dan worden er weinig maatregelen genomen tegen deze verstrekkers én alcohol drinkende jongeren onder de 18 jaar.
- Festivals hanteren zichtbare handhavingsmaatregelen. Toch wordt er op festivals door minderjarigen gewoon nog gedronken, doordat jongeren alcohol aan elkaar doorgeven.

Leefstijlthema's: Dalfsen in vergelijkend perspectief

Roken¹⁴

Roken heeft een groot verslavend effect, veroorzaakt veel gezondheidsschade veroorzaakt en is de belangrijkste oorzaak van gezondheidsverschillen.

Jongeren Nederland

- Van de Nederlandse bevolking van 12 jaar en ouder rookte 25% in 2014 wel eens en 19% rookte dagelijks.
- Tussen 2011 en 2015 is het aantal scholieren van 12 t/m 16 jaar dat ooit gerookt heeft fors gedaald van 33% naar 23%. Ook het aantal scholieren dat in de afgelopen maand gerookt heeft is significant gedaald, evenals het percentage dagelijks rokers.
- Vergeleken met 2003, zijn jongeren in 2015 gemiddeld ruim één jaar ouder als zij voor het eerst roken (11,8 jaar versus 12,9 jaar).¹⁵

Jongeren Dalfsen

¹⁴ Meer informatie: 'Roken, een aantal feiten op een rij', Trimbosinstituut 2015; <https://assets.trimbos.nl/docs/2d0ce6ec-672b-4978-ad5d-618f3a56ec5d.pdf>

¹⁵ Peilstationsonderzoek 2015, Trimbosinstituut.

- in klas 2 rookt 7% wel eens, tegen 27% in klas 4, en 1% rookt minstens 1 keer per week in klas 2 tegen 8% in klas 4¹⁶.

Volwassenen Nederland

- In 2014 rookte 28% van de mannen en 22% van de vrouwen wel eens.
- Het hoogste percentage rokers valt in de leeftijdsgroep van 20 tot 30 jaar (37% van de 20 tot 30-jarigen rookt wel eens).
- In 2014 was het percentage rokers onder laagopgeleiden hoger dan onder hoogopgeleiden.¹⁷

Volwassenen Dalfsen

- 20% van de volwassen inwoners rookt.¹⁸

Alcohol

Het drinken van alcohol is breed geaccepteerd in de maatschappij. Alcoholgebruik leidt niet alleen tot ziekte en sterfte, maar ook tot sociale problemen en overlast. De belangrijkste oorzaken van (overmatig) alcoholgebruik zijn maatschappelijke normen, persoonlijke motivatie en intentie, beschikbaarheid van alcohol en de mate van toezicht en sociale controle. Effectieve alcoholpreventie besteedt aandacht aan al deze factoren.

Jongeren Nederland

- Tussen 2011 en 2015 is het aantal scholieren van 12 t/m 16 jaar dat ooit alcohol heeft gedronken fors gedaald van 66% naar 45%. Deze daling was voor het eerst óók zichtbaar bij de 16-jarigen, waarmee het effect van invoering van de leeftijdsgrens voor alcoholaankoop naar 18 jaar positief lijkt te zijn
- Vergeleken met 2003 zijn jongeren in 2015 gemiddeld ruim één jaar ouder als zij voor het eerst alcohol drinken (12,0 jaar versus 13,2 jaar).

Jongeren Dalfsen

- 20 % van de jongeren in klas 2 heeft wel eens alcohol gedronken, en 61% in klas 4. NB: dit zijn allen 18-minners.
- van de klas 2'ers die wel eens drinken, heeft 56 % in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken, is 15 % ooit dronken geweest, is 9% de afgelopen 4 weken dronken geweest en doet 26% aan bingedrinken. Voor klas 4 liggen deze percentages: 79%, 58%, 29% en 51%. NB: dit zijn allen 18-minners.
- De gemiddelde leeftijd waarop jongeren beginnen met drinken was in 2015 13,4 jaar.
- Als Overijsselse jongeren eenmaal drinken, drinken ze fors. Dalfsen gaat samen met Olst-Wijhe aan kop in de regio: 72 % van de jongeren tussen 16 en 23 jaar die drinkt, doet aan bingedrinken.¹⁹

Ouders/opvoeders hebben invloed op het drinkgedrag van jongeren, reden om ouders te informeren over de schadelijke gevolgen van alcohol en ze te ondersteunen op opvoedingsvraagstukken die met dit thema samengaan. Dit heeft zin, want er zijn positieve effecten zichtbaar:

- De tolerantie van ouders ten aanzien van het alcoholgebruik is bij jongeren van 12 t/m 15 jaar afgenomen. In 2007 vond 57% van deze ouders alcohol drinken goed of zeiden er niets van, in 2011 is dat 33%. Bij de 16 t/m 19 jarigen is dit percentage na een daling nu gelijk gebleven (79%).²⁰
- Uit de kindermonitor 2013 blijkt dat steeds minder ouders het acceptabel vinden dat hun kinderen voordat ze 16 jaar zijn al een slokje of meer alcohol proberen. In 2009 vond een derde van de ouders dit acceptabel en in 2013 een vijfde van de ouders.

Ouders in regio IJsselland:

- 41 % van de ouders van 13-14 jarigen vindt het goed dat hun kind drinkt. 4% verbiedt het.
- 55 % van de ouders van 17-jarigen vindt het goed dat hun kind drinkt. 3% verbiedt het.

Volwassenen Nederland

Negen op de tien hoogopgeleide 65-plussers drinken wel eens alcohol. Bij lageropgeleide leeftijdsgenoten is dat nog geen zeven op de tien. Het percentage overmatige drinkers is onder hoogopgeleid ouderen bijna twee

¹⁶ Jongerenmonitor 2014-2015, GGD IJsselland

¹⁷ Deze cijfers komen uit de Gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) over het jaar 2014. De cijfers zijn terug te vinden via CBS Statline.1

¹⁸ Volwassenenmonitor 2012 GGD IJsselland

¹⁹ Bron: Gezondheidsatlas GGD IJsselland, internet.

²⁰ Bron: GGD IJsselland, alcoholgebruik in Dalfsen, 2015

keer zo hoog als onder hoogopgeleiden tussen 25 en 45 jaar (7,9 procent). Bij laagopgeleide drinkers is het juist andersom: 65-plussers drinken over het algemeen minder dan mensen onder de 65.²¹

Volwassenen Dalfsen

89 % van de volwassenen drinkt wel eens alcohol, tegen 86 % in de regio. 17% van de volwassen mannen drinkt overmatig (meer dan 21 glazen per week), 5% van de vrouwen (meer dan 14 glazen per week), tegen 9 % in de regio. Tot 65 jaar ligt het percentage vrij constant tussen 89% en 85%, daarna neemt het percentage drinkers af. De hoger opgeleiden drinken vaker alcohol dan volwassenen met een lagere opleiding.

Bij 75-plussers komt overmatig alcoholgebruik bijna niet voor (0,2%).

Drugsgebruik jeugd

Jongeren Nederland

Tussen 2011 en 2015 is het aantal scholieren van 12 t/m 16 jaar dat ooit cannabis heeft gebruikt gedaald van 14% naar 10%. Deze daling is bij jongens en meisjes zichtbaar. Vergeleken met 2003 zijn jongeren in 2015 ouder als ze voor het eerst experimenteren met cannabis (13,7 jaar versus 14,1 jaar).

Jongeren Dalfsen

1 % van de leerlingen heeft in klas 2 wel eens cannabis gebruikt, in klas 4 5%. Percentages voor ander drugsgebruik ²² zijn 0 (klas 2) en 5% (klas 4).

Preventie-aanbod Dalfsen

Uit preventie-aanbod van Tactus (Op Tijd Voorbereid), SMON (Overloperproject) en de campagne 'Goed voorbereid in Dalfsen? Roken, alcohol en drugs' blijkt dat voorlichting in de vorm van opvoedondersteuning door ouders wordt gewaardeerd. Docenten vinden voornoemd aanbod een zinnig instrument in het weerbaar maken van jongeren; jongeren zelf vinden de onderwerpen interessant. Voor blijvende gedragsverandering op alcohol en roken bij is een integrale aanpak gericht op een cultuurverandering nodig.

Ten aanzien van drugsgebruik speelt dat aard en omvang van de problematiek in Dalfsen beperkt is, waardoor de noodzaak ontbreekt om hier een beleidsmatig speerpunt van te maken. Genomen preventiemaatregelen voldoen: ons structurele preventie-aanbod over drugs in het voortgezet onderwijs (Tactus) bereikt jongeren in de leeftijd 13-17 jaar, en hun ouders. SMON organiseert vindplaatsgerichte voorlichting en ondersteuning voor jongeren in dezelfde leeftijd.

Voornoemde campagne 'Goed voorbereid in Dalfsen?' heeft ingespeeld op zorgen van professionals werkzaam bij SMON, SKTen politie over drugsgebruik onder jongeren en de onwetendheid van ouders op dit vlak. De campagne heeft veel ouders bereikt en in hun informatiebehoefte voorzien; de campagne is hoog gewaardeerd en heeft ertoe geleid dat enkele ouders in een zg. Gezondheidspanel lokaal invulling geven aan een vervolg.

Bewegen

Jongeren in Dalfsen zijn in vergelijking met jongeren in de regio vaker lid van een sportvereniging en bewegen meer. (De buurtsportconsulenten zien weinig basisschoolkinderen met overgewicht; een pilot samen met fysiotherapeuten gaf geen noodzaak aan voor extra inzet op dit thema. Najaar 2016 zet Sportservice Overijssel samen met de GGD IJsselland een sportmonitor uit onder jongeren, waarmee een verfijning op uitkomsten van de Jongerenmonitor 2014-2015 wordt verkregen.

²¹ Bron: Leefstijlmonitor CBS, 2015

²² GHB, XTC, cocaïne, amfetamine, heroïne en lsd