

# Een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg

Regionaal rapport  
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014



## **Een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg**

Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

M. Steenbakkers, A.J.M. Vermeer, M.J.H. Janssen-Goffin, K.J. Hajema

### **GGD Zuid Limburg**

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

T 046 - 850 66 66

[www.ggdzl.nl](http://www.ggdzl.nl)

© GGD Zuid Limburg, 2014

Alle rechten voorbehouden.

De tekst is beschikbaar onder de licentie Creative Commons

Naamsvermelding-Niet Commercieel-GelijkDelen 4.0 internationaal.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.nl>

De redactie heeft de groots mogelijke aandacht besteed aan de juistheid van de informatie in dit rapport. Fouten zijn echter niet volledig uit te sluiten.

U kunt daarom geen rechten ontleen aan deze teksten. Voor vragen of opmerkingen kunt u zich richten tot de redactie via [communicatie@ggdzl.nl](mailto:communicatie@ggdzl.nl)

Vormgeving

Margret Reijnders | Creatieve Communicatie

# Een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg

Regionaal rapport

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Dit rapport is onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) van de GGD Zuid Limburg. De rVTV geeft een integraal beeld van de gezondheidstoestand in Zuid-Limburg. De gegevens zijn gebaseerd op informatie die op dit moment uit onderzoek beschikbaar is. Bovendien geeft de rVTV aanknopingspunten voor toekomstig beleid. In de rVTV werkt de GGD nauw samen met het RIVM.

De regionale VTV bestaat uit de volgende onderdelen:

#### **Regionaal rapport**

'Een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014' geeft informatie over de gezondheidssituatie in Zuid-Limburg.

#### **Samenvatting regionaal rapport**

'Gezond meedoen', bevat de belangrijkste punten uit het regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 'Een nieuwe kijk op gezondheid in Zuid-Limburg'.

#### **Gemeentelijke rapporten**

Per gemeente is er een lokale VTV gemaakt (beschikbaar in najaar 2014). De lokale rapportage geeft informatie over de gezondheidsinformatie per gemeente, uitgesplitst naar de verschillende kernen.

#### **'Een nieuwe kijk op gezondheid in .....**

Beek, Brunssum, Eijsden-Margraten, Gulpen-Wittem, Heerlen, Kerkrade, Landgraaf, Maastricht, Meerssen, Nuth, Onderbanken, Schinnen, Simpelveld, Sittard-Geleen, Stein, Vaals, Valkenburg a/d Geul en Voerendaal.

De GGD Zuid Limburg gaat de regionale VTV meer dynamisch en actueel maken door middel van themarapportages over specifieke onderwerpen.

De digitale versies van het regionaal rapport, de samenvatting en de lokale rapporten zijn te downloaden op [www.ggdzl.nl/regionaalgezondheidsonderzoek](http://www.ggdzl.nl/regionaalgezondheidsonderzoek). Hier vindt u ook een link naar de andere rapportages van de GGD.



# Een nieuwe kijk op gezondheid

Dit is de tweede regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) van de GGD Zuid Limburg. We presenteren een nieuwe kijk op gezondheid. Hierbij volgen we landelijke ontwikkelingen en verbinden gezondheid met participatie en besteden aandacht aan het onderwerp zorg in de wijk. Een vernieuwde kijk op gezondheid omdat we nieuwe cijfers hebben over de gezondheid van de inwoners van Zuid-Limburg. Meer dan in de vorige rVTV kunnen we een vergelijking maken met de rest van Nederland en hebben we zicht op trends. Een nieuwe kijk door de vormgeving tot een digibook. Maar op zo'n manier dat u het ook nog makkelijk kunt delen en printen. Bij dit rapport hoort de samenvatting 'Gezond meedoen in Zuid-Limburg'. Tot slot, een nieuwe kijk omdat we meer ingaan op positieve aspecten van gezondheid en op het vermogen van burgers zich aan te passen als de gezondheid minder goed wordt.

De nieuwe rVTV geeft aanknopingspunten voor toekomstig beleid. Daarmee wordt het fundament gelegd voor het Zuid-Limburgse gezondheidsbeleid voor de periode 2016-2019. Wij hopen dat de vernieuwing van deze rapportage een vervolg krijgt in het gezondheidsbeleid van de gemeenten en zo een positieve bijdrage levert aan de gezondheid van de Zuid-Limburgers. Zuid-Limburg is een regio waar al lange tijd sprake is van een minder goede gezondheid.

Daarom vormt beleid dat is gericht op 'gezond meedoen' en participatie voor de regio de komende jaren een belangrijke uitdaging.

Veel leesplezier.



Fons Bovens



Frank Klaassen

Directie GGD Zuid Limburg

# Inhoud

## De nieuwe regionale Volksgezondheid

### Toekomst Verkenning

- Alles is gezondheid 10
- Een nieuwe beleidscyclus 10
- Regionale uitdaging 11
- Leeswijzer 12

### 1. Gezond leven in Zuid-Limburg

- Inleiding 16
- Ervaren gezondheid minder goed 16
- Levensverwachting stijgt maar blijft lager dan in Nederland 16
- Sterfte hoger dan gemiddeld in Nederland 16
- Veel psychische ongezondheid 16
- Lichamelijke gezondheid in Zuid-Limburg 18
- De leefstijl van de Zuid-Limburgers 21
- Sociaaleconomische gezondheidsverschillen 24
- Aanknopingspunten voor beleid 28

### 2. Investeren in een gezonde jeugd!

- Inleiding 32
- De sociale omgeving van de Zuid-Limburgse jeugd 32
- Gezondheid van de jeugd per levensfase 34
- Aanknopingspunten voor beleid 47

### 3. Meedoen is gezond!

- Inleiding 50
- Vrijwilligerswerk in Zuid-Limburg 50
- Arbeidsparticipatie 51
- De verbinding tussen gezondheid en participatie 52
- Participatie en sociaaleconomische status 55
- Participatie bevorderen 55
- Armoede in Zuid-Limburg 56
- Kinderen en armoede 58
- Risico's van leven onder de armoedegrens 59
- Sociale uitsluiting 60
- Aanknopingspunten voor beleid 62



#### 4. Een veilige leefomgeving

- Inleiding
- Deel 1: Een fysiek veilige omgeving
  - Verkeer en vervoer
  - Acute zorg
  - Buiten- en binnenmilieu
  - Infectieziekten: ontwikkelingen en bedreigingen
- Deel 2: Een sociaal veilige omgeving
  - Huiselijk geweld
  - Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)
  - Aanknopingspunten voor beleid

65

66

67

67

69

70

71

74

74

76

79

#### 5. Zorgen voor elkaar in de wijk

- Inleiding
- Pijlers van eigen kracht
- Sociaal netwerk: meer druk op informele zorg
- Collectieve voorzieningen
- Individuele voorzieningen: formele zorg
- Integrale wijkzorg: een Zuid-Limburgse uitdaging
- Kansrijke regionale initiatieven
- Aanknopingspunten voor beleid

81

82

83

84

88

89

91

92

96

#### Bronnen

97

#### Auteurs en adviseurs

101









# De nieuwe regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning

Alles is gezondheid





## Alles is gezondheid

“Alles is Gezondheid”. Dat is de titel van het uitdagende en inspirerende Nationaal Programma Preventie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waarin het beleid voor 2014 tot 2016 beschreven staat (*Nationaal programma preventie*). De landelijke overheid stelt hoge ambities en wil een sterkere verbinding tussen gezondheid en andere maatschappelijke doelen, zoals werk, onderwijs en participatie. Immers, gezonde werknemers zijn essentieel voor een vitaal bedrijf, gezonde leerlingen zijn beter in staat om hun diploma te halen en gezonde buurtbewoners kunnen makkelijker een bijdrage leveren aan de leefbaarheid van hun eigen woonomgeving. Kortom, de overheid streeft naar een integrale aanpak van gezondheid waarbij vanuit verschillende beleidsterreinen, zowel private als publieke partijen, intensief wordt samengewerkt. Dit streven sluit goed aan bij de *visie* van de GGD Zuid Limburg. Deze gaat uit van een eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, in relatie tot de context waarin mensen wonen, werken en leren. Het Nationaal Programma constateert verder dat in Nederland reeds veel samenwerkingsinitiatieven zijn, maar dat het vaak nog te kleinschalig en versnipperd plaatsvindt. Focus en opschaling zijn nodig om écht het verschil te maken. De landelijke overheid wil daarom van veel druppels een golf maken. Een beweging in gang zetten, van denken naar doen. En dit langdurig volhouden, want verbeteren van de volksgezondheid vraagt om een lange adem. Deze ambitie sluit aan bij de kernboodschappen zoals die beschreven zijn in de Zuid-Limburgse regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014.

### Gezondheid is goud waard

Gezondheid heeft grote economische waarde. Bekend is inmiddels dat de economische schade van gezondheid gerelateerd aan verzuim en verlies van arbeidsproductiviteit aanzienlijk is. Ook leerprestaties worden negatief beïnvloed door ongezond gedrag en ongezonde omgevingsfactoren (bijv. slechtere luchtkwaliteit in de klas). Overheid, werkgevers en andere instanties profiteren als mensen hun betere gezondheid aanwenden om langer te leren, te werken en te participeren. Gelet op de vergrijzing en de behoefte aan voldoende arbeidspotentieel, zeker in een krimpende regio als Zuid-Limburg, is de samenleving gebaat bij vitale jeugdigen, werknemers en ouderen. Anno 2013 woonden circa 154.000 jongeren in de leeftijd van 0-24 jaar. In Zuid-Limburg. De verwachting is dat deze groep de komende jaren kleiner wordt en dat de regio in 2020 nog maar 135.000 jongeren telt (1). Het hebben en houden van een goede gezondheid is dus niet alleen figuurlijk maar ook letterlijk goud waard.

### Het vermogen tot aanpassing

Veel mensen blijken een ongekend vermogen te bezitten om zich aan te passen aan veranderende omstandigheden, ook wanneer het gaat om gezondheidsproblemen en ziekte. Tal van mensen met lichamelijke of geestelijke beperkingen zijn goed in staat om op een zinvolle manier bij te dragen aan de samenleving, ondanks beperkingen beoordelen zij hun gezondheid als goed. Gezondheid blijkt dus meer te zijn dan de afwezigheid van ziekte. Dit sluit aan bij een nieuw begrip van gezondheid: gezondheid als het vermogen tot aanpassing en zelfredzaamheid bij sociale, fysieke, en emotionele uitdagingen ('the ability to adapt and self manage in the face of social, physical and emotional challenges'). Deze omschrijving doet recht aan de veerkracht en zelfregie die mensen bezitten en gedurende hun levensloop verder kunnen ontwikkelen (111). Deze nieuwe kijk op gezondheid geldt in de eerste plaats voor individuele burgers en patiënten, maar kan ook vertaald worden naar gemeenschapsniveau. Centraal hierbij staat het zelf organiserend vermogen van de gemeenschap. Voor publieke gezondheid betekent dit: het collectieve vermogen om passende initiatieven en maatregelen te nemen om de kracht van de gemeenschap te versterken bij sociaaleconomische en fysieke uitdagingen. Die collectieve kracht kan bijdragen aan een verminderd beroep op sociale voorzieningen en aan een groter gemeenschapsbesef, meer zelfredzaamheid en sociale cohesie, ofwel “meer samen voor elkaar” (2).

## Een nieuwe beleidscyclus

### De tweede regionale VTV voor Zuid-Limburg

Eens per vier jaar stelt het ministerie van VWS op basis van de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* van het RIVM de landelijke beleidsprioriteiten vast. Deze prioriteiten en de lokale gezondheidsgegevens vormen het kader voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. In opdracht van de 18 Zuid-Limburgse gemeenten heeft de GGD Zuid Limburg in 2010 voor het eerst een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV), genaamd “Een gezonde kijk op Zuid-Limburg”, uitgebracht. Deze regionale VTV omvat een gedegen epidemiologische analyse van de gezondheidstoestand van de Zuid-Limburgse bevolking (jongeren, volwassenen en ouderen) en is gebruikt als basis voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid. Tijdens een raadsconferentie zijn in januari 2011 in nauwe samenspraak met gemeenten (bestuurders, raadsleden en ambtenaren) de regionale gezondheidsprioriteiten geformuleerd. Vervolgens hebben de Zuid-Limburgse gemeenten in juli 2011 voor het eerst een *regionale gezondheidsnota* (2012-2015) vastgesteld. Hieraan hebben gemeenten een lokaal uitvoeringsprogramma gekoppeld dat (twee)jaarlijks wordt bijgesteld. Deze tweede Zuid-Limburgse VTV levert belangrijke input



voor gemeenten om nieuw regionaal en lokaal gezondheidsbeleid uit te werken voor de beleidsperiode 2016-2019.

### **Decentralisaties: de balans verschuift**

Per januari 2015 gaan gemeenten over tot de invoering van de decentralisatie van het sociaal domein. Het gaat hierbij over:

1. de decentralisatie van de jeugdzorg op basis van de Jeugdwet,
2. de decentralisatie van de extramurale begeleiding en verzorging vanuit de AWBZ naar de Wmo,
3. de decentralisatie van de Wet Werk Bijstand en Wajong naar de Participatiewet.

Deze decentralisaties zijn nodig in het licht van duurzame zorg, betaalbaarheid van de sociale zekerheid en eigen verantwoordelijkheid van burgers. Gemeenten komen in een andere verhouding te staan met het zorgveld en de zorgverzekeraars. Het streven is om de bovengenoemde taken in onderlinge samenhang uit te voeren en de waakzaamheid voor de volksgezondheid hierin mee te nemen. Gezondheid en preventie zijn sterk verbonden aan de decentralisaties, daar vitale burgers de gemeenschap versterken. Een vierde decentralisatie waar weliswaar niet de gemeenten maar de samenwerkingsverbanden tussen basis- en voortgezet (speciaal) onderwijs verantwoordelijk voor zijn, betreft de Wet Passend Onderwijs. Deze wet bepaalt dat scholen een zorgplicht hebben vanaf 1 augustus 2014 en een passende plek dienen te zoeken voor iedere leerling die extra ondersteuning nodig heeft. In dit kader is afstemming tussen de Jeugdwet en de Wet Passend Onderwijs essentieel.

### **Limburg mogelijk sterk benadeelde regio**

Gemeenten staan voor forse opgaven, temeer omdat de voorgenomen decentralisaties gepaard gaan met bezuinigingen die kunnen oplopen tot wel 25 procent. Het macrobudget wordt over alle gemeenten verdeeld op basis van een verdeelmodel. Zuid-Limburgse gemeenten bepleiten een eerlijk verdeelmodel waarin rekening wordt gehouden met de gezondheidssituatie in de betreffende gemeente of regio. Gezondheid verklaart immers in sterke mate of iemand steun nodig heeft van de Wmo, de jeugdzorg, arbeidsintegratie of sociale bijstand. Daarom zouden idealiter gezondheidsindicatoren in het landelijk verdeelmodel opgenomen moeten zijn. De verdeelmodellen die tot nu toe zijn gebruikt houden echter nauwelijks rekening met de lokale gezondheidssituatie. Daardoor kunnen gemeenten geconfronteerd worden met aanzienlijke tekorten. Gezien de aanwezige gezondheidsachterstanden in Zuid-Limburg en het korte tijdsbestek waarin de decentralisaties worden uitgevoerd vereist deze regio voor een tekort. In dat geval worden gemeenten gedwongen om meer verantwoordelijkheden terug te geven aan de burgers.

## **Regionale uitdaging**

### **SEGV nieuw landelijk speerpunt**

In 2010 werd in de Zuid-Limburgse regionale VTV reeds gesproken over het verschil in gezondheid en levensverwachting tussen laag opgeleide en hoog opgeleide Zuid-Limburgers. Een verschil dat ondanks het gevoerde landelijke, regionale en lokale gezondheidsbeleid de afgelopen jaren niet kleiner is geworden. Recentelijk is het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) toegevoegd aan de landelijke speerpunten van het VWS-beleid. Het ministerie van VWS wil gemeenten stimuleren beleid te maken om deze gezondheidsverschillen te reduceren. In dit kader is het van belang inzicht te krijgen in individuele en regionale voorspellers van ongezondheid. Welke maatregelen kan een gemeente nemen om de gezondheid van haar burgers te beschermen dan wel te bevorderen en wat kunnen burgers zelf doen om hun gezondheid te bevorderen?

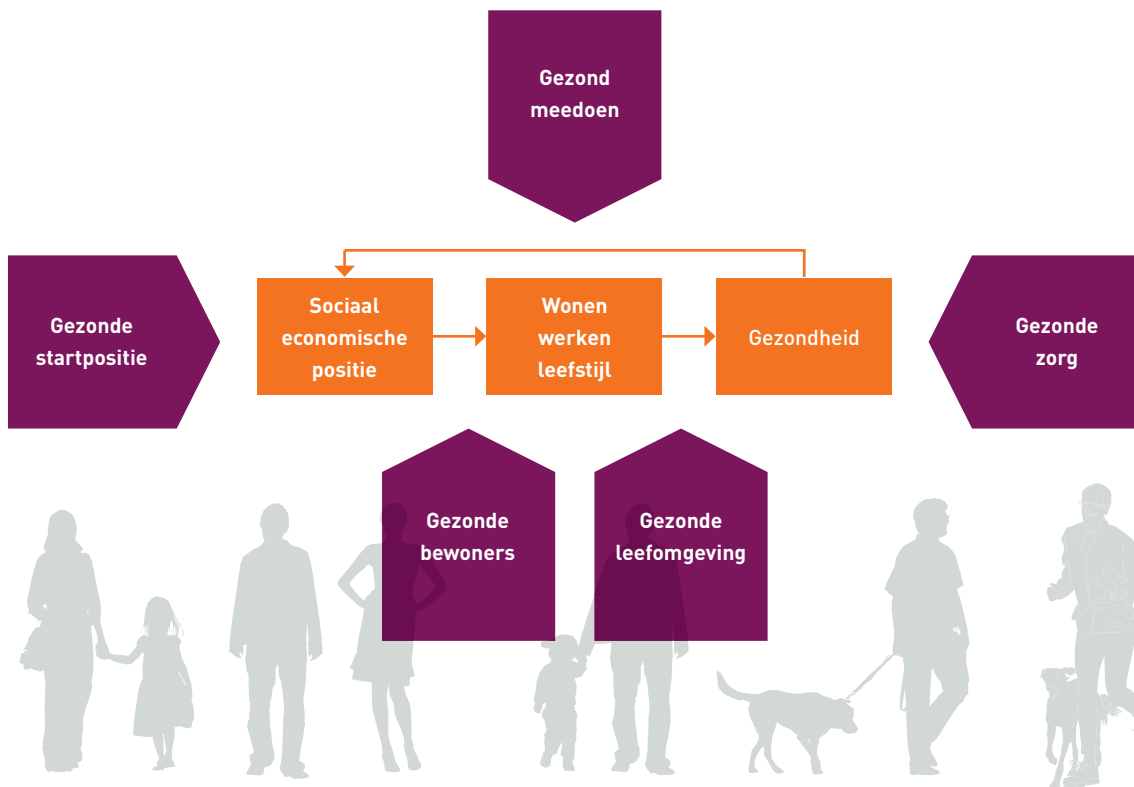
Gebaseerd op het model van de commissie Albeda (zie figuur op pagina 12) kan de wisselwerking geschetst worden tussen gezondheid en de sociaaleconomische positie van mensen. Opleiding en inkomen bepalen in grote mate iemands startpositie, hetgeen van invloed is op aspecten zoals wonen, werken en leefstijl. Dat heeft vervolgens weer zijn uitwerking op iemands gezondheid. Maar omgekeerd geldt het ook, een slechte gezondheid heeft invloed op iemands mogelijkheden om te werken en het inkomen dat iemand kan genereren. Beslissingen op beleidsterreinen zoals wonen, werk, luchtkwaliteit, natuur, verkeer, sport, openbare ruimte, en onderwijs beïnvloeden eveneens de volksgezondheid (3).

Aangezien SEGV nadrukkelijk aanwezig zijn in Zuid-Limburg is binnen deze regionale VTV dit model gebruikt om te verduidelijken welke aspecten een rol spelen. In de verschillende hoofdstukken wordt elk aspect van het model vanuit de beschikbare Zuid-Limburgse gezondheidsgegevens nader besproken. Aan de Zuid-Limburgse gemeenten is vervolgens de taak om binnen het sociale domein, de komende jaren beleid te maken waarbij nadrukkelijk een verbinding wordt gemaakt met het bevorderen van de publieke gezondheid en het reduceren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

### **Belang van kennisdeling**

Kennisdeling en uitwisseling van wetenschappelijke kennis, best practices en ervaringskennis zijn onontbeerlijk om daadwerkelijk een bijdrage te kunnen leveren aan het reduceren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Kennisdeling op zowel landelijk, regionaal als lokaal niveau. De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid levert hieraan een bijdrage en

Wisselwerking tussen gezondheid en sociaaleconomische positie, geïnspireerd op model van commissie Albeda, Programmacommissie SEGV-II, 2001.



heeft sinds 2010 een kennisnetwerk Publieke Gezondheid. Verschillende organisaties<sup>1</sup> delen in dit netwerk kennis en expertise uit en geven suggesties voor de lokale onderzoekagenda. Gemeenten kunnen door aansluiting te zoeken bij dergelijke kennisnetwerken andere inzichten verkrijgen over vraagstukken binnen het sociale domein.

### Leeswijzer

In het licht van bovenstaande kent de regionale VTV 2014 andere accenten dan de VTV van 2010. Meer dan voorheen wordt ingegaan op de aspecten benoemd in bovenstaand figuur die van invloed kunnen zijn op het reduceren van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Achtereenvolgens wordt in hoofdstuk 1 (*Gezond leven in Zuid-Limburg*) ingegaan op de volksgezondheid in Zuid-Limburg naar aard en omvang van sterfte, ziekten, aandoeningen en risicogedrag. Ook worden Sociaaleconomische gezondheidsverschillen in kaart gebracht. In hoofdstuk 2 (*Investeren in een gezonde jeugd*) wordt stil gestaan bij de jeugd en in hoeverre gezond opgroeien voor alle jeugdigen mogelijk is.

In hoofdstuk 3 (*Meedoen is gezond!*) staat participatie in relatie tot gezondheid centraal, ook om risico's en kansen van de decentralisaties in kaart te brengen, met name ook voor ouderen. In hoofdstuk 4 (*Een veilige leefomgeving*) ligt het accent op gezondheidsbescherming. Daarbij wordt stil gestaan bij milieurisico's, verkeersveiligheid, opvangvoorzieningen voor zorgwekkende zorgmijders en seksuele veiligheid. In hoofdstuk 5 (*Zorgen voor elkaar in de wijk*) wordt de samenhang tussen gemeentezorg en sociaalmedische zorg vanuit het perspectief van de wijkbewoner nader besproken.

In het rapport wordt gebruikt gemaakt van tekstkaders. De **oranje kaders** zijn praktijkvoorbeelden en de achtergrondinformatie staat in **grijze kaders**. De hoofdstukken 1 tot en met 5 sluiten af met belangrijke aanknopingspunten voor beleid.

<sup>1</sup> Huis voor de Zorg, Huis voor de Sport, Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheidszorg, Mondriaan, Zorg in Ontwikkeling, RIVM, Provincie Limburg, Universiteit Maastricht, GGD Zuid Limburg, Veiligheidsregio Limburg Noord









# Gezond leven in Zuid-Limburg

## Meer bewegen voor een betere gezondheid

# 1

Een goede gezondheid is een belangrijke voorwaarde om deel te nemen aan het economisch en maatschappelijk leven. De levensverwachting in Zuid-Limburg neemt nog steeds toe. Het gaat echter niet alleen om extra gezonde jaren. De chronische aandoeningen nemen toe. De gezondheid van mensen met een lagere opleiding blijft op bijna alle vlakken achter. De urgentie om te blijven investeren in preventie en het stimuleren van gezond gedrag is nadrukkelijk aanwezig. Om te voorkomen dat mensen ziek worden, en ervoor te zorgen dat mensen,

ondanks ziekte en beperking, toch “gezond” door het leven kunnen. Bewegen is voor Zuid-Limburg wellicht het belangrijkste speerpunt.

Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid. En er is een duidelijke link tussen bewegen en het voorkomen/verminderen van gezondheidsproblemen zoals hart- en vaatziekten en overgewicht. Tevens is een actieve leefstijl belangrijk in een maatschappij waarin mensen meedoen en voor elkaar zorgen.

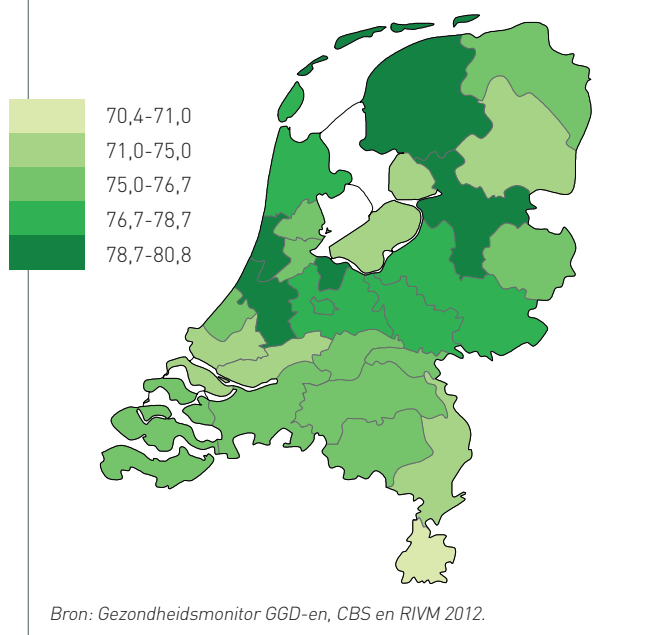
## Inleiding

Om lokaal en regionaal gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen, is kennis van de gezondheidstoestand in de regio essentieel. Hoe gezond een land, regio of gemeente is, kan aan de hand van allerlei indicatoren worden weergegeven. Dit hoofdstuk biedt een actueel inzicht in gezondheid en leefstijl van de Zuid-Limburgers op enkele kenmerkende en belangrijke onderwerpen. Alle gepresenteerde gegevens betreffen volwassenen (19-64 jaar) en ouderen (65+). De gezondheid en leefstijl van de jeugd komen aan de orde in hoofdstuk 2. Waar mogelijk zal worden ingegaan op trends in de tijd. Het hoofdstuk sluit af met een verdieping op sociaal-economische gezondheidsverschillen in deze regio.

## Ervaren gezondheid minder goed

Ervaren gezondheid, ook wel subjectieve gezondheid of gezondheidsbeleving genoemd, weerspiegelt het oordeel over de eigen gezondheid. Ervaren gezondheid is een samenvattende gezondheidsmaat van alle gezondheidsaspecten die relevant zijn voor de persoon in kwestie. Deze onderliggende gezondheidsaspecten variëren per persoon, maar hebben vaak betrekking op zowel de lichamelijke als de geestelijke gezondheid. In Nederland geeft gemiddeld 77% van de bevolking van 19 jaar en ouder aan dat zij de eigen gezondheid als goed tot zeer goed ervaart. In Zuid-Limburg is dit 70% (zie figuur 1.1). Bij ouderen in Zuid-Limburg is dit nog maar 52%, in vergelijking met 61% in Nederland.

**Figuur 1.1** Goed ervaren gezondheid 2012 per GGD-regio, volwassenen van 19 jaar en ouder (in %)



## Levensverwachting stijgt, maar blijft lager dan in Nederland

De levensverwachting is in Nederland en Zuid-Limburg hoog en neemt nog steeds toe. In Zuid-Limburg is de levensverwachting lager dan gemiddeld in Nederland (zie figuur 1.2). Het verschil tussen Nederland en Zuid-Limburg is de afgelopen 10 jaar gelijk gebleven. De huidige levensverwachting (2012) voor Zuid-Limburgers is 80,2 jaar.

## Sterfte hoger dan gemiddeld in Nederland

In Zuid-Limburg overlijden jaarlijks ruim 6.000 inwoners. De trend in de afgelopen jaren is stabiel. De bevolking wordt gezonder en daarmee ouder, maar door de vergrijzing neemt de sterfte in absolute zin niet af. Door de sterftecijfers te standaardiseren met behulp van CMF's (Comparitive Mortality Figures) wordt de regio vergeleken met Nederland als geheel. De sterfte in heel Nederland wordt hierbij gesteld op 100. De CMF voor de regio Zuid-Limburg is 107 en daarmee significant hoger dan in Nederland en hoger dan alle andere regio's.

## Vooral hart- en vaatziekten en kanker

Hart- en vaatziekten en kanker zijn de belangrijkste groepen van doodsoorzaken in Zuid-Limburg (beide 30% van de totale sterfte). Ziekten van de ademhalingswegen hebben eveneens een groot aandeel in de totale sterfte (10%). De sterfte aan hart- en vaatziekten is in Zuid-Limburg significant hoger dan in Nederland, terwijl de sterfte aan kanker gelijk is aan het landelijk gemiddelde. De sterfte aan prostaatkanker is in Zuid-Limburg significant lager dan in Nederland.

De landelijke trend (2012) laat zien dat sterfte door hart- en vaatziekten voor het eerst sinds jaren niet verder daalt, maar zelfs iets is gestegen. De sterfte aan kanker stijgt opnieuw licht, net als voorgaande jaren (4).

## Veel psychische ongezondheid

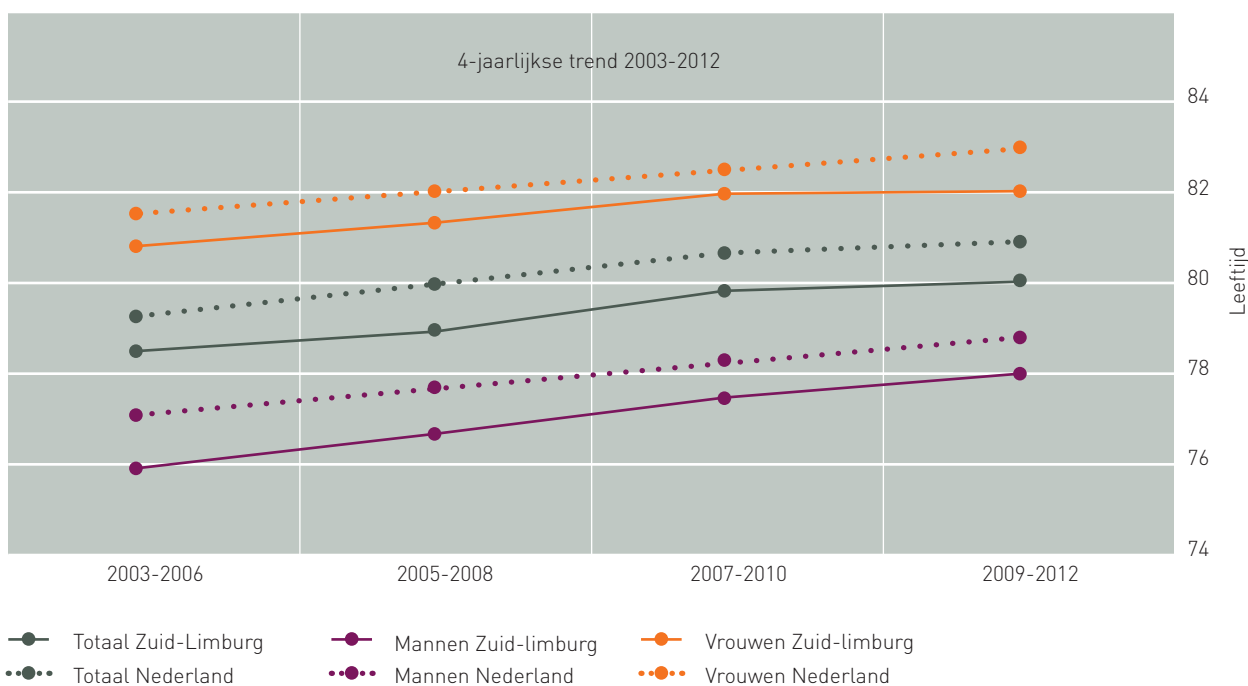
Psychische klachten omvatten gevoelens van psychische verstoring, zoals gevoelens van angst, depressie, slaapproblemen en stress. Dit kan leiden tot zichtbaar leed, een (gedeeltelijk) onvermogen tot functioneren en een verhoogd risico op sterfte, pijn en beperkingen.

Psychische stoornissen zijn onder andere dementie, schizofrenie, depressie, angststoornissen, stoornissen in het middelengebruik en verstandelijke handicap (5).

Bij een optimale psychische gezondheid is sprake van succesvol functioneren wat resulteert in productieve



**Figuur 1.2** Levensverwachting bij geboorte voor Zuid-Limburg en Nederland



Bron: CBS/RIVM

**Tabel 1.1** Sterfte voor een aantal belangrijke ziekten in Nederland en in Zuid-Limburg over de periode 2009 - 2012 per 10.000 inwoners gestandaardiseerd naar de Nederlandse bevolking in 2000

	Nederland	Zuid-Limburg
<b>Totaal</b>	<b>68,9</b>	<b>+ 73,6</b>
Hart-en Vaatziekten (totaal)	19,2	+ 22,0
• Coronaire hartziekten	5,1	+ 6,0
- Acuut hartinfarct	3,3	+ 3,8
• Beroerte	4,3	+ 4,8
• Overige hartziekten	6,1	+ 7,1
- Hartfalen	3,1	+ 3,5
Kanker (totaal)	22,4	22,4
• Borstkanker (alleen vrouwen)	3,4	3,2
• Dikkedarm- en endeldarmkanker	2,6	2,5
• Longkanker	5,3	+ 5,8
• Prostaatcancer (alleen mannen)	2,4	- 2,2
Ziekten van de ademhalingswegen	6,8	+ 7,5
Niet-natuurlijke doodsoorzaken	3,2	3,2
• Ongevallen	1,9	1,9
- Vervoersongevallen	0,4	0,3
- Accidentele val	1,2	1,3
• Zelfdoding	1,0	1,0
Overige doodsoorzaken		
• Infectieziekten	1,1	1,2
• Dementie	4,4	4,5
• Diabetes mellitus	1,5	1,3

- + Sterfte significant hoger dan gemiddeld in Nederland
- Sterfte significant lager dan gemiddeld in Nederland

Bron: RIVM/CBS

activiteiten, bevredigende relaties met anderen en de mogelijkheid tot aanpassen en omgaan met tegenslagen. In deze paragraaf wordt de psychische gezondheid van de Zuid-Limburgers beschreven via het risico op een angststoornis of depressie, eenzaamheid en dementie.

### Hoog risico op angststoornis of depressie

Van de Nederlandse volwassenen heeft 6% een hoog risico op een angststoornis of depressie. Bij de ouderen is dit 4%. In Zuid-Limburg is dit respectievelijk 7% en 6%. Het aantal Zuid-Limburgse volwassenen met een hoog risico op een angststoornis of depressie is sinds 2009 iets toegenomen (niet significant). Onder ouderen is dit risico juist afgenomen. Hierbij is wel sprake van een significante afname. Meer informatie over de regio staat op het [regionaal Kompas](#).

### Eenzaamheid toegenomen

Eenzaamheid is het subjectief ervaren van een onplezierig of ontoelaatbaar gemis aan (kwaliteit van) bepaalde sociale relaties. De mate waarin mensen zich eenzaam voelen, is redelijk stabiel tot een leeftijd van zeventig, daarna volgt een toename (6). In Zuid-Limburg voelt 9% van de volwassenen zich ernstig eenzaam. Dit is vergelijkbaar met Nederland (8%). Bij Zuid-Limburgse ouderen is dit 10% t.o.v. 9% in Nederland.

Er kan sprake zijn van emotionele of sociale eenzaamheid. Emotioneel eenzamen kunnen weliswaar veel mensen om zich heen hebben, maar er ontbreekt een hechte, emotionele band met deze mensen in hun omgeving. Van sociale eenzaamheid is sprake als iemand betekenisvolle relaties mist met een bredere groep mensen zoals kennissen, collega's, buurtgenoten of mensen met dezelfde belangstelling. Een intieme partnerrelatie kan sociale eenzaamheid niet opheffen (6). In Zuid-Limburg voelt 26% van de volwassenen zich emotioneel eenzaam en 31% van de ouderen. Sociale eenzaamheid komt vaker voor: 39% van de volwassenen en 44% van de ouderen mist betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen.

Figuur 1.4 laat zien dat het aantal volwassenen met (zeer) ernstige eenzaamheid en emotionele eenzaamheid in Zuid-Limburg significant is toegenomen ten opzichte van 2009. Onder ouderen is sprake van meer eenzaamheid dan onder volwassenen, maar de verschillen tussen 2008-2012 zijn niet significant (7).

### Explosieve stijging dementie

Dementie is een complex van symptomen waaraan verschillende oorzaken ten grondslag kunnen liggen. Dit betreft geheugenstoornissen in combinatie met een of meer specifieke cognitieve stoornissen (8). De geheugenstoornissen kenmerken zich door een

verminderd vermogen om nieuwe informatie te leren of zich eerder geleerde informatie te herinneren.

Mensen met dementie leven gemiddeld 8 jaar met de ziekte. Gedurende het ziekteproces neemt zowel het aantal als de ernst van de klachten toe. In Nederland hebben 256.000 mensen dementie en een deel daarvan heeft klachten die later tot de diagnose dementie kunnen leiden. Hiervan zijn 12.000 mensen jong dementerend (<65 jaar). Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing in de toekomst verdubbelen naar meer dan een half miljoen in 2040 (9). Voor Zuid-Limburg betekent dit dat het aantal personen met dementie zal toenemen van bijna 13.000 in 2011 tot 22.000 in 2040.

Ongeveer 70% van de mensen met dementie in Nederland woont thuis en wordt verzorgd door mantelzorgers (9). De druk op de mantelzorgers zal in de toekomst verder toenemen. Om een verwachting uit te spreken over de omvang van die toename, is het van belang om te weten dat in de cijfers van Alzheimer Nederland ook de mensen zijn meegenomen die de ziekte hebben maar geen zorg ontvangen. De prognoses van Alzheimer Nederland zijn dus hoger dan de prognoses op basis van aantallen gediagnosticeerde mensen.

## Lichamelijke gezondheid in Zuid-Limburg

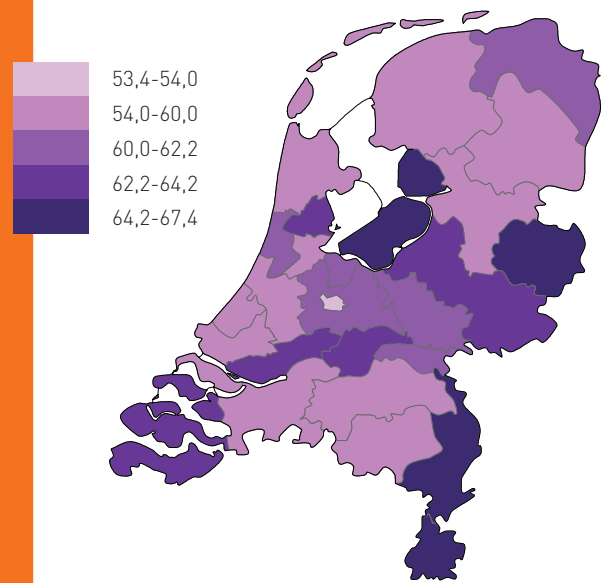
### Veel chronische aandoeningen

Chronische aandoeningen komen veel voor. In Nederland heeft 60% van de bevolking van 19 jaar en ouder één of meer chronische ziekten. In Zuid-Limburg is dit 67% (4). Bij ouderen is dit zelfs 89% (10). In figuur 1.3 is het voorkomen van 1 of meer ziekten in Nederland weergegeven.

In overeenstemming met de landelijke trend, neemt ook het aantal chronische aandoeningen in Zuid-Limburg significant toe bij volwassenen en ouderen sinds 2008/2009. Een deel van de toename is toe te schrijven aan de gestegen levensverwachting en de daarmee gepaard gaande vergrijzing van de bevolking. Ook is opsporing en screening van ziekten en aandoeningen verbeterd, zodat meer mensen weten dat ze een aandoening hebben en er over kunnen rapporteren. Daarnaast zijn de overlevingskansen bij sommige aandoeningen toegenomen. Maar er zijn ook aandoeningen die daadwerkelijk meer zijn gaan voorkomen in de Nederlandse bevolking. Diabetes is daarvan een voorbeeld (10).

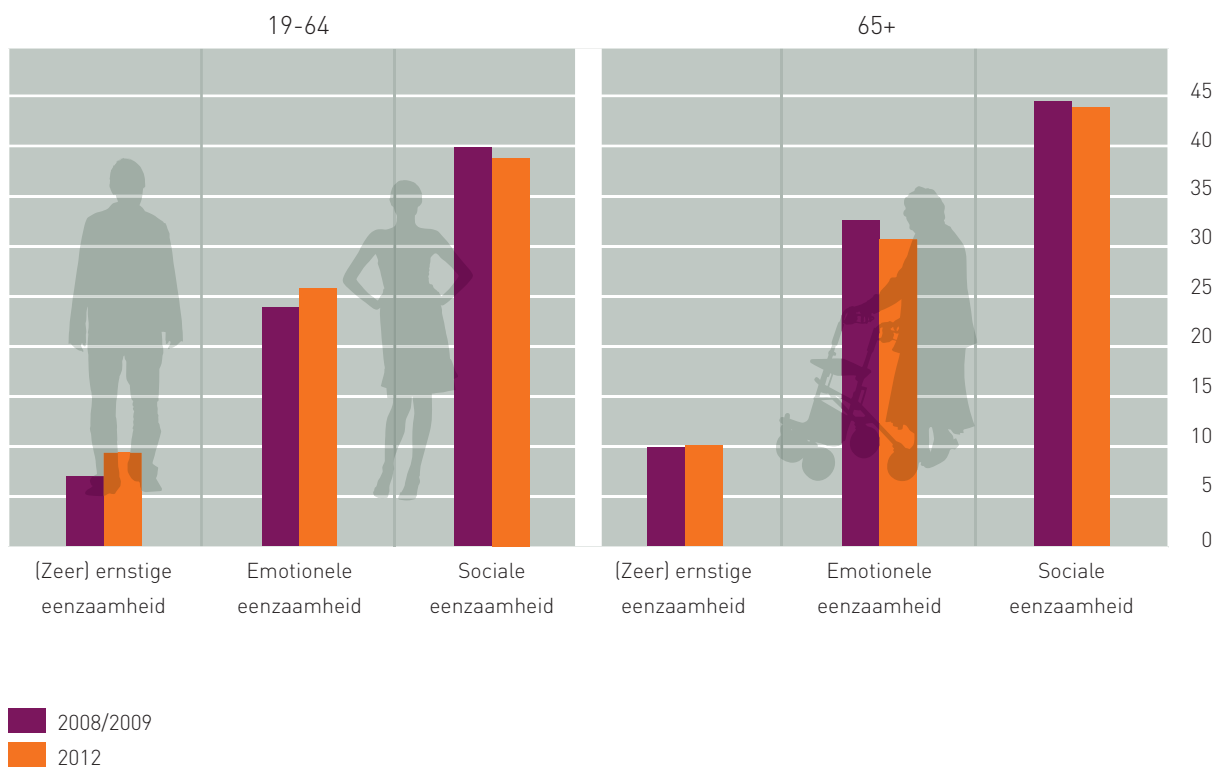
Zuid-Limburg is een regio waar veel mensen een of meerdere **chronische aandoeningen** hebben. Dit kan leiden tot een langdurig beroep op de zorg. Het gaat om aandoeningen zoals: astma of chronische bronchitis; hart- en vaatziekten; reuma; artrose; langdurige darmstoornissen; migraine of ernstige hoofdpijn; onvrijwillig urineverlies (incontinentie); psoriasis; aandoeningen van de nek, schouder of rug; diabetes.

**Figuur 1.3** Eén of meer chronische ziekten 2012 per GGD-regio, volwassenen van 19 jaar en ouder (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012

**Figuur 1.4** Trends voor eenzaamheid in Zuid-Limburg (in %)



Bron: CBS/RIVM

### Multimorbiditeit neemt toe

Bij meer dan de helft van de mensen met een chronische aandoening is sprake van multimorbiditeit. Dit betekent dat deze mensen meer dan één ziekte tegelijk hebben. Het betreft 32% van de bevolking van 19 jaar of ouder. Ook hier blijkt dat in Zuid-Limburg met 40% het hoogste percentage van Nederland wordt gevonden. Bij ouderen is zelfs bij 64% sprake van multimorbiditeit. Door de vergrijzing zal het aantal mensen met multimorbiditeit toenemen.

### Veel lichamelijke beperkingen bij ouderen

Als beperkingen kunnen worden voorkomen of verergering uitgesteld, zijn mensen beter in staat hun onafhankelijkheid en mobiliteit te behouden (11). In Nederland heeft 4% van de bevolking beperkingen op het gebied van horen, 6% op het gebied van zien en bijna 10% op het gebied van mobiliteit. Bij ouderen zijn deze percentages hoger zoals onderstaande tabel 1.2 laat zien.

Trendcijfers laten zien dat lichamelijke beperkingen significant verminderd zijn bij Zuid-Limburgse ouderen sinds 2008 (van 40 naar 34%). Dit geldt ook voor horen,

zien en mobiliteit als afzonderlijke beperking. Voor volwassenen zijn geen trendcijfers beschikbaar.

### Ondanks ziekte toch goede ervaren gezondheid

Het hebben van een ziekte of aandoening hoeft niet altijd samen te gaan met een slechte gezondheidservaring of het optreden van lichamelijke beperkingen. Veel aandoeningen zijn bijvoorbeeld met medicatie goed te beheersen en leiden daarom minder snel tot een verlies aan kwaliteit van leven (4). Van de mensen zonder chronische aandoeningen ervaart bijna iedereen de eigen gezondheid als goed of zeer goed en heeft bijna niemand mobiliteitsbeperking. Tabel 1.3 laat zien dat dit bij mensen met één of meer chronische aandoeningen aanzienlijk minder het geval is. Maar toch blijkt de meerderheid zonder mobiliteitsbeperkingen door het leven te gaan en de gezondheid als goed of zeer goed te ervaren.

### Veel 85-plussers behoefte aan hulp bij huishouden

Ruim een kwart (26%) van de Zuid-Limburgse 55-plussers geeft aan hulp nodig te hebben bij een of meer huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen (HDL), zoals

**Tabel 1.2** Overzicht van beperkingen in Zuid-Limburg in vergelijking met Nederland (in %)

	Volwassenen 19-64 jaar		Ouderen 65+	
	Zuid-Limburg	Nederland	Zuid-Limburg	Nederland
Minimaal een van deze lichamelijke beperkingen	12	11	34	30
Horen	4	3	8	8
Zien	5	5	10	9
Mobiliteit	7	6	27	23

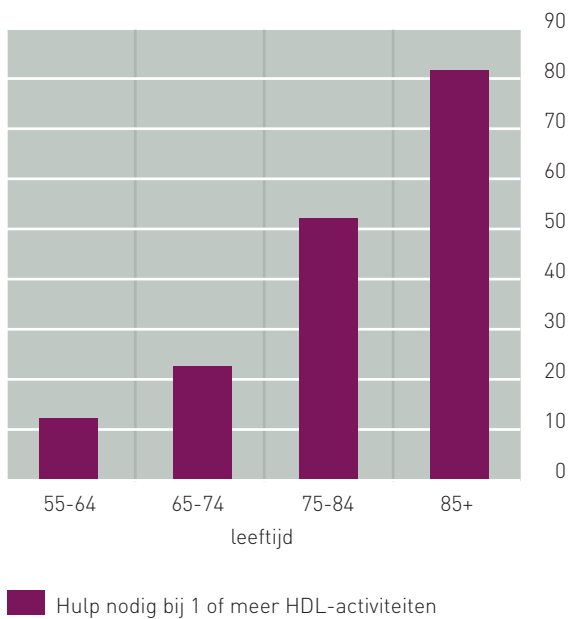
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Tabel 1.3** Samenhang tussen chronische aandoeningen en ervaren gezondheid / mobiliteitsbeperkingen in Zuid-Limburg (in %)

	Ervaren gezondheid goed/zeer goed		Geen mobiliteitsbeperkingen	
	Volwassenen 19-64	Ouderen 65+	Volwassenen 19-64	Ouderen 65+
Personen zonder chronische aandoening	94	89	99	97
Personen met één of meer chronische aandoeningen	64	43	88	68

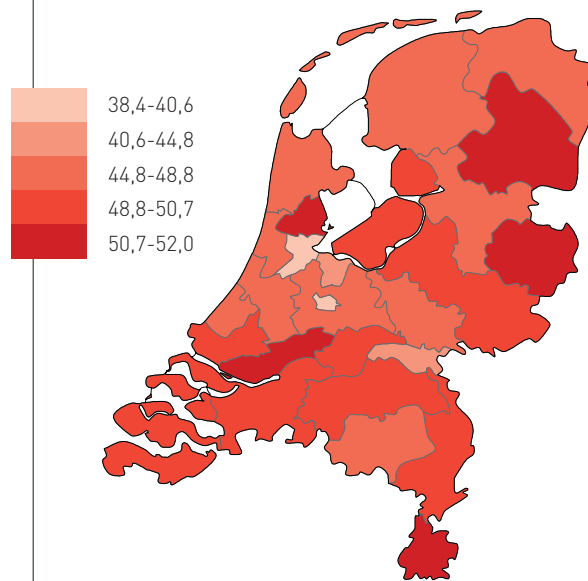
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 1.5** Hulp bij HDL-activiteiten in relatie tot leeftijd in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 1.6** Overgewicht 2012 per GGD-regio, volwassenen van 19 jaar en ouder (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012

eten klaarmaken, licht huishoudelijk werk, zwaar huishoudelijk werk, kleren wassen en strijken, bedden verschonen of opmaken of boodschappen doen. Dit percentage neemt sterk toe met leeftijd (figuur 1.5). Onder 85-plussers geeft maar liefst 80% aan hulp nodig te hebben bij één of meer van deze huishoudelijke taken. Een gedeelte van deze groep ontvangt al hulp bij het huishouden [*zie hoofdstuk 5*].

### De leefstijl van de Zuid-Limburgers

Ernstig overgewicht (obesitas) en roken hangen samen met tal van chronische aandoeningen. Voldoende bewegen en een gezond voedingspatroon kan het beloop van een aantal chronische aandoeningen gunstig beïnvloeden. In deze paragraaf worden de resultaten voor overgewicht gepresenteerd en wordt ingegaan op de meest belangrijke aspecten van leefstijl: alcoholgebruik, roken, voeding en bewegen.

#### Overgewicht onverminderd hoog

Overgewicht is het resultaat van een verstoorde energiebalans: teveel energie-inname (voedsel) bij een te laag energieverbruik (lichamelijke activiteit). Ernstig overgewicht (obesitas) kan leiden tot tal van chronische aandoeningen waaronder diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, een aantal soorten kanker en aandoeningen aan galblaas en het bewegingsstelsel. Bij het ontstaan van overgewicht spelen psychische en sociale factoren

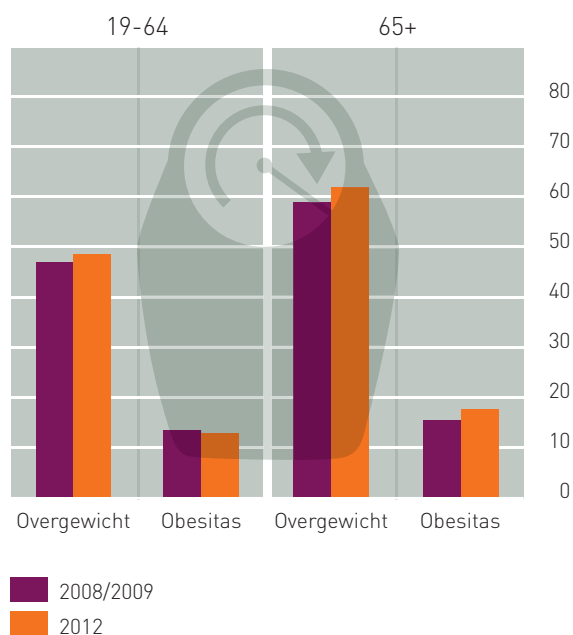
zoals emoties een rol. Ook de sociale en fysieke omgeving zijn van belang. Overgewicht neemt toe in een samenleving die mensen uitnodigt tot veel eten en weinig bewegen, de zogenoemde obesogene samenleving [12]. Meer informatie over de regio staat in het *regionaal kompas*.

In Nederland is bij 48% van de bevolking van 19 jaar en ouder sprake van overgewicht. In Zuid-Limburg is dit bijna 52% (zie figuur 1.6). Meer ouderen hebben overgewicht dan volwassenen. Ook obesitas komt in Zuid-Limburg meer dan gemiddeld in Nederland voor. De trends laten een kleine toename zien bij overgewicht en bij obesitas, zonder dat deze stijging statistisch significant is (zie figuur 1.7).

#### Meer bewegen blijft essentieel

Volgens de beweegnorm dient een volwassene vijf dagen per week 30 minuten matig intensief te bewegen. De fitnorm normeert de gewenste hoeveelheid lichaamsbeweging die nodig is voor een goede conditie van het hartvaatstelsel. De fitnorm vereist drie keer per week zwaar intensieve inspanning. Van de volwassenen voldoet in Zuid-Limburg 54% aan een van beide normen, bij ouderen 59%. In Zuid-Limburg wordt minder bewogen dan gemiddeld in Nederland. Het valt daarbij op dat relatief weinig ouderen in de regio voldoen aan de fitnorm (zie figuur 1.8). Meer informatie over de regio staat in het *regionaal kompas*.

**Figuur 1.7** Trends voor overgewicht en obesitas in Zuid-Limburg (in %)

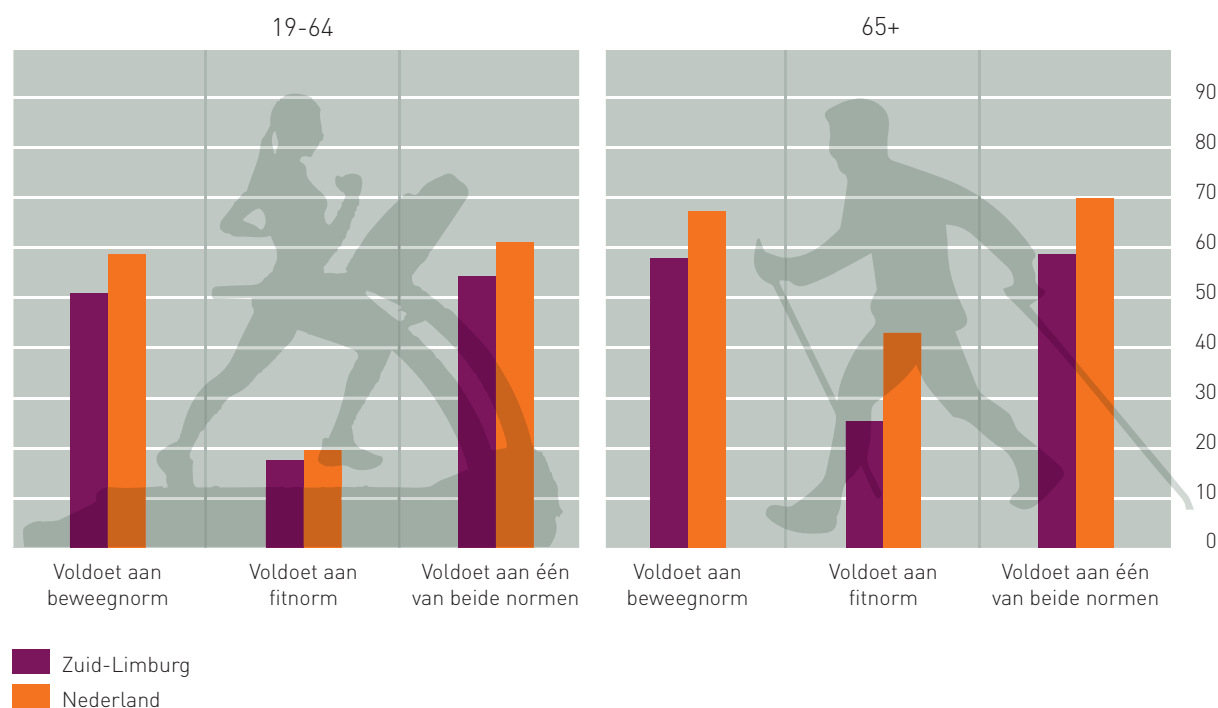


Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012 en 2008/2009

Overgewicht komt in Zuid-Limburg veel voor en lijkt nog steeds toe te nemen. Inwoners van onze regio bewegen ook minder dan gemiddeld in Nederland.

**Bewegen en overgewicht** zijn twee cruciale onderwerpen vanwege het effect op de gezondheid én omdat de situatie in Zuid-Limburg minder gunstig is.

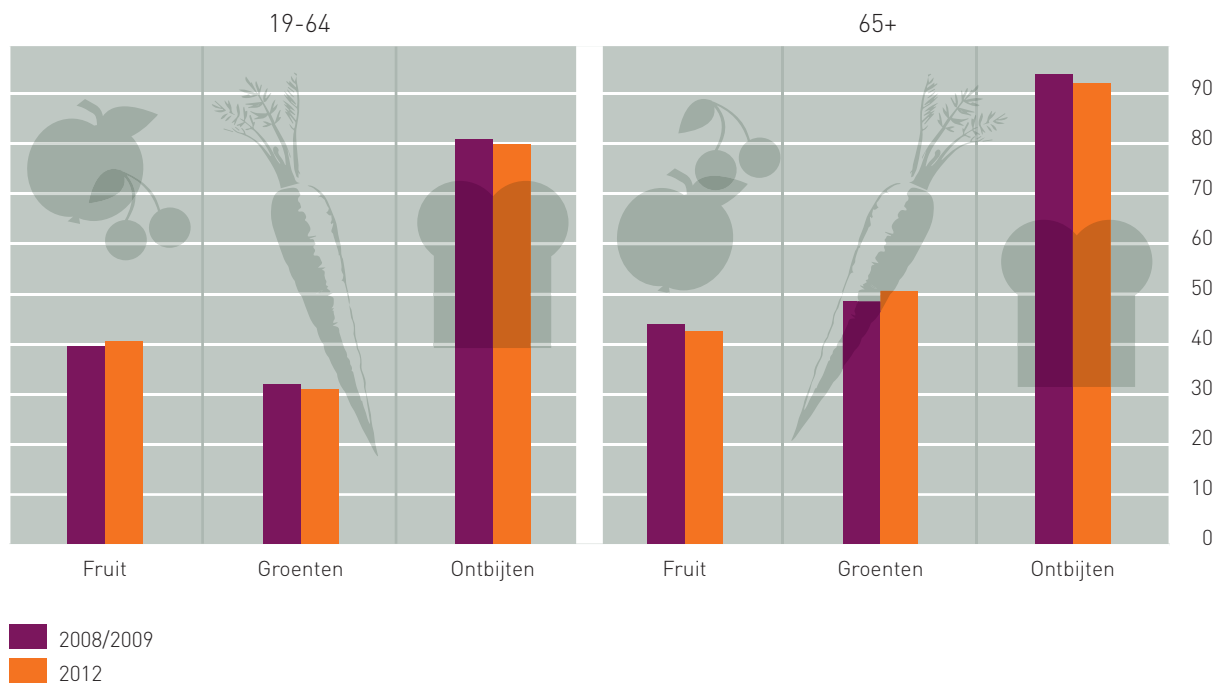
**Figuur 1.8** Voldoende lichaamsbeweging in Zuid-Limburg en Nederland (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012

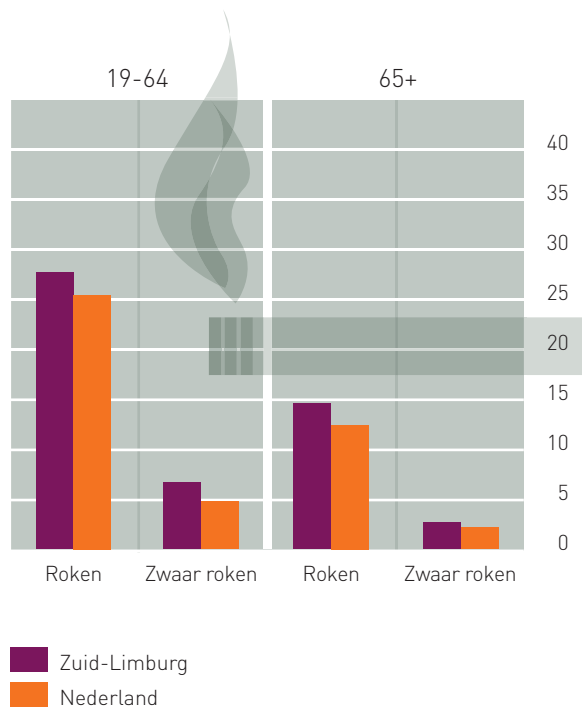


**Figuur 1.9** Trends voor voeding in Zuid-Limburg (in %)



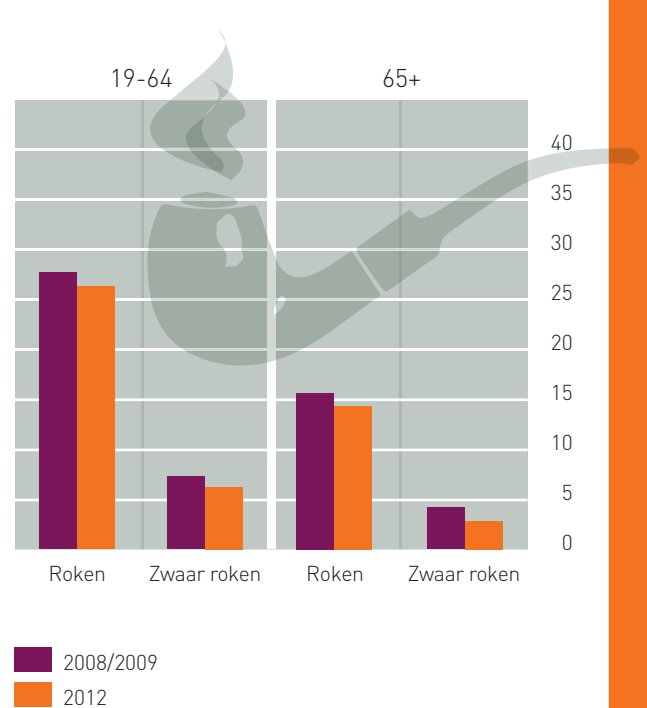
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012 en 2008/2009

**Figuur 1.10** Roken en zwaar roken in Zuid-Limburg en Nederland (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD-en, CBS en RIVM 2012

**Figuur 1.11** Trends voor roken in Zuid-Limburg (in%)



Bron: Gezondheidsmonitor Zuid Limburg 2012 en 2008/2009

Een vergelijking met voorgaande jaren is niet mogelijk omdat de Gezondheidsmonitor van 2012 (Nederland en Zuid-Limburg) een nieuwe vraagstelling gebruikt voor het meten van lichaamsbeweging.

### Voedingsgewoonten ouderen beter dan volwassenen

Groente en fruit zijn gezond en verminderen de risico's op ziekten, zoals hart- en vaatziekten en kanker. Ontbijten is belangrijk vanwege het verband met overgewicht, gezondheid en te leveren prestaties op het werk of op school. Enerzijds heeft ontbijten invloed op het hongergevoel tijdens de rest van de dag. Anderzijds heeft het ontbijt invloed op de insulineproductie en het activiteitenpatroon. Meer informatie over de regio staat in het [regionaal Kompas](#).

Voor voeding zijn geen landelijke referentiescijfers beschikbaar. In Zuid-Limburg zijn de voedingsgewoonten van ouderen beter dan van volwassenen, vooral als het gaat om ontbijten en voldoende groente eten. De trend laat zien dat er in 2012 geen verschil is met 2008/09 (Figuur 1.9).

### Kleine daling aantal rokers

Roken was in 2011 verantwoordelijk voor bijna 19.000 sterfgevallen in Nederland. Bij mensen boven de twintig jaar is een groot deel van de sterfgevallen door longkanker, COPD en kanker in het hoofdhalssgebied te wijten aan roken. Roken is ook een risicofactor voor diverse andere aandoeningen, zoals aandoeningen aan hart en bloedvaten. Behalve rokers lopen ook mensen die meeroken (passief roken) meer risico op onder meer longkanker en hart- en vaatziekten (13). Meer informatie over roken in de regio staat in het [regionaal Kompas](#).

In Zuid-Limburg roken iets meer volwassenen en ouderen dan in Nederland. Dit geldt ook voor de zware rokers<sup>1</sup> (zie figuur 1.10).

Net zoals in de rest van Nederland, neemt het aantal rokers en zware rokers af in Zuid-Limburg (figuur 1.11). Deze dalende trend is statistisch significant voor zwaar roken zowel bij volwassenen als ouderen.

### Geen daling van het alcoholgebruik

Bij zwaar drinken<sup>2</sup> en overmatig alcoholgebruik<sup>3</sup> zijn in Zuid-Limburg kleine verschillen met Nederland: zwaar drinken lijkt iets vaker voor te komen, maar bij ouderen (65+) komt overmatig alcoholgebruik juist minder vaak voor. Meer informatie over alcoholgebruik in de regio is te vinden in het [regionaal Kompas](#).

Trendcijfers (figuur 1.12) laten zien dat overmatig alcoholgebruik bij volwassenen is gedaald sinds 2008/2009. Het

verschil is echter niet statistisch significant; bij ouderen is geen verandering in overmatig alcoholgebruik. Zwaar drinken is bij zowel volwassenen als ouderen onveranderd gebleven.

### Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

De sociaaleconomische status (SES) en de gezondheidstoestand van mensen zijn sterk aan elkaar gerelateerd. In [Nederland](#) bestaan aanzienlijke verschillen in gezondheid tussen de SES-groepen. De gezondheid van mensen in lagere sociaaleconomische groepen is over het algemeen slechter dan die van mensen in hogere sociaaleconomische groepen. Zo leven mensen met alleen een basisschoolopleiding gemiddeld zeven jaar korter dan mensen met een hbo- of universitaire opleiding; het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs meer dan vijftien jaar. Deze verschillen tussen SES-groepen zijn de afgelopen tien jaar niet kleiner geworden (10).

De Tweede Kamer heeft in februari 2014 de aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen toegevoegd aan de speerpunten van landelijk preventiebeleid en daarmee deze aanpak onderdeel gemaakt van de preventiecyclus.

### Verdeling SES in Zuid-Limburg

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) berekent de SES voor een deelgebied aan de hand van het gemiddeld inkomen, het percentage mensen met een laag inkomen, het percentage zonder betaalde baan en het percentage mensen met een lage opleiding. Uit figuur 1.13 blijkt duidelijk een clustering van zeer laag tot midden-laag SES in de grotere gemeenten. Dit betekent dat de grootste gezondheidsachterstanden juist daar worden gevonden. In kleinere gemeenten is minder sprake van clustering en zijn inwoners met een lage SES meer verspreid over de dorpen.

### Opleiding als indicator voor SES

In deze regionale rapportage wordt opleidingsniveau als indicator voor [SES](#) gehanteerd. Hierbij worden vier categorieën gehanteerd: laag (basisschool of lager), laag-midden (LBO, VMBO, MAVO, MBO-1), midden-hoog (MBO 2-4, HAVO, VWO) en hoog (HBO, WO).

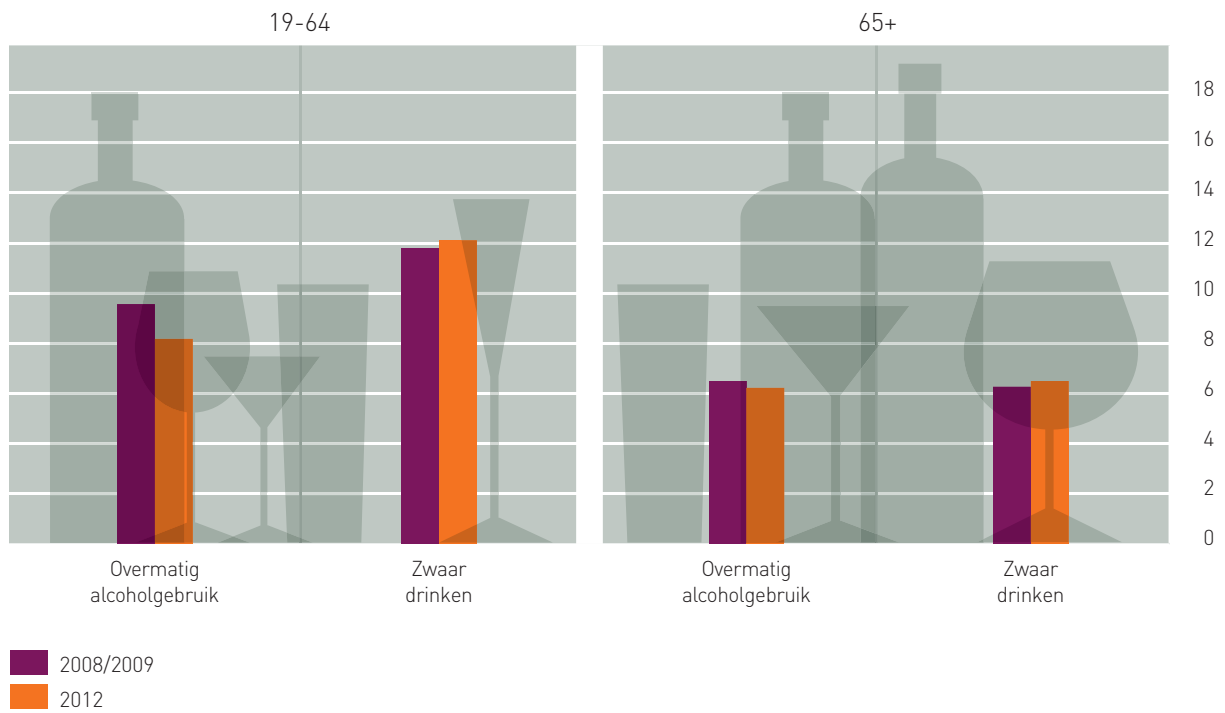
In figuur 1.14 staat de spreiding van opleidingsniveau voor volwassenen en ouderen weergegeven. Zuid-Limburg heeft ten opzichte van Nederland relatief meer mensen met een lage opleiding en minder met een hoge opleiding dan gemiddeld in Nederland. Van de Zuid-Limburgse volwassen heeft 32% een lage opleiding (laag of laag-midden) t.o.v. 29% in Nederland. Voor een hoge opleiding is dit respectievelijk 32% en 34%.

<sup>1</sup> Zwaar roken: minstens 20 sigaretten per dag.

<sup>2</sup> Zwaar drinken: minstens 1 dag per week 6 glazen of meer (mannen) of 4 glazen of meer (vrouwen).

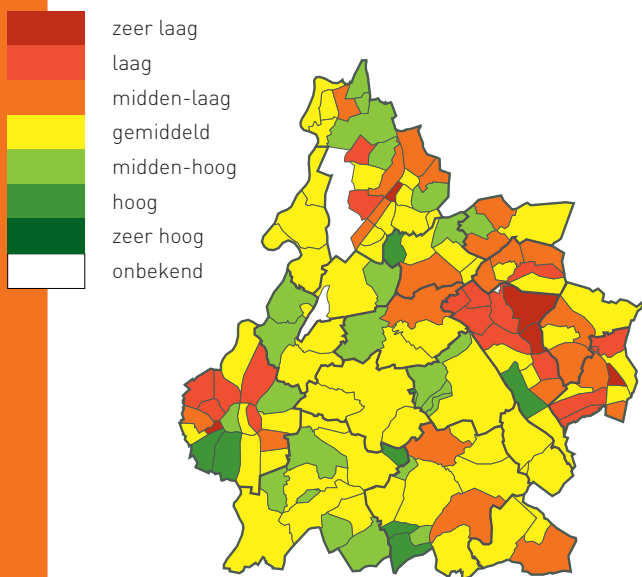
<sup>3</sup> Meer dan 14 glazen per week voor vrouwen of 21 glazen per week voor mannen.

**Figuur 1.12** Trends voor overmatig en zwaar alcoholgebruik in Zuid-Limburg in percentages

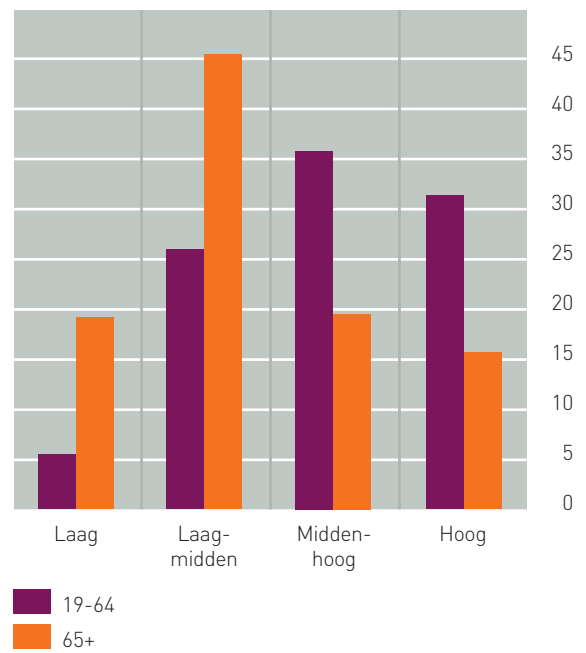


Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid-Limburg 2012 en 2008/2009

**Figuur 1.13** Socio-economische status naar 4-posities postcode in Zuid-Limburg



**Figuur 1.14** Verdeling naar opleidingsniveau in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

## Gezondheidsverschillen naar opleiding in Zuid-Limburg

Deze paragraaf geeft een beschrijving van het verband tussen gezondheid en opleidingsniveau in Zuid-Limburg. De indicatoren waar deze analyse voor is uitgevoerd zijn: ervaren gezondheid, risico op angst en depressie, eenzaamheid, multimorbiditeit, diabetes, beperkingen in mobiliteit, behoefte aan hulp bij huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen, maar ook determinanten van gezondheid zoals voeding, bewegen, overgewicht, alcoholgebruik en roken.

### Een betere gezondheid bij mensen met een hogere opleiding

Een goede ervaren gezondheid hangt, net als landelijk, in Zuid-Limburg sterk samen met opleidingsniveau. De helft (50%) van de volwassenen met een lage opleiding ervaart de gezondheid als goed, tegenover 90% met een hoge opleiding. Bij ouderen zien we een vergelijkbaar beeld (40% tegenover 70%). Dit verband komt terug bij vrijwel alle andere gezondheidsindicatoren:

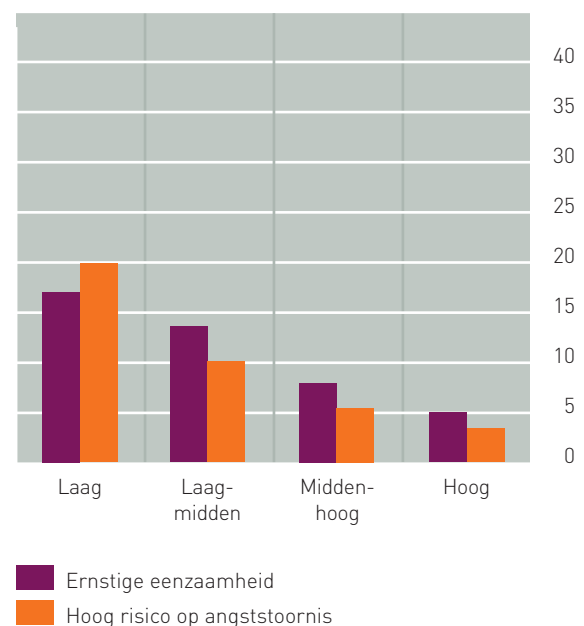
- Er is een sterk verband tussen het risico op een angststoornis of depressie en opleiding (figuur 1.15). Voor zowel volwassenen als ook voor ouderen (data staan niet in grafiek) geldt dat het risico op een angststoornis of depressie zes keer zo hoog is bij mensen met een lage opleiding ten opzichte van mensen met een hoge opleiding.
- Eenzaamheid (figuur 1.15) komt bij Zuid-Limburgse volwassenen en ouderen met een lage opleiding twee tot drie keer zo vaak voor als bij mensen met een hoge opleiding.
- Bij 55% van de volwassenen met een lage opleiding is sprake van multimorbiditeit en bij 21% van degenen met een hoge opleiding; bij ouderen is dit respectievelijk 74% en 47% (figuur 1.16). Een van deze aandoeningen is diabetes en daarbij blijkt dat het voorkomen bij volwassenen verschilt, bij een lage opleiding 11% en 3% bij een hoge opleiding. Voor ouderen is dit respectievelijk 25% en 13%.
- Problemen met bewegen komen voor bij 7% van de volwassenen, bij een lage opleiding is dit 24% en 2% bij een hoge opleiding. Beperkingen in mobiliteit komen bij gemiddeld 27% van de ouderen voor, dit varieert van 44% bij mensen met een lage opleiding tot 11% bij een hoge opleiding.
- Er is een sterk verband tussen opleiding en zelfredzaamheid in het huishouden. Hierbij gaat het om beperkingen in dagelijkse huishoudelijke verrichtingen zoals eten bereiden, schoonmaken en boodschappen doen. Bij de 55-plussers met een hoge opleiding heeft 15% hulp nodig en bij degenen met een lage opleiding is dit 46% (figuur 1.17).

## Gezondere leefstijl bij hogere opleiding

Bij overgewicht is er een aanzienlijk verschil naar opleidingsniveau. Overgewicht neemt zowel bij ouderen als bij volwassenen af naarmate het opleidingsniveau toeneemt (figuur 1.18). Dit is wisselend terug te vinden in de leefstijl:

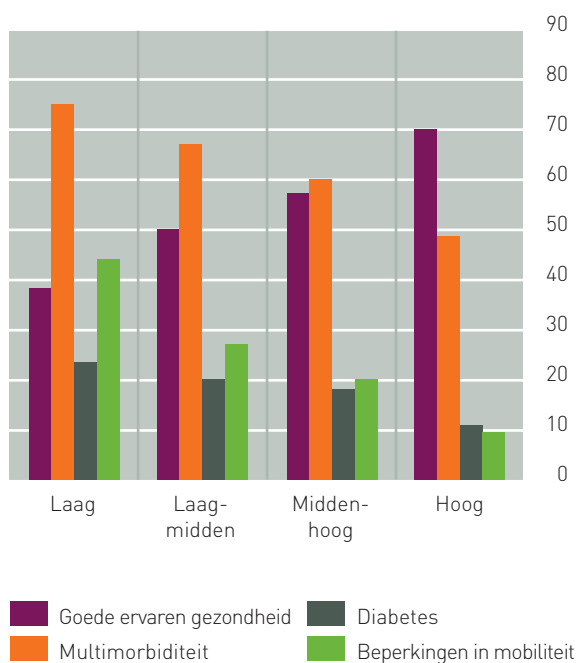
- Vooral bij ouderen bestaat een verband tussen bewegen en niveau van opleiding: ouderen met een hoge opleiding voldoen veel vaker aan de beweegnorm dan ouderen met een lage opleiding. Bij volwassenen is er geen eenduidig verband tussen bewegen en opleiding (figuur 1.18).
- Wat betreft voeding valt op dat volwassenen met een hoge opleiding vaker ontbijten; bij ouderen is de groenteconsumptie echter het hoogst bij een lage opleiding.
- Verschillen naar opleidingsniveau treden vooral op bij **roken**, volwassenen én ouderen met hoge opleiding roken minder (figuur 1.19). Bij volwassenen rookt gemiddeld 27%, dit varieert van 41% bij lage opleiding tot 16% bij hoge opleiding.
- De verschillen bij overmatig **alcoholgebruik** naar opleiding zijn wisselend. Bij volwassenen is geen verband tussen opleiding en overmatig alcoholgebruik. Bij ouderen blijkt dat degenen met een hoge opleiding vaker overmatig alcohol gebruiken. Maar zwaar drinken wordt meer gedaan door volwassenen met een lage opleiding.

**Figuur 1.15** Risico op angststoornis/depressie en eenzaamheid naar opleidingsniveau in Zuid-Limburg onder volwassenen, 19-64 jaar (in %)



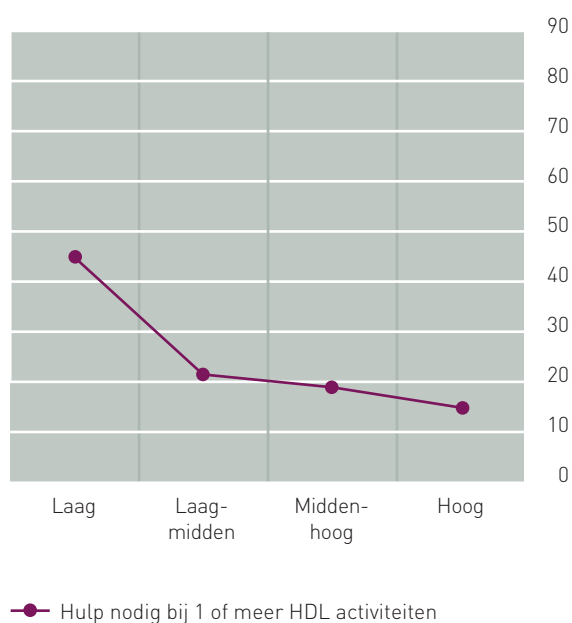
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 1.16** Gezondheid naar opleidingsniveau bij ouderen (65+) in Zuid-Limburg (in %)



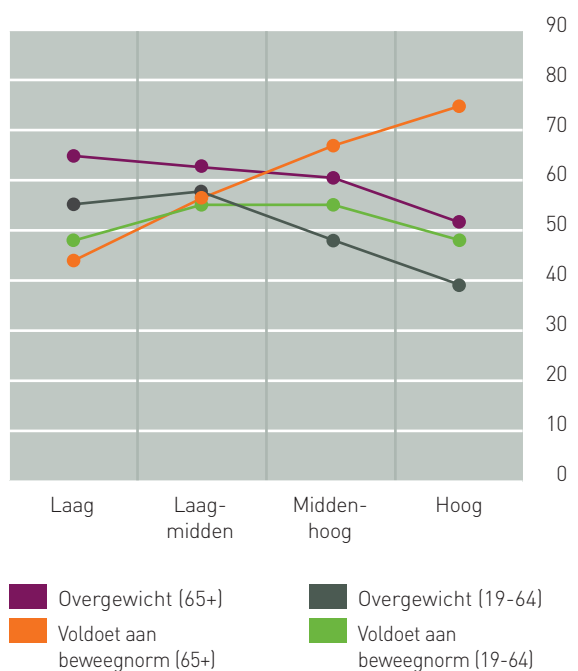
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 1.17** Hulp bij HDL-activiteiten naar opleidingsniveau bij ouderen (55+) in Zuid-Limburg (in %)



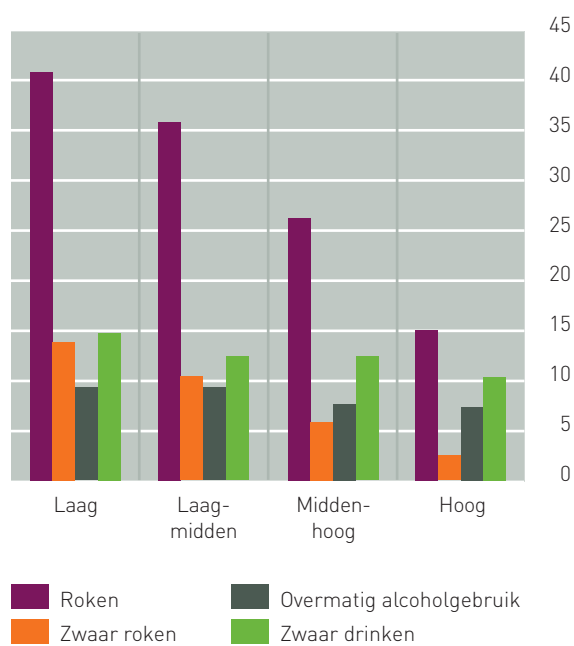
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 1.18** Bewegen en overgewicht naar opleidingsniveau in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 1.19** Alcoholgebruik en roken naar opleidingsniveau in Zuid-Limburg onder volwassenen, 19-64 jaar (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

## Aanknopingspunten voor beleid

### Ouder met chronische ziekten

De levensverwachting neemt langzaam toe in Zuid-Limburg, net als in de rest van Nederland. Mensen worden ouder. Er is sprake van een toename van het aantal chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen onder de Zuid-Limburgse bevolking. De extra levensjaren zijn dus niet altijd gezonde levensjaren.

*Multimorbiditeit* is een belangrijk thema voor Zuid-Limburg in de toekomst. Het gelijktijdig optreden van meerdere ziekten bij één patiënt stelt namelijk andere eisen aan de zorg. Het vraagt om multidisciplinaire, patiëntgerichte zorg en andere financieringsystemen. De huisarts vervult daarin een belangrijke rol (14). Daarnaast zal de druk op de gezondheidszorg en met name op de mantelzorgers ook toenemen door een sterke stijging van het voorkomen van dementie als gevolg van de vergrijzing.

### Ongezonder dan de rest van Nederland

De gezondheid van de Zuid-Limburgse bevolking steekt nog steeds ongunstig af ten opzichte van de rest van Nederland, vooral qua ervaren gezondheid en het voorkomen van een of meerdere chronische aandoeningen. Er zijn meer problemen met mobiliteitsbeperkingen en de psychische gezondheid (risico op angststoornis/depressie, eenzaamheid). In Zuid-Limburg wordt meer gerookt, minder bewogen, en overgewicht en obesitas komen meer voor dan in de rest van Nederland. Qua voedingsgewoonten is er geen landelijke referentie, maar de ouderen in Zuid-Limburg eten gezonder dan de volwassenen. De trend voor roken is gelukkig wel dalend. Voor overgewicht en obesitas is de trend echter licht stijgend. Geconcludeerd kan worden dat het gezondheidsverschil met de rest van Nederland niet wezenlijk is verkleind de afgelopen jaren. Preventief gezondheidsbeleid blijft in deze regio dus heel belangrijk. Van alle landelijke speerpunten is bewegen wellicht het belangrijkste. Dit vanwege de directe relatie met overgewicht en hart-en vaatziekten. Maar ook omdat mensen met een actieve leefstijl beter in staat zijn om te participeren in de samenleving.

### Opleidingsniveau beïnvloedt gezondheid en leefstijl

Net als in de rest van Nederland bestaan er in Zuid-Limburg aanzienlijke verschillen in gezondheid en leefstijl naar opleiding, een indicator voor sociaaleconomische status (SES). Een hoge opleiding staat voor een beter ervaren gezondheid, minder chronische aandoeningen, minder mobiliteitsbeperkingen, een betere psychische gezondheid en minder eenzaamheid. Ook voor een aantal leefstijl indicatoren is een duidelijk

verband gevonden met opleiding. Hoger opgeleide Zuid-Limburgers roken minder, hebben minder overgewicht, bewegen meer en de ontbijtgewoonten zijn beter. De sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland zijn de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven. Er zijn geen concrete aanwijzingen dat deze verschillen de komende jaren zullen afnemen (15-17).

### Gezondheidswinst behalen bij mensen met lage SES

Gezondheid is gerelateerd aan sociaaleconomische status en wordt verklaard door verschillende mechanismen:

- Een ongelijke verdeling van welvaart, verschillen in afkomst en onderwijskansen zijn belangrijke oorzaken van gezondheidsachterstanden. Deze aspecten werken door in de omstandigheden waaronder mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Het beïnvloedt de leefstijl en gezondheidsvaardigheden van mensen (10, 18).
- De zorginfrastructuur is onvoldoende afgestemd op mensen met een laag opleidingsniveau. Hierdoor neemt de toegankelijkheid en de effectiviteit van de zorg voor deze doelgroepen af en kunnen er gezondheidsachterstanden ontstaan. Een aspect zoals laaggeletterdheid speelt hierbij een rol (zie tekstkader 1.1).
- Anderzijds kunnen gezondheidsproblemen ook de oorzaak zijn van een lage SES. Gezondheidsproblemen leiden vaak tot arbeidsongeschiktheid en een laag inkomen (zie hoofdstuk 3). Ook kunnen gezondheidsproblemen bij jongeren een belangrijke oorzaak zijn van schoolverzuim en vroegtijdig school verlaten.

In bovengenoemde mechanismen zitten aanknopingspunten voor beleid waarmee een bijdrage geleverd kan worden aan het verkleinen van de gezondheidsachterstanden.



### Tekstkader 1.1 Gezondheidsvaardigheden en laaggeletterdheid

Gezondheidsvaardigheden zijn de individuele competenties die nodig zijn om goed met gezondheid en ziekte om te kunnen gaan. Daarvoor is het nodig dat mensen aandacht hebben voor hun gezondheid en informatie daarover kunnen verzamelen, begrijpen en toepassen. Tussen mensen bestaan individuele verschillen over deze eigenschappen.

Gezondheidsvaardigheden staan in verband met lees-, schrijf- en rekenvaardigheden. Een bepaald niveau van geletterdheid is de basis voor voldoende gezondheidsvaardigheden. Nederland telt 1,5 miljoen functioneel analfabeten, waarvan 1 miljoen van autochtone afkomst. Mensen met een laag niveau van geletterdheid (laaggeletterden) zijn ook minder gezond dan mensen met een hoog niveau van geletterdheid. Dit blijkt uit het rapport 'Stil vermogen'. Onderzoeksrapport over de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid van de Universiteit van Amsterdam (19).

Het concept van gezondheidsvaardigheden biedt zowel een verklaring als oplossing voor de slechtere gezondheidssituatie van mensen met lage mate van geletterdheid. Deze groep zal mogelijk veel (gezondheids-) informatie niet voldoende kunnen begrijpen. Om de gezondheidssituatie van deze groep te verbeteren is een aanpak nodig langs twee sporen. Naast het bestrijden van laaggeletterdheid, is het verbeteren van kennis over gezondheid bij de bevolking nodig. Maar ook van professionals in de zorg en gezondheidsbevordering wordt inzet verwacht. Zij zullen hun informatie en educatie aan deze groep moeten aanpassen. Dat kan bijvoorbeeld door gebruik te maken van illustraties, door goed aan te sluiten bij de mogelijkheden van de doelgroep en door actief na te gaan of de informatie écht is begrepen.



# Investeren in een gezonde jeugd!

## Tijdig signaleren en samen oplossen

# 2

Het merendeel van de jeugd krijgt de juiste bagage mee om op een gezonde manier deel te kunnen nemen aan het leven in de toekomst. Maar voor een beperkt deel van de jeugd is deze bagage er in mindere mate of niet. Om voor iedereen een optimale start in de maatschappij te kunnen waarborgen is aandacht nodig voor een aantal aspecten. In de eerste plaats aandacht voor een goede psychosociale ontwikkeling van kinderen. Want dit levert een bijdrage aan het kunnen uitgroeien tot zelfverantwoordelijke burgers

die in staat zijn om te kunnen participeren en goede keuzes te maken. Daarnaast aandacht voor de problemen die al vanaf jonge leeftijd ontstaan op het gebied van overgewicht. Vanaf de eerste levensfase tot aan de jong volwassenheid wordt de groep kinderen en jongeren die kampt met overgewicht alsmaar groter. Een goed beeld van de gezondheidsrisico's bij jeugdigen, het tijdig signaleren van problemen en het bieden van adequate hulp zijn daarbij van belang.



## Inleiding

Alle kinderen moeten de kans krijgen om zich gezond te ontwikkelen. Soms is hiervoor hulp en ondersteuning nodig. In eerste instantie hebben ouders of verzorgers de taak hun kinderen gezond te laten opgroeien.

Daarnaast hebben ook andere mensen, zoals familieleden, buurtbewoners, kinderopvang en leerkrachten een belangrijke rol bij het begeleiden van opgroeiende kinderen. In 2015 gaat het nieuwe jeugdstelsel in werking. Dan komt de gehele zorg voor de jeugd onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Voorzieningen en hulpverleners moeten zich dan meer gaan richten op de versterking van de eigen kracht van kinderen, jongeren en opvoeders.

Dit hoofdstuk gaat over de jeugd in Zuid-Limburg. Hoe gezond zijn de kinderen en jongeren in onze regio?

Wat zijn de belangrijkste problemen waar de jeugd en opvoeders mee te maken hebben? En op welke manier kunnen organisaties als bijvoorbeeld de Jeugdgezondheidszorg en het onderwijs daar op inspelen? Dit is belangrijke informatie voor hulpverleners en beleidsmakers. Er wordt geen beschrijving gegeven van de jeugdzorg in Zuid-Limburg. Data hierover zijn onlangs gepubliceerd in de provinciale rapportage van de [\*Limburgse Jeugdmonitor\*](#) (20).

### Leeswijzer

Voordat ingegaan wordt op de specifieke levensfasen van kinderen en jongeren start dit hoofdstuk met informatie over de sociale omgeving waarbinnen kinderen en jongeren opgroeien. Vervolgens wordt ingegaan op de verschillende levensfasen. Deze lopen vanaf het ongeboren kind (-9 maanden) tot aan het 25e levensjaar. In iedere levensfase maakt u kennis met één van de hoofdpersonen. Iedere hoofdpersoon vertegenwoordigt een deel van de jeugd van Zuid-Limburg. Hij of zij laat de lezer zien welke vraagstukken en problemen kunnen voorkomen op weg naar een gezond leven. Op basis van beschikbare data en kenmerken van de levensfasen is een selectie gemaakt van thema's die beschreven worden en van invloed zijn op de gezondheid van kinderen. Het gaat vooral over de sociale omgeving van kinderen en over leefstijl. Het hoofdstuk eindigt met aanknopingspunten voor beleid.

## De sociale omgeving van de Zuid-Limburgse jeugd

### School zorgt voor vriendschappen

Het gezin en de school zijn de belangrijkste plekken waar kinderen en jongeren zich vormen en ontwikkelen. De sociale leefomgeving van kinderen is een belangrijke determinant voor hun gezondheidstoestand en beïnvloedt hun startkwalificatie (21).

Bestaat de sociale omgeving van de meeste kinderen de eerste jaren voornamelijk nog uit het gezin, vanaf 4 jaar gaat de school een belangrijke rol spelen in het leven van het kind. De schoolomgeving is voor kinderen een belangrijke plek om vriendschappen te ontwikkelen. De meeste kinderen hebben meer dan twee goede vrienden of vriendinnen. Ongeveer 7% van de kinderen heeft weinig of heel weinig vrienden. Naarmate kinderen ouder worden, worden vrienden steeds belangrijker als gesprekspartner. De meeste jongeren (11-16 jaar) vinden het leuk op school en kunnen goed opschieten met hun klasgenoten (21). Met betrekking tot schoolbeleving valt op dat basisschoolleerlingen hierover positiever zijn dan leerlingen van het voortgezet onderwijs. Daarnaast is er een verschil tussen Vwo-leerlingen en de andere onderwijstypen (Havo-VMBO). Vwo-leerlingen vinden het over het algemeen leuker op school (21).

### Kinderen volgen opleidingsniveau ouders

Een op de drie kinderen volgt een opleiding waarvan het niveau gelijk is aan die van hun ouders. Kinderen lijken op hun ouders wanneer het gaat om het niveau en de richting van de opleiding die ze volgen. In Zuid-Limburg heeft 4% van de volwassenen met thuiswonende kinderen alleen basisonderwijs afgerond, 21% heeft MAVO of VMBO afgerond, 39% heeft HAVO, VWO of middelbaar beroepsonderwijs (MBO) als hoogste kwalificatie en 36% heeft wetenschappelijk onderwijs (HBO, WO) afgerond (7).

### Steeds meer eenoudergezinnen

In 2013 woonden in Nederland meer dan een half miljoen van alle jeugdigen van 0-24 jaar in een eenoudergezin. Kinderen die opgroeien in een eenoudergezin ontwikkelen vaker gedragsproblemen en emotionele problemen dan hun leeftijdsgenootjes in tweeoudergezinnen. Ook zijn de prestaties op school slechter dan gemiddeld (22, 23). Steeds meer jongeren maken een scheiding van hun ouders mee. Het aantal echtscheidingen groeit jaarlijks. In 2012 bedroeg het aantal echtscheidingen in Nederland ruim 9 per 1000 gehuwden en in Zuid-Limburg ruim 11 per 1000 gehuwden (24).

### Meer kinderen groeien op in armoede

Kinderen uit arme gezinnen hebben een grotere kans om sociaal uitgesloten te raken (21). De uitgangspositie van kinderen in een gezin met een laag inkomen is niet gunstig. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat deze kinderen meer kans hebben op een slechte gezondheid, lager presteren op school, minder vaak een vaste baan of goed betaalde baan hebben, en dat ze vaker te maken hebben met geweld in de gezinssituatie (25). Sinds 2009 groeit in heel Nederland het aantal kinderen (0-17 jarigen) dat in armoede opgroeit (5% in 2009, 6% in 2012). Het aantal kinderen dat in armoede opgroeit in Limburg is ongeveer gelijk aan het landelijk gemiddelde (6%) (25).

Meer informatie over kinderen in gezinnen met armoede staat in hoofdstuk 3.

### **Ouders belangrijk voor sociaal-emotionele ontwikkeling**

Kinderen en jongeren die een goede band hebben met hun ouders ervaren minder emotionele en gedragsproblemen dan hun leeftijdsgenoten die geen goede band met hun ouders hebben (26). De meeste jongeren (90%) ervaren veel steun van hun ouders en ouders weten waar ze dagelijks mee bezig zijn. Jongeren kunnen gemakkelijk met hun ouders praten als zij ergens mee zitten. Naarmate jongeren ouder worden praten ze minder gemakkelijk met hun ouders en weten hun ouders minder wat ze zoal doen (21, 26).

De kwaliteit van de ouder-kindrelatie verschilt naar het opleidingsniveau van de jongeren, het welvaartsniveau van het gezin en de gezinssituatie. Vwo-leerlingen zijn het meest positief over de relatie met hun ouders, VMBO-leerlingen het minst positief. Jongeren uit een welvarend en volledig gezin zeggen gemakkelijker met hun ouders te kunnen praten over problemen en ervaren meer steun en toezicht dan kinderen uit een arm en onvolledig gezin. Het contact met stiefouders lijkt moeizamer te verlopen dan het contact met eigen ouders (21).

## Gezondheid van de jeugd per levensfase

In deze paragraaf wordt een beschrijving gegeven van de voornaamste determinanten van gezondheid per levensfase. In onderstaand overzicht wordt weergegeven welke thema's per fase aan de orde komen (figuur 2.1).

**Figuur 2.1** Overzicht thema's per levensfase

	 -9 mnd - 0 jaar	 0-4 jaar	 4-12 jaar	 12-17 jaar	 17-24 jaar
Leefstijl moeder					
Taalontwikkeling					
Gezond gewicht					
Sociaal emotionele ontwikkeling					
Psychosociale gezondheid					
Roken					
Alcohol					
Drugs					
Seksuele gezondheid					

## Fase van zwangerschap en geboorte (-9 maanden - 0 jaar)

### Leefstijl moeder belangrijk voor ongeboren kind

Per jaar worden gemiddeld 4.800 kinderen in Zuid-Limburg geboren (24). Het merendeel van deze kinderen komt gezond ter wereld. In Zuid-Limburg overlijden jaarlijks 0,91% van de kinderen in de perinatale periode (vanaf 24 weken zwangerschap tot 2 weken na de geboorte). Dat is iets minder dan gemiddeld in Nederland 0,97% (27). Belangrijke risicofactoren voor perinatale sterfte zijn vroeggeboorte (<37 weken), een laag geboortegewicht (<2500 gram), leeftijd en gezondheid van de moeder, lage sociaaleconomische status en etniciteit. Risicofactoren kunnen met elkaar samenhangen of elkaar versterken: roken en alcohol- en drugsgebruik tijdens de zwangerschap hebben een nadelige invloed op het ongeboren kind. Ook ondervoeding van de moeder of overgewicht kunnen zorgen voor een verhoogde kans op complicaties tijdens zwangerschap en bevalling. Een groep die verhoogd risico loopt zijn kinderen van tienermoeders. Het percentage tienermoeders in Zuid-Limburg (0,5%) is lager dan het landelijk gemiddelde (0,6%) (25).

### 10% zwangere vrouwen rookt

Roken tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en een vermindering van de longfunctie van het kind. Ook meeroken van de moeder leidt tot gezondheidsrisico's bij het ongeboren kind. Volgens de Gezondheidsraad vergroot meeroken het risico op een extreem laag geboortegewicht (<2500 gram) met 20-40%. Ook wordt de kans op wiegendood verdubbeld (28). In de Zuid-Limburgse Westelijke Mijnstreek rookte 10% van de vrouwen tijdens de zwangerschap en 11% van de moeders gaf aan tijdens de zwangerschap gedronken te hebben (29).



### Kim is 1 dag oud

Dochter van een alleenstaande tienermoeder. De zwangerschap van de moeder verliep stressvol. De moeder van Kim heeft weinig steun ontvangen van haar omgeving, mede hierdoor is het voor haar lastig om moederschap en opleiding te combineren. De toekomst zal moeten uitwijzen of dit mogelijk gevolgen heeft voor de ontwikkeling van Kim. *Hoe kunnen we samen zorgen dat steeds meer kinderen met een gezonde startpositie geboren worden?*

### De toekomst van kim

De moeder van Kim heeft er belang bij dat zij naar school kan blijven gaan om haar opleiding af te maken. Dit leidt tot zelfstandigheid van de tienermoeder, haar economische onafhankelijkheid en het behoud van een gezond netwerk in plaats van een plek in een zorgstructuur. Dit komt ook Kims kansen ten goede. Kim, zelf nog een kind, moet hiervoor ondersteuning kunnen verwachten van haar ouders, haar school en organisaties waaronder Jongerenwerk, Maatschappelijk Werk en Jeugdgezondheidszorg. Samenwerking tussen de organisaties is noodzakelijk om een passend vangnet te realiseren voor de jonge moeder en haar kind.

## Levensfase baby's, peuters en kleuters (0-4 jaar)

Binnen de levensfase van de baby's, peuters en kleuters is de taalontwikkeling van invloed op de socialemotionele ontwikkeling. Daarnaast wordt de basis gelegd voor een gezond gewicht.

### Vroege screening op taalontwikkeling belangrijk

Vooral taalontwikkeling is van belang voor leerprestaties en een goede cognitieve en socialemotionele ontwikkeling. Dit zijn voorwaarden voor een optimale participatie op latere leeftijd. Tussen 0 en 4 jaar maken kinderen grote sprongen op het gebied van sociale rollen en taalontwikkeling. Vroege screening op taalontwikkeling is van belang. Door vroeg de juiste begeleiding te geven kunnen leerproblemen of andere ontwikkelingsstoornissen op latere leeftijd beperkt worden.

Voor- en vroegschoolse educatie (VVE) is ontwikkeld om peuters en kleuters die risico lopen om met een achterstand op school te beginnen, een betere start te geven in het basisonderwijs. Voorschoolse educatie wordt verzorgd op peuterspeelzalen en kinderdagverblijven. Vroegschoolse educatie wordt verzorgd in de groepen 1 en 2 van basisscholen (30).

In Zuid-Limburg zijn 117 kinderdagverblijven. Daarvan bieden 20 kinderdagverblijven een VVE programma. Deze kinderdagverblijven bevinden zich in de drie grote Zuid-Limburgse gemeenten: Sittard-Geleen, Maastricht en Heerlen. Van alle 151 peuterspeelzalen in Zuid-Limburg, bieden 96 een VVE programma. Elke gemeente in Zuid-Limburg heeft minimaal één peuterspeelzaal met VVE (31).

### Jong investeren in gezond gewicht loont

Stimuleren van een gezond leefpatroon op jonge leeftijd draagt bij aan een betere gezondheid op latere leeftijd. Onderzoek toont aan dat borstvoeding het risico op overgewicht op latere leeftijd verlaagt, afhankelijk van de exclusiviteit en duur van de borstvoeding (32). In de Zuid-Limburgse regio Westelijke Mijnstreek geeft 39% van de moeders borstvoeding vanaf de geboorte tot een leeftijd van 3 maanden (29). Tot 7 maanden is dit 15%.

Uit onderzoek blijkt dat de BMI-ontwikkeling (lengte en gewicht) in de leeftijdscategorie tussen 2 en 6 jaar mede bepalend is voor het voorkomen van overgewicht op volwassen leeftijd (33). Overgewicht komt bij 5% van de 2-4 jarigen in Zuid-Limburg voor. Het voorkomen van obesitas varieert van 0,5% bij 2 jarigen tot 1,3% bij 4 jarigen.



### Bas is 3 jaar oud

Hij weegt 17 kg en is 95 cm lang. Bas heeft overgewicht. De ouders van Bas zien dat hij forser is dan zijn leeftijdsgenootjes, maar vinden dit niet zorgwekkend. Bas is als baby een moeilijke eter geweest en zijn ouders zijn juist blij dat hij nu een grote eetlust heeft. Ze vinden het moeilijk om "nee" te zeggen als Bas om eten vraagt.

*Hoe kunnen we samen zorgen dat overgewicht zo vroeg mogelijk gesignaleerd wordt en dat ouders en kind gepaste begeleiding geboden kan worden?*

### De toekomst van Bas

Bas heeft overgewicht. De ouders van Bas krijgen hulp en begeleiding bij de opvoeding en het beheersen van het gewicht van hun zoon. Een succesvolle methode om overgewicht bespreekbaar te maken is Lifestyle *Triple P*. Deze methode wordt toegepast door samenwerkende organisaties als de Jeugdgezondheidszorg, maatschappelijk werk, peuterspeelzalen, crèches. Ouders krijgen naast een tijdig signaal over de groei direct ook een positief opvoedingsadvies. Zo wordt hun eigen kracht aangesproken bij het aanpakken van opvoedkundige vraagstukken.

### Tekstkader 2.1

#### 2,5 jaar na geboorte ontstaan verschillen

Onderzoek leert dat de groei in lengte en gewicht van baby's in de baarmoeder tegenwoordig niet verschilt van baby's in de eerste helft van de vorige eeuw. De verschillen ontstaan pas 2½ jaar na de geboorte: kinderen worden vanaf dat moment langer ten opzichte van vroeger. Vanaf het vijfde levensjaar neemt het gewicht van kinderen tegenwoordig ook toe, evenals de BMI. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Limburg.



## Levensfase basisschoolleerlingen (4-12 jaar)

In deze levensfase is aandacht voor gezond gewicht, experimenteel gedrag met genotmiddelen en psychosociale gezondheid. Daarnaast blijft de sociaal-emotionele ontwikkeling van belang.

### Gezonde voeding en voldoende beweging belangrijk

Gezonde voeding is van groot belang voor een gezond lichaam. Zeker het ontbijt vormt een belangrijke energiebron voor de rest van de dag. In Zuid-Limburg ontbijt 88% van de kinderen in de leeftijd van 10-12 jaar 5 keer of meer per week, 35% eet elke dag fruit en 43% eet elke dag groente (34). Naast gezonde voeding vormt ook voldoende beweging een belangrijke basis voor een gezond gewicht. In Zuid-Limburg voldoet 77% van de 10-12 jarigen aan de beweegnorm voor kinderen van minimaal 1 uur per dag matig intensief bewegen en 2 keer per week zeer intensief sporten. Actief transport van kinderen van en naar de basisschool is belangrijk voor het krijgen van voldoende beweging. Voor de 10-12 jarigen geldt dat 74% hieraan voldoet (34). Bij de jongere leerlingen (4-10 jaar) is dit 59% (35). Via school is het belangrijk om kinderen een aantal maal per week intensief te laten bewegen. De Zuid-Limburgse basisscholen besteden gemiddeld 1,8 uur per week aan gymlessen voor de groepen 7 en 8. Naast de gymlessen op school geeft 76% van de kinderen aan lid te zijn van een sportclub (34).

### Overgewicht bij kinderen onveranderd

Tijdens de basisschool leeftijd bestaat een toenemend risico op overgewicht. Het aantal kinderen met overgewicht is in 2012 nagenoeg gelijk aan het aantal in 2009: ongeveer 5% van de 4 jarigen, 9% van de 5-6 jarigen en 17% van de 9-11 jarigen heeft overgewicht. Obesitas toont hetzelfde beeld: 1-2% van de 4 jarigen, 2-3% van de 5-6 jarigen en 3-4% van de 9-11 jarigen in Zuid-Limburg heeft obesitas. Landelijk heeft gemiddeld 3% van de 4-12 jarigen obesitas (24, 36).

### Roken start op basisschool

Bijna 7% van de basisschool leerlingen (groep 7 als 8) geeft aan wel eens gerookt te hebben. 1,2% van de leerlingen in groep 7 en 0,6% van de leerlingen in groep 8 geeft aan te roken, variërend van iedere dag tot minder dan één keer per week. (34).

### Jongeren groep 7 en 8 drinken alcohol

Onderzoek toont aan dat 51% van de Zuid-Limburgse leerlingen van groep 7 en 8 ooit alcohol heeft gedronken. 13% van deze groep geeft aan in de afgelopen 4 weken alcohol gedronken te hebben. In Zuid-Limburg geven jongeren die alcohol drinken aan dat zij reeds met 11,2 jaar hun eerste glas alcohol hebben gedronken (34).



### Bob is 11 jaar oud

Hij is 148 cm lang en weegt 57 kg. Bob heeft vanaf zijn vierde overgewicht. Nu is voor het eerst sprake van obesitas. Bob heeft moeite met bewegen. Hij wil graag voetballen, maar zijn uithoudingsvermogen is laag en hij moet na een paar minuten rennen afhaken. Zijn leeftijdsgenoten laten hem steeds vaker links liggen en dan zit Bob binnen met zijn computer.

Met hulp van een diëtiste werkt Bob nu aan zijn voedingspatroon.

*Hoe kunnen we samen ervoor zorgen dat kinderen met overgewicht en obesitas gepaste begeleiding wordt geboden?*

### De toekomst van Bob

Bob heeft obesitas. Hierdoor heeft hij problemen met zijn gezondheid. De obesitas zorgt er voor dat hij op school niet altijd kan meedoen met zijn leeftijdsgenoten. Goede medische aandacht is nodig voor zijn gezondheidsprobleem. De Jeugdgezondheidszorg verwijst Bob naar een kinderarts en zo nodig naar een diëtist of fysiotherapeut. Naast de medische begeleiding van Bob worden de ouders ondersteund en begeleid in het stimuleren van hun zoon in een gezond eet- en beweegpatroon. Deze begeleiding vindt bijvoorbeeld plaats door het Centrum voor Jeugd en Gezin.

### Psychosociale problemen beïnvloeden schoolprestaties

Psychosociale problemen kunnen effect hebben op veel verschillende aspecten, zoals schoolprestaties en de deelname aan sociale activiteiten. Dit kan leiden tot langdurig schoolverzuim en de maatschappelijke ontwikkeling van kinderen remmen (37). Om de psychosociale gezondheid bij kinderen te meten wordt binnen de Jeugdgezondheidszorg gebruik gemaakt van het landelijk signaleringsinstrument Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), welke door ouders wordt ingevuld voorafgaand aan het gezondheidsonderzoek. Een verhoogde score ( $\geq 14$ ) duidt op een slechtere psychosociale gezondheid en geeft aanleiding tot een vervolg inzet. In figuur 2.2 wordt de trend weergegeven van de 4-11 jarigen met een verhoogde SDQ-score.

### Pesten ook op de basisschool

Pesten en gepest worden is geassocieerd met een verhoogde kans op zowel psychosociale als lichamelijke gezondheidsklachten. Deze gezondheidsklachten doen zich direct op de kindertijd voor, maar pesten en gepest worden voorspelt ook een slechtere psychosociale gezondheid op de volwassen leeftijd. Pesten komt ook op basisscholen voor: 29% van de Zuid-Limburgse kinderen in de leeftijd van 10-12 jaar geeft aan gepest te worden. Daarnaast geeft 22% van de Zuid-Limburgse kinderen aan zelf wel eens te pesten (34).

**Figuur 2.2** Kinderen met problemen op psychosociaal gebied (in %)



Bron: Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar GGD Zuid Limburg

## Levensfase leerlingen voortgezet onderwijs (12-17 jaar)

In deze levensfase blijft gezond gewicht aandacht vragen. Naast het experimenteergedrag van roken en alcohol wordt nu ook drugsgebruik toegevoegd en vraagt de seksuele gezondheid aandacht. Psychosociale gezondheid en sociaalemotionele ontwikkelingen spelen ook binnen deze levensfase een rol en worden aangevuld met social media en participatie.

### Jongeren in Zuid-Limburg voelen zich gezond

Uit de Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 (7) blijkt dat het overgrote deel van de jongeren (13-16 jaar) in Zuid-Limburg (82%) de eigen gezondheid als goed tot uitstekend ervaart. Rond 15% van de jongeren ervaart de eigen gezondheid als matig en 3% van de jongeren ervaart de eigen gezondheid als slecht.

De meest genoemde chronische aandoeningen waarmee jongeren kampen zijn allergie, migraine en astma en andere longaandoeningen (tabel 2.1). Meisjes melden vaker last te hebben van chronische vermoeidheid, buikklasten en migraine. Jongens melden vaker ADHD en aangeboren hartaandoeningen.

**Tabel 2.1** Trends voor de meest voorkomende aandoeningen bij jongeren, 13-16 jaar (in %)

Top 3 meest gemelde chronische aandoeningen	2009	2013
Allergie	41	30
Migraine	18	17
Astma en andere longaandoeningen	14	11

Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 en 2009

### Aantal jongeren met overgewicht blijft hoog

In Nederland stijgt het aantal jongeren met overgewicht nog steeds, van 7% in 1981 naar 12% in 2012 (24). Sinds 2009 heeft in Zuid-Limburg gemiddeld 15% van de jongeren overgewicht (36). Interventies zoals Realfit, zie tekstkader 2.2, worden ingezet om overgewicht bij jongeren te reduceren.

### Weinig jongeren eten dagelijks groente en fruit

Uit de Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 (7) blijkt dat van de 13-14 jarigen in Zuid-Limburg 81% (VMBO 73%; HAVO/VWO 89%) vijf keer of vaker per week ontbijt, 39% elke dag groente eet en 28% elke dag fruit eet. Bij de 15-16 jarigen is dit iets lager: 76% (VMBO 65%; HAVO/VWO 86%) ontbijt vijf keer of vaker per week, 39% eet elke dag groente en 25% eet elke dag fruit (figuur 2.3).



### Leila is 15 jaar oud

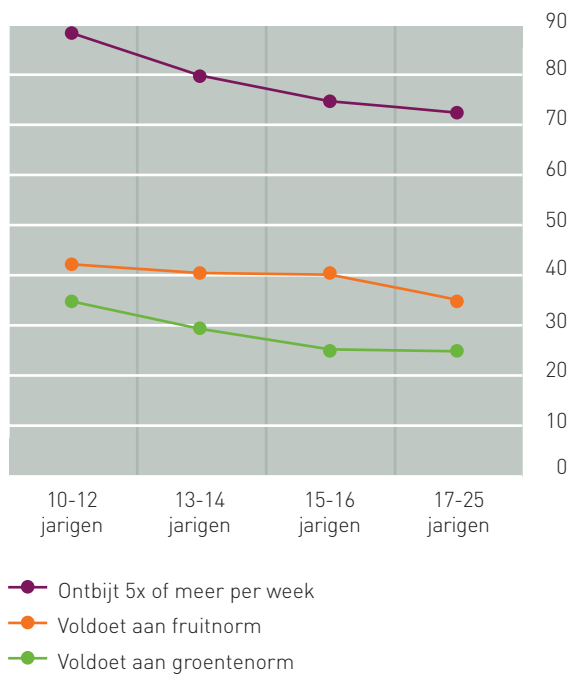
Ze zit op het voortgezet onderwijs en heeft volop vrienden en vriendinnen. Ze heeft nu al een aantal maal meegemaakt dat haar vriendje meer wilde dan alleen maar zoenen. Leila durfde niet te zeggen dat ze dat niet wilde, ze was bang dat hij haar niet meer leuk zou vinden. Ze heeft daarom ook al seks gehad maar eigenlijk had ze "het" nog niet gewild. De vorige keer wilde hij ook geen condoom gebruiken. Uiteindelijk heeft ze het toegelaten, maar het zit haar helemaal niet lekker. Ze slikt geen pil en is bang dat ze nu zwanger is. Op aanraden van een vriendin heeft ze een afspraak gemaakt bij het Centrum voor Seksuele Gezondheid bij de GGD.

*Leila vindt het moeilijk om haar grenzen aan te geven en is bang om afgewezen te worden. Hoe kunnen we samen zorgen dat de weerbaarheid van jongeren vergroot wordt en hiermee bijdragen aan een betere seksuele gezondheid in Zuid-Limburg?*

### De toekomst van Leila

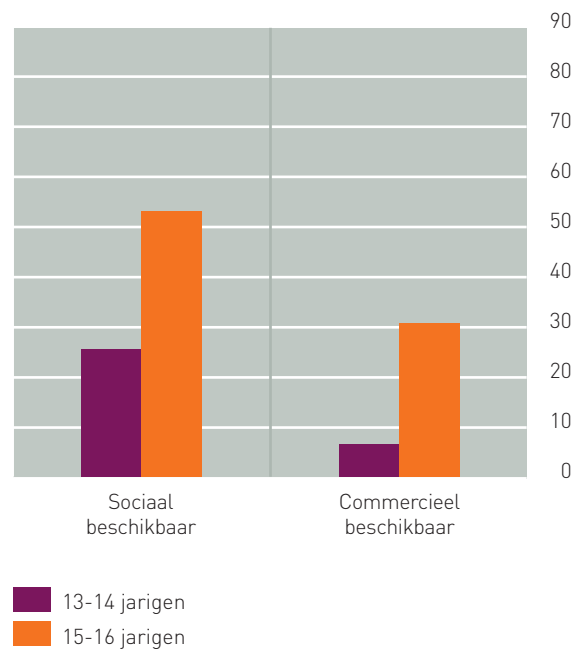
Leila vindt het moeilijk om haar grenzen aan te geven. Zij is bang om afgewezen te worden. Ze krijgt nu hulp op het spreekuur seksuele gezondheid bij de GGD maar eigenlijk is dat te laat. Het is belangrijk dat vanaf jonge leeftijd voorlichting gegeven wordt. Zowel thuis door de ouders en op school is het belangrijk om niet alleen over de biologische aspecten van seksualiteit maar ook over relationele aspecten als grenzen aangeven en accepteren te praten. Hierdoor leert Leila al op vroege leeftijd haar weerbaarheid te vergroten en seksualiteit bespreekbaar te maken. Ze leert hoe ze om kan gaan met relaties, hoe ze moet onderhandelen en communiceren, ze wordt zich meer bewust van haar eigen wensen en grenzen, leert deze te uiten en die van een ander te respecteren. Zo kan ze problemen op latere leeftijd voorkomen.

**Figuur 2.3** Gezond eetgedrag van jongeren in Zuid-Limburg (in %)



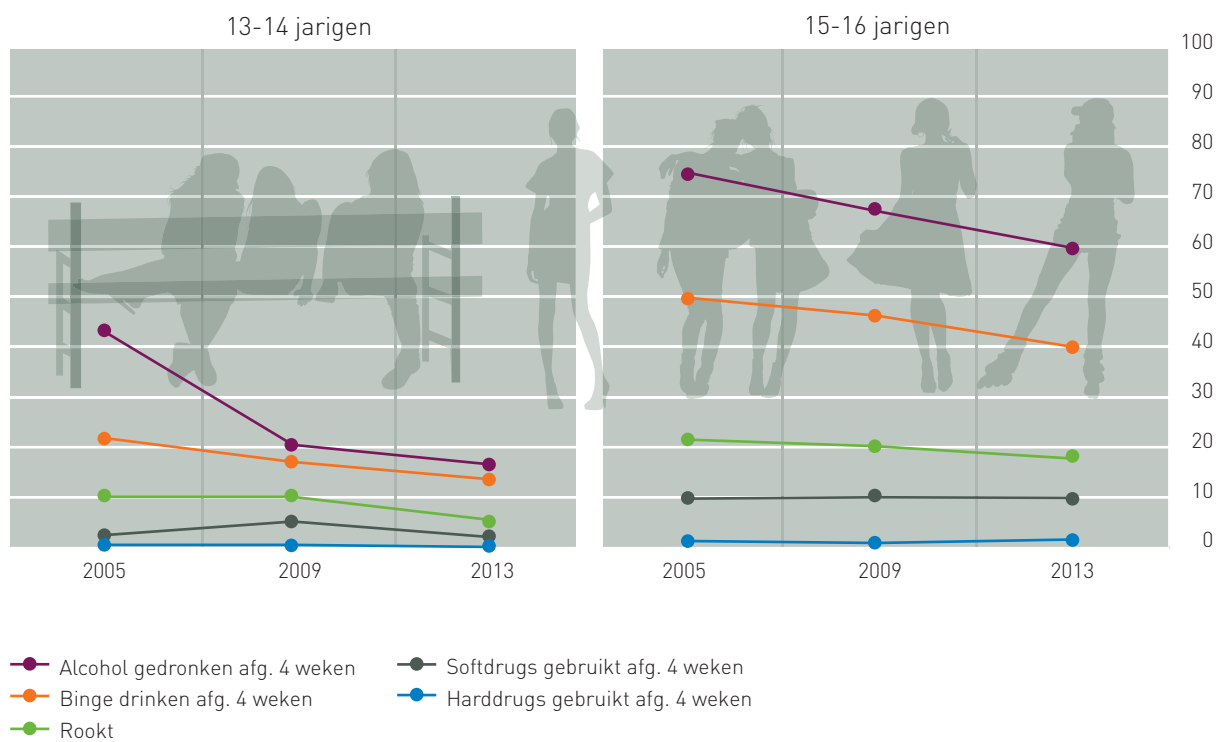
Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013

**Figuur 2.6** Sociale en commerciële beschikbaarheid van alcohol voor jongeren in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013

**Figuur 2.4 en 2.5** Trends voor experimenteelgedrag in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013

### Daling lidmaatschap sportvereniging in puberteit

Bij een gezonde leefstijl hoort ook voldoende beweging volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen<sup>1</sup>. Van de Zuid-Limburgse 13-14 jarigen voldoet ongeveer tweederde (67%) aan deze norm (62% VMBO; 70% HAVO/VWO). Bij de 15-16 jarigen in Zuid-Limburg zakt dit naar 59% (56% VMBO; 62% HAVO/VWO). Wel loopt het aantal lidmaatschappen van een sportvereniging terug in de puberteit: in Zuid-Limburg is 68% van de 13-14 jarigen lid van een sportvereniging, dit daalt naar 62% bij de 15-16 jarigen. Het aantal jongeren dat lid is van een sportvereniging is de laatste 12 jaar niet sterk veranderd (7).

### Gezonde schoolmethode helpt

Experimenteel gedrag met genotmiddelen hoort bij de puberteit. Via de Gezonde schoolmethode wordt een gezonde leefstijl bij jongeren gestimuleerd (tekstkader 2.3).

### Jong en veel alcohol drinken

Van de Zuid-Limburgse 13-14 jarigen heeft bijna 18% (25% VMBO; 12% HAVO/VWO) de afgelopen vier weken alcohol gedronken en 13% zelfs meer dan vijf glazen per gelegenheid (binge-drinken). Bij 15-16 jarigen is dit respectievelijk 60% (63% VMBO; 57% HAVO/VWO) en 41% (7). Vergeleken met voorgaande jaren is de trend wel dalend (figuur 2.4 en 2.5), maar soms resulteert

### Tekstkader 2.2 RealFit

Voor jongeren met overgewicht is het programma RealFit: een 13 weken durende cursus gericht op bewegen, voeding, gedrag en ouderparticipatie. Het in 2013 afgeronde effectonderzoek laat zien dat één jaar na *RealFit* de deelnemers een significant lagere BMI en buikomtrek hebben, dat de lichamelijke fitheid is verbeterd en ze meer zelf- en lichaamswaardering hebben in vergelijking met een controle-groep. Gezien deze verbeteringen op de fysieke en mentale gezondheid op de lange termijn en de goede toepasbaarheid in de praktijk, heeft het Centrum Gezond Leven van het RIVM, RealFit in 2014 erkend als 'bewezen effectief: goede aanwijzingen voor effectiviteit'.

dit ook in alcoholintoxicatie /coma, (zie tekstkader 2.4).

Als gekeken wordt naar de wijze waarop jongeren aan alcohol komen, wordt duidelijk dat dit voor een groot deel gebeurt via familie en/of vrienden (sociale beschikbaarheid) en dat maar een klein deel de alcohol ook daadwerkelijk zelf koopt (commerciële beschikbaarheid), (zie figuur 2.6).

### Tekstkader 2.3 De Gezonde School

De *Gezonde Schoolmethode* is een planmatige aanpak die scholen begeleidt bij de ontwikkeling en invoering van structureel schoolgezondheidsbeleid. Samen met enkele partnerorganisaties helpt de GGD scholen om een gezonde school te worden. Thema's als voeding, bewegen, middelen gebruik en seksuele gezondheid horen hierbij.

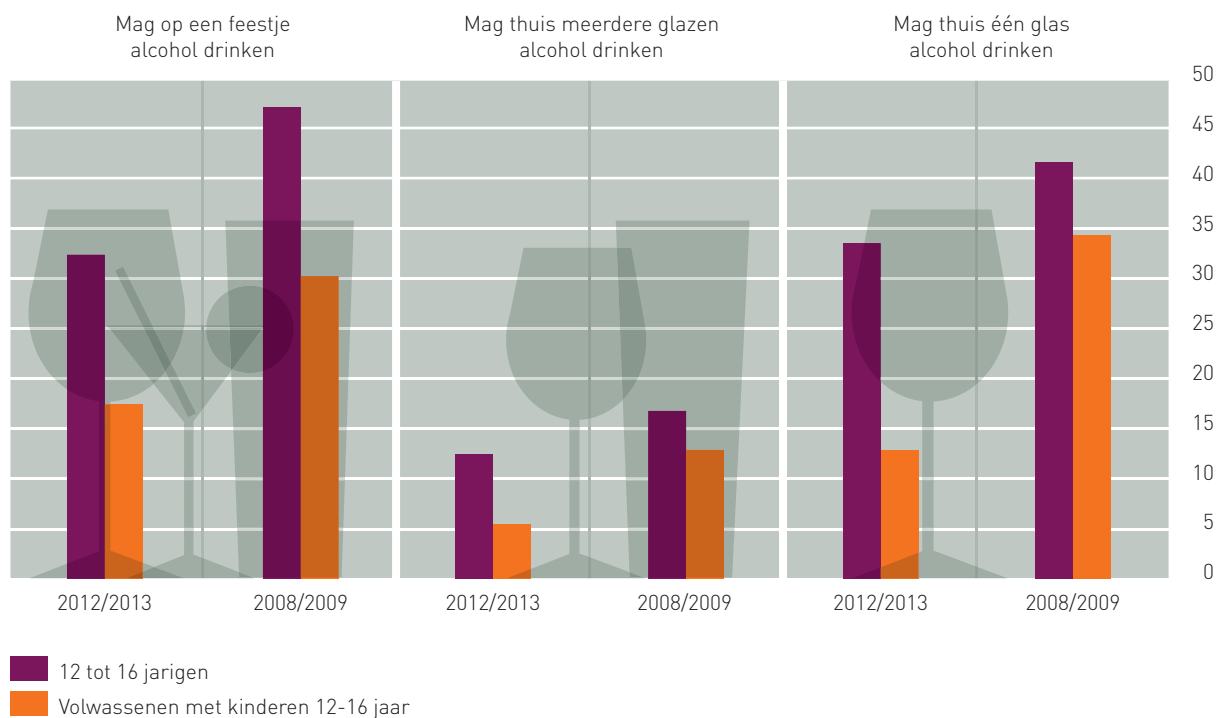
De Gezonde School adviseur van de school adviseert de school op basis van cijfers, over mogelijke prioriteiten, geschikte programma's en het opstellen van een plan van aanpak. Afhankelijk van het gekozen thema wordt hierbij samengewerkt en verwezen naar de deskundige samenwerkingspartner in de regio (of landelijk). Binnen de academische werkplaats is onlangs uitvoerig *onderzoek* gedaan naar de kansen voor gezondheidsbeleid in het onderwijs.

### Tekstkader 2.4 Comadrinkende jeugd in Parkstad

Als iemand in korte tijd veel alcohol drinkt, spreken we van comadrinken of comazuipen. In het ergste geval moeten comadrinkende kinderen worden opgenomen op de spoedeisende hulp vanwege alcoholintoxicatie waarbij zij zelfs het bewustzijn kunnen verliezen (het zogenoemde 'alcoholcoma'). Landelijk stijgt het aantal jongeren dat behandeld moet worden voor alcoholintoxicatie nog steeds (38)). Sinds 2008 is er een alcoholpoli, waar comadrinkende jongeren die opgenomen worden, terechtkomen voor behandeling, maar ook worden benaderd voor verdere begeleiding. Zo kunnen ze bij een andere instantie terechtkomen om eventuele herhaling te voorkomen of om te worden behandeld voor verslaving. Tussen 2008 en 2013 zijn op deze alcoholpoli gemiddeld 43 kinderen per jaar opgenomen, met een gemiddelde leeftijd van 16 jaar. Opvallend is dat bijna 30% van de opgenomen jeugdigen jonger was dan de toenmalige leeftijds-grens van 16 jaar (39).

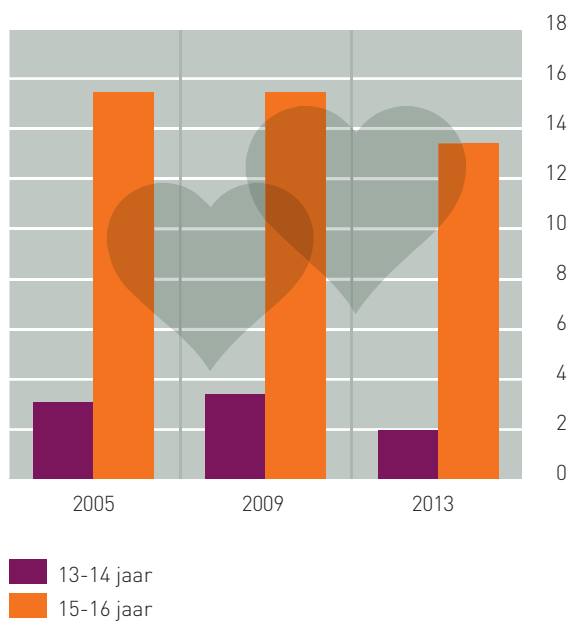
<sup>1</sup> Minimaal 1 uur per dag matig intensief bewegen en 2 keer per week zeer intensief sporten.

**Figuur 2.7** Trends voor afspraken tussen ouders en kinderen over alcoholgebruik (in %)



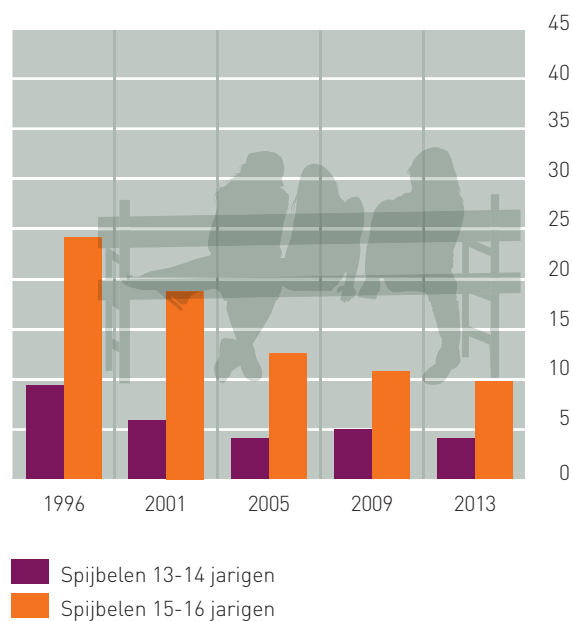
Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 en 2009; Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012 en 2008/2009

**Figuur 2.8** Trends voor onveilig vrijen berekend voor de totale populatie jongeren (in %)



Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013

**Figuur 2.9** Trends voor spijbelende jongeren in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013

Uit *interviews* met alcoholverstrekkers, ouders en gemeenten blijkt dat alle partijen ouders primair verantwoordelijk houden voor alcoholgebruik onder de 18 jaar. Ouders stellen regels op voor het drinken van alcohol. Toch blijkt uit figuur 2.7 dat er een groot verschil is tussen wat jongeren denken dat ze van hun ouders mogen en wat volwassenen met thuiswonende kinderen aangeven dat ze toestaan. Verder blijkt uit de Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 (7) dat jongeren die binge drinken drie keer zo vaak spijbelen dan jongeren die niet (binge) drinken. Dit geldt voor zowel de 13-14 jarigen als de 15-16 jarigen.

### Aantal jeugdige rokers neemt af

Van de Zuid-Limburgse 13-14 jarigen heeft 14% wel eens gerookt en ongeveer 5% (9% VMBO; 2% HAVO/VWO) rookt nu nog steeds. Bij 15-16 jarigen is dit respectievelijk bijna 38% en 17% (25% VMBO; 10% HAVO/VWO). In beide leeftijdsgroepen blijkt dat de meeste jongeren hun eerste sigaret hebben gerookt op straat, in een park of op een hangplek (7). In figuur 2.4 en 2.5 is te zien dat het aantal jeugdige rokers flink is gedaald sinds 2005.

### Drugsgebruik blijft gelijk

Ook drugsgebruik hoort soms bij het experimenteergedrag van de jeugd. Van de 13-14 jarigen in Zuid-Limburg heeft 1,3% de afgelopen vier weken softdrugs gebruikt en 0,2% harddrugs. Bij 15-16 jarigen is dit respectievelijk 10,1% en 2,0% (7). Als gekeken wordt naar de trend in de tijd valt op dat het drugsgebruik bij 13-14 jarigen licht daalt en voor de 15-16 jarigen licht stijgt (figuur 2.4 en 2.5).

### Veel seksueel riskant gedrag

Jonge starters op het gebied van seksualiteit lopen een groter risico op *seksuele ongezondheid*. Hun gedrag is vaker grensoverschrijdend en risicovol. Ze weten relatief weinig van seksualiteit, anticonceptie en seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). Ook vinden ze het vaak moeilijk om hun grenzen aan te geven, zeker onder invloed van genotmiddelen. Een groot deel (65%) van de jongeren (12-24 jaar) heeft ervaring met seks onder invloed van alcohol. Veilig vrijen blijkt moeilijker in die situatie. Veel jongeren hebben reeds ervaring met aanranding (35% van de meisjes en 18% van de jongens) en verkrachting (15% van de meisjes en 3% van de jongens). Meisjes die jong seksueel actief worden, zijn daar vaker toe overgehaald of gedwongen en beschermen zichzelf minder goed tegen een onbedoelde zwangerschap en/of soa. Van de meisjes gebruikt 20% niet altijd een condoom of een ander anticonceptiemiddel. Bovendien heeft 10% van hen wel eens de morning-after pil geslikt (40). Van de Zuid-Limburgse 13-14 jarigen is 5% (8% VMBO; 2% HAVO/VWO) seksueel actief en op 15-16 jarige leeftijd is dit gestegen naar 27% (38% VMBO; 17% HAVO/

VWO). De gemiddelde leeftijd waarop deze jongeren in Zuid-Limburg voor het eerst geslachtsgemeenschap hebben, is 16,1 jaar (7). In Nederland is dit 16,6 jaar. Op 17-jarige leeftijd is de groep die seksueel actief is ruim verdubbeld (56%) (40).

Jongeren (14-15 jarigen) met een laag opleidingsniveau (25%) zijn seksueel actiever dan hoger opgeleiden (10%) en hebben meer sekspartners. Zuid-Limburgse jongeren gebruiken minder vaak een condoom dan jongeren elders in het land (Seks onder je 25e). In 2013 had 16% van de door de GGD geteste jongeren een soa. In de meeste gevallen ging het om chlamydia.

Van de Zuid-Limburgse jongeren gebruikt 58% (62% VMBO; 44% HAVO/VWO) van de seksueel actieve 13-14 jarigen altijd een condoom, bij de 15-16 jarigen ligt dit rond de 50% (51% VMBO; 53% HAVO/VWO) (7). De trend in onveilig vrijen (geen condoom gebruik) is sinds 8 jaar voor het eerst dalende. Tussen 2005 en 2009 vreën 3% van de jongeren in het tweede leerjaar onveilig en 15% van de leerlingen in het vierde leerjaar. In 2013 is het percentage jongeren dat onveilig vrijt 2% in het tweede leerjaar en 13% in het vierde leerjaar.

### Zicht op psychosociaal welbevinden

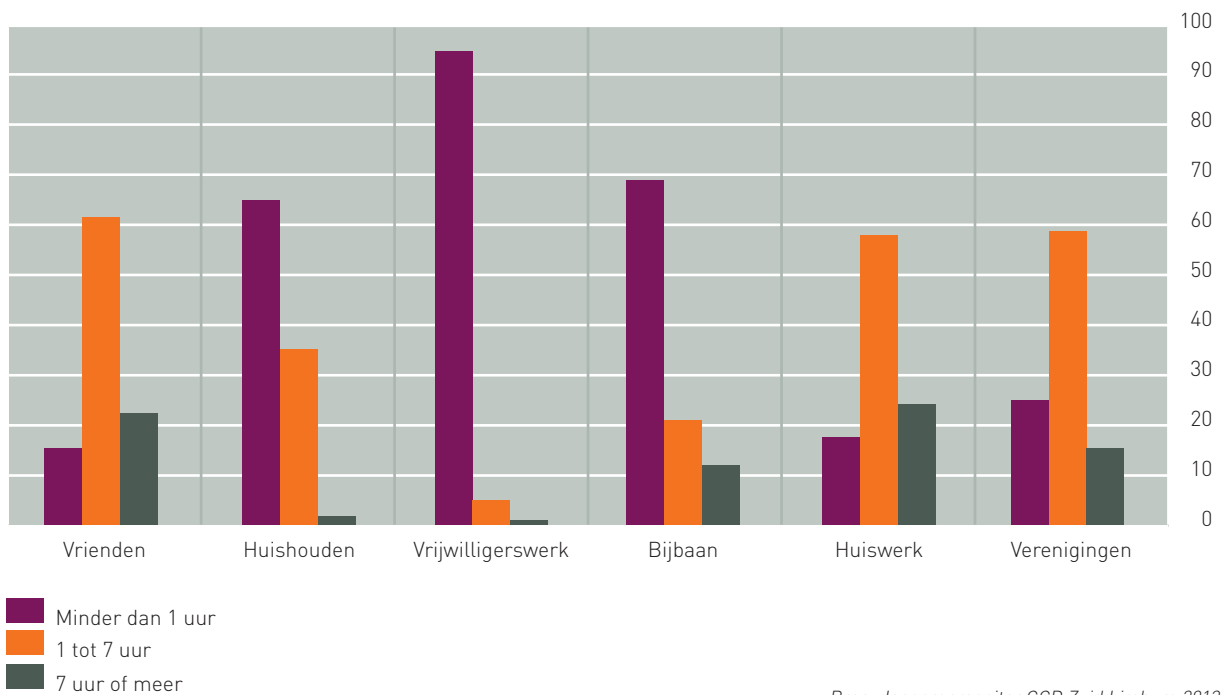
De periode van 12 tot 17 jaar is een levensfase waarin veel veranderingen plaatsvinden, zowel lichamelijk, psychosociaal als emotioneel. Om het welzijn van jongeren te monitoren gebruikt de Jeugdgezondheidszorg het SDQ screeningsinstrument (*zie paragraaf Levensfase basisschool leerling 4-12 jaar*). Volgens deze methode gaat het met meer dan 80% van de jongeren (13-16 jaar) in Zuid-Limburg goed. Van alle jongeren geeft ca. 16% aan psychosociale problemen te hebben. Jongeren die het VMBO volgen geven iets vaker aan problemen te hebben in vergelijking met de jongeren die HAVO/VWO volgen (20% vs. 11%) (7).

### Pesten en veiligheid op school

Over het algemeen vinden jongeren het leuk op school. Een kleine groep (9%) geeft aan het niet leuk of zelfs vreselijk te vinden op school. Niet graag naar school gaan kan verschillende oorzaken hebben, één daarvan is pesten. 10% van de jongeren in de leeftijd van 13-16 jaar geeft aan weleens gepest te zijn op school de afgelopen drie maanden. Daarnaast geeft 10% van de jongeren aan zelf op school gepest te hebben de afgelopen drie maanden. Wekelijks pesten wordt gemeld door 2,3 % van leerlingen uit leerjaar 4. Leerlingen van leerjaar 2 melden iets vaker gepest te worden, 4,3%. Vergeleken met voorgaande jaren, is het percentage leerlingen dat wekelijks gepest wordt gedaald. Voortgezet onderwijs scholen in Zuid-Limburg worden door scholieren over het algemeen ervaren als een veilige omgeving, slechts 4% geeft aan zich wel eens onveilig te voelen op school (7).



**Figuur 2.10** Vrijtijdsbesteding van jongeren (13-16 jaar) in Zuid-Limburg (in %)



### Schoolverzuim blijft aandachtspunt

Voor kinderen van 5 tot en met 16 jaar geldt volledige leerplicht. Wanneer een leerplichtige zonder geldige reden afwezig is, is er sprake van ongeoorloofd verzuim. Verzuim is vaak een gevolg van gezondheidsklachten of problemen in de sociale omgeving. In Zuid-Limburg neemt sinds 1996 het spijbelgedrag af. In 2013 (7) geeft 8% van de 13-16 jarigen aan in de afgelopen vier weken gespijbel te hebben (figuur 2.9). Regelmatig verzuim kan een voorbode zijn van voortijdig schoolverlaten.

### Vrijtijdsbesteding van jongeren

Het grootste deel van een doordeweekse dag van jongeren wordt in beslag genomen door school en leren. Om meer

zicht te krijgen op wat jongeren in hun vrije tijd doen werd in de Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 (7) de vraag gesteld waaraan zij de meeste vrije tijd besteden (figuur 2.10). De Zuid-Limburgse jongeren zitten gemiddeld genomen iets meer dan 3 uur per dag op internet. Het vaakst wordt gebruik gemaakt van YouTube, Whatsapp en social media. Uit de Jongerenmonitor GGD Zuid Limburg 2013 blijkt dat het gebruik van internet bij 9% van de 13-16 jarigen gezien kan worden als compulsief internetgebruik, ook wel internetverslaving genoemd. Hierbij gaan de jongeren zo op in het gebruik van bepaalde internettoepassingen, dat hun gedrag de dwangmatige en obsessieve kenmerken van een verslaving begint te vertonen (41).



## Levensfase jong volwassenen (17-24 jaar)

De thema's die voor de levensfase jong volwassenen een rol spelen zijn opleiding, werk, vrijetijdsbesteding, leefstijl en de psychosociale gezondheid.

### Afname voortijdige schoolverlaters

Tijdens deze levensfase gaan jong volwassenen op eigen benen staan. Met alle bagage van voorgaande jaren wordt nu het eigen leefpatroon gevormd.

Uit de Voortijdige Schoolverlaters Verkenner (42) blijkt dat ca. 860 jong volwassenen (ca. 2%) in Zuid-Limburg zonder een diploma de opleiding verlaat. Voortijdig schoolverlaten kwam in de regio Zuid-Limburg de afgelopen jaren aanzienlijk vaker voor dan gemiddeld in Nederland. Deze achterstand is bijna volledig ingelopen: in het schooljaar 2010/11 was 3% schoolverlater in Nederland, in Zuid-Limburg was dit 4%. In het schooljaar 2012/13 is dit gedaald naar 2%, zowel in Nederland als in Zuid-Limburg.

Uit de Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012 (7) blijkt dat 59% van de 17-24 jarigen aangeeft student te zijn, 58% heeft een baan van meer dan 12 uur per week (eventueel naast studie). Daarnaast is 5% werkloos. De jong volwassenen worden steeds actiever binnen de arbeidsmarkt als betaalde kracht, maar ook als vrijwilliger. Van de 17-24 jarigen is 19% werkzaam als vrijwilliger. De reden om geen vrijwilligerswerk te doen, is meestal er geen tijd voor vrij kunnen maken of de tijd liever aan andere zaken willen besteden (7). Betrokkenheid bij de maatschappij is van groot belang voor de toekomst. Om invulling te kunnen geven aan de participatiemaatschappij is het helpen van de medemens een cruciaal onderdeel. Het is belangrijk jongeren hier al op een zo vroeg mogelijke leeftijd kennis mee te laten maken. Meedoen wordt gezien als de belangrijkste beschermende factor tegen sociale uitsluiting en isolement.

### Kwart jong volwassenen heeft overgewicht

In Zuid-Limburg heeft 25% van de 19-24 jarigen overgewicht ten opzichte van gemiddeld 22% in heel Nederland. Van de jong volwassenen in Zuid-Limburg voldoet 51% aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (30 minuten matig intensief bewegen per dag), landelijk is dit 60% (24).

Van de 17-24 jarigen geeft 74% aan iedere dag te ontbijten, 36% en 25% voldoet respectievelijk aan de groente- en fruitnorm (7).

### Continuering gebruik genotmiddelen

In de leeftijdsfase 17-24 jaar wordt steeds meer vorm gegeven aan een eigen leefpatroon. Gedrag dat nu gevormd wordt, is vaak gedrag voor een langere periode.

In Zuid-Limburg rookt 30% van de 19-24 jarigen, hetgeen precies overeenkomt met het gemiddelde in Nederland.



### Oscar is 17 jaar oud

Door problemen in zijn thuissituatie is hij vroegtijdig gestopt met zijn VMBO opleiding. Oscar wordt begeleid om een MBO diploma te behalen, maar zal als hij 18 is nog geen startkwalificatie hebben behaald. Dat maakt het lastiger om binnen de huidige maatschappij op eigen benen te kunnen staan. De toekomst zal moeten uitwijzen of het Oscar gaat lukken om een goede plek te vinden in de maatschappij.

### De toekomst van Oscar

Zolang Oscar nog geen startkwalificatie heeft, is hij verplicht onderwijs te volgen. Zodra hij 18 is verandert dit. Als hij geen werk vindt wordt hij keer op keer teruggestuurd naar school, zo verbetert zijn kans op een startkwalificatie en een zelfstandige toekomst als volwassene. De problemen in zijn thuissituatie en het effect ervan op zijn schoolkansen hadden onderkend moeten worden door zijn omgeving. Ouders, school, de leerplichtambtenaar en de Jeugdgezondheidszorg hebben hierin een rol. Vroegtijdige signalering en samenwerking kunnen vroegtijdig schoolverzuim voorkomen.

Van alle 19-24 jarigen is 3% een zware roker, hetgeen betekent dat per dag 20 sigaretten of meer worden gerookt. Daarnaast geeft 61% aan nog nooit gerookt te hebben (7, 24).

Van de jong volwassenen in Zuid-Limburg drinkt 88% alcohol, landelijke is dit 87%. Daarnaast is 21% een zware drinker, waarbij minstens 1x per week 4 (vrouwen) tot 6 glazen (mannen) per dag worden gedronken (7, 24). In Nederland heeft 31% van de 15-24 jarigen ooit cannabis gebruikt; 8% gebruikt het maandelijks. Harddrugs wordt gebruikt door 8% van de jongeren (*NPO*). Doordat het reactievermogen en het korte termijn geheugen worden verminderd ten gevolge van cannabisgebruik, worden school-of werkprestaties en verkeersgedrag negatief beïnvloed. Jeugdigen die cannabis gebruiken, hebben vaker schoolproblemen zoals spijbelen en lage prestaties dan leeftijdsgenoten die niet blowen(43).

### **Steeds meer gebruik social media**

*Social mediagebruik* is deze leeftijdsgroep niet vreemd. Internet is een niet weg te denken onderdeel van het dagelijks leven van de jeugd. Alles wordt digitaal gedeeld, van afspraken tot frustraties en alle activiteiten van de dag. De smartphone is de hele dag binnen handbereik. Steeds meer jongeren zijn afhankelijk geworden van hun social media en vertonen ontwenningverschijnselen wanneer ze om bepaalde redenen tijdelijk niet online kunnen zijn. Van de jongeren tussen 12-24 jaar gaat 86% regelmatig mobiel online. Gemiddeld besteden jongeren in Nederland 16 uur per week aan internetgebruik. Een stijgende trend (2010: 12 uur per week en 2011: 14 uur per week) (44). Op dit moment zijn geen cijfers voor de jong volwassenen in Zuid-Limburg beschikbaar.

### **Een derde ervaart eenzaamheid**

In tegenstelling tot jongere leeftijdsgroepen wordt psychisch welbevinden voor de doelgroep 17-24 jarigen binnen de Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012 geschat op basis van vragen over angst, depressie en eenzaamheid. Ongeveer 40% van de jong volwassenen loopt risico op matige tot ernstige angst- en/of depressieklachten. Hoog risico op angst/depressie bij 17-24 jaar is 5%. Bijna éénderde (31%) van de jong volwassenen ervaart enige mate van eenzaamheid. Ernstig tot zeer ernstig eenzaam bij 17-24-jarigen is 6%.

## Aanknopingspunten voor beleid

Het merendeel van de jeugd krijgt de juiste bagage mee om op een gezonde manier deel te kunnen nemen aan het leven in de toekomst. Voor een beperkt deel geldt dit niet. Om voor iedereen een optimale start in de maatschappij te kunnen waarborgen is aandacht nodig voor een aantal aspecten. In de eerste plaats voor een goede psychosociale ontwikkeling van kinderen. Want dit levert een bijdrage aan het kunnen uitgroeien tot zelfverantwoordelijke burgers die in staat zijn om te participeren en goede keuzes te maken. Daarnaast speelt het gezondheidsprobleem overgewicht al vanaf jonge leeftijd een rol. Vanaf de eerste levensfase tot aan de jong volwassenheid wordt de groep kinderen en jongeren die kampt met overgewicht alsmaar groter. Een goed beeld van de jeugd, het tijdig signaleren van beginnende gezondheidsproblemen en het bieden van adequate hulp zijn daarom erg belangrijk.

### Tijdig signaleren van beginnende problemen

De groep kinderen en jongeren kan ingedeeld worden in de vorm van een piramide. In de top bevindt zich de groep waarmee 'het niet goed gaat' en die zorg nodig heeft. De onderste laag is de groep kinderen waarmee 'het goed gaat'. De tussenlaag echter is de groep waarvan de verwachting is dat zorg in de toekomst nodig kan zijn. Bijvoorbeeld kinderen die veel gepest worden op school of beginnend overgewicht hebben. Door tijdig signalen op te pikken kan het kind geholpen worden en wordt voorkomen dat de situatie erger wordt.

### Adequate samenwerking in de wijk

Problemen bij het opvoeden en opgroeien houden verband met de context waarbinnen kinderen zich bevinden, het gezin, de school en de woonomgeving. Omdat veel problemen met elkaar samenhangen kunnen organisaties deze niet los van elkaar oppakken. Samenwerking tussen de partijen is daarmee essentieel. De meest geëigende schaal voor deze samenwerking is de buurt, dichtbij waar kinderen wonen en naar school gaan. De ingezette werkwijzen zoals 'één gezin één plan' en het gebiedsgericht werken (Westelijke Mijnstreek) vanuit de Centra voor jeugd en Gezin bieden goede mogelijkheden.

### Data verbinden biedt kansen voor preventie

Kinderen (en de ouders) met problemen zijn vaak bij allerlei organisaties bekend. Het onderwijs, de zorg, maatschappelijk werk, iedereen verzamelt gegevens over deze groep.

Bundeling van deze data geeft inzicht in de zorgbehoeften. Deze informatie is nodig om preventief jeugdbeleid te kunnen ontwikkelen juist voor de 'tussenlaag' om te voorkomen dat zorg noodzakelijk wordt.





GGD ZUID  
LIMBURG



# Meedoen is gezond!

Participatie stimuleert de gezondheid en is noodzakelijk voor de maatschappij

# 3

Tussen participatie en gezondheid bestaat een wederkerig verband. Gezondheidsproblemen kunnen bijvoorbeeld belemmerend zijn voor participatie. En omgekeerd kan participatie een positief of negatief effect op iemands gezondheid hebben. De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg zullen leiden tot een toename van de vraag naar informele zorg en vrijwilligerswerk. Om toekomstige knelpunten in het participatiedomein het hoofd te kunnen bieden is

het van belang groepen die weinig participeren te betrekken bij de buurt, het vrijwilligerswerk en de informele zorg. Het is cruciaal om mensen die zich sociaal uitgesloten voelen of geen werk hebben te motiveren en aan te spreken op hun talenten. Ondersteuning en facilitering voor verschillende groepen om te kunnen participeren is gewenst zodat mensen een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan hun omgeving.

## Inleiding

Participatie is betekenisvol voor mensen. Voor veel mensen betekent participatie in de eerste plaats dat ze kunnen meedoen. Mensen willen energie hebben om het leven aan te kunnen. Wanneer dat lukt, dan kunnen zij zich zelfs met een ziekte gezond voelen en meedoen. In die zin staat participatie dan ook voor allerlei positieve aspecten, zoals zelfontplooiing, betrokkenheid en sociaal contact (45).

In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte-Asscher staat dat iedereen naar vermogen zal moeten bijdragen om de rekening van de crisis te betalen (46). Hoewel onderzoek laat zien dat voor veel mensen participatie van persoonlijk belang is (45), gaat het de overheid vooral om participatie die van maatschappelijk en economisch nut is: "Het is lang niet altijd zo dat mensen die ziek zijn, ook zorgbehoevend zijn. Mensen kunnen veel meer zelf dan nu vaak gedacht wordt. Participatie, meedoen in de samenleving, moet een meer prominente plaats hebben in ons beleid en in de praktijk" (47). Hiermee is maatschappelijke participatie een nieuw en prominent doel geworden van gezondheidsbeleid (48), niet alleen vanuit de zorg, maar ook vanuit preventie-oogpunt.

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op verschillende vormen van maatschappelijke participatie en de samenhang met gezondheid. Hierbij gaat het vooral om activiteiten die een maatschappelijke meerwaarde hebben, zoals vrijwilligerswerk en arbeid (49). Het aspect mantelzorg,

een andere belangrijke vorm van maatschappelijk participatie, wordt ook in *hoofdstuk 5* besproken. Tevens wordt de wisselwerking tussen armoede en participatie belicht, evenals de relatie tussen armoede en gezondheid. Tot slot is aandacht voor sociale uitsluiting. Sociale uitsluiting kan een gevolg zijn van armoede, tevens is een gebrek aan participatie ook een vorm van sociale uitsluiting.

## Vrijwilligerswerk in Zuid-Limburg

Met de Wmo streeft de overheid naar een situatie waarin mensen in eerste instantie zelf en met hun sociale omgeving een oplossing proberen te vinden voor hun behoefte aan zorg en ondersteuning. Mantelzorgers en vrijwilligers zijn hierbij onmisbaar (50). Om in dit kader maatwerk te kunnen leveren, biedt het verbinden van de Wmo en de Participatiewet nieuwe kansen om bijvoorbeeld vrijwilligerswerk in de zorg te stimuleren, (zie tekstkader 3.1).

### Lichte toename van vrijwilligerswerk

Vrijwilligers vormen het sociale cement in onze samenleving. Onder vrijwilligerswerk wordt verstaan 'werk dat in enig georganiseerd verband onverplicht en onbetaald wordt verricht ten behoeve van anderen of de samenleving (51). Bij het doen van vrijwilligerswerk spelen meerdere motieven een rol, zoals het opdoen van nieuwe vaardigheden, sociale contacten en je ergens bij betrokken voelen (49). In de Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg van 2012 (7), wordt onder vrijwilligerswerk

### Tekstkader 3.1 Wmo en Participatiewet

#### Wmo

De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) regelt dat mensen met een beperking ondersteuning kunnen krijgen. Vanaf 2015 gaan gemeenten taken uitvoeren die nu nog onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) vallen. Met deze nieuwe wet krijgen gemeenten meer verantwoordelijkheden voor het organiseren van passende ondersteuning aan huis voor mensen die niet op eigen kracht kunnen deelnemen aan de samenleving. Het doel van de wet is het mogelijk maken voor mensen om langer thuis te kunnen blijven wonen en te participeren. Daarmee wordt het beroep op zorg uit de eigen omgeving groter. De Wmo 2015 richt zich op de maatschappelijke ondersteuning van mensen.

#### Participatiewet

Per 1 januari 2015 wordt, naar verwachting, de Participatiewet van kracht. Met de Participatiewet wil het kabinet bereiken dat zoveel mogelijk mensen meedoen (participeren) in de samenleving. De Participatiewet voegt de Wet werk en bijstand, de Wet sociale werkvoorziening en een deel van de Wajong samen. Er is straks dus één regeling voor iedereen die in staat is om te werken. Voor mensen die helemaal niet kunnen werken, blijft er een sociaal vangnet in de vorm van een bijstandsuitkering. De Participatiewet moet wel voorkomen dat mensen in dit vangnet blijven.



**Tabel 3.2** Redenen om geen vrijwilligerswerk te doen in Zuid-Limburg (in %)

Reden om geen vrijwilligerswerk te doen	19-64 jaar	65+
De mogelijkheid heeft zich nog niet voorgedaan	8	5
Onbekendheid met waar ik dan precies aan begin	2	1
Ik kan er geen tijd voor vrijmaken	31	7
Ik besteed mijn tijd liever aan andere zaken	13	6
Ik wil me niet vastleggen	9	23
Ik heb als vrijwilliger niets te bieden	1	4
Anders	12	26
Nvt, ik doe al vrijwilligerswerk	25	28

Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Tabel 3.1** Vrijwilligerswerk in Zuid-Limburg (in %)

Leeftijdscategorie (in jaren)	Vrijwilligerswerk
17-24	19
25-39	20
40-54	23
55-64	25
65-74	29
75-84	19
85+	13

Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd. In Zuid-Limburg verricht gemiddeld 23% van de volwassenen (19-64 jaar) vrijwilligerswerk. Onder ouderen (65+) is dit 24%. Het aandeel volwassenen dat vrijwilligerswerk doet neemt toe met de leeftijd. De 65-74 jarigen doen het vaakst vrijwilligerswerk. Vanaf 75-plus neemt het vrijwilligerswerk weer af (zie tabel 3.1).

Het percentage volwassenen dat vrijwilligerswerk doet in Zuid-Limburg is nagenoeg gelijk gebleven de afgelopen jaren (23% in 2012 vs 22% in 2009). Bij ouderen is de inzet voor vrijwilligerswerk wel significant toegenomen (24% in 2012 vs 18% in 2008).

De kans dat iemand vrijwilligerswerk doet is groter als iemand: betaald werk heeft, vrijwilligerswerk uit de jeugd kent (ouders vrijwilliger, als kind vrijwilliger), lid is van veel organisaties, alleenstaand is, gelovig is, in de publieke sector werkt (52).

In de Gezondheidsmonitor 2012 in Zuid-Limburg (7) is gevraagd naar de redenen om geen vrijwilligerswerk te doen. Onder volwassenen speelt vooral het aspect 'geen tijd' en bij ouderen het aspect 'zich niet willen vastleggen' (zie tabel 3.2).

### Arbeidsparticipatie

In tekstkader 3.2 wordt beschreven wat verstaan wordt onder de termen beroepsbevolking en in het verlengde daarvan het begrip arbeidsparticipatie.

In 2013 (3e kwartaal) was de netto arbeidsparticipatie van de 15-65 jarigen in Nederland 67%.

#### Tekstkader 3.2 Definities beroepsbevolking en arbeidsparticipatie (CBS)

**Beroepsbevolking (nationaal):** alle personen die tenminste twaalf uur per week werken, of werk hebben aanvaard waardoor ze tenminste twaalf uur per week gaan werken, of verklaren tenminste twaalf uur per week te willen werken, daarvoor beschikbaar zijn en activiteiten ontplooiën om werk voor tenminste 12 uur te vinden. Voor de Nederlandse situatie worden meestal gegevens gepresenteerd over de beroepsbevolking van 15 tot 65 jaar.

#### Netto-arbeidsparticipatie

Het aandeel van de werkzame beroepsbevolking in de potentiële beroepsbevolking is de netto-arbeidsparticipatie. Er wordt hiermee uitgedrukt hoeveel procent van de potentiële beroepsbevolking een baan heeft van meer dan twaalf uur in de week.

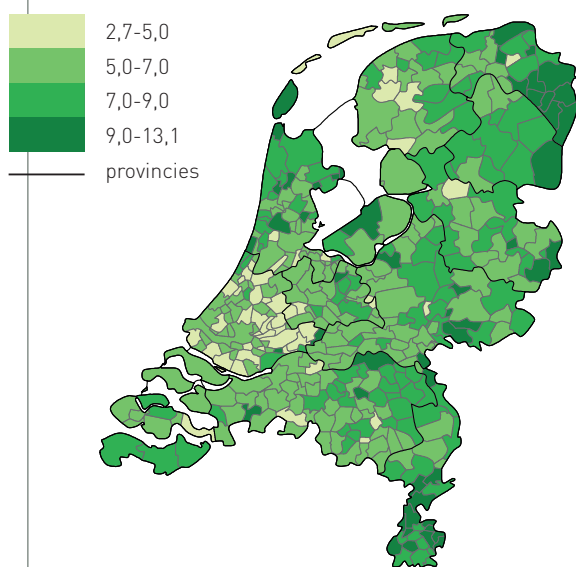
De arbeidsparticipatie in Zuid-Limburg was in 2012 met 62% lager dan het landelijk gemiddelde van 67% [24]. De hoogste arbeidsparticipatie wordt gevonden in de groep 25-35 jarigen. Vanaf 55 jaar neemt de arbeidsparticipatie sterk af (zie tabel 3.3). Landelijk is de arbeidsparticipatie binnen de groep 55-64 jarigen het afgelopen decennium flink toegenomen [49]. Het percentage arbeidsparticipatie van Limburgse vrouwen (15-65 jaar) is met 58% beduidend lager dan van de Zuid-Limburgse mannen (67%).

**Tabel 3.3** Netto arbeidsparticipatie naar leeftijd in Zuid-Limburg en Nederland (in %)

Leeftijd	Netto-arbeidsparticipatie	
	Zuid-Limburg	Nederland
15-25	34	37
25-35	79	82
35-45	76	81
45-55	76	79
55-65	48	53
<b>Totaal</b>	<b>62</b>	<b>67</b>

Bron: CBS, Beroepsbevolking 2012

**Figuur 3.1** Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen 2012, bevolking van 15 tot 65 jaar, per gemeente (in %)



Bron: UWV ICT-DWH; gegevens bewerkt door RIVM

In 2013 (3e kwartaal) was zowel in Nederland als in Limburg het werkloosheidspercentage onder de beroepsbevolking 8,5%. In Nederland is vanaf juli 2011 de werkloosheid vrijwel elke maand gestegen, gemiddeld nam deze in de afgelopen 2 jaar met 12.000 per maand toe. Bijna de helft kwam voor rekening van mannen van 25-64 jaar [53].

### Arbeidsongeschiktheid in Zuid-Limburg

Van arbeidsongeschiktheid is sprake als iemand als gevolg van ziekte of gebreken niet meer in staat is om met passende arbeid hetzelfde te verdienen als gezonde personen met een soortgelijke opleiding en ervaring gewoonlijk verdienen. Arbeidsongeschiktheid kan worden beschouwd als een indicator voor de gezondheidstoestand van een populatie. In figuur 3.1 wordt een beeld gegeven van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in Nederland. De sterke regionale clustering geeft aan dat naast gezondheid ook de situatie op de (regionale) arbeidsmarkt van invloed is op het percentage arbeidsongeschikten [54].

In 2010 kreeg 7,2% van de Nederlandse bevolking (potentiële beroepsbevolking van 15-64 jaar) een arbeidsongeschiktheidsuitkering. In Zuid-Limburg was dit percentage 10,6%. Veel gemeenten in Zuid-Limburg hebben een hoger percentage arbeidsongeschikten dan het landelijke gemiddelde [54].

Een psychische aandoening is de meest gestelde diagnose bij mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Een derde deel van de 25-65 jarigen die instromen in de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (Wwia)- of Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (Wao), heeft een psychische stoornis. Het gaat dan vooral om aandoeningen zoals overspannenheid, burn-out en depressie. Eén op de vijf heeft een aandoening aan het bewegingsapparaat. Andere voorkomende diagnoses bij arbeidsongeschiktheid zijn hart- en vaatziekten en kanker [49].

Om arbeidsparticipatie te bevorderen worden verschillende initiatieven ondernomen. Een daarvan is bijvoorbeeld het Participatiehuis, waar mensen voor wie werken in loondienst nog geen reële optie is worden begeleid (zie tekstkader 3.3).

### De verbinding tussen gezondheid en participatie

Tussen participatie en gezondheid bestaat een wederkerig verband. Gezondheid kan de participatie beïnvloeden en andersom.

### Tekstkader 3.3 Het Participatiehuis

Het Participatiehuis is opgericht vanuit de maatschappelijke en politieke visie: Iedereen doet mee. Het Participatiehuis is een inspirerend project van de gemeente Sittard-Geleen in samenwerking met de gemeenten Beek, Stein en Schinnen. Het Participatiehuis is er voor alle burgers voor wie in directe loondienst gaan werken (nog) geen reële optie is. Vooral de mensen die te maken hebben met combinaties van problemen krijgen op meerdere gebieden intensieve begeleiding (wonen, inkomen, sociale vaardigheden, psychosociale problematiek). De gemeente werkt samen met diverse partners op het gebied van welzijn, zorg, wonen en re-integratie waarbij de regierol ligt bij de gemeente. De medewerkers van het Participatiehuis zorgen er samen met de cliënten voor dat zij zich zo snel mogelijk weer beter kunnen redden in de samenleving en klaar zijn om mee te doen aan de maatschappij.

#### Gezondheid van belang voor participatie

Vaak worden gezondheidsproblemen geassocieerd met een verminderde participatie (55). Tabel 3.4 laat zien dat gezondheid in Zuid-Limburg sterk samenhangt met het al dan niet verrichten van betaalde arbeid. Van de volwassenen (19-64 jaar) met een goede gezondheid heeft 79% een betaalde baan, tegenover 49% van de volwassenen met minder goede ervaren gezondheid. Ook eenzaamheid lijkt samen te hangen met het hebben van een betaalde baan. Van de volwassenen die aangeven niet eenzaam te zijn heeft 81% betaald werk.

Volwassenen met een matige of (zeer)ernstige vorm van eenzaamheid participeren minder in arbeid. Het doen van vrijwilligerswerk lijkt ook gerelateerd te zijn aan gezondheid, echter in veel mindere mate. Opvallend is dat het beeld bij mantelzorgers juist omgekeerd is. Volwassenen met een minder goed ervaren gezondheid, een minder goede mentale gezondheid, met een of meer chronische aandoeningen en/of functiebeperkingen geven juist vaker mantelzorg. Bovendien geven mensen die (zeer) ernstig eenzaam zijn vaker mantelzorg.

**Tabel 3.4** Gezondheidsaspecten in relatie tot arbeid, vrijwilligerswerk en mantelzorg in Zuid-Limburg (in %)

Gezondheidsaspecten	Betaalde werkkring		Vrijwilligerswerk		Mantelzorg	
	19-64 jaar	65+	19-64 jaar	65+	19-64 jaar	65+
<b>Ervaren gezondheid</b>						
Zeer goed-goed	79	6	23	30	12	12
Gaat wel- slecht-zeer slecht	49	2	20	18	15	11
<b>Mentale gezondheid (risico op angststoornis of depressie)</b>						
Laag	79	6	24	28	11	11
Matig	65	3	21	21	14	13
Hoog	39	1	18	9	14	13
<b>Chronische aandoening</b>						
Geen	80	7	22	33	9	12
Minimaal 1 chronische aandoening	66	4	23	23	15	12
<b>Functie beperkingen</b>						
Nee	76	6	23	29	12	12
Ja, moeite met horen, zien of mobiliteit	38	2	17	15	16	11
<b>Eenzaamheid</b>						
Niet	81	6	30	36	12	13
Matig	71	5	24	28	12	13
(Zeer) ernstig	56	4	21	19	14	17

Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Tabel 3.5** Gezondheidsaspecten in relatie tot arbeidsparticipatie onder volwassenen (19-64 jaar) in Zuid-Limburg (in %)

Participatievorm	Gezondheidsaspecten				
	Ervaren gezondheid zeer goed/goed	Mentale gezondheid Goed (laag of geen risico)	Chronisch ziek	Beperkingen (moeite met één of meer OECD items)	Eenzaamheid (zeer) ernstig
Mensen met betaald werk	84	66	56	6	6
Mensen zonder betaald werk	58	43	72	26	17

Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

### Gezondheidsproblemen en arbeidsparticipatie

Gezondheidsproblemen kunnen belemmerend zijn voor arbeidsparticipatie. Een verminderde arbeidsparticipatie kan zich uiten in kort- of langdurend verzuim, arbeidsongeschiktheid en werkloosheid. Als gevolg van de vergrijzing is de verwachting dat in de toekomst een tekort aan arbeidskrachten zal ontstaan en dat ook de participatie van mensen met gezondheidsproblemen hard nodig is (49).

Het blijkt dat Zuid-Limburgers die betaalde arbeid verrichten een betere gezondheid ervaren dan mensen die geen baan hebben, zie tabel 3.5. Tevens rapporteren zij minder vaak chronische aandoeningen en beperkingen. Gezondheid heeft dus invloed op arbeidsparticipatie, maar dit betekent niet dat mensen die participeren altijd gezond zijn. Van de mensen met een betaalde baan rapporteert 56% een chronische aandoeningen, 6% heeft beperkingen bij het uitvoeren van activiteiten. Verder blijkt dat mensen met betaalde arbeid zich minder vaak ernstig eenzaam voelen dan niet-werkenden (6% vs 17%).

### Obstakels voor participatie

Bepaalde ziekten beïnvloeden de kans op participatie sterk, het betreft hier ziekten zoals beroerte, kanker, hart- en vaatziekten en psychische stoornissen. Het belemmerend effect van psychische stoornissen als depressie, angststoornissen en cognitieve stoornissen is relatief groot (56). Ook lichamelijke beperkingen als gevolg van ziekte blijken belangrijke obstakels voor participatie. Participeren hangt vooral samen met de aard en ernst van de beperking, de toegankelijkheid van de samenleving en hoe mensen zelf de ziekte of beperking ervaren (57-59). Gezondheid is meer van invloed op participatie in betaald werk dan op participatie in vrijwilligerswerk en mantelzorg, zie tekstkader 3.4.

Om participatie te bevorderen zijn verschillende aangrijpingspunten mogelijk. Enerzijds is het voorkomen van ziekten (preventie) en het verminderen van beperkingen of leren omgaan ermee. Anderzijds kan het bevorderen van de toegankelijkheid van de samenleving een stimulans zijn om meer te gaan participeren. Daarom is het ondersteunen van mensen met een beperking een belangrijke doelstelling van de Wmo (60).

### Participatie van belang voor gezondheid

In de vorige paragraaf werd duidelijk dat gezonde mensen over het algemeen vaker participeren. In deze paragraaf wordt de omgekeerde relatie bekeken, namelijk de mogelijke positieve en negatieve effecten van participatie op de gezondheid.

### Veel positieve effecten van arbeid

Werkenden rapporteren een betere gezondheid dan degenen zonder werk (61). Anderzijds kan arbeid ook

#### Tekstkader 3.4 Vooral beperkingen belemmeren participatie bij ouderen

Uit *onderzoek* van de GGD Zuid Limburg blijkt dat het effect van gezondheid verschilt voor betaald werk, mantelzorg geven en het doen van vrijwilligerswerk. Gezondheid is meer van invloed op de participatie in betaald werk dan op de participatie in vrijwilligerswerk en mantelzorg. Ook valt op dat vooral beperkingen in activiteiten van invloed zijn op participatie, daarbij gaat het ook om belemmeringen die te maken hebben met het zelfstandig gebruik kunnen maken van vervoer.



negatieve effecten hebben op de gezondheid, zowel tijdens het werkzame leven als erna. Vooral schadelijke stoffen, passief roken, hoge werkdruk, zware lasten tillen, lawaai en gepest worden leiden relatief vaak tot gezondheidsklachten, beroepsziekten, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid (49). Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat de positieve gezondheidseffecten van werken groter zijn dan de negatieve gezondheidseffecten van arbeidsparticipatie (62). Arbeidsparticipatie heeft daarnaast tot gevolg dat werkenden over meer inkomen kunnen beschikken. Ook psychologische aspecten zoals sociale rollen, status, toegang tot sociale netwerken en ondersteuning en een gevoel van zingeving zijn positieve aspecten van arbeidsparticipatie.

### Vrijwilligerswerk positieve invloed

Het gaan doen of blijven doen van vrijwilligerswerk hangt samen met een betere gezondheid en het ouder worden. Dit is de conclusie van een longitudinale studie door Bekkers en collega's, waarin mensen zijn gevolgd die startten of stopten met het doen van vrijwilligerswerk (63). De positieve samenhang tussen vrijwilligerswerk en gezondheid kan deels worden verklaard door dat vrijwilligerswerk de persoonlijkheid versterkt (meer regie over eigen leven), het sociale netwerk vergroot en een gevoel van voldoening geeft (49).

### Veel-taakcombineerders

De vergrijzing in Nederland heeft consequenties voor de samenstelling van de arbeidspopulatie, meer niet-werkenden dan werkenden. Dit terwijl er steeds meer behoefte komt aan mantelzorg en thuiszorg voor ouderen. Dit maakt dat mensen meer taken moeten combineren in de toekomst; langer doorwerken, meer mantelzorg geven, tijd blijven vinden voor vrijwilligerswerk en vrijetijdsbestedingen (49). De samenhang tussen de ver-

**Marianne is 46 jaar** en zorgt voor haar dementerende moeder van 82. Zelf heeft ze een baan en opgroeiende kinderen. De zorg voor haar moeder wordt steeds zwaarder omdat ook verzorgenden een beroep doen op Marianne, zij weet immers hoe haar moeder het beste meewerkt aan haar zorg. Dit maakt dat dat het weinige contact dat Marianne nog met haar moeder heeft wordt overstemt door negatieve gevoelens. Marianne gaat het haar moeder steeds meer kwalijk nemen dat ze niet mee werkt terwijl ze ook weet dat dit een onderdeel van haar aandoening is. Marianne maakt geen gebruik van ondersteuning of regelingen via haar werkgever.

schillende participatiedomeinen wordt belangrijker (64). Het is niet onlogisch om te veronderstellen dat een verhoging van het ene type maatschappelijke participatie ten kost gaat van het andere type (zoals uit tabel 3.6 blijkt) (49). Volwassenen die betaald werk verrichten zijn ook actief als vrijwilliger (21%) en geven mantelzorg (12%). Deze percentages zijn iets lager in vergelijking met mensen die geen betaald werk verrichten. Naarmate mensen minder uren werken wordt meer mantelzorg verricht. Het aantal uren betaald werk heeft nauwelijks invloed op deelname aan vrijwilligerswerk.

**Tabel 3.6** Taakcombineerders in Zuid-Limburg (in %)

19-64 jaar		
	Vrijwilligerswerk	Mantelzorg
Betaald werk		
Ja	21	12
Nee	26	14
Betaald werk		
32 uur of meer	21	10
20-32 uur	19	16
12-20 uur	21	18

Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

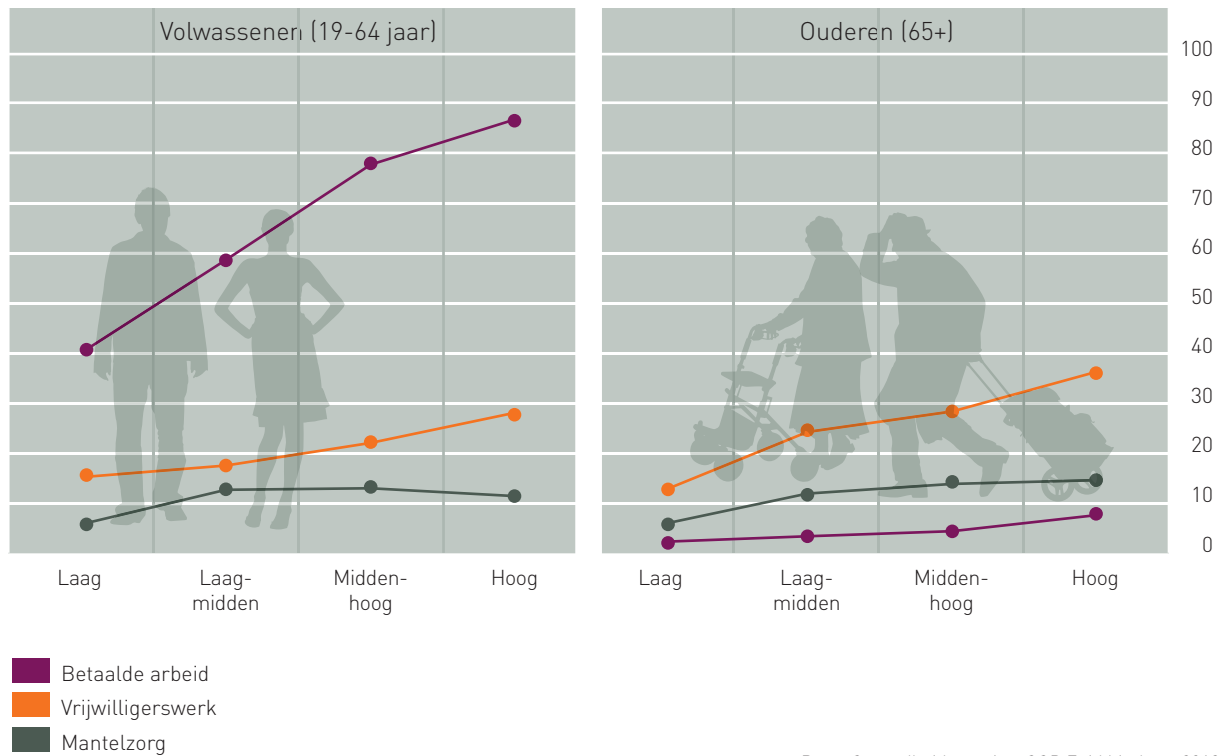
### Participatie en sociaaleconomische status

De sociaaleconomische status (SES) en participatie blijken samen te hangen (65, 66). In dit rapport wordt het SES-niveau gerelateerd aan de hoogte van de opleiding (zie hoofdstuk 1). In Zuid-Limburg valt op dat bij personen met een hoge opleiding de deelname aan betaalde arbeid en vrijwilligerswerk veel hoger is (figuur 3.2 en figuur 3.3). In tegenstelling tot bij volwassenen wordt bij ouderen een duidelijk verband gevonden tussen het geven van mantelzorg en het niveau van opleiding.

### Participatie bevorderen

Participatie aan de samenleving stimuleert de gezondheid van individuen en is noodzakelijk voor de maatschappij. Maar het bevorderen van participatie blijkt enorm complex (67). Zo bestaat wetgeving om arbeidsparticipatie van werknemers met langdurige aandoeningen te bevorderen. Deze wetgeving prikkelt mensen om weer te gaan of te blijven werken en zorgt voor een daling van het aantal arbeidsongeschikten (49). Maar er

**Figuur 3.2 en 3.3** Participatie naar opleidingsniveau volwassenen, 19-64 jaar en ouderen, 65+ (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

zijn ook specifieke interventies om arbeidsparticipatie te bevorderen, zoals interventies bij psychische problemen en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Of interventies om de inzetbaarheid van mensen te verhogen door in te grijpen op determinanten zoals werkbelasting, sociale steun, autonomie, motivatie en flexibele werktijden (49). Ook Zuid-Limburgse gemeenten stimuleren participatie en geven mensen de kans om weer mee te doen (zie tekstkader 3.5). Kwetsbare groepen vormen een belangrijke doelgroep voor het maken van lokaal gezondheidsbeleid als het gaat om het bevorderen van participatie (67).

Factoren die van invloed zijn op de bevordering van het doen van vrijwilligerswerk zijn in te delen in 3 clusters:

- het kunnen  
(mensen moeten over de juiste vaardigheden beschikken)
- het willen  
(mensen zijn gemotiveerd om het te doen) en
- de mogelijkheden ertoe hebben  
(mensen hebben een sociaal netwerk en beschikken over sociaal kapitaal)

Belangrijk in dit verband is 'het vragen van ouderen', 'het aanspreken van onderliggende motieven en talenten', 'het aanpassen van voorzieningen en de flexibiliteit van organisaties'.

Initiatieven die de sociale samenhang in de wijk vergroten bevorderen ook de mogelijkheden tot vrijwilligerswerk.

### Armoede in Zuid-Limburg

Financiële problemen, psychosociale beperkingen en het ontbreken van vaardigheden worden vaak als oorzaken gezien waarom mensen niet of weinig participeren. Op verschillende gebieden van participatie (maatschappelijk, sociaal cultureel, en in persoonlijke netwerken) participeren mensen met lage inkomens minder dan anderen. Armoede leidt er vaak toe dat mensen zich terugtrekken. Zelfs persoonlijke netwerken van mensen in armoede zijn beperkt. Veel mensen weten van elkaar niet dat ze in dezelfde situatie zitten. Het gebrek aan participatie is een belangrijk onderdeel van de cirkel van armoede: hoe langer de financiële problemen duren, hoe meer mensen zich opsluiten (68).

#### Wat is armoede?

Armoede wordt meestal beschreven als een tekort aan middelen om in voldoende mate in de maatschappij te kunnen functioneren. In het algemeen wordt het inkomen als indicator gebruikt om armoede te definiëren, maar ook indicatoren als het 'schulden moeten maken' (ongeacht je feitelijke (huishoud)inkomen) kunnen

worden gebruikt om armoede te definiëren (69). Het CBS bespreekt de kans op armoede aan de hand van de lage-inkomensgrens<sup>1</sup>. Deze grens vertegenwoordigt een vast koopkrachtbedrag en wordt jaarlijks alleen aangepast voor de prijsontwikkeling. Voldoende inkomen is voor mensen van groot belang om mee te kunnen doen in de maatschappij. Hogere inkomensgroepen hebben vaker een opeenstapeling van positieve omgevingsfactoren zoals betere woon- en werkomstandigheden dan lagere inkomensgroepen (10).

In 2011 zat 8,3% van de Nederlandse huishoudens tenminste 1 jaar onder de lage inkomensgrens. In Zuid-Limburg was dit 9,6% (70). In 2012 is de armoede in Nederland sterk toegenomen. Het percentage huishoudens met langdurige (tenminste vier jaar achtereen een laag inkomen) kans op armoede steeg van 2,4% in 2011 tot 2,7% in 2012. Van de 7 miljoen huishoudens in 2012 moest 9,4% rondkomen van een inkomen onder de lage-inkomensgrens. Ramingen wijzen op een minder sterke groei in 2013, en een verdere afname in 2014 (70).

### Armoede kan iedereen overkomen

Armoede heeft anno 2013 veel gezichten en kan iedereen overkomen. Mede als gevolg van de economische crisis verkeren momenteel meer groepen in een armoede-situatie zoals; kleine zelfstandigen, jonge kinderen, alleenstaande jonge moeders, ouderen maar ook de groep 30-44 jarigen wordt getroffen. Armoede is niet gelijkmatig verdeeld over de bevolking en komt bij bepaalde groepen vaker voor dan bij andere (69). Binnen Zuid-Limburg zijn de risicogroepen als volgt verdeeld: 13,6% alleenstaanden, 5,4% eenoudergezinnen, 3,6% bijstandontvangers, 5,7% niet-Westerse allochtonen.

### Armoede verder toegenomen

Bij alle groepen die van oudsher kampen met een hoog risico op armoede nam het aandeel huishoudens met een inkomen onder de lage-inkomensgrens in 2012 verder toe. Bij huishoudens die bijstand ontvingen, liep het percentage met een inkomen onder de lage-inkomensgrens op van 69% in 2011 naar bijna 74% in 2012; bij eenoudergezinnen van 28% naar 30%; bij alleenstaanden tot 65 jaar van 18% naar 20%; en bij niet-westerse huishoudens van 25% naar bijna 29%.

## Tekstkader 3.5 Goede voorbeelden participatiebevordering

### Heerlen sterk met Baanbrekend Werk!

Baanbrekend werk (BbW) biedt mensen die geen werk hebben, mogelijkheden aan om werkervaring op te doen en hun persoonlijke talenten te ontwikkelen. Via het project Baanbrekend Werk kunnen zij zich inzetten voor inwoners van Heerlen via maatschappelijk zinvolle werkzaamheden en activiteiten.

Baanbrekend Werk is een project van de gemeente Heerlen. BbW organiseert tal van maatschappelijke activiteiten en werkzaamheden. Hier hebben mensen die een tijd werkloos zijn maar ook de stad Heerlen en haar inwoners baat bij. BbW wil moeilijk bemiddelbare, maar gemotiveerde werkzoekenden laten doorstromen naar een passende werkervaringsplek. Met het opdoen van werkervaring en arbeidsritme krijgen zij een veel betere uitgangspositie op de arbeidsmarkt. BbW zorgt voor de nodige begeleiding en regelt waar nodig opleiding of korte trainingen. Er zijn werkervaringsplekken op verschillende vlakken, zoals zorg en welzijn, onderhoud en techniek, toezicht en ondersteuning of dienstverlening.

### "Mensontwikkelbedrijf" Betere Buren in Brunssum

Betere Buren geeft mensen in de bijstand, met een beperking of afstand tot de arbeidsmarkt de kans om (weer) mee te doen. Dat gebeurt door ze in te zetten voor zinvolle werkzaamheden voor de samenleving. Terwijl ze dit doen, werken ze aan vaardigheden die hen geschikt maken voor de arbeidsmarkt. De medewerkers van Betere Buren zijn actief in de wijken - voor particulieren, voor bedrijven, voor gemeente. Ze helpen particulieren met boodschappen, wassen en strijken, klussen aan en in huis, het onderhouden van de tuin, of met verhuizen. Ook brengen ze post rond, werken in de groenvoorziening, en houden de gemeente schoon. De medewerkers worden, al werkend, voorbereid op een betaalde baan. Daarbij werkt Betere Buren samen met het bedrijfsleven. Medewerkers gaan aan de slag voor bedrijven in bijvoorbeeld de bouw, de schoonmaak of de beveiliging. Dat doen ze onder begeleiding, en in combinatie met scholing en trainingen. Zo investeren zowel bedrijfsleven als medewerkers in de eigen toekomst. Betere Buren BV is 100% eigendom van de gemeente Brunssum.

<sup>1</sup> De lage-inkomensgrens (=armoedegrens) is gebaseerd op de hoogte van het bijstandsniveau van een alleenstaande in 1979 (en sindsdien geïndexeerd). Dit niveau wordt verhoogd voor diverse samenlevingsvormen: meerpersoonshuishoudens en kinderen. In 2014 is het bedrag van de bijstandsuitkering voor een alleenstaande, ouder dan 21 jaar, € 677,27 per maand (inclusief vakantiegeld).

In Nederland bestaan ook groepen werknemers die moeite hebben met rondkomen, de zogenaamde werkende armen. Hoewel het armoedepercentage bij werkenden verhoudingsgewijs laag is (5%), zijn er in 2012 meer arme werkenden (348.000) dan arme uitkeringsontvangers (255.000). Bijna de helft van de 'werkende armen' bestond in 2012 uit zelfstandigen (165.000). De andere helft is werknemer in loondienst (70). Onder werknemers met kans op armoede zijn vrouwen en lager opgeleiden oververtegenwoordigd. Deze werknemers hebben relatief vaak een flexibel arbeidscontract, bijvoorbeeld als uitzendkracht en gaat het minder vaak om een voltijd baan. Zelfstandigen en werknemers die onder de armoedegrens leven, verdienen hun brood relatief vaak in de handel en horeca (71). Uit de Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012, blijkt dat van de mensen met een betaalde werkkring 21% moeite heeft om rond te komen van het inkomen. Onder werklozen en arbeidsongeschikten is dit percentage meer dan het dubbele (beide 52%).

### Ondersteuning bij armoede

Als gevolg van het stijgend armoedeprobleem zijn in de loop van de jaren allerlei voorzieningen ontstaan die mensen in een armoedesituatie ondersteuning kunnen bieden. In 2002 werd de eerste Nederlandse Voedselbank geopend. Tien jaar later, in 2012, werden wekelijks in Nederland 30.000 voedselpakketten uitgedeeld vanuit 135 vestigingen en zijn ongeveer 70.000 Nederlanders afhankelijk van de Voedselbank. Dat aantal groeit momenteel met 5-10% per maand (72).

Zuid-Limburg kent De Voedselbank Limburg Zuid. Deze telt 12 uitgiftepunten in geheel Zuid-Limburg. Hiernaast kent Zuid-Limburg allerlei lokale initiatieven zoals lokale kledingbanken, weggeefwinkels, ruilwinkels, eetgelegenheden en ander lokale initiatieven van onderlinge ondersteuning. In de brochure "Bijzonder lokaal" uitgegeven door Stichting de Pijler staat een opsomming van lokale activiteiten en initiatieven met een bijzondere aanpak. Minima hebben gemiddeld genomen een minder goede gezondheid. Goede toegankelijkheid tot de zorg is voor hen geen vanzelfsprekendheid. Daarom bieden alle gemeenten in Zuid-Limburg een zorgverzekering aan voor inwoners met een laag inkomen.

Mensen die in armoede leven komen er soms niet onderuit om schulden te maken. Geregeld kunnen deze schulden niet meer door de mensen zelf opgelost worden. Via schuldhulpverlening kan dan een oplossing worden geboden om de financiële zaken weer op orde te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld door schuldbemiddeling, schuldsanering, bewindvoering of budgetbeheer. Gemeenten hebben een regiefunctie bij de aanpak van armoedeproblemen en schuldhulpverlening. De ge-

meente zorgt voor een minimale leid: inkomensondersteuning aan mensen met een uitkering of laag inkomen als zij met onverwachte en/of onvermijdelijke kosten te maken krijgen om zo armoede en schulden te voorkomen. Met ingang van 1 juli 2012 is de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening in werking getreden. Gemeenten krijgen hiermee de wettelijke taak om breed toegankelijke en integrale schuldhulpverlening te organiseren voor hun burgers.

### Kinderen en armoede

Nederland staat nog steeds in de top 10 van rijkste landen ter wereld. Toch groeiden in 2013 bijna 377.000 kinderen en jongeren tot 17 jaar op in armoede (70). Het gaat om 1 op de 9 kinderen (112). Vanwege de economische crisis komen steeds meer gezinnen met kinderen in de problemen. Het percentage kinderen in uitkeringsgezinnen in Nederland is vanaf 2009 onverminderd gestegen.

In 2010 bedroeg het percentage 5,2%, en in 2012 5,7%. In alle provincies is deze lichte stijging waar te nemen. De provincie Limburg heeft samen met Zuid-Holland, Groningen, Noord-Holland en Flevoland de meeste kinderen in uitkeringsgezinnen (25).

Er is een steeds groter verschil tussen armere en rijkere kinderen. Gezien de huidige recessie en de crisis (beginnend in 2008) valt te verwachten dat het aantal kinderen in armoede de komende jaren alleen maar zal toenemen en dat deze tweedeling sterker zal worden. De uitgangspositie van kinderen in een gezin met een laag inkomen is niet gunstig. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat kinderen meer kans hebben op een slechte gezondheid. Verder is het waarschijnlijker dat

#### Tekstkader 3.6 Jeugdsportfonds Limburg

Het Jeugdsportfonds kan een bijdrage leveren aan het stimuleren van beweeggedrag van kinderen in de leeftijd van 4-21 jaar die om welke reden dan ook onvoldoende financiële middelen hebben om sporten te kunnen bekostigen. Registratie laat zien dat vooral jongere kinderen (leeftijd tussen 6 en 13 jaar) gebruik maken van de regeling.

De bijdrage van het Jeugdsportfonds bedraagt maximaal € 225,- per kind per jaar en het geld wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de sportvereniging en/of sportwinkel. In Zuid-Limburg maken 10 van de 18 gemeenten gebruik van het Jeugdsportfonds.



ze lager presteren op school, waardoor ze later minder vaak een vaste baan hebben of een minder goed betaalde baan en dat ze vaker te maken hebben met geweld in de gezinssituatie (25). Armoede is niet alleen een kwestie van geld, maar gaat gepaard met allerlei vormen van sociale uitsluiting. Veel arme kinderen zijn uitgesloten van vrijetijdsvoorzieningen die geld kosten. Ze zijn bijvoorbeeld minder vaak lid van verenigingen zoals een sportvereniging, of gaan niet mee met schoolreisjes. Armoede kan dus leiden tot sociaal isolement. Uit de armoedegegevens van het CBS over 2008-2011 blijkt dat van alle gezinnen de eenoudergezinnen met uitsluitend minderjarige kinderen het vaakst in armoede leven (25).

Het SCP-onderzoek naar maatschappelijke participatie van kinderen (73) concludeert dat mensen vaak financiële redenen aangeven voor niet-deelname aan sport. Voor bijstandskinderen geldt dit nog sterker. In veel gemeenten zijn projecten of regelingen die er specifiek op gericht zijn om sporten voor kinderen van minima mogelijk te maken. Het Jeugd sportfonds (zie tekstkader 3.6) of de Stichting Leergeld (zie tekstkader 3.7) zijn voorbeelden van dit soort initiatieven.

### **Preventief armoedebeleid**

Naast het regelen van voorzieningen, regelingen, voorlichting en schuldhulpverlening kunnen gemeenten een preventief armoedebeleid voeren. Bij preventie staat het terugdringen van overerving van armoede centraal. Het gaat om het bieden van kansen aan kinderen om te voorkomen dat ze in een achterstandspositie terecht komen. Concreet kan dit betekenen; gratis naar de peuterspeelzaal, extra inzet op taalbeheersing, ondersteuning bij het maken van huiswerk of het bezoeken van jongeren die zijn uitgevallen of dreigen uit te vallen in het onderwijs. Dit kan eraan bijdragen dat kinderen en jongeren een betere start in de maatschappij hebben. Intermediairs uit het maatschappelijk middenveld (zoals jeugdartsen, huisartsen, maatschappelijk werkers, onderwijzers) kunnen optreden als verwijzer van de doelgroep naar dergelijke voorzieningen.

Een ander belangrijk punt is het terugdringen van het niet-gebruik van inkomensondersteunende en participatie bevorderende voorzieningen. Hierbij gaat het vooral om het bereik van andere doelgroepen dan de uitkeringsgerechtigden die al bekend zijn bij de gemeente. Te denken valt hierbij aan werkende armen, alleenstaanden, laaggeletterden en bewoners van achterstandswijken. Minima geven zelf aan dat het verbeteren van de voorlichting aan de minima een belangrijk aandachtspunt is. Hierbij moet rekening gehouden worden met het feit dat niet veel mensen de Nederlandse taal machtig zijn of laaggeletterd (zie tekstkader 1.1) zijn, waardoor de informatie aan hen voorbij gaat.

### **Tekstkader 3.7 Stichting Leergeld**

Leergeld zet zich in voor schoolgaande kinderen in de leeftijd van 4 tot 18 jaar uit gezinnen met minimale financiële middelen, die vanwege gebrek aan financiële middelen niet mee kunnen doen aan activiteiten die voor hun leeftijdgenootjes heel normaal zijn. Leergeld biedt deze kinderen kansen om te kunnen deelnemen aan binnen- en buitenschoolse activiteiten. Ouders of verzorgers van deze kinderen kunnen een beroep doen op hulp van een lokale stichting Leergeld, indien zij bepaalde binnen- of buitenschoolse activiteiten voor hun kinderen niet kunnen betalen en een aantoonbaar inkomen hebben dat beneden 120% van het bijstandsniveau ligt.

### **Risico's van leven onder de armoedegrens**

#### **Gezonde levensverwachting korter bij lage inkomens**

Mensen uit een huishouden met een inkomen onder de armoedegrens leven gemiddeld ongeveer 5 jaar korter dan mensen met een hoger inkomen. Het verschil in gezonde levensjaren bedraagt zelfs 14 jaar (74).

#### **Kans op armoede gaat samen met een korter leven**

In 2007 bedroeg de gemiddelde levensverwachting bij geboorte voor mannen 78,3 jaar en voor vrouwen 82,8 jaar. Voor mannen uit een huishouden met een inkomen beneden de lage-inkomensgrens bedroeg de levensverwachting bij de geboorte bijna 75 jaar. Bij mannen met een inkomen boven de lage-inkomensgrens was dat bijna 80 jaar. Bij vrouwen kwam het verschil in levensverwachting bij geboorte tussen de lage en de hogere inkomens ook uit op ongeveer 5 jaar (74).

#### **Minder gezonde levensjaren voor de lage inkomens**

Mensen met een kans op armoede leven niet alleen korter, ze brengen ook minder jaren door in goede gezondheid. Zo is bij mannen met een laag inkomen de levensverwachting bij geboorte in goede ervaren gezondheid gemiddeld ruim 51 jaar, terwijl dat bij mannen met een hoger inkomen ruim 65 gezonde jaren is. Voor vrouwen geldt een vergelijkbaar verschil. Ook de levensverwachting bij geboorte zonder lichamelijke beperkingen of zonder chronische ziektes is bij de lage inkomens lager dan bij de mensen met hoger inkomen (74).

#### **65-jarigen onder de armoedegrens leven korter en zijn ongezonder**

Op hogere leeftijd is het verschil in levensverwachting tussen lage en hogere inkomens iets minder groot dan

bij geboorte. Mannen van 65 jaar met een kans op armoede leven gemiddeld nog ongeveer 16 jaar, ruim 2 jaar korter dan bij mannen met een hoger inkomen. Voor vrouwen van 65 bedraagt het verschil bijna 3 jaar. Ook voor de levensverwachting in goede ervaren gezondheid of zonder lichamelijke beperkingen bestaan er bij de 65-jarige mannen en vrouwen behoorlijke verschillen tussen de lage en de hogere inkomens. Voor de levensverwachting zonder chronische aandoeningen is er alleen bij mannen een verschil (74).

## Sociale uitsluiting

Sociale uitsluiting is een breed begrip dat verwijst naar het onvermogen van bepaalde groepen of individuen om als gevolg van individuele en maatschappelijke factoren volledig deel te nemen aan het maatschappelijk leven (75). Dit onvermogen uit zich op twee hoofddimensies (zie tekstkader 3.8): de economische-structurele uitsluiting en de sociaal-culturele uitsluiting (76, 77). Het resultaat van sociale uitsluiting voor het individu is verlies van eigenwaarde en toekomstperspectief (78).

Sociale uitsluiting wordt ook beschouwd als een belangrijke indicator voor het aanwijzen van risicogroepen die vanuit de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGz) bereikt dienen te worden. Deze risicogroepen worden verder beschreven in hoofdstuk 4. Vanuit een breder volksgezondheidsperspectief is sociale uitsluiting relevant als factor in het ontstaan en voortbestaan van gezondheidsverschillen.

## Sociale uitsluiting in Zuid-Limburg

Sociale uitsluiting in Zuid-Limburg is in kaart gebracht aan de hand van de Sociale Uitsluitingindex (75) uit de Gezondheidsmonitor 2012. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat kwetsbare mensen zoals daklozen, verlaafden en bewoners van instellingen die een hoge kans op sociale uitsluiting hebben, niet meegenomen worden in deze enquêtes of niet meedoen. Het CBS schat deze groep op 2% van de Nederlandse bevolking van 18 jaar en ouder (79).

In Zuid-Limburg is het percentage mensen dat zich matig tot sterk sociaal uitgesloten voelt iets hoger dan in Nederland (figuur 3.4). Als gekeken wordt naar de subdimensies van sociale uitsluiting (tekstkader 3.8) valt op dat met name op de dimensie onvoldoende sociale participatie de Zuid-Limburgse populatie minder goed scoort in vergelijking met de rest van Nederland. Sociale uitsluiting is sterk afhankelijk van het opleidingsniveau onder volwassenen zoals te zien is in (figuur 3.5). Een vergelijkbaar verband wordt gevonden bij ouderen.

### Tekstkader 3.8 Hoofd- en subdimensies sociale uitsluiting

#### Economisch-structurele uitsluiting

- Materiële deprivatie: tekort aan middelen voor elementaire levensbehoeften en materiële goederen, leefstijldeprivatie, problematische schulden; betalingsachterstanden (m.n. woonlasten); geen mogelijkheden om geld te lenen.
- Onvoldoende toegang tot sociale grondrechten: bestrijkt een divers aantal grondrechten waaronder een goede woning en medische zorg en discriminatie in het algemeen.

#### Sociaal-culturele uitsluiting

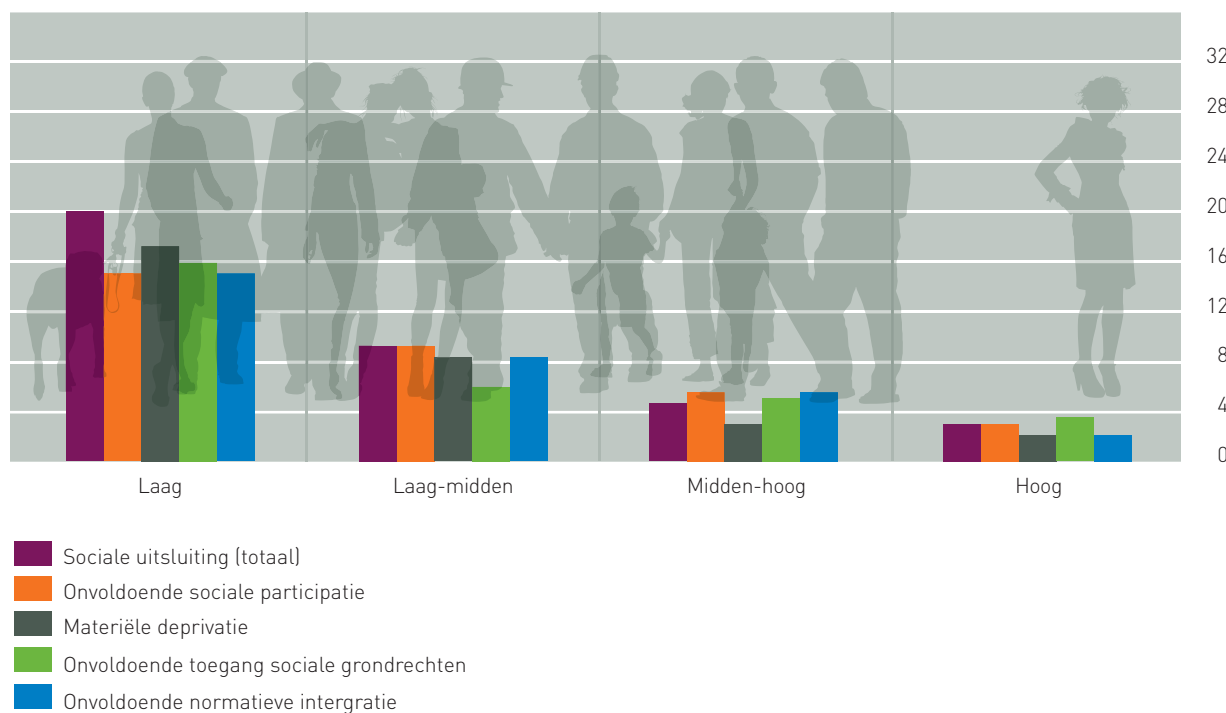
- Onvoldoende sociale participatie: richt zich op gevoelens van sociale en emotionele eenzaamheid en de frequentie van contact met burens of mensen in de straat.
- Onvoldoende normatieve integratie: heeft betrekking op het niet naleven van centrale normen en waarden van de Nederlandse samenleving. Voorbeelden hiervan zijn gering arbeidsethos, geringe opleidingsbereidheid, niet stemmen, misbruik van sociale zekerheid, delinquent gedrag, afwijkende opvattingen over rechten en plichten van vrouwen/mannen.

**Figuur 3.4** Volwassenen (19-64 jaar) in Zuid-Limburg en Nederland die matig tot sterk sociaal uitgesloten zijn (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD-en 2012

**Figuur 3.5** Sociale uitsluiting naar opleidingsniveau bij volwassenen (19-64 jaar) (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

## Aanknopingspunten voor beleid

Om toekomstige knelpunten in het participatiedomein het hoofd te kunnen bieden is het van belang groepen die weinig participeren te betrekken bij de buurt, het vrijwilligerswerk en de informele zorg. Mensen die zich sociaal uitgesloten voelen of geen werk hebben aanspreken op hun talenten en motieven is daarbij cruciaal. De rol van de gemeente is hierbij faciliterend van aard. Initiatieven die de samenhang in de buurt versterken zijn onmisbaar. Het bij de buurt en informele zorg betrekken van mensen met een afstand tot de arbeidsmarkt is hierbij een groot goed. Ondersteuning van mantelzorgers door het stimuleren van netwerksamenwerking kan overbelasting voorkomen. Hierbij is de ondersteunende inzet van vrijwilligersorganisaties steeds belangrijker.

### Minder tijd voor vrijwilligerswerk

Voor de samenleving is participatie van belang op alle terreinen van het maatschappelijk leven. Een verbetering van de gezondheid kan arbeidsparticipatie positief beïnvloeden en ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid terugdringen. De huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg zullen leiden tot een toename van de vraag naar informele zorg en vrijwilligerswerk. In hoeverre het aantal mantelzorgers en vrijwilligers hiermee zal stijgen, is onduidelijk. Een knelpunt kan ontstaan doordat mensen langer werken en minder tijd voor vrijwilligerswerk, mantelzorg en vrijetijdsbesteding hebben.

### Participeren is gezond

Er is een wederkerig verband tussen participatie en gezondheid, gezondheid beïnvloedt participatie en vice versa. Kwetsbare groepen vormen een belangrijke doelgroep als het gaat om het bevorderen van participatie. Veel ongunstige participatiedeterminanten clusteren zich in deze doelgroep. Kwetsbare mensen bewegen zich vaker in een omgeving van beperkte welvaart, minder onderwijskansen en relatief minder gunstige sociaal-culturele invloeden. Het gezondheidsbeleid zou zich juist op deze kwetsbare groepen moeten focussen (67).

### Terugdringen van armoede

De toename van armoede in Zuid-Limburg en vooral onder kinderen is zorgelijk. Voor het terugdringen van armoede zijn diverse sporen in het gemeentelijk beleid te volgen. Vooral het voeren van een preventief armoedebeleid waarbij wordt ingezet op het voorkomen van overerving van armoede is essentieel. Ook het gebruik van regelingen zoals het Jeugdsportfonds kan gestimuleerd worden. Groepen als laaggeletterden en werkende armen zijn nu nog vaak buiten beeld voor deze regelingen. Netwerksamenwerking en de inzet van intermediairs is van belang.







# Een veilige leefomgeving

## Risico's reduceren en overlast beperken

# 4

Een gezonde leefomgeving is een omgeving waar mensen zich veilig voelen en waar ze geen overlast ervaren. Een waakzame houding van overheid (hulpdiensten) en burgers is nodig om onveilige situaties op tijd te herkennen. Vanuit een opgesteld risicoprofiel van de regio is bijvoorbeeld inzichtelijk waar risico's op het gebied van milieu en rampen zich kunnen voordoen. Alertheid wordt gevraagd om daar waar het dreigt mis te gaan snel in te grijpen.

Bijvoorbeeld bij uitbraken van infectieziekten. Ook in de sociale leefomgeving is veiligheid van belang. Het aantal meldingen van huishoudelijk geweld en kindermishandeling stijgt. In Zuid-Limburg is een toename van het aantal mensen met complexe problemen die tevens overlast veroorzaken. Goed inzicht in de groep 'kwetsbare burgers' en voorkomen van sociale uitsluiting is van groot belang.



## Inleiding

Leefstijl is een bepalende factor voor ziekte en sterfte, maar minstens zo belangrijk zijn ook de omgevingsfactoren. Bij een gezonde omgeving wordt al gauw gedacht aan frisse lucht. Maar een gezonde omgeving is ook een omgeving waarin mensen zich veilig voelen, waar ze graag vertoeven en mensen ontmoeten en waar ze geen overlast ervaren. Op het terrein van een gezonde en veilige omgeving speelt de overheid een belangrijke rol, daar de overheid mede verantwoordelijk is voor de inrichting van de openbare ruimte. In dit hoofdstuk wordt ingezoomd op de fysieke en sociale leefomgeving in Zuid-Limburg. Wat zijn de belangrijkste gezondheidsbedreigingen in onze omgeving? Hoe kunnen we deze risico's verkleinen (tekstkader 4.1) en welke kansen biedt de omgeving voor onze gezondheid?

Voor een deel van de in dit hoofdstuk aan de orde zijnde thema's is sprake van landelijke wetgeving. Hierdoor is in zijn algemeenheid ook minder sprake van beleidsbeïnvloeding door gemeenten.

*(Zie: Visie Publieke Gezondheid en Veiligheid verbonden)*

### Een fysiek veilige omgeving

In een fysiek veilige omgeving wordt de burger beschermd tegen gezondheidsrisico's. Deze risico's kunnen ontstaan vanuit de natuurlijke omgeving (natuur & milieu), maar ook vanuit de bebouwde omgeving (gebouwen, infrastructuur, industrie). De bescherming is gericht op het voorkomen en bestrijden van alle vormen van gevolgschade. Dit omvat financiële en economische schade, maar in de eerste plaats gaat het om het voorkomen

#### Tekstkader 4.1 Het A2-project

De A2 in Maastricht gaat onder de grond. Daar waar nu nog dagelijks zo'n 45.000 auto's rijden of langdurig stilstaan, lopen, fietsen of skeeleren straks bewoners en bezoekers van Maastricht over een 'Groene Loper'. Eén van de belangrijkste doelstellingen van het omvangrijke project waarbinnen dit wordt gerealiseerd, is het bevorderen van de leefbaarheid in de buurten rondom de huidige A2-traverse. De Groene Loper moet vooral een Gezonde Groene Loper worden. Daarom houden deskundigen op het gebied van milieu en gezondheid (GGD) de risico's voor de gezondheid van de omwonenden in de gaten. De projectorganisatie maar ook de omwonenden zelf krijgen informatie over maatregelen die zij kunnen nemen om gezondheidsrisico's zoveel mogelijk te voorkomen en overlast te beperken.

#### Tekstkader 4.2 Risicoprofiel Zuid-Limburg

Zuid-Limburg is een prachtige regio met veel groen, mooie natuur, rust en ruimte. De aanwezigheid van groen heeft een positief effect op de gezondheid van mensen. Wie in een groene wijk woont, voelt zich beter en bezoekt minder vaak de huisarts. Een groene omgeving vermindert stress, nodigt uit tot bewegen en het ontmoeten van buurtbewoners. Daarnaast is groen in de buurt goed voor de ontwikkeling van kinderen en kan het bijdragen aan persoonlijke ontwikkeling, zingeving en een goed microklimaat.

Tegelijkertijd schuilen er ook gevaren: de aanwezigheid van onder andere chemische industrie (o.a. Chemelot), grote verkeerswegen, vervoer van gevaarlijke stoffen en de aanwezigheid van vliegverkeer (Maastricht-Aachen Airport en de Awacs-vliegbasis direct over de grens in Duitsland). Bovendien ligt Zuid-Limburg centraal in de Euregio Maas-Rijn ingeklemd tussen België en Duitsland.

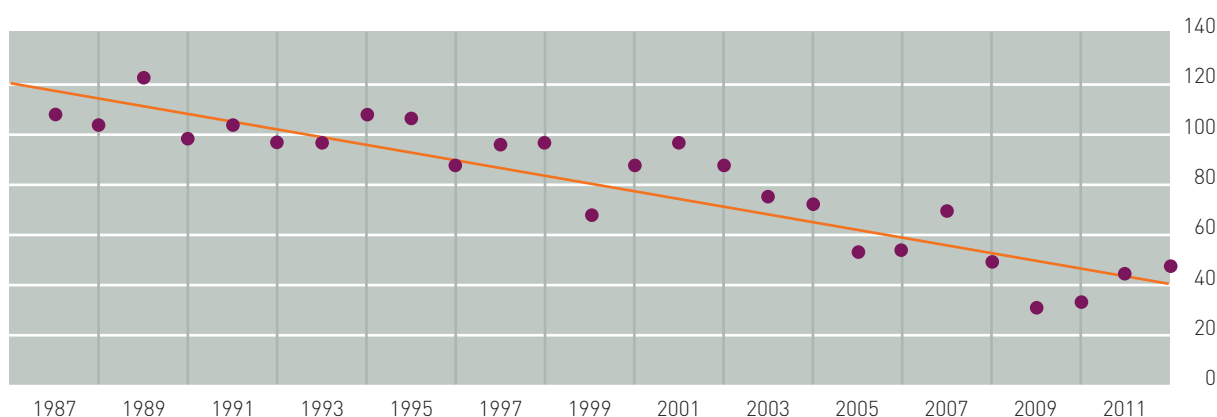
Dit betekent dat aanwezige risico's op het grondgebied van de aangrenzende landen ook grote gevolgen kunnen hebben voor Zuid-Limburg. Het risicoprofiel van Zuid-Limburg toont onder andere aan dat overstromingen, incidenten op het land en binnen de luchtvaart en ongevallen met gevaarlijke stoffen in deze regio kunnen voorkomen. Dit vraagt een goede voorbereiding van hulpdiensten en de burgers zelf. Ook is een goede euregionale samenwerking zeer belangrijk voor de rampenbestrijding in Zuid-Limburg (80).

van 'gezondheidsschade' voor de mens zelf, zoals: vroegtijdig overlijden, letsel of (blijvende) fysieke en psychische gezondheidsschade als gevolg van slechte luchtkwaliteit of ongevallen en rampen. In tekstkader 4.2 wordt kort een beeld geschetst van de fysieke gezondheidsrisico's in de regio Zuid-Limburg. In dit deel van het hoofdstuk zal worden ingegaan op aspecten zoals verkeer en vervoer, Acute Zorg, milieu en infectieziekten die de gezondheid kunnen bedreigen.

### Een sociaal veilige omgeving

Bij een sociaal veilige omgeving gaat het om het beschermen van mensen 'tegen elkaar'. Het gaat hierbij om zaken als criminaliteit, drugs, (overmatig) alcoholgebruik, overlast en huiselijk geweld. Een sociaal veilige omgeving is van belang voor de gezondheid. Zo hebben mishandeling en huiselijk geweld een directe impact op de gezondheid, zowel fysiek als psychisch. Met de invoering van de nieuwe Wmo in 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor mensen in een kwetsbare positie.

**Figuur 4.1** Aantal dodelijke verkeersslachtoffers 1987-2011 in Limburg



Bron: ROVL

In de paragrafen over een sociaal veilige omgeving wordt ingegaan op huiselijk geweld en de daarmee samenhangende onderwerpen als kindermishandeling, ouderenmishandeling, huisverboden en de meldcode huiselijke geweld en kindermishandeling. Vervolgens wordt aandacht geschonken aan de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), het Vangnet voor kwetsbare burgers en maatschappelijke opvang.

auto's en het verbeterde rijgedrag ervoor gezorgd dat steeds minder mensen door een verkeersongeval overlijden.

#### Daling aantal verkeersslachtoffers

Het aantal verkeersongevallen in Limburg, waarbij gewonden of slachtoffers zijn gevallen, is de laatste jaren steevast gedaald. Er zijn minder lichtgewonden, het aantal ziekenhuisopnames is gedaald en het aantal

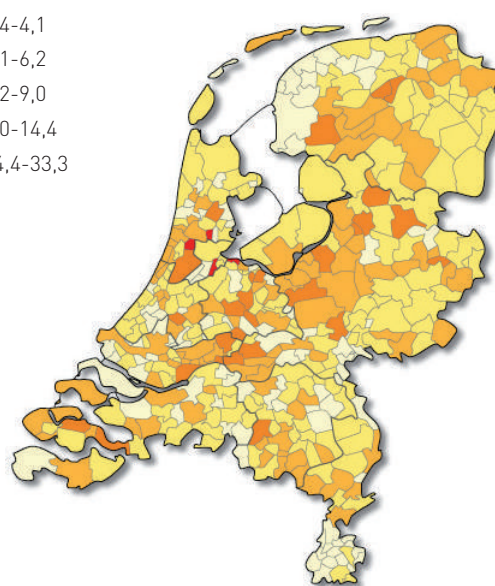
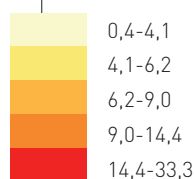
### Deel 1: Een fysiek veilige omgeving

Omdat deelname aan verkeer en vervoer kan leiden tot gezondheidsschade wordt in deze paragraaf ingegaan op aspecten die te maken hebben met het dagelijks verkeer en ook op de risico's die grotere incidenten met zich meebrengen. Verder wordt beschreven wat dit betekent voor de onderwerpen Acute Zorg en milieu. Bij infectieziekten worden ontwikkelingen en bedreigingen benoemd zoals antibiotica resistentie, veehouderij, seksueel overdraagbare aandoeningen en kwetsbare groepen.

#### Verkeer en vervoer

Met 640 verkeersdoden in 2010 is het aantal slachtoffers in Nederland nog nooit zo laag geweest (24). In de jaren zeventig was het aantal wel vijf maal zo groot. De piek lag in 1972 met 3196 verkeersdoden. Een spectaculaire daling dus, en dat terwijl het verkeer sindsdien alleen maar drukker is geworden. Het verplicht stellen van veiligheidsgordels in auto's en valhelmen voor bromfietzers heeft vooral onder de mannelijke bevolking veel levens gespaard. Naast wetgeving en handhaving en verbeteringen aan het wegennet, hebben ook de toegenomen veiligheid van

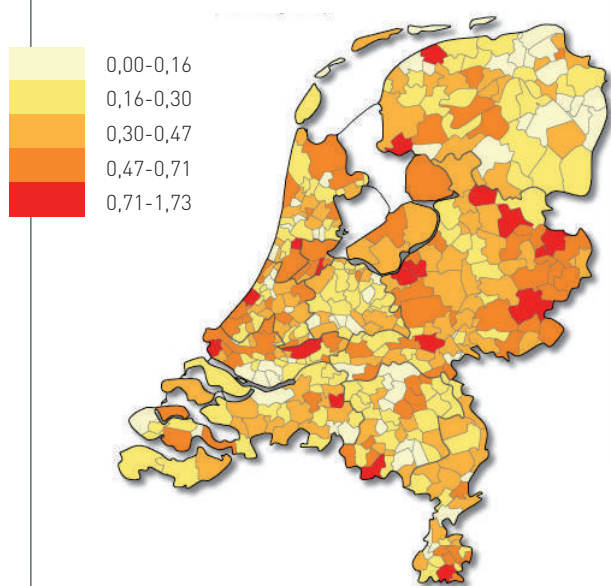
**Figuur 4.2** Het aantal verkeersongevallen in 2012 per 1.000 inwoners per gemeente



Bron: Bestand geRegistreerde Ongevallen Nederland (BRON)



**Figuur 4.3** Het aantal verkeersslachtoffers in 2012 per 1.000 inwoners, per gemeente



Bron: Bestand geRegistreerde Ongevallen Nederland (BRON)

personen dat is overleden ten gevolge van een verkeersongeluk is de laatste jaren sterk gedaald. Figuur 4.1 laat het aantal dodelijke verkeersslachtoffers zien in heel Limburg over de jaren 1987 tot 2011.

Bij het aantal verkeersongevallen gaat het zowel om ongevallen met slachtoffers, licht- en zwaargewonden, als ongevallen met uitsluitend materiele schade (UMS). Op basis van cijfers van Bestand Registratie Ongevallen Nederland (BRON) (82) kan een vergelijking worden gemaakt tussen de regio Zuid-Limburg en de rest van Nederland voor alle, ook minder ernstige, ongevallen. In figuur 4.2 wordt het aantal verkeersongevallen in 2012 geordend per gemeente weergegeven.

In Zuid-Limburg gebeurden in 2012 ongeveer 3,2 ongelukken per 1.000 inwoners, vergeleken met een Nederlands gemiddelde van 5,9 ongelukken per 1.000 inwoners.

In heel Zuid-Limburg vielen in de periode 2010 t/m 2012 jaarlijks gemiddeld 17 dodelijke verkeersslachtoffers. In diezelfde periode waren er in Zuid-Limburg gemiddeld 127 ernstig gewonde slachtoffers (83). Wat betreft het totaal aantal verkeersslachtoffers (doden en gewonden) in Zuid-Limburg in 2012, valt op dat er grote verschillen zijn tussen de gemeenten (figuur 4.3).

### Daling aantal verkeersslachtoffers door aanleg rotondes

Behalve de eerder genoemde maatregelen als veiligheidsgordels en valhelmen is een andere oorzaak van de daling van het aantal verkeersslachtoffers het feit dat vanaf de jaren '80 veel kruispunten zijn vervangen door rotondes. Het aantal ernstige verkeersslachtoffers neemt met gemiddeld 46% af wanneer een kruispunt vervangen wordt door een rotonde, en een reductie van het aantal dodelijke slachtoffers van gemiddeld 76% (81). Rotondes brengen het aantal potentiële conflicten tussen verkeersdeelnemers terug en verlagen de aanrijdsnelheid terwijl dit voor een kruispunt niet altijd zo hoeft te zijn.

### Betere ongevallenregistratie vanaf medio 2014

In de huidige situatie wordt slechts een fractie van alle verkeersongevallen geregistreerd waardoor er sprake is van ernstige onderrapportage. De politie, het Verbond van Verzekeraars en verkeerskundig ICT-bureau VIA hebben de handen ineengeslagen met als doel het registreren van alle verkeersongevallen. Om dit te bewerkstelligen hebben zij een digitale applicatie ontwikkeld waarmee schade meteen kan worden gemeld. Omdat zowel aanspraak op de motorrijtuigenverzekering, WA-verzekering en zorgverzekering via de applicatie geregeld worden, kan een zo compleet mogelijke verkeersongevallen-registratie worden gerealiseerd. De zogenaamde MobielSchadeMelden applicatie komt medio 2014 beschikbaar. Vanaf dat moment zijn de betrokkenen zelf verantwoordelijk voor de administratieve afhandeling van een verkeersongeval, zie [www.via.nl](http://www.via.nl) voor meer informatie.

### Rijden onder invloed

Ondanks dat bekend is dat het drinken van alcohol een negatief effect heeft op de rijvaardigheid, wordt nog steeds bij een aantal mensen, dat is betrokken bij een ongeval, alcoholgebruik geconstateerd. Het betreft vaak jonge mannen en zware drinkers (84). Van alle geregistreerde ongevallen in Zuid-Limburg van 2010 tot en met 2012 bleek in 5% van de gevallen alcohol in het spel te zijn. Als we kijken naar het aantal geregistreerde misdrijven voor rijden onder invloed per 1.000 inwoners, dan is dit aantal in Zuid-Limburg relatief laag. Hier werden in één jaar 2 misdrijven per 1.000 inwoners geregistreerd, in vergelijking met 3 misdrijven per 1.000 inwoners in heel Nederland.

### Wielertoertochten leggen druk op veiligheid

Door het toegenomen aantal wielertoertochten in Zuid-Limburg, en daarmee een grote toestroom van recreatieve wielrenners, is in sommige delen van de regio de verkeersveiligheid, leefbaarheid en verdraagzaamheid onder druk komen te staan. De gemeenten

Vaals, Valkenburg, Gulpen-Wittem, Eijsden-Margraten en Voerendaal passen vanaf 2014 hun beleid aan omtrent toertochten. Het nieuwe beleid houdt in dat er per jaar in deze gemeenten samen nog maar negen toertochten met meer dan 1.000 deelnemers en drie toertochten groter dan 5.000 deelnemers mogen worden georganiseerd.

## Acute Zorg

De wetenschap dat mensen klaar staan die medische hulp kunnen leveren als dat nodig is, geeft een groot gevoel van veiligheid en onbezorgdheid. Bij acute problemen is snel een ambulance aanwezig. In heel Nederland is 24 uur per dag de nabijheid van spoedeisende hulp gegarandeerd. En voor minder acute problemen staat de huisarts voor ons klaar. Naast het leveren van medische hulp wordt in Zuid-Limburg door Acute Zorg (GGD) samengewerkt met de Veiligheidsregio en ketenpartners aan een optimale voorbereiding op rampen en crises.

### Veiligheid Zuid-Limburg mede afhankelijk van Euregio

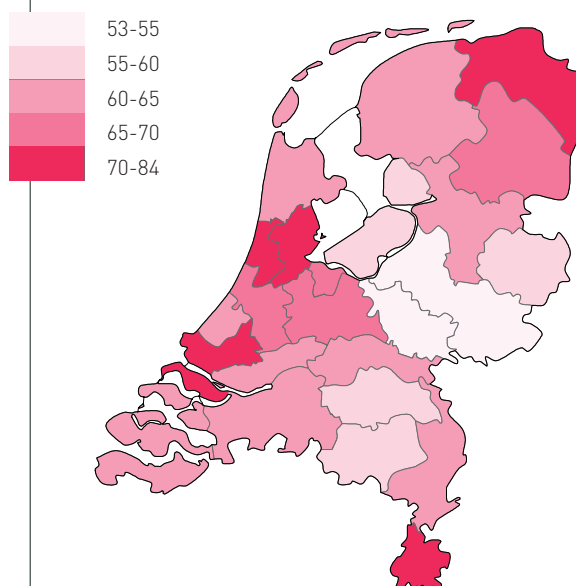
Door de ligging van Zuid-Limburg in de Euregio Maas-Rijn tussen België en Duitsland, kunnen incidenten in deze landen grote gevolgen kunnen hebben voor Zuid-Limburg. De afgelopen tijd is er bijvoorbeeld veel te doen geweest over kerncentrale Tihange en wat de gevolgen voor Zuid-Limburg kunnen zijn als er iets mis gaat. Zuid-Limburg heeft in samenwerking met de kolommen in de Veiligheidsregio maatregelen genomen om zo goed mogelijk voorbereid te zijn als daar iets gebeurt. De GHOR participeert op zorginhoudelijk terrein. Het Risicoprofiel Veiligheidsregio Zuid-Limburg 2011 (80) geeft aan dat overstroming, incidenten op het land en binnen de luchtvaart (MAA, AWACS basis) en ongevallen met gevaarlijke stoffen (o.a. Chemelot) in deze regio kunnen voorkomen.

### Ambulancezorg in Zuid-Limburg

Het aantal ritten (inzetten) voor ambulancevervoer kan regionaal sterk verschillen (85). Dit heeft te maken met de omvang en de oppervlakte van een regio, het aantal inwoners, de bevolkingsdichtheid, de mate van stedelijkheid, de aanwezigheid en de aard van de instellingen voor gezondheidszorg in de regio. De reguliere ambulancezorg kent diverse soorten ritten (A1, A2 en B-ritten). Een A1-rit is een rit waarbij acuut levensgevaar bestaat voor de patiënt. Binnen 15 minuten dient 97% van de inwoners van een regio bereikt te kunnen worden. De standplaatsen van de ambulances in een regio zijn hierop afgestemd. Wanneer geen levensgevaar is wordt een norm van <30 minuten aangehouden (A2-rit). Bij B-ritten (besteld vervoer) is geen norm vastgelegd. Wenselijk is dat een

patiënt niet lang hoeft te wachten op vervoer. Het plannen van B-ritten (= besteld vervoer) is echter niet altijd gemakkelijk omdat de beschikbaarheid van ambulances afhankelijk is van de onvoorspelbare, variërende vraag om spoedeisend ambulancevervoer. Kijkend naar figuur 4.4 valt op dat Zuid-Limburg in de Top 5 zit van de 25 RAV (Regionaal Ambulance Vervoer) regio's wat betreft inzetten in 2012. Vergelijking van het aantal inzetten over 2012 en 2013 laat een daling zien in het totaal aantal ritten. Dit geldt voor alle categorieën ritten.

**Figuur 4.4** Aantal A1, A2 en B-inzetten in 2012 per 1.000 inwoners



Bron: RIVM

### Grotere efficiëntie in acute zorgketen

Partners in de acute zorgketen, zoals ziekenhuizen, traumacentra, huisartsenposten, GGZ instellingen en verloskundigen, werken nauw samen. Afspraken op het gebied van samenwerking in de spoedeisende zorg worden in het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorg) gemaakt. Het doel van het ROAZ is dat de patiënt zo snel mogelijk op de juiste plaats terecht komt wanneer hij acute zorg nodig heeft. De lijnen in de acute zorgketen zijn korter geworden in Zuid-Limburg, zowel tussen Ambulancezorg, MKA en GHOR door het efficiënter inrichten van processen, als ook naar ketenpartners toe. Gestreefd wordt om de samenwerking efficiënter en doelmatiger te organiseren om sneller te kunnen anticiperen op ontwikkelingen en trends die spelen in het veld.

### Centralisatie actueel

De Acute Zorg in Zuid-Limburg heeft de komende jaren te maken met centralisaties. Enerzijds is daar de centralisatie van diverse afdelingen van de drie Zuid-Limburgse ziekenhuizen. Dit heeft, onder andere, gevolgen voor de acute zorgverlening aan patiënten en voor de patiëntveiligheid. Want centralisatie betekent dat er langere aanrijtijden zullen ontstaan daar bepaalde zorg slechts in een ziekenhuis beschikbaar is. Anderzijds is daar het proces van centralisatie van de meldkamer.

De overheid streeft naar één landelijke meldkamer. In de loop van 2014 gaan hiervoor allereerst de beide meldkamers 'Limburg Noord en Zuid-Limburg' samenwerken vanuit één meldkamer in Maastricht.

### Netwerk Acute Zorg Limburg

Verandering in de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft voor meer marktwerking gezorgd, hetgeen de samenwerking tussen instellingen niet bevordert. In het geval van de Acute Zorg is dit een ongewenste ontwikkeling aangezien Acute Zorg nadrukkelijk ketenzorg en regionale afstemming vereist. In dit kader heeft het ziekenhuis met een traumacentrumfunctie (MUMC+) het initiatief genomen om de onderlinge samenwerking beter te coördineren. Hiervoor is het Netwerk Acute Zorg Limburg (NAZL, functie van het MUMC+) opgericht. Een netwerk dat zich richt op het ondersteunen, stimuleren en faciliteren van alle ketenpartners in de Acute Zorg om de patiënt zo snel mogelijk, op de juiste locatie, de best mogelijke zorg te kunnen bieden in goede afstemming en samenwerking met ketenpartners in de regio.

### Buiten- en binnenmilieu

In deze paragraaf wordt ingegaan op de invloeden van het milieu (binnen- en buitenmilieu) op de omgeving en de gezondheid. De belangrijkste milieufactoren die een negatieve invloed hebben op de gezondheid zijn luchtverontreiniging en geluidsoverlast.

#### Luchtkwaliteit in Zuid-Limburg is verbeterd

Bij luchtverontreiniging gaat het vooral om fijnstof en ozon. Deze componenten zijn gerelateerd aan hart- en vaatziekten en luchtwegklachten. Voor fijnstof geldt bovendien dat ook beneden de norm voor langdurende blootstelling gezondheidseffecten kunnen optreden, omdat er voor fijnstof geen concentratie is waarbij geen effecten worden waargenomen. De luchtkwaliteit in Zuid-Limburg is de laatste jaren verbeterd. Er zijn nagenoeg geen overschrijdingen meer (86).

#### Geluidsoverlast vaak door verkeer

Blootstelling aan geluid kan hinder en slaapverstoring veroorzaken en kan leiden tot een verminderd prestatievermogen. Daarnaast kan blootstelling aan geluid via lichamelijke stressreacties leiden tot een verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten en slaapproblemen (87). Bijna één vijfde van de Zuid-Limburgse volwassenen (19-64 jaar) wordt ernstig gehinderd door geluid, vooral van brommers/scooters (5,5%), burens (4%) en wegverkeer (2,6%). Net als in 2009 zijn de percentages ernstig geluidgehinderden door vliegtuigen (tekstkader 4.3) in een aantal gemeenten (Onderbanken (33%), Brunssum en Schinnen (beide 8%)) duidelijk hoger dan gemiddeld in Zuid-Limburg (2%) (7).

#### Tekstkader 4.3 Veel hinder door AWACS-vliegverkeer (113)

Het RIVM heeft op verzoek van het ministerie van Infrastructuur en Milieu een onderzoek uitgevoerd naar de gezondheidseffecten van geluid van AWACS-vliegtuigen boven Zuid-Limburg. De hinder is tussen 2002 en 2012 aanzienlijk afgenomen maar is nog steeds omvangrijk: ongeveer 13.000 van de 213.000 volwassenen in de Nederlandse regio rond de vliegbasis ervaren ernstige geluidhinder van militair vliegverkeer. Zelf gerapporteerde gezondheid laat in dit onderzoek geen relatie zien met geluid van militair vliegverkeer. Het extra aantal gevallen van hoge bloeddruk bedraagt naar schatting 33 op de ongeveer 71.000 volwassenen met hoge bloeddruk (in de Nederlandse regio rond de vliegbasis). Naar verwachting leidt dit de komende 20 jaar tot 3 extra hart- en vaatziekten (hartinfarct, beroerte of hartfalen). Er zijn geen signalen gevonden voor vervroegde sterfte door alle hart- en vaatziekten samen. Wel lijkt er sprake te zijn van een verhoogd risico op vervroegde sterfte aan beroerte maar of dit komt door geluid van vliegverkeer kan niet met zekerheid worden vastgesteld maar ook niet worden uitgesloten.

#### Tekstkader 4.4 Onrust door asbest

Zowel landelijk als ook in de regio Zuid-Limburg hebben zich de afgelopen periode meerdere situaties voorgedaan waarbij asbest betrokken was. In een aantal gevallen was er sprake van grote onrust onder de betrokkenen. Na de evacuatie in de wijk Kanaleneiland in Utrecht (zomer 2012) en de aandacht daarvoor in de media, leefden onder de bevolking veel vragen over asbest. Een groot aantal verschillende partijen, waaronder gemeenten, scholen en woningbouwcorporaties, heeft of krijgt te maken met asbest en dus ook met verontruste bewoners/gebruikers. De GGD Zuid Limburg geeft adviezen richting gemeenten maar ook naar burgers met betrekking tot de gezondheidsrisico's van asbest.

#### Bezorgdheid over milieugezondheidsrisico's

Milieuvervuiling roept vaak gevoelens op van onveiligheid en vervreemding, zich ongezond voelen en bezorgd zijn. Zeker als de media er actief melding van maakt (tekstkader 4.4). Burgers stellen de laatste jaren in toenemende mate vragen over milieurisico's waarvan de gezondheidseffecten nog onvoldoende bekend zijn. Denk hierbij aan zendmasten, mobiele telefoons, hoogspanningslijnen, nanotechnologie, voedselveiligheid en klimaatverandering. Zo is 19% van de Zuid-Limburgse volwassenen bezorgd over de eigen woonsituatie, vooral door nabijheid van bedrijven/industrie (7%) en zendmasten (4%) en vanwege het wonen in een drukke straat (5%) [7].

Het is belangrijk dat gemeenten milieudeskundigen in een zo vroeg mogelijk stadium betrekken bij projecten, zodat (mogelijke) gezondheidsrisico's in beeld kunnen worden gebracht en (indien nodig) ruimte is voor preventieve maatregelen.

#### Slechte luchtkwaliteit in woningen en scholen

Het binnenmilieu in gebouwen is over het algemeen aanzienlijk slechter dan het buitenmilieu. Het aantal bewoners en het gedrag van de bewoners zoals roken, onvoldoende ventileren en het houden van huisdieren heeft invloed op de kwaliteit van het binnenmilieu. Risico's die Zuid-Limburgse volwassenen in hun woning lopen worden met name veroorzaakt door verbrandingsproducten/koolmonoxide (16%), slechte ventilatie (14%), kwik in thermo- of barometers (9%) of vocht-/schimmelplekken (6%). In één derde van de Zuid-Limburgse woningen is mechanische ventilatie aanwezig, waarbij ongeveer tien procent van de bewoners geluidhinder of een slechte werking van dit systeem ervaart (Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012). Ook op scholen wordt vaak onvoldoende geventileerd (in Nederland in 80% van de scholen). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat kinderen minder goed leren en presteren in een slecht geventileerde of te warme klas. Het meest recente onderzoek in Nederland laat zien

dat door minder ventilatie leerlingen gemiddeld 6% meer taalfouten maken en 23% meer rekenfouten [88]. Ventilatie draagt bij aan een gezond en behaaglijk binnenmilieu en dat bevordert het leerproces. Om de aandacht voor ventilatie bij docenten en leerlingen te vergroten zijn in de afgelopen jaren circa 150 basisscholen bezocht in het kader van het bewustwordingsproject "Binnenmilieu basisscholen". Daarbij kregen de scholen adviezen om het binnenmilieu in school te verbeteren. Door goede voorlichting over ventilatie voor burgers, scholen en woningbouwcoöperaties kan het binnenmilieu aanzienlijk verbeterd worden.

#### Infectieziekten: ontwikkelingen en bedreigingen

Wereldwijd horen infectieziekten nog steeds bij de belangrijkste oorzaken van sterfte. Dat geldt voor ontwikkelingslanden, maar ook het aantal mensen in Nederland dat ziek wordt door een infectie is nog aanzienlijk. De kans op grootschalige uitbraken van infectieziekten is blijvend aanwezig. Nederland en dus ook Zuid-Limburg hebben nog steeds te maken met de dreiging van infectieziekten. Infectieziekten zijn over het algemeen besmettelijke of overdraagbare ziekten; het doel bij de bestrijding ervan is het voorkomen van ziekten en het voorkomen van verspreiding van ziekten. De verantwoordelijkheid voor deze gezondheidsbeschermende taakstelling is via de Wpg veelal landelijk geregeld (in samenwerking met het RIVM), de beleidsbeïnvloeding is derhalve voor gemeenten gering.

#### Infectieziektebestrijding

Infectieziekte-uitbraken komen steeds vaker voor. Migratie, urbanisatie, klimaatverandering en toegenomen transport van mensen en goederen zijn belangrijke oorzaken voor de verspreiding van infectieziekten. Met name zoönosen (infectieziekten die van dier op mens overgedragen worden) en multiresistente micro-organismen als ESBL en MRSA vormen een toenemende bedreiging in de 21e eeuw. Daarnaast zijn er seksueel

overdraagbare aandoeningen (soa's) die via onbeschermd seksueel contact kunnen worden overgedragen. Bij dit laatste aspect van infectieziektebestrijding, de seksuele gezondheid, ligt een duidelijke gemeentelijke verantwoordelijkheid via het gezondheidsbeleid (89).

### Multiresistente micro-organismen

Doordat antibiotica te vaak wordt gebruikt en onregelmatig wordt ingenomen hebben we wereldwijd maar ook in Nederland in toenemende mate te maken met multiresistente micro-organismen. Infecties met multiresistente micro-organismen zijn moeilijker te behandelen dan infecties door 'normale' bacteriën. Bij melding van clusters van multiresistente micro-organismen verricht de GGD Zuid Limburg bron- en contactonderzoek en neemt op lokaal niveau maatregelen om verdere verspreiding te voorkomen.

### Veehouderij en Q-Koorts

De laatste jaren is er een toename van zöonosen infectieziekten die van dier op mens worden overgedragen. Door surveillance werd in 2007 duidelijk dat landelijk het aantal gevallen van Q-Koorts begon te stijgen. De waarschijnlijke bron waren melkgeiten en melkschappen. De bacterie verspreidde zich via de lucht met de wind. Sinds de Q-Koorts uitbraak in Zuid-Limburg in 2009 zijn er in Nederland verschillende bestrijdingsmaatregelen genomen, waaronder het vaccineren van geiten en schapen. Grootschalige schapen- en geitenbedrijven, maar ook bedrijven met een publieksfunctie, zoals kinderboerderijen, zorgboerderijen en houders van rondtrekkende schapenkuddes, zijn verplicht hun schapen en geiten jaarlijks in te enten tegen Q-Koorts.

Vanaf 2010 is het aantal gevallen van Q-Koorts sterk afgenomen. Sinds 2010 zijn er geen nieuwe acute ziektegevallen meer opgetreden in Zuid-Limburg. In Zuid-Limburg hebben ruim 20 mensen de chronische vorm van Q-Koorts ontwikkeld, als late complicatie van een eerder opgelopen besmetting, en er zijn ook mensen aan deze ziekte overleden. Meer dan 50 mensen hebben klachten van het Q-Koorts vermoeidheidssyndroom ontwikkeld.

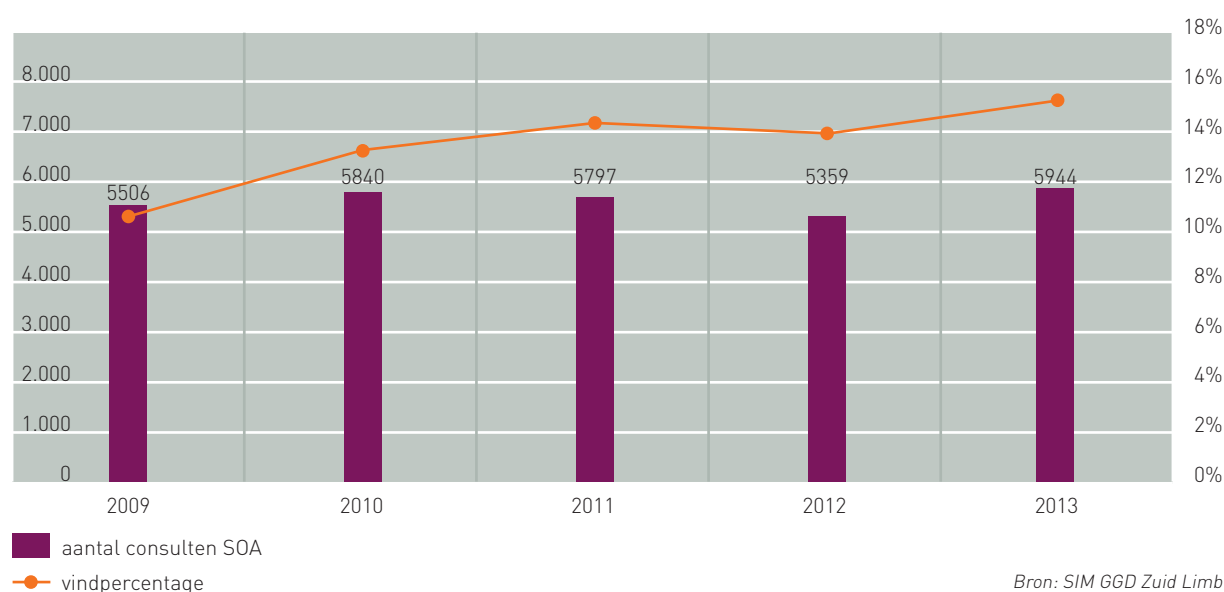
### Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (soa's) stijgen

De preventieve taken op het gebied van seksuele gezondheid zijn een gemeentelijke verantwoordelijkheid en worden uitgevoerd door de GGD Zuid Limburg. Belangrijke activiteiten ten aanzien van bepaalde risicovolle doelgroepen zijn:

- Homomannen = voorlichting, informatie en condooms verstrekken, soa-testen en hepatitis B-vaccinatie op ontmoetingsplaatsen, feesten en sauna's.
- Prostituees en prostituanten = voorlichting, soa-testen, hepatitis B-vaccinatie in bordelen.
- Swingers = voorlichting en soa-testen in swingersclubs.
- Druggebruikers in samenwerking met de verslavingszorg = voorlichting en soa-testen.
- Gedetineerden in samenwerking met de penitentiaire inrichtingen (Pi's) = voorlichting en soa-testen.

Voor het bereiken van deze doelgroepen vindt samenwerking plaats met: o.a. huisartsen, regionale ziekenhuizen, thuiszorginstellingen, welzijnsinstellingen, verslavingszorg, maatschappelijke organisaties, COC, Helse Liefde en de HIV vereniging.

**Figuur 4.5** Trend aantal soa-consulten in Zuid-Limburg





Het totaal aantal uitgevoerde soa-consulten door de GGD Zuid Limburg bij risicogroepen (incl. jongeren) is de afgelopen jaren gestegen tot bijna 6.000 consulten in 2013 (figuur 4.5). Het vindpercentage van soa in Zuid-Limburg is de afgelopen jaren gestaag gestegen tot 15% in 2013.

### Soa-consulten per risicogroep

*MSM (mannen die seks hebben met mannen):* het aantal soa-consulten evenals het vindpercentage van soa bij MSM stijgt nog elk jaar. Dit is te verklaren door een steeds groter wordende bekendheid van de GGD bij deze MSM en het feit dat ze geadviseerd worden om elke 6 maanden terug te komen voor controle.

*Mannelijke sekswerkers (vaak jonge mannen van buitenlandse afkomst):* het aantal soa-consulten is de afgelopen jaren gedaald en daarmee ook het vindpercentage van soa's. Het is heel lastig deze jongens te bereiken gezien het feit dat zij vaak tijdelijk op bepaalde woonlocaties verblijven.

*Vrouwelijke sekswerkers:* het aantal soa-consulten voor vrouwelijke sekswerkers is de afgelopen jaren iets gedaald en daarmee ook het vindpercentage van soa's. Het lijkt steeds moeilijker deze doelgroep te bereiken daar steeds meer vrouwen via internet werken en minder via clubs, maar voor de preventie van soa's is het bereiken van deze doelgroep wel erg belangrijk.

*Swingers (heterokoppels die als stel seks hebben met anderen):* data over deze groep zijn schaars. De GGD Zuid Limburg doet echter een grootschalig onderzoek naar deze groep. Uit de eerste resultaten van dit onderzoek blijkt dat het een risicogroep is met een vindpercentage van soa van 14% (90).

### Chlamydia meest gevonden SOA

In alle risicogroepen is chlamydia de meest gevonden SOA. Echter bij MSM wordt relatief veel gonorrhoe gevonden en het percentage HIV ligt heel hoog bij de mannelijke sekswerkers.

### Centrum Seksuele Gezondheid (Sense)

Zuid-Limburgse jongeren zijn *seksueel ongezond*. In het Centrum voor Seksuele Gezondheid (Sense) kunnen jongeren (tot 25 jaar) terecht met al hun vragen over seksualiteit, anticonceptie, soa en seksueel geweld. Voor cijfers en preventieactiviteiten wordt verwezen naar *hoofdstuk 2* over Jeugd. Sinds 2014 heeft Zuid-Limburg ook een Centrum Seksueel Geweld (zie tekstkader 4.5).

### Tekstkader 4.5 Centrum Seksueel Geweld

Limburg heeft sinds 2014 een Centrum Seksueel Geweld (CSG). Dit is het 3e Centrum voor Seksueel Geweld in Nederland. Het centrum in Limburg is een samenwerkingsverband van de beide GGD'en in Limburg, Politie, het Openbaar Ministerie en meerdere zorgpartners. Het Centrum Seksueel Geweld Limburg biedt integrale (medische, psychische en forensische) zorg aan alle slachtoffers van recent seksueel geweld. Ongeacht geslacht en leeftijd.

### Hygiëne en inspectie bij organisaties

Bij specifieke collectieve voorzieningen waar risico's bestaan op overdracht van infectieziekten worden inspecties uitgevoerd. Met name bij seksbedrijven, tattoo- en piercingsstudio's, schoonheidssalons voor permanente make-up en grote publieksevenementen. Hierbij wordt gekeken of voldoende maatregelen genomen worden om de risico's met betrekking tot hygiëne en veiligheid te verminderen.

Inspectie van kinderopvang en peuterspeelzalen: vanwege de veiligheid voor enkele doelgroepen (jonge kinderen in kinderopvang en peuterspeelzalen) is het van belang dat extra maatregelen worden genomen om deze veiligheid waar te maken. Conform de Wet kinderopvang en beleidsregels peuterspeelzalen voert de GGD Zuid Limburg al jaren inspecties uit bij de kinderopvang en peuterspeelzalen. Sinds 2009 is landelijk de weg ingeslagen om meer risicogestuurd te gaan inspecteren. Van alle locaties in de kinderopvang in Zuid-Limburg zijn risicoprofielen gemaakt. Door de risicoprofielen krijgen gemeenten een beter inzicht in de kwaliteit van de kinderopvang in hun gemeente. Dit draagt bij aan een verbetering van het beleid in het kader van kinderopvang. Vanaf 2014 wordt, in navolging van de buitenschoolse opvang, de gastouderbureaus en de kinderdagverblijven, ook het toezicht voor de peuterspeelzalen op basis van aangemaakte risicoprofielen uitgevoerd.

## Deel 2: Een sociaal veilige omgeving

Bij een sociaal veilige omgeving gaat het om het beschermen van mensen 'tegen elkaar'. Een sociaal onveilige omgeving door bijvoorbeeld mishandeling en huiselijk geweld hebben een directe impact op de gezondheid, zowel fysiek als psychisch. Maar het gaat ook over mensen die zich, om uiteenlopende andere redenen niet in de samenleving kunnen handhaven door multi-problematiek (tekstkader 4.6) en vaak zorgmijders zijn. Gemeenten zijn vanuit de Wmo verantwoordelijk voor de zorg aan deze kwetsbare mensen.

### Stimuleer gebruik zelfredzaamheidsmatrix

Het doel van de zorg voor mensen met multi-problematiek is het vergroten van de zelfredzaamheid (zie ook hoofdstuk 5). Naast het in stand houden van een goede zorgverlening voor een groeiende groep mensen die buiten de boot valt, is het belangrijk om via de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) nadrukkelijk ook in te zetten op preventieve maatregelen om deze problematiek te verminderen. Het eerder signaleren van mensen die lijken af te glijden naar zorgwekkend gedrag kan ervoor zorgen dat problemen in een vroeg stadium opgelost kunnen worden. De zelfredzaamheid van mensen gaat vaak in stappen omhoog en omlaag, van zelfstandig wonen tot dakloosheid en terug. Het gebruik van de zelfredzaamheidsmatrix (tekstkader 4.7) biedt hulpverleners een gemeenschappelijke kader bij het in kaart brengen van de problemen die een cliënt heeft en vroeger signaleren van zorgwekkend gedrag.

### Tekstkader 4.6 Meervoudige, complexe problemen

Mensen in kwetsbare posities kampen vaak met meerdere, elkaar beïnvloedende problemen zoals een combinatie van dak- en thuisloosheid, geweldsproblematiek, schulden, opvoedingsproblemen, psychiatrische, somatische en/of verslavingsproblemen en/of werkloosheid of het ontbreken van een zinvolle dagbesteding. Door de multi-problematiek hebben zij vaak te maken met instanties en hulpverleners uit verschillende maatschappelijke sectoren. Te denken valt aan de jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg, de somatische zorg en de justitiële zorg, maar ook instanties die met hun inkomen, huisvesting, maatschappelijke ondersteuning en dagbesteding te maken hebben.

### Tekstkader 4.7 Zelfredzaamheidsmatrix

De zelfredzaamheidsmatrix (ZRM) is een meetinstrument waarmee hulpverleners, beleidsmakers en onderzoekers in de (openbare) gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en gerelateerde werkvelden, de mate van zelfredzaamheid van cliënten eenvoudig, betrouwbaar en volledig kunnen beoordelen. De zelfredzaamheid wordt beoordeeld op elf domeinen, die voor iedere volwassen persoon (in de Nederlandse samenleving) bepalend zijn voor de effectiviteit, productiviteit en kwaliteit van leven. Met behulp van de ZRM wordt de situatie van de cliënt uitvoerig in kaart gebracht en op uniforme wijze beoordeeld. De ZRM is van waarde bij het verduidelijken van hulpvragen, het bepalen van interventies en het bijsturen van het plan van aanpak. Ontwikkelingen van de cliënt in de tijd worden zichtbaar en meetbaar.

## Huiselijk geweld

Huiselijk geweld is fysiek, psychisch of seksueel geweld dat wordt gepleegd door iemand uit de huiselijke- of familiekring van het slachtoffer, denk aan kindermishandeling of ouderenmishandeling. De term huiselijk geweld slaat dus niet op de plek waar het geweld plaatsvindt. Huiselijk geweld kan worden gemeld bij het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG) van de GGD Zuid Limburg, bij de politie of, in het geval dat kinderen het slachtoffer zijn, bij het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Het SHG biedt laagdrempelig informatie, hulp en advies voor zowel slachtoffers als plegers, familieleden, professionals en andere betrokkenen en ondersteunt de implementatie van de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (tekstkader 4.8).

### Stijgende trend meldingen kindermishandeling

Het AMK geeft advies over en onderzoekt situaties waarbij vermoed wordt dat kinderen thuis mishandeld worden. In de periode van 2010 tot 2014 werd in Zuid-Limburg per jaar gemiddeld 1.130 keer contact opgenomen met het AMK over gemiddeld 1690 jeugdigen. Bij de onderzoeken ging het over gemiddeld 443 kinderen per jaar, omdat in sommige gezinnen meerdere kinderen slachtoffer kunnen zijn. De trend is nog steeds licht stijgend (zie figuur 4.5). In figuur 4.6 wordt duidelijk voor welke vormen van mishandeling er door het AMK nader onderzoek wordt gedaan. Met name pedagogische- en lichamelijke verwaarlozing en psychisch geweld (actief) komen vaak voor. De kinderen waarnaar onderzoek

wordt ingesteld zijn gemiddeld 6 jaar. In ongeveer 80% van de gevallen betreft het kinderen van Nederlandse ouders.

### Lichte stijging meldingen volwassenen

In de periode van 2010 tot 2014 werd gemiddeld zo'n 300 maal per jaar contact gezocht met het Steunpunt Huiselijk Geweld (SHG). Er lijkt over de tijd een lichte stijging te zijn. In 31% van de gevallen belde het slachtoffer zelf. Slachtoffers waren vaker vrouw (84%), met een gemiddelde leeftijd van 45 jaar. De pleger was in de meeste gevallen de (ex-)partner (47%), of een ander eerstelijns familielid (23%). In 15% van de gevallen is sprake van ouderenmishandeling. In de meeste gevallen door één of meer van de kinderen.

### Meeste meldingen bij politie

Verreweg de meeste meldingen van huiselijk geweld komen terecht bij de politie. In 2013 zijn 3303 incidenten gemeld en 1.1688 aangiften gedaan van huiselijk geweld tegen de pleger (gegevens afkomstig van politie). De meldingen van huiselijk geweld worden behandeld door het Veiligheidshuis (tekstkader 4.9).

Ook de meldingen van het SHG gaan naar het Veiligheidshuis waar binnen een week een plan van aanpak wordt opgesteld. Vaak wordt gekozen voor een zorgtraject, maar soms is een huisverbod noodzakelijk.

### Huisverboden

In de regio Zuid-Limburg worden gemiddeld 130 huisverboden per jaar opgelegd (er is geen landelijk refe-

### Tekstkader 4.8 Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling

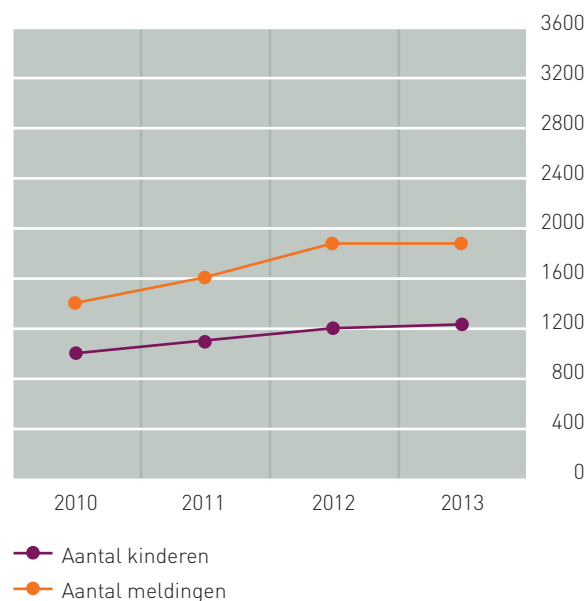
Sinds 1 juli 2013 is de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht. Deze wet helpt professionals goed te reageren bij signalen van dit soort geweld. Door in een vroegtijdig stadium signalen van huiselijk geweld en kindermishandeling op te pikken en te onderzoeken welke aanpak noodzakelijk is, kan erger voorkomen worden en/of het geweld gestopt worden.

rentiecijfer beschikbaar). Een huisverbod houdt in dat een pleger van huiselijk geweld in beginsel tien dagen zijn of haar woning niet meer in mag en in die periode ook geen contact mag opnemen met de partner of de kinderen. Een huisverbod kan ook worden opgelegd bij een vermoeden van kindermishandeling.

### Zuid-Limburgse ontwikkelingen huiselijk geweld

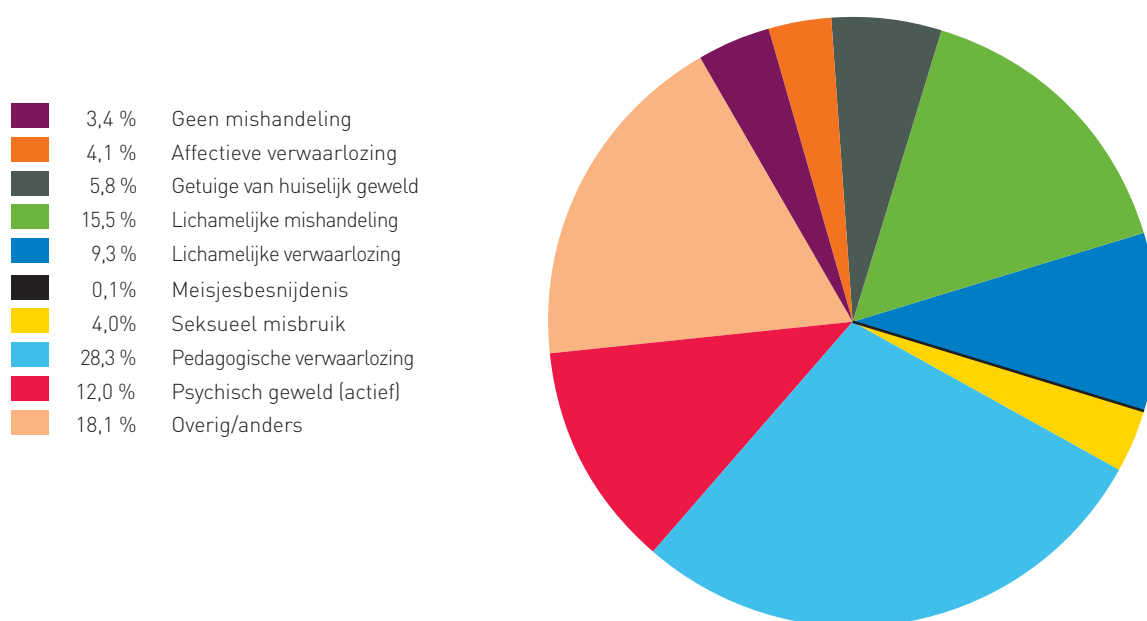
Door demografische, maatschappelijke en economische factoren is te verwachten dat sommige vormen van huiselijk geweld zullen toenemen in omvang en andere afnemen. Zo is het mogelijk dat de omvang van huiselijk geweld toeneemt als gevolg van de recessie én een toegenomen alertheid van professionals vanwege de invoering van de Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling. Maar het is ook mogelijk dat huiselijk geweld en kindermishandeling afnemen door betere preventie en een steeds effectievere aanpak. Ouderenmishandeling zal in absolute zin kunnen toenemen door de dubbele vergrijzing (meer ouderen en hogere leeftijd) in Zuid-Limburg. Er zullen steeds meer mensen zijn die afhankelijk zijn van de zorg van anderen. Hierdoor zal ook het beroep op mantelzorg groeien en het risico op ontspoorde zorg toenemen. Een zorgwekkende ontwikkeling is dat steeds meer kinderen pleger zijn. Daarnaast wordt een toename van tweezijdig geweld gezien, dat wil zeggen situaties waarin over en weer (ouder-kind) mishandeld wordt. Een trend die verder gesignaleerd wordt, is dat zich steeds meer mannelijke slachtoffers melden. In de loop van de tijd heeft een verschuiving plaats gevonden in het denken over geweld in de privésfeer. Er is niet langer sprake van een privéprobleem waar overheden, politie en de rest van de samenleving niets mee hoeven, maar er is sprake van een maatschappelijk probleem. Vóór 1 januari 2015 dienen de 18 Zuid-Limburgse gemeenten samen met ketenpartners een regiovisie "geweld in afhankelijkheidsrelaties" te

**Figuur 4.5** Absoluut aantal meldingen van (vermoeden van) kindermishandeling in Zuid-Limburg



Bron: AMK

**Figuur 4.6** Verdeling van de onderzoeken uitgesplitst naar aard van mishandeling



Bron: AMK

ontwikkelen. Hierin wordt een sluitende aanpak voor alle vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties uitgewerkt en wordt tevens het samengaan van het Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en het SHG voorbereid.

### Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ)

De OGGZ omvat alle activiteiten op het terrein van geestelijke volksgezondheid die worden uitgevoerd zonder individuele hulpvraag. Het betreft de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor zorgwekkende zorgmijders (Wmo). Doelgroepen in de OGGZ worden gekenmerkt door meervoudige, complexe en langdurige problematiek.

In Zuid-Limburg wordt de vangnetfunctie uitgevoerd door de GGD Zuid Limburg (Westelijke Mijnstreek en Maastricht-Heuvelland) en door Mondriaan Zorggroep (Parkstad).

### Veel zorgwekkende zorgmijders in Zuid-Limburg

Betrouwbare Nederlandse gegevens over het vóórkomen van zorgwekkende zorgmijders zijn momenteel (nog) nauwelijks beschikbaar. De omvang van deze groep in Nederland wordt *geschat* op 0,7% van de bevolking. Op basis van deze schatting zijn er 4.250 zorgmijders in Zuid-Limburg. Er zijn een aantal risico- en beschermende factoren bekend ten aanzien van sociale uitval en uitsluiting, twee risicofactoren zijn lage SES en psychische problemen (78).

### Tekstkader 4.9 Veiligheidshuizen in Zuid-Limburg (91)

Veiligheidshuizen zijn samenwerkingsverbanden van politie, justitie, gemeenten en hulpverleners met als doel fungeren als informatieknoppunt en het terugdringen van overlast, huiselijk geweld en criminaliteit. De regio Zuid-Limburg telt vier Veiligheidshuizen: Maastricht, Sittard, Heerlen en Kerkrade.

De doelgroep van het Veiligheidshuis is de 2-3% van de inwoners die overlast veroorzaakt of betrokken is bij criminaliteit en huiselijk geweld of een combinatie daarvan (12.000-16.000 inwoners van Zuid-Limburg). De samenwerkingspartners in het Veiligheidshuis signaleren problemen, bedenken oplossingen en voeren die samen uit, onder regie van een procesmanager van het Veiligheidshuis. De aanpak van de Veiligheidshuizen laat goede resultaten zien. Wetenschappelijk onderzoek laat zien dat cliënten, nadat ze een integrale aanpak kregen binnen het Veiligheidshuis, 80% minder vaak in aanraking kwamen dan daarvoor.

Aan de hand van deze factoren is de aanname dat de problematiek van zorgwekkende zorgmijders in Zuid-Limburg groter is dan gemiddeld in Nederland. In Zuid-Limburg is namelijk sprake van gemiddeld meer lage SES en meer psychiatrische problematiek dan in de rest van Nederland.

### Meldingen Vangnet stabiel

Jaarlijks worden er gemiddeld 500 cliënten (merendeel mannen) naar de zorg geleid door het Vangnet, ongeveer twee derde van de cliënten is man. Tussen de regio's is een verschil in het aantal aanmeldingen, zie tabel 4.1. Het is aan te bevelen nader uit te zoeken waardoor dit veroorzaakt wordt.

### Stijging gebruik maatschappelijke opvang

Maatschappelijke opvang is opvang aan mensen die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Maastricht en Heerlen zijn als centrumgemeenten verantwoordelijk voor de uitvoering van een samenhangend aanbod aan maatschappelijke opvang in Zuid-Limburg (tekstkader 4.10). Onder de naam Stedelijk Kompas wordt samengewerkt met opvanginstellingen, zorgkantoren, woningcorporaties en andere betrokkenen in de regio. Voorzieningen die vallen onder de maatschappelijke opvang zijn vrouwenopvang, dagopvang, nachtopvang, 24-uursopvang met meer of minder intensieve zorg, woonbegeleiding en beschermd wonen.

Landelijke gegevens laten zien dat het aantal mensen dat gebruik maakt van de opvang, tussen 2009 en 2012 gestegen is van 50.000 naar 58.000, (zie tabel 4.2) (92). De belangrijkste reden die voor de stijging wordt aangegeven, is de verslechterende economie. Ook mensen zonder multi-problematiek komen op straat te staan. Naast de gebruikers van de opvang zijn er duizenden anderen, die op een wachtlijst staan of dagelijks worden afgewezen voor dag- en nachtopvang, omdat deze dan vol zijn. De cijfers laten daarom niet de volle omvang van het probleem zien.

**Tabel 4.1** Aantal cliënten Vangnet per regio in Zuid-Limburg, per 10.000 inwoners

	2010	2011	2012
Zuidelijk Zuid-Limburg	9,7	9,8	9,5
Westelijke Mijnstreek	10,1	10,3	7,3
Parkstad	6,0	5,8	6,7
<b>Totaal Zuid-Limburg</b>	<b>8,3</b>	<b>8,3</b>	<b>7,8</b>

Bron: Vangnet Zuid-Limburg

### Tekstkader 4.10 Eén centrale toegang tot maatschappelijke opvangvoorzieningen

In de centrumgemeente Maastricht wordt momenteel met een aantal partijen gewerkt aan het vormgeven van één centrale toegang tot de maatschappelijke opvangvoorzieningen. Die centrale toegang wordt geen fysieke locatie maar is een methodiek van screenen en plaatsen. Een dakloze die bij een locatie van een van de opvangvoorzieningen om hulp vraagt krijgt een intake die voldoet aan de intakecriteria van elke instelling. Na deze screening, op basis van de zelfredzaamheidsmatrix, kan een plaatsing volgen op de meeste geëigende opvangvoorziening.

**Tabel 4.2** Aantal cliënten in de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang in 2009-2012

	2009	2010	2011	2012
Maatschappelijke opvang	49.910	55.230	54.055	57.753
Vrouwenopvang	13.273	13.171	12.025	
<b>Totaal</b>	<b>63.183</b>	<b>68.401</b>	<b>66.080</b>	

Bron: Federatie Opvang

Op basis van de landelijke cijfers wordt ingeschat dat in Zuid-Limburg tussen de 2.000 - 2.500 mensen gebruik maken van maatschappelijke opvang. In Zuid-Limburg bestaan verschillende initiatieven om te voorkomen dat mensen dakloos worden. Een voorbeeld daarvan is het zorgtafeloverleg in de gemeente Schinnen. Diverse gemeenten werken met sociale teams om de complexe problemen van mensen in een kwetsbare positie op een integrale wijze aan te pakken of om excessen te voorkomen via bijvoorbeeld de winteropvangregeling (tekstkader 4.11).

### Nieuwe afspraken arrestantenzorg verwarde personen

In de periode van 2008 t/m 2012 vonden gemiddeld per jaar ongeveer 10.000 insluitingen plaats. Hiervan had 14% arrestantenzorg nodig. Van het totaal aantal ingesloten werd voor ongeveer 3% een psychische beoordeling aangevraagd. In de arrestantenzorg komen geregeld verwarde mensen terecht die, omdat ze zelf geen hulp zoeken, steeds opnieuw voor vergrijpen door de politie worden opgepakt. Door een adequate toe-



leiding naar de zorg kan worden voorkomen dat deze mensen steeds weer gearresteerd worden. Per 1 november 2013 zijn er in Zuid-Limburg afspraken gemaakt tussen de politie, de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de huisartsenposten, en de GGD, met als doel de verwarde personen niet in een politiecel vast te houden maar (als geen sprake is van een misdrijf) rechtstreeks te verwijzen naar de GGZ. Immers een "patiënt hoort niet in de cel thuis". De afspraken zijn gebaseerd op een landelijk convenant tussen de koepels van de Politie en de GGZ. De vernieuwde afspraken moeten er toe leiden dat cliënten met een acute psychiatrische stoornis rechtstreeks 24/7 terecht kunnen bij de GGZ, zodat een snelle psychiatrische beoordeling plaats kan vinden. Cliënten die niet worden opgenomen, worden, indien dit noodzakelijk blijkt, wel gemeld bij bijvoorbeeld het veiligheidshuis of vangnet.

### Verwachting voor de toekomst

Het is te verwachten, dat door de bezuinigingen in de GGZ hulpverlening, versobering van de verpleegzorg voor mensen met een (verstandelijke) beperking en door de individualisering van de samenleving, het aantal cliënten met complexe problemen die tevens overlast veroorzaken, zal toenemen. Daar komt bij dat de maatschappelijke tolerantie ten opzichte van mensen met een psychische of verstandelijke handicap lijkt af te nemen. De verwachting is dat het probleem van sociale uitsluiting daardoor zal toenemen (zie [hoofdstuk 3](#)). In het licht van deze ontwikkelingen is monitoren, het volgen van het voorkomen van sociale uitsluiting, van groot belang. Dit om tijdig verergering van de problematiek te signaleren en het preventiebeleid aan te scherpen.

#### Tekstkader 4.11 Winteropvangregeling voor daklozen

De winteropvangregeling gaat in wanneer het vanwege de kou te gevaarlijk is om buiten te slapen, bijvoorbeeld bij vorst of een combinatie van strenge kou met harde wind en langdurige regen. Sinds 2012 wordt onder die omstandigheden een keten van zorg en opvang in werking gezet. Daklozen in Zuid-Limburg kunnen gedurende de winterregeling zonder betalen terecht in de maatschappelijke opvangvoorzieningen van het Leger des Heils en MOVE00. Ook zijn de openingstijden verruimd. Iedereen wordt binnen gelaten. Desnoods worden extra opvangplaatsen geregeld. In de Zuid-Limburgse winterregeling werken diverse partijen samen: alle gemeenten, politie, het Leger des Heils, MOVE00, Mondriaan en Orbis GGZ. De coördinatie is in handen van de GGD Zuid Limburg. De winterregeling wordt kracht bijgezet door een aanpassing in de Algemene plaatselijke verordening (APV). De politie kan dan dwingender optreden in het advies aan daklozen om gebruik te maken van de opvang.

# Aanknopingspunten voor beleid

## Deel 1: Een fysiek veilige omgeving

### Meer Euregionale samenwerking

Gezien de aanwezige risico's in Zuid-Limburg en de euregio is een goede voorbereiding van hulpdiensten uitermate belangrijk. Het onderhouden van de plannen, goede oefeningen en werken aan een goede Euregionale samenwerking is zeer belangrijk voor de rampenbestrijding in Zuid-Limburg.

### Risicocommunicatie essentieel

De perceptie van burgers is door alle sociale media zeer gevoelig en aan verandering onderhevig. De bezorgdheid van burgers over gezondheidsrisico's veroorzaakt door aspecten uit hun leefomgeving neemt toe. Een goede risicocommunicatie gebaseerd op openheid, vertrouwen en betrouwbaarheid is essentieel om paniek en grote onrust te voorkomen.

### Verbeter gezonde leefomgeving via lokale regelgeving

Met experts op het gebied van milieu en gezondheid bekijken welke maatregelen of acties genomen kunnen worden ten aanzien van luchtverontreiniging of geluidshinder. Een concreet advies in het kader van luchtverontreiniging en infrastructurele projecten is om de afstand van gevoelige bestemmingen, zoals een school, tot drukke wegen zo groot mogelijk te houden. Lokale regelgeving kan ook plaatsvinden rondom de uitvoering van inspecties van accommodaties met verhoogd risico.

### Voorlichting over belang luchtkwaliteit

Blijf burgers, woningcorporaties en scholen voorlichten over het belang van goede ventilatie. Voor de aanpak van een slecht binnenmilieu is integraal beleid nodig. Dat betekent dat er beleid wordt ontwikkeld dat aandacht besteedt aan alle oorzaken van een slecht binnenmilieu.

## Deel 2: Een sociaal veilige omgeving

### Inzicht in de doelgroep “kwetsbare burgers”

Om adequate hulpverlening te kunnen bieden is het noodzakelijk om inzicht te krijgen in de doelgroep. Het gaat erom dat zichtbaar gemaakt wordt welke (nieuwe) groepen kwetsbare burgers ontstaan, bijvoorbeeld als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen.

### Ontwikkelen van preventiebeleid

Op basis van bestaande inzichten en aanvullend onderzoek naar risicofactoren voor kwetsbaarheid en zelfredzaamheid, is het mogelijk een gericht preventiebeleid te ontwikkelen. Hierdoor kunnen de (vroeg)signalering, interventies en nazorg worden verbeterd.

### Schaalbare zorg

Bij vergroting van de doelgroep (cliënten met complexe problemen die overlast veroorzaken) en als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen (extramuralisatie, minder aanspraak op verzorgingshuizen, bezuinigingen op begeleiding) is het belangrijk dat er voor deze specifieke vorm van zorg schaalbare zorg beschikbaar is. Zorg die per direct ingezet kan worden als dat noodzakelijk is.

### Samenvoeging SHG en AMK

De regiovisie “Veilig Thuis Zuid-Limburg” bereidt een sluitende aanpak voor van alle vormen van geweld in afhankelijkheidsrelaties. In dit kader wordt het samengaan van het Meldpunt Kindermishandeling (AMK) en het SHG aanbevolen, zodat er één laagdrempelige toegang voor huiselijk geweld en kindermishandeling ontstaat in de regio.





GGD ZUID  
LIMBURG





# Zorgen voor elkaar in de wijk

Langer zelfstandig thuis wonen,  
met de juiste hulp

# 5

In Zuid-Limburg wordt meer zorg geconsumeerd dan in de rest van Nederland. Ook stijgt het aantal mantelzorgers. Gezien de vergrijzing en de verwachte stijging van het aantal mensen met chronische aandoeningen neemt de druk op de zorg de komende jaren alleen maar toe. Zorgen voor jezelf en voor elkaar zal dus belangrijker worden.

Wat betekent dit voor de bewoners en de zorgverlening in Zuid-Limburg? De oplossing wordt gezocht in betere afstemming van zorg, het vergroten van de zelfredzaamheid en een reductie in de kosten. Gemeenten en zorgorganisaties zetten de eerste stappen.

## Tekstkader 5.1 Uitleg termen Wmo nieuwe stijl

### Individu:

#### meer uitgaan van de eigen kracht

Mensen worden meer aangesproken op hun eigen kracht voordat professionele hulp geboden wordt. De mate waarin mensen regie over hun eigen leven hebben en zelfredzaam zijn wordt dus belangrijk.

### Het sociale netwerk:

#### groter beroep op informele zorg

Door bovenstaande ontwikkelingen wordt er een grotere druk uitgeoefend op de sociale omgeving van mensen. Als het individu het zelf niet meer kan, wordt allereerst gekeken of familie, buren en vrienden kunnen ondersteunen.

### Algemene voorzieningen:

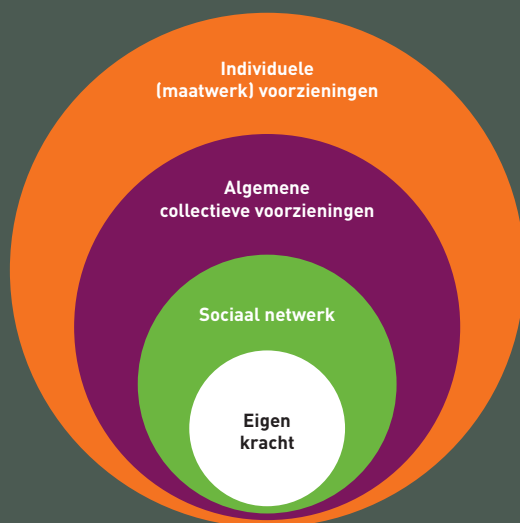
#### meer vraag naar collectieve welzijnsvoorzieningen

Om de toenemende vraag aan lichte langdurige zorg te kunnen opvangen, is de verwachting dat vaker terugkerende hulpvragen kunnen worden vertaald in een collectief welzijnsaanbod in de wijk.

### Individuele voorzieningen:

#### zorg doeltreffender inrichten

Als hierboven beschreven hulp niet voldoende is, kunnen mensen aanspraak maken op individuele voorzieningen. Gemeenten richten het proces van individuele toekenning van zorg en/of hulp ieder op eigen wijze in.



## Inleiding

Mensen doen graag zoveel mogelijk zelf en willen zo min mogelijk afhankelijk zijn van familie, vrienden of professionals. Ziekte kan er voor zorgen dat iemand toch een beroep moet doen op de hulp van anderen. Een bezoek aan de huisarts is vaak voldoende om ervoor te zorgen dat iemand weer verder kan. Maar soms is langduriger hulp noodzakelijk. In alle gevallen vinden we het belangrijk dat we zelf de regie houden.

Vanuit deze "eigen kracht" gedachte wordt door de landelijke overheid een breed pakket aan maatregelen getroffen in het veld van zorg en voorzieningen voor burgers. Door toename van het aantal chronisch zieken, de vergrijzing en met het oog op kostenbesparing wil zij burgers en lokale overheden stimuleren om eigen oplossingen te vinden. De overheid (93) wil dat mensen langer zelfstandig thuis blijven wonen. Het voorkomen van ziekte of beperkingen, zorgen voor jezelf en je naaste, en ondersteuning en zorgverlening thuis worden gestimuleerd.

Door de decentralisatie van de jeugdzorg, de invoering van de participatiewet en de decentralisatie van AWBZ begeleiding krijgen gemeenten de regie over een groot deel van het sociale domein. Met het oog op de voorgenomen bezuinigingen zal het een grote uitdaging worden om de zorg op peil te houden. Gemeenten zien deze transitie als een kans om zorg en ondersteuning integraal te organiseren, afgestemd op de mens in zijn sociale omgeving (94). Voor gemeenten betekent dit dat er bij hulpvragen allereerst wordt gekeken naar de eigen kracht, daarna naar de kracht van de sociale omgeving (sociaal netwerk) en vervolgens naar hulp van de zorgverleners en overheid in de vorm van collectieve en individuele voorzieningen (tekstkader 5.1).

### Leeswijzer

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe het ervoor staat met de eigen kracht van het individu, de informele zorg (mantelzorgers en vrijwilligerszorg) en de formele zorg in Zuid-Limburg. De regio heeft te maken met een sterke vergrijzing en het aantal ouderen neemt alleen maar toe. Deze groep maakt, vanwege multimorbiditeit, over het algemeen veel aanspraak op zorg en voorzieningen, met name de ouderen in een kwetsbare positie. In dit hoofdstuk is in iedere paragraaf een verdieping gegeven specifiek voor de doelgroep ouderen (in een kwetsbare positie). Er wordt afgesloten met een doorkijk naar de toekomstige ontwikkelingen die relevant zijn voor integrale zorg in de wijk.



## Pijlers van eigen kracht

De mate van zelfredzaamheid is voor iedereen verschillend. Het wordt bepaald door de wijze waarop iemand met zijn fysieke, psychische en sociale omstandigheden omgaat (zie tekstkader 5.2). Hierbij gaat het niet alleen om het leren hanteren van ziekte gerelateerd gedrag, maar ook om het blijvend kunnen participeren in dagelijkse activiteiten en sociale rollen. Denk hierbij aan hobby's, (vrijwilligers)werk en het leren omgaan met emotionele veranderingen als gevolg van gezondheidsproblemen en beperkingen (96). Gemeenten spreken in dit kader vaak over de "eigen kracht". Een voorbeeld van het organiseren van eigen kracht is "buurtkracht", waar binnen de gemeente Valkenburg aan de Geul ervaring mee is opgedaan (tekstkader 5.3). De GGD Zuid Limburg heeft zelfredzaamheid van de Zuid-Limburgers gemeten op basis van twee maten, namelijk de mate waarin mensen regie over hun eigen leven ervaren en de vaardigheden die zij hiervoor beschikken (zelfmanagement). De tegenhanger van zelfredzaamheid is kwetsbaarheid (tekstkader 5.2).

### Zelfredzaamheid: regie over eigen leven

Bij regie over eigen leven gaat het om de beleving en het gevoel van hulpeloosheid in het omgaan met de problemen van het leven. Onder volwassenen (19-64 jaar) in Zuid-Limburg heeft 9% het gevoel geen regie te hebben over het eigen leven, bij de ouderen (65+) is dit percentage 15%. Daarnaast is er een sterk verband tussen regie over het eigen leven en opleidingsniveau. Personen met een laag opleidingsniveau hebben 4-5 keer zo vaak het gevoel geen regie over het eigen leven te hebben dan personen met een hoog opleidingsniveau. Dit verband is bij volwassenen sterker dan bij ouderen (figuur 5.2).

### Zelfmanagement neemt af met het ouder worden

Het vermogen om regie te houden over het eigen leven en welbevinden duiden we aan met 'zelfmanagement' (98). Dit is van belang bij het omgaan met bijvoorbeeld beperkingen en aandoeningen. Uit de Gezondheidsmonitor 2012 van de GGD Zuid Limburg (7) blijkt dat met het toenemen van de leeftijd, het totaal aan zelfmanagement vaardigheden afneemt (figuur 5.3). Als daarnaast wordt gekeken naar de verschillen in zelfmanagement-vaardigheden, dan is er een stabiel patroon te zien, waarbij alle vaardigheden afnemen bij een lager opleidingsniveau. Vooral bij de vaardigheid 'variëteit' (zelf kunnen zorgen voor meer mogelijkheden om iets te bereiken) is het verschil tussen laag en hoog opleidingsniveau het grootst.

## Tekstkader 5.2 Pijlers van eigen kracht

### Zelfredzaamheid

Zelfredzaamheid kan gezien worden als het vermogen van mensen om hun leven vorm te geven, zodat zij zoveel mogelijk zelf kunnen doen, maar daar waar dat echt niet kan, ondersteuning vragen en krijgen van anderen of gebruik kunnen maken van hulpmiddelen om hen te ondersteunen. Zelfredzaamheid heeft invloed op het leven van iemand en of diegene goed mee kan doen in de samenleving: door bijvoorbeeld het doen van vrijwilligerswerk, actief te zijn in verenigingen, op (klein)kinderen te passen, het verlenen van mantelzorg enzovoort.

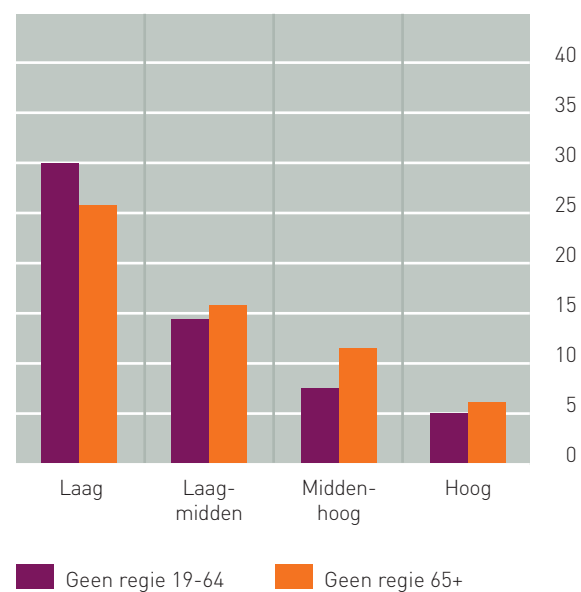
### Kwetsbaarheid

Over kwetsbaarheid, ook wel de tegenhanger van zelfredzaamheid, zijn veel verschillende definities in omloop (97). Het SCP hanteert de volgende definitie: Kwetsbaarheid bij ouderen is een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren dat de kans vergroot op negatieve gezondheidsuitkomsten (functiebeperkingen, opname, overlijden)' (97). Kwetsbaarheid is hierin geen statische staat waarin iemand verkeert, maar is een dynamisch proces dat verandert en wisselt al naar gelang de omgevingscontext en de persoonlijke situatie van een persoon. Iedereen kan door bijvoorbeeld ziekte of een ongeval, zich opeens in een kwetsbare positie bevinden. Vandaar dat we ook niet spreken over een kwetsbaar persoon, maar over iemand in een kwetsbare positie.

## Tekstkader 5.3 Buurtkracht

In de gemeente Valkenburg aan de Geul wordt gewerkt aan het bevorderen van gezonde en leefbare buurten via het principe van 'zelfsturing'. Zelfsturing betekent dat de gemeente bewust ruimte maakt voor initiatieven en oplossingen van bewoners en hen (mede)verantwoordelijk laat zijn voor de leefbaarheid en in hun dorp of kern. In project *Buurtkracht* geldt dit principe ook ten aanzien van gezondheid. Burgers weten zelf wat gezond is voor zichzelf en hun omgeving en worden hierbij gefaciliteerd door de gemeente. Dit vraagt een goede afstemming tussen vraag en aanbod, zowel binnen de gemeente als in de (dorps)kernen.

**Figuur 5.2** Regie over eigen leven naar opleidingsniveau (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

### Kwetsbaarheid hoger bij 75-plussers

Om inzicht te krijgen in de mate van kwetsbaarheid van ouderen (65+) is in de Gezondheidsmonitor 2012 van de GGD Zuid Limburg gebruik gemaakt van de Fried-criteria die de lichamelijke achteruitgang meet (99). Uit deze monitor blijkt dat het percentage ouderen in een kwetsbare positie aanzienlijk stijgt met de leeftijd. Van de ouderen tot 75 jaar bevindt 6% zich in een kwetsbare positie. In de leeftijd van 75 tot 85 jaar is dit 16% en bij de 85-plussers is het gestegen naar 30%. Van de ouderen die volgens de Fried-criteria kwetsbaar zijn 51% geeft geen gevoel van zelfregie te hebben, terwijl dit voor de totale groep ouderen beduidend lager is (16%).

De mogelijkheden om 75-plussers in een kwetsbare positie vroegtijdig op te sporen via de huisartsenpraktijk is nader onderzocht via het [G]oud project ([G]oud staat voor Gezond Oud). De resultaten laten zien dat er vooral problemen zijn met medicatiegebruik, dagelijkse activiteiten, psychische problemen (bijvoorbeeld depressieve klachten) en geheugenproblemen. Samen met de ouderen wordt een zorgbehandelplan opgesteld zodat de kwetsbaarheid niet verder toeneemt.

### Ouderen in een kwetsbare positie minder gezond

De cijfers laten zien dat de ouderen die op basis van de Fried-criteria als (fysiek) kwetsbaar worden gekenmerkt in een minder gezonde positie verkeren (tabel 5.1). Zo veel mogelijk beweging, maar op zijn minst een half uur per dag, is daarom voor deze groep van extra groot belang: het vergroot de mobiliteit, vertraagt de

gevolgen van het verouderingsproces en stimuleert vitaliteit. Echter de cijfers laten zien dat de ouderen in een kwetsbare positie beduidend minder vaak aan de beweegnorm voldoen (11%) ten opzichte van de totale groep ouderen (58%) (tabel 5.1).

Daarnaast blijkt dat ouderen in een kwetsbare positie in vergelijking met de totale groep ouderen lager scoren op diverse zelfredzaamheidsmaten (figuur 5.4).

Deze toename van kwetsbaarheid maakt mensen afhankelijker en hier ligt een uitdaging voor zorg- en dienstverleners om de eigen regie van mensen op hun leven te respecteren "ik als burger sta centraal" (zie tekstkader 5.4).

### Sociaal netwerk: meer druk op informele zorg

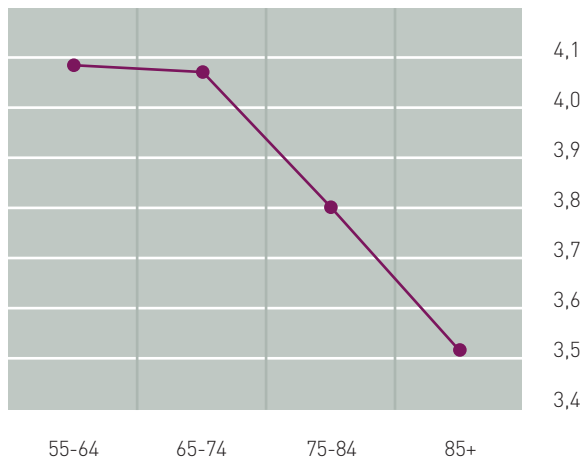
Mensen die door ziekte of een beperking hulp of zorg nodig hebben krijgen vaak ondersteuning uit hun directe sociale omgeving. Deze ondersteuning, gegeven door mantelzorgers of vrijwilligers in de zorg, wordt ook wel informele zorg genoemd (tekstkader 5.5). Goed georganiseerde informele zorg zorgt ervoor dat mensen minder (duurdere) professionele zorg nodig hebben en toch zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen. Ook kunnen mensen in de sociale omgeving maatschappelijke participatie en een actieve en gezonde leefstijl stimuleren. In deze paragraaf wordt een beeld geschetst van de stand van zaken en recente ontwikkelingen rondom informele zorg, in relatie tot integrale zorg in de wijk.

**Tabel 5.1** Bewegen en gezondheid van (kwetsbare) ouderen (65+) in Zuid-Limburg (in %)

	Kwetsbare ouderen	Ouderen
Voldoet aan de beweegnorm (NNGB)	11	8
Ervaart eigen gezondheid als (zeer) goed	5	52
Heeft één of meer chronische aandoeningen	99	87
Heeft 4 of meer chronische aandoeningen	68	25
Heeft hoog risico op angststoornis/depressie	90	45

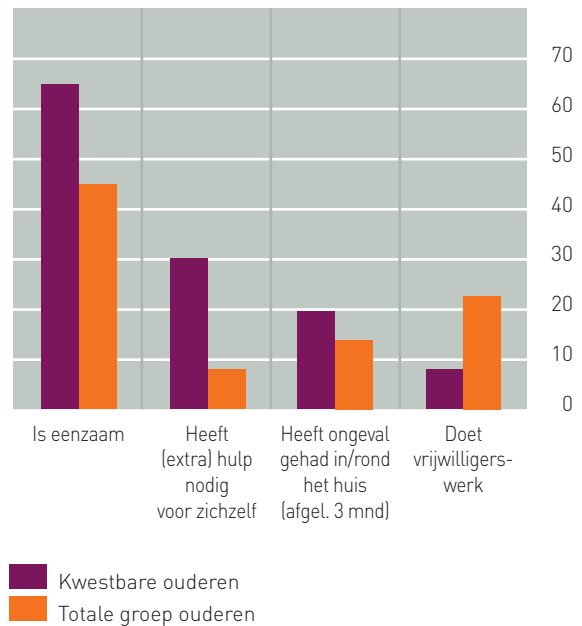
Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Figuur 5.3** Totaalscore zelfmanagement naar leeftijd



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012.

**Figuur 5.4** Factoren van invloed op zelfredzaamheid bij (kwetsbare) ouderen (65+) in Zuid-Limburg (in%)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012.

#### Tekstkader 5.4 Ik als burger\* sta centraal (een visie op zorg/dienstverlening Huis voor de zorg \*\*)

Als ik als burger zorg nodig heb, verwacht ik dat mij de hoogste kwaliteit ten deel valt. Echter, de realiteit is anders. Ik als burger vraag derhalve om hantering van kwaliteitscriteria vanuit de volgende tweeledige focus:

1. mensgericht functioneren; elke burger wordt altijd optimaal als mens bejegend, behandeld en verzorgd
2. functioneren in (zorg)netwerken; iedere zorgvorm wordt maximaal samenhangend georganiseerd -vanuit verschillende zorgverleners en mogelijk werkzaam in verschillende organisaties-.

#### Streven naar cliëntgerichte integrale wijkzorg en/of dienstverlening

Als ik als burger zorg in de wijk nodig heb, verwacht ik dat optimale 'cliëntgerichte integrale wijkzorg' wordt geboden. Dit betekent voor mij dat er voldaan wordt aan de volgende vier kernwaarden:

- mensgericht: ik word altijd optimaal als mens bejegend, behandeld en verzorgd;
- in netwerkverband: de zorg wordt maximaal samenhangend georganiseerd;
- op maat: de zorg wordt altijd optimaal afgestemd op mijn persoonlijke wensen, behoeften en mogelijkheden;
- invulling zeggenschap & verantwoordelijkheid: de zorg vindt plaats op basis van afspraken met mij over de eigen inbreng/zelfregie.

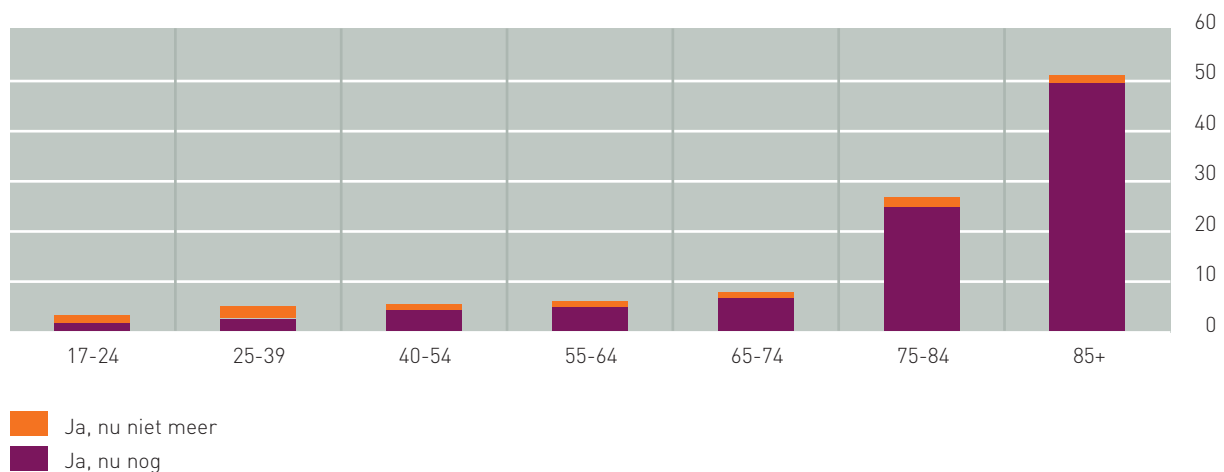
#### Visie is een gezamenlijke uitdaging

Zorgverleners, publiek en privaat, pak de handschoen op om deze visie samen met patiënten/cliënten te (leren) realiseren. Bevorder scholing om de eigen zeggenschap van burgers te vergroten, bij voorkeur structureel en op wijkniveau.

\* Onder burger wordt ook verstaan persoon/ouder/patiënt/cliënt/klant.

\*\* Het Huis voor de Zorg is een onafhankelijke organisatie, die zich inzet voor de belangen van (potentiële) zorgvragers in Limburg.

**Figuur 5.5** Mantelzorg ontvangen naar leeftijd (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

### Een op de tien Limburgers is vrijwilliger in de zorg

Er zijn in Nederland naar schatting 420.000 vrijwilligers actief in de zorg. Hiervan bieden 25.000 vrijwilligers sociaal-emotionele, één op één ondersteuning aan (thuiswonende) mensen in een kwetsbare positie, zoals thuishulp, vriendendiensten, buddyzorg of georganiseerde burenhulp (101). Vrouwelijke vrijwilligers zijn bijna drie keer zo vaak actief in de zorg als mannelijke vrijwilligers. Ouderen en laagopgeleiden doen vaker vrijwilligerswerk in de zorg dan jongeren en hoogopgeleiden. Dat ouderen vaker zorgvrijwilligerswerk doen dan jongeren lijkt te

komen doordat zij meer tijd hebben, meer mensen ontmoeten die hulp behoeven en doordat jongeren zich minder vast willen leggen (100).

Over vrijwilligers in de zorg zijn geen Zuid-Limburgse gegevens beschikbaar, alleen voor Limburg als geheel. In Limburg zijn 63.000 vrijwilligers actief in de zorg. Dit is 11% van de totale groep vrijwilligers. Limburg kent een breed palet aan organisaties waarin zorgvrijwilligers werkzaam zijn. In 2005 telde Limburg 696 vrijwilligersorganisaties op het gebied van zorg en gezondheid (20).

### Tekstkader 5.5 Zorgen voor je naaste (100)

#### Mantelzorg overkomt je

Mantelzorg wordt omschreven als 'de zorg die wordt gegeven aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe omgeving'. Het kan zowel gaan om de zorg aan huisgenoten als aan niet huisgenoten en om intensieve of minder intensieve hulp, maar het gaat altijd om de zorg voor iemand met gezondheidsproblemen, dus bijvoorbeeld niet om klussen, oppassen of de alledaagse zorg voor een gezond kind. Mantelzorg wordt vaak gezien als een morele verplichting (49).

#### Vrijwilligerszorg kies je

Bij vrijwilligers in de zorg gaat het om 'vrijwilligers die onbetaald en onverplicht werkzaamheden verrichten in georganiseerd verband voor anderen die zorg en ondersteuning nodig hebben en met wie ze - bij de start - geen persoonlijke relatie hebben'. Dit laatste is een belangrijk verschil met mantelzorg.

### Mantelzorg

#### Toename van mensen die mantelzorg ontvangen

Van de volwassenen (19-64 jaar) in Zuid-Limburg heeft 4% het afgelopen jaar mantelzorg gekregen, bij de ouderen (65+) is dat 18%. Er is een sterk verband tussen het ontvangen van mantelzorg en leeftijd, 3% van de jong volwassenen krijgt mantelzorg tot ruim 50% van de 85-plussers (figuur 5.5). Het percentage volwassenen en ouderen dat aangeeft mantelzorg te krijgen is toegenomen ten opzichte van 2008/2009. Bij ouderen is de toename zelfs van ruim 13% naar bijna 17%.

#### Stijging aantal mensen die mantelzorg geven

In Zuid-Limburg geeft 13% van de volwassenen (19-64 jaar) en 12% van de ouderen (65+) mantelzorg. Voor volwassenen en ouderen is dit ongeveer gelijk aan het landelijke percentage. Onder de 65 jaar geven in Zuid-Limburg veel meer vrouwen dan mannen mantelzorg (16%-9%). Bij 65-plussers zijn dit net zoveel vrouwen als mannen. Er is sprake van een duidelijke stijging in het percentage mensen dat mantelzorg verleent. Bij beide groepen, volwassenen en ouderen, is een significante toename ten opzichte van 2008/2009.



In 2008/2009 verleende respectievelijk 8% en 7% van de volwassenen/ouderen intensieve mantelzorg, in 2012 was dit 13% en 12%. Verder blijkt dat volwassenen en ouderen even vaak betrokken zijn bij verpleging of verzorging maar dat volwassenen vaker zijn betrokken bij praktische en emotionele zaken (7).

### Overbelasting mantelzorgers

Het verlenen van mantelzorg kan na enige tijd leiden tot een zware (psychische en/of fysieke) belasting en kan ten koste kan gaan van de gezondheid en het welbevinden van mantelzorgers zelf (49). In Zuid-Limburg voelt 15% van de volwassen mantelzorgers (19-64 jaar) en 14% van de oudere mantelzorgers (65+) zich overbelast (7). De overbelasting van mantelzorgers in Zuid-Limburg is ongeveer gelijk aan de belasting van mantelzorgers in Nederland. Mantelzorgers die zich zwaar belast voelen geven gemiddeld meer uren zorg: 23 uur ten opzichte van gemiddeld 9 uur door mantelzorgers die zich niet zwaar belast voelen (24). In Zuid-Limburg geeft 15,1% van de mantelzorgers van 19 jaar en ouder aan zich tamelijk zwaar tot zwaar belast te voelen.

Uit een peiling onder het Nationaal Mantelzorgpanel blijkt dat mantelzorgers opvallend eenzaam zijn: 43% van de mensen die langdurig voor een ander zorgen zijn eenzaam ten opzichte van het landelijke eenzaamheidspercentage van 10% (102). In hoofdstuk 3 staat bovendien beschreven hoe de gezondheid van mensen samenhangt met het geven van mantelzorg.

### Mantelzorgers en behoefte aan steun

Mantelzorgers vragen zelf niet snel ondersteuning. Een op de vier oudere mantelzorgers in Zuid-Limburg heeft echter behoefte aan praktische of emotionele steun, dat is 3,0% van het totaal aantal ouderen (65+). Bij volwassenen (19-64 jaar) heeft ruim één op de vijf behoefte aan deze steun, 2,7% van de totale groep volwassenen (7). Om het zorgen voor een naaste langer vol te kunnen houden en overbelasting te voorkomen, moeten mantelzorgers in staat worden gesteld om zo nu en dan de zorg over te kunnen dragen. Respijtzorg biedt mantelzorgers de mogelijkheid om de zorg tijdelijk over te dragen aan iemand anders. Op deze wijze creëren ze even een moment om op adem te komen en energie op te doen zodat ze hun zorgtaak beter en langer kunnen blijven volhouden. Een Limburgs onderzoek, (zie tekstblok 5.6), onder 251 mantelzorgers laat zien uit dat ongeveer 25% gebruik maakt van respijtzorg en dat 14% dit zou willen.

### Stijgende vraag naar mantelzorg ondersteuning

De ondersteuning van mantelzorgers door gemeenten is in de Wmo wettelijk geregeld. Het aanbod van mantelzorgondersteuning kan variëren tussen verschillende gemeenten (100). Op provinciaal niveau is er een Platform Mantelzorg Limburg met als kerntaak de collectieve belangenbehartiging en zeggenschap van, voor en door mantelzorgers in Limburg. Zuid-Limburg beschikt over drie steunpunten voor mantelzorg in de

#### Tekstkader 5.6 Onderzoek respijtzorg in Limburg\*

Het Platform Mantelzorg Limburg heeft eind 2013 via het cliëntenpanel van het Huis voor de Zorg een vragenlijst uitgezet over Respijtzorg in Limburg onder 251 mantelzorgers. 66% zorgt al langer dan 5 jaar voor de zorgvrager. Van hen maakt 25% al gebruik van respijtzorg en 14% zou dit graag willen.

#### Redenen voor respondenten om gebruik te maken van respijtzorg zijn:

- opvang tijdens werkuren van de mantelzorgers of vakantie;
- boodschappen, of administratie doen;
- sociale contacten kunnen onderhouden;
- tijd voor zichzelf hebben, of alleen aan zichzelf hoeven denken.

#### Redenen voor respondenten om géén gebruik te maken van respijtzorg zijn:

- het huidige aanbod is niet passend bij de zorgvrager;
- de zorgvrager moet een vertrouwensband kunnen opbouwen met een hulpverlener;
- het regelen van respijtzorg kost teveel energie.

Ook zijn er mantelzorgers die aangeven geen respijtzorg nodig te hebben, omdat ze de zorg kunnen delen met verschillende familieleden of meerdere mensen binnen hun sociaal netwerk.

De resultaten zijn beschikbaar op [www.platformmantelzorg.nl](http://www.platformmantelzorg.nl)

regio. Deze steunpunten hebben een brede expertise en kunnen op individueel niveau ondersteuning bieden. De steunpunten rapporteren in 2013 een toegenomen aantal vragen voor ondersteuning en zien hierin een continue stijgende lijn.

### Ouderen in een kwetsbare positie ontvangen meer mantelzorg

Als gekeken wordt naar de ouderen in een kwetsbare positie (65+), berekend aan de hand van de Fried-criteria, valt op te merken dat het percentage ouderen in een kwetsbare positie dat mantelzorg geeft (11%) ongeveer gelijk is aan de totale groep ouderen dat mantelzorg geeft (12%). Als echter gekeken wordt naar wie het afgelopen jaar mantelzorg heeft ontvangen, blijken de verschillen zeer groot te zijn. Zo heeft 59% van de ouderen in een kwetsbare positie het afgelopen jaar mantelzorg ontvangen, en maar 18% van de totale groep 65-plussers (7).

Om terug te kunnen vallen op familie en/of vrienden voor het krijgen van mantelzorg is een goed sociaal netwerk noodzakelijk. Er zijn verschillende soorten sociale netwerken te onderscheiden. Uit de literatuur blijkt dat lokaal geïntegreerde netwerken (groot netwerk, met ook veel lokale contacten) meer kans hebben op informele hulp in geval van nood en ziekte dan het privacy gerichte netwerk (klein beperkt netwerk, wijst op meer isolatie). Lokaal geïntegreerde netwerken zijn

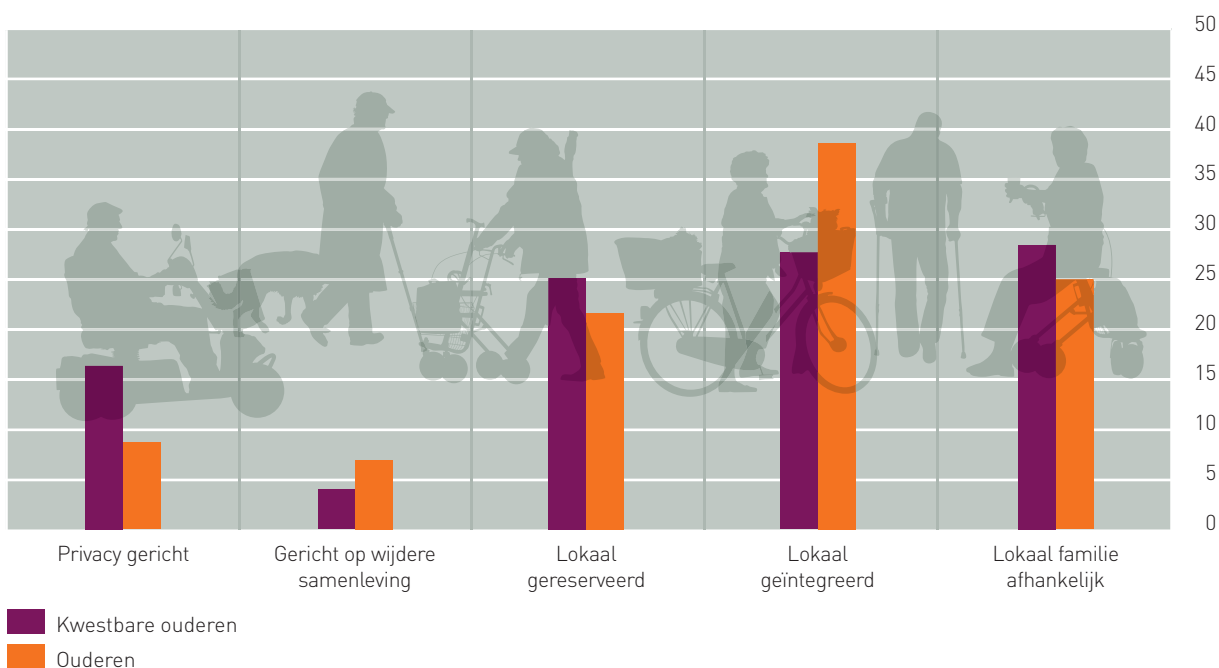
robuuster, omdat de informele hulp meer verdeeld is over de netwerkliden. Privacy gerichte netwerken doen juist een groter beroep op formele hulp en zijn het meest kwetsbaar (103). De cijfers laten duidelijk zien dat de ouderen in een kwetsbare positie vaker terugvallen op een privacy gericht netwerk dan op een lokaal geïntegreerd netwerk (figuur 6.6).

### Collectieve voorzieningen

In het licht van de decentralisaties van werk, jeugd en participatie groeit de verantwoordelijkheid van gemeenten voor het realiseren van basisvoorzieningen die voor iedereen, van jong tot oud, toegankelijk zijn. Het gaat dan om:

- collectieve basisvoorzieningen op het terrein van sport, spel, wonen, welzijn, cultuureducatie, gezondheidseducatie, veiligheid, gezonde schoolgebouwen, buurteconomie, arbeidsparticipatie, sociale cohesie, armoedepreventie, (jeugd)gezondheidsbevordering, en preventie van risicogedrag en ongezondheid;
- basiszorg bestaande uit informatie en advies, begeleiding, activering, faciliteren en ondersteunen van (wijk)netwerken, burgerinitiatieven, mantelzorgers en vrijwilligers, zorg voor onderwijs- en arbeidsparticipatie, re-integratie, schuldhulpverlening en vangnetvoorzieningen.

**Figuur 5.6** Het sociale netwerk van (kwetsbare) ouderen (65+) in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

**Tabel 5.2** Gebruik welzijnsvoorzieningen van (kwetsbare) ouderen (65+) in Zuid-Limburg (in %)

	Kwetsbare ouderen	Ouderen
• Hulp bij administratieve of financiële activiteiten	42	32
• Recreatieve / culturele activiteiten voor ouderen vanuit een activiteiten- of dienstencentrum	17	13
• Sport- of bewegingsactiviteiten voor ouderen vanuit een activiteiten- of dienstencentrum	12	13
• Vervoer naar voorzieningen	33	10
• Lokaal loket voor informatie over gezondheid, zorg, welzijn en wonen	15	6
• Maaltijdverstrekking / maaltijddienst	14	5
• Hulp in en om huis van een vrijwilliger via een vrijwilligersorganisatie	10	4
• Eetpunt	8	4
• Ondersteuning bij het geven van mantelzorg	9	3
• Advies of voorlichting ouderenadviseur of ouderenvoorlichter	8	3
• Hulp bij (het uitbreiden van) mijn sociale contacten	6	2

Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

### Gebruik welzijnsvoorzieningen neemt toe

Ouderen maken over het algemeen meer gebruik van welzijnsvoorzieningen dan volwassenen. Zuid-Limburgse cijfers over het gebruik van welzijnsvoorzieningen door volwassenen zijn niet beschikbaar. Van de Zuid-Limburgse ouderen (65+) maakte meer dan één derde (37%) in 2012 gebruik van welzijnsvoorzieningen. Dit is een toename ten opzichte van 2008, waar nog maar 28% gebruik maakte van de voorzieningen. Daarbij is te zien dat ook hier met het toenemen van de leeftijd het gebruik van welzijnsvoorzieningen toeneemt, dit loopt van 39% van de 65-74 jarigen tot 60% van de 85-plussers. Iets meer dan een kwart van de ouderen (28%) heeft daarnaast aangegeven behoefte te hebben aan meer welzijnsvoorzieningen. Dit is een stijging ten opzichte van 2008. De reden waarom ouderen geen gebruik maken van welzijnsvoorzieningen, zoals vermeld in tabel 5.2, is divers. Soms weten ouderen niet welke voorzieningen er allemaal zijn in de gemeente (4,5%) of waar ze een voorziening kunnen aanvragen (6,2%). Een andere reden die genoemd wordt zijn de kosten verbonden aan een voorziening (4,6%) [7].

Ouderen (65+) maken het meest gebruik van hulp bij administratieve of financiële activiteiten (32%). Daarnaast maakt ongeveer 13% van de ouderen gebruik van sport en bewegingsactiviteiten en/of van recreatieve en culturele activiteiten. 10% van de ouderen maakt gebruik van vervoer naar voorzieningen. Voor alle welzijnsactiviteiten is een toename in gebruik te zien naarmate men ouder wordt. Ouderen in een kwetsbare positie maken vaker gebruik van deze welzijnsvoorzieningen

vergeleken met de totale groep ouderen. Vervoer naar voorzieningen en maaltijdverstrekking wordt zelfs drie keer zo vaak gebruikt door ouderen in een kwetsbare positie. Zij maken overigens minder gebruik van sport- en bewegingsactiviteiten (tabel 5.2).

### Individuele voorzieningen: formele zorg

Zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten gaan vanaf 2015 gezamenlijk de formele zorg voor kwetsbare burgers organiseren. Samenwerking en "over elkaars grenzen kijken" zal daarbij essentieel worden. Centraal staat de zorg die dicht bij burgers in de wijk wordt geleverd. In deze paragraaf staat beschreven wat de omvang is van de formele zorg op wijkniveau in Zuid-Limburg op basis van gegevens uit de regionale enquêtes en van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Tevens wordt een doorkijk gegeven hoe de stelselveranderingen deze wijkzorg kunnen beïnvloeden.

### Limburger ziet huisarts vaak

In Zuid-Limburg zijn er per 10.000 inwoners iets meer huisartsen dan gemiddeld in Nederland, 4,4 versus 4,2. De inwoners zien de huisarts gemiddeld ook vaker, 76,4% versus 72,4%.

In Limburg werkt 38% van de huisartsen in een groepspraktijk, iets meer dan het landelijk gemiddelde (36%) (104). Het percentage huisartsen in een groepspraktijk is in Nederland in de afgelopen tien jaar gestegen. In Limburg zijn al langere tijd relatief veel praktijkondersteuners werkzaam. Meer dan 90% van de huisartsen-

praktijken in Zuidoost Nederland had in 2011 een praktijkondersteuner, tegen 75% in heel Nederland. De praktijkondersteuners begeleiden veelal chronisch zieke patiënten, waardoor zorg en geïndiceerde preventie nadrukkelijker aan elkaar verbonden worden (105).

### Wijkverpleging duidelijke meerwaarde

Onder wijkverpleging wordt verstaan de verpleging en verzorging bij mensen thuis. Tot nu toe (2013) worden verpleging en verzorging thuis bekostigd vanuit de AWBZ. In Zuid-Limburg kregen, volgens de CIZ gegevens van januari 2013, 13.265 mensen persoonlijke verzorging en 4.180 mensen verpleegkundige zorg (106). Verhoudingsgewijs krijgen in Zuid-Limburg veel meer mensen verpleging en verzorging dan gemiddeld in Nederland (respectievelijk en 1,48 en 1,36 keer zoveel) (figuur 5.7).

Naast de reguliere wijkverpleging is er de afgelopen jaren geïnvesteerd in extra ruimte voor de wijkverpleegkundige om taken uit te voeren buiten de formeel geïndiceerde taken. In Zuid-Limburg werd met deze werkwijze geëxperimenteerd in Parkstad en in Maastricht Heuvelland. Onderzoek wijst uit dat door deze werkwijze 34% van de cliënten weer (meer) regie heeft over het eigen leven. Voor 30% van de cliënten is de zorg (beter) georganiseerd en 30% is doorgeleid naar andere zorg of hulp. De mantelzorgers van 18% van de cliënten hebben ondersteuning gekregen en bij 8% is de informele zorg (meer) betrokken (107).

### AWBZ begeleiding is hoog

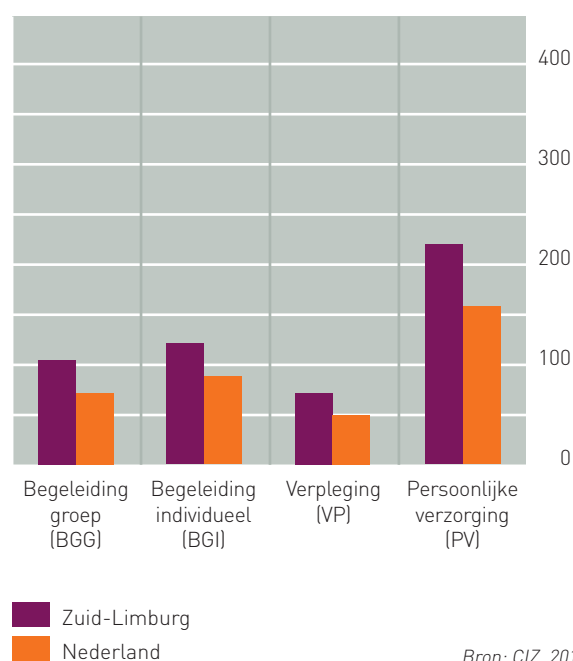
De overheid heeft het voornemen om de begeleiding uit de AWBZ in 2015 naar de Wmo te verplaatsen. Begeleiding wordt gegeven aan mensen die beperkt zelfredzaam zijn en kent verschillende vormen, zoals individuele begeleiding aan huis om het dagelijkse leven te organiseren en groepsbegeleiding zoals dagbesteding. In 2013 waren er 7.160 mensen in Zuid-Limburg die individuele begeleiding kregen en 6.270 mensen die begeleiding in een groep kregen. Vergeleken met het gemiddeld aantal mensen dat begeleiding krijgt in Nederland, wordt in Zuid-Limburg 1,3 keer zo vaak gebruik gemaakt van individuele begeleiding en 1,7 keer zo vaak van groepsbegeleiding (figuur 5.7). Mogelijke verklaringen zijn het gegeven dat er meer mensen met een beperking wonen in Zuid-Limburg, de vergrijzing en de lage sociaal economische status.

### Veel hulp bij de huishouding

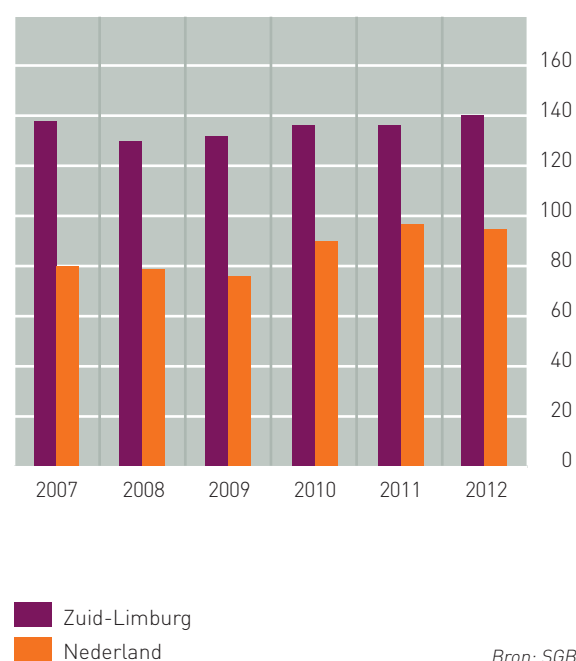
In Zuid-Limburg krijgen mensen meer hulp in het huishouden dan gemiddeld in Nederland (1,7 keer zoveel). Dit was al het geval in 2007, toen de hulp in de huishouding over ging naar de Wmo. Deze tendens is daarna niet veranderd (figuur 5.8).

Veel Zuid-Limburgse gemeenten hebben de afgelopen jaren getracht om deze uitgaven te beperken. Gemeenten hebben bijvoorbeeld de indicaties van cliënten die hulp in het huishouden ontvangen kritisch bekeken op

**Figuur 5.7** Gebruikers extramurale AWBZ zorg per 10.000 inwoners



**Figuur 5.8** Uitgaven (€) hulp in de huishouding per inwoner, binnen de Wmo





de vraag of de hulp nog steeds nodig is. Verder is de omvang van de hulp die door de gemeente geboden wordt verkleind, en is de eigen bijdrage van cliënten verhoogd. Ondanks deze maatregelen is het aantal mensen dat hulp in de huishouding krijgt gestegen tussen 2009 en 2011. Zie [hoofdstuk 1](#) voor meer informatie over de behoefte aan hulp bij het huishouden.

### Wmo-vervoer: uitgaven regiotali dalen

Een belangrijke voorziening voor thuiswonende mensen met een beperking is de regiotali. Iedereen kan hiervan gebruik maken en de gemeente betaalt een belangrijke bijdrage in de kosten voor mensen met een beperking. In 2012 hadden bijna 27.000 inwoners van Zuid-Limburg een regiotalivoorziening (4,4%). In Zuid-Limburg werd in 2012 gemiddeld 16 euro per inwoner uitgeven aan regiotalivervoer. In de afgelopen jaren hebben veel gemeenten in Zuid-Limburg het aantal zones dat een cliënt per jaar mag reizen gelimiteerd. Hierdoor zijn de uitgaven per cliënt voor regiotalivervoer verminderd (108).

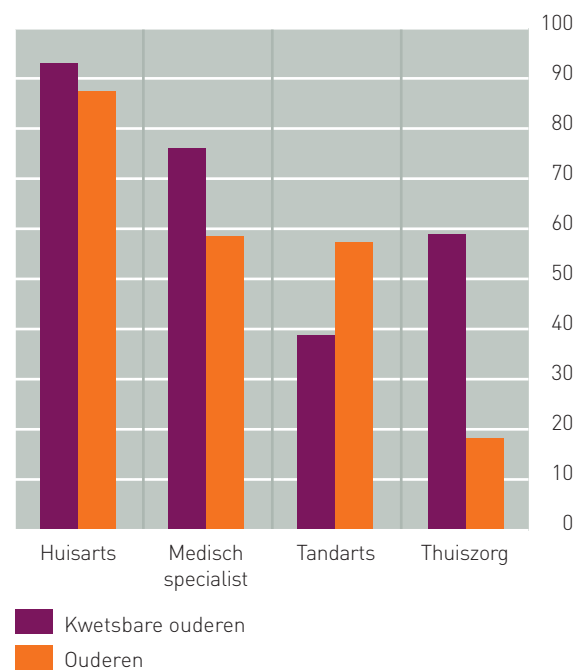
### Ouderen in een kwetsbare positie gebruiken meer zorg

Ouderen maken relatief vaak gebruik van formele zorg. Het gebruikte type gezondheidzorg is daarbij wel sterk afhankelijk van de leeftijd: het gebruik van de thuiszorg stijgt bijvoorbeeld met de leeftijd en tandartsgebruik daalt met het ouder worden (figuur 5.9). Het totale gebruik van zorg is gedaald ten opzichte van 2012, het gebruik van de huisarts is gelijk gebleven. Als ouderen in een kwetsbare positie (65+) worden vergeleken met de totale groep ouderen (65+) blijkt dat bij de groep ouderen in een kwetsbare positie meer mensen het afgelopen jaar contact hebben gehad met de huisarts, medisch specialist en de thuiszorg. Op het gebied van tandartsgebruik is juist een afname te zien.

### Integrale wijkzorg: een Zuid-Limburgse uitdaging

Ten tijde van het verschijnen van deze regionale VTV is er nog veel onduidelijkheid over de concrete uitwerking van alle veranderingen in het sociale domein. Toch zal op basis van de bevindingen in dit hoofdstuk een aantal toekomst perspectieven worden geschetst. Landelijk wordt gestimuleerd dat zorg en ondersteuning gedecentraliseerd wordt naar gemeenten en wijken. Mensen leven langer, blijven langer thuis wonen en gestreefd wordt de (complexe) zorg steeds dichterbij de mensen te organiseren. Er wordt een groter beroep gedaan op de eigen kracht van mensen en hun sociale omgeving. Duidelijk wordt dat er een verschuiving dient op te treden van curatie naar preventie, van professionele zorg naar informele zorg, van intramurale zorg naar extramurale zorg (94). Het niveau van de wijk wordt belangrijk want

**Figuur 5.9** Zorggebruik van (kwetsbare) ouderen (65+) in Zuid-Limburg (in %)



Bron: Gezondheidsmonitor GGD Zuid Limburg 2012

daar wordt een verbinding gelegd tussen de huisarts, praktijkondersteuners, wijkverpleging, maatschappelijk werk, en mantelzorgers en zorgvrijwilligers. Met dit gegeven en de regionale gezondheidscijfers, zie tekstkader 5.7, ligt hier een uitdaging voor Zuid-Limburgse gemeenten.

### Limburgers meer zorgafhankelijk

Zuid-Limburg heeft naast de vergrijzing ook te maken met ontgroening. Het aantal ouderen in een kwetsbare positie zal toenemen en een groter beroep doen op zorg- en welzijnsvoorzieningen. Daar komt bij dat het zorggebruik in Zuid-Limburg veel hoger is dan in de rest van Nederland. Met name het gebruik van hulp bij het huishouden en begeleiding is hoog. De hoge zorgconsumptie in Zuid-Limburg is enerzijds te verklaren uit de hoge morbiditeitscijfers (zie [hoofdstuk 1](#)). Een andere verklaring ligt mogelijk in de geschiedenis van de Zuid-Limburgse mijnindustrie, waarin de mijnwerkers gebruik konden maken van relatief goede voorzieningen (tekstkader 5.8). Mogelijk is in die tijd (1920-1970) een afhankelijke houding ontstaan die nog steeds aanwezig is in de cultuur van de Zuid-Limburgse samenleving. Dit kan betekenen dat de 'kanteling, meer inzet vanuit eigen kracht' in Zuid-Limburg lastiger te realiseren is.

## Kansrijke regionale initiatieven

De decentralisatie van zorgtaken naar de gemeente biedt kansen om de zorg efficiënter te organiseren. Een integrale werkwijze zorgt ervoor dat de zorg beter afgestemd wordt op de behoeften, wensen en mogelijkheden van mensen zodat men langer zelfstandig thuis kan blijven wonen. Essentieel hierbij is dat mensen zelf regie nemen over hun eigen zorg, maar ook dat de zorgbehoefte pro-actiever gediagnosticeerd wordt en beter afgestemd wordt tussen alle ketenpartners. In Zuid-Limburg zijn al talloze initiatieven gestart vanuit gemeenten, zorgverleners en ziektekostenverzekeraars waarmee gezocht wordt naar mogelijkheden tot meer onderlinge verbinding en afstemming en ter bevordering van integrale zorg in de wijk. Hieronder volgt een korte schets.

## Centraal aanspreekpunt

Veel gemeenten hebben een gemeenschappelijk aanspreekpunt in de wijk gecreëerd waar burgers zorgvragen kunnen melden, zoals een Wmo-loket, een inlooppunt of een wijkverpleegkundige. In de gemeente Heerlen is reeds ervaring opgedaan met het werken van een wijkverpleegkundige als zichtbare schakel (tekstkader 5.9).

## Individuele gesprekken

Gemeenten kiezen voor individuele gesprekken (zogenoemde keukentafelgesprekken) om de zorgvraag helder te krijgen. Zij trachten in deze gesprekken niet alleen meer inzicht te krijgen in de "vraag achter de vraag", maar proberen mensen ook te activeren om het heft in eigen handen te nemen en de sociale omgeving in te schakelen. Hiervoor kiezen veel gemeenten voor het opleiden van zogenaamde 'generalisten' die inzicht

### Tekstkader 5.7 De Zuid-Limburgse cijfers samengevat

In Zuid-Limburg wordt gemiddeld veel meer zorg geconsumeerd dan in de rest van Nederland. Er zijn meer huisartsen en mensen bezoeken de huisarts vaker. Gemeenten geven 1,7 keer zoveel geld uit aan hulp bij het huishouden. Ook is er binnen de AWBZ een relatief groot gebruik voor begeleiding, bijna 1,5 keer zoveel dan gemiddeld in Nederland. En er lijkt eerder een toename te zijn dan een afname van zorg. Ondanks pogingen van gemeenten om de uitgaven van hulp bij het huishouden te beperken, is de vraag naar hulp bij het huishouden in Zuid-Limburg sinds 2007 alleen maar gestegen. Gedeeltelijk kan de verklaring gezocht worden in de hogere ziektelast waar Zuid-Limburg mee te maken heeft, maar dit verklaart zeker niet alles.

Daarnaast zien we al jaren een toename van het aantal Zuid-Limburgers dat een beroep doet op mantelzorg. De verwachting is dat deze stijging zal doorzetten met de huidige beleidsontwikkelingen in de langdurige zorg (49).

De zelfredzaamheid neemt bovendien sterk af naarmate mensen ouder worden. Vanaf 75 jaar neemt het gevoel om regie te hebben over hun eigen leven snel af en hebben mensen steeds minder vaardigheden om die regie te behouden. Bovendien neemt de fysieke kwetsbaarheid toe vanaf 75 jaar. Ouderen in een kwetsbare positie zijn ongezonder, eenzamer, en ontvangen veel meer mantelzorg en formele zorg (met name thuiszorg).

### Tekstkader 5.8 'De verzorgingsstaat in het klein'

Het oorspronkelijk op landbouw gerichte Limburg kreeg het zwaar toen de Verenigde Staten in 1880 begonnen met de import van goedkoop graan. De mijnen, die in de jaren twintig kwamen, waren daarom zeer welkom. Ze brachten de industrialisatie die hier zo lang was uitgebleven. Het was echter zwaar en gevaarlijk werk. De werkgevers - waaronder de Nederlandse staat - was er dan ook veel aan gelegen om de werknemers vast te houden. Dat deden ze door goede voorzieningen te treffen. En daar gingen ze heel ver in. De mijnorganisaties hebben, samen met maatschappelijke en kerkelijke instellingen, een samenleving opgebouwd die men kan typeren als een verzorgingsstaat in het klein. In Nederland kwam de verzorgingsstaat in de jaren zestig tot ontplooiing, in de Limburgse mijnstreek was die bij wijze van spreken toen al voltooid. Ook na het sluiten van de mijnen kwamen er allerlei voorzieningen om de voormalig mijnwerkers om te scholen, aan ander werk te helpen of met pensioen te laten gaan. Het vermoeden bestaat dat de mentaliteit van "de overheid moet voor ons zorgen" in Zuid-Limburg dus gedurende de hele mijnperiode is gevoed en nu nog aanwezig is in de Zuid-Limburgse samenleving (109).

hebben in het brede veld van mogelijke zorg-, ondersteunings- en welzijnsvoorzieningen. Dit zijn meestal maatschappelijk werkers, wijkverpleegkundigen en Wmo-consulenten.

### Sociale wijkteams

Om de afstemming van zorg- en hulpverlening te bevorderen, worden in veel gemeenten sociale wijkteams georganiseerd. Maar wat er onder sociale wijkteams verstaan wordt, wat de functie is en wat de bevoegdheden zijn varieert per gemeente. Een sociaal wijkteam kan een groep zijn van bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige, een welzijnswerker en een opbouwwerker, die samen de zorgvragen van wijkbewoners in kaart brengen en daar, samen met de wijkbewoners, oplossingen voor bedenken. In sommige gemeenten krijgen ze de bevoegdheid om Wmo zorg of andere voorzieningen in te schakelen. In andere plaatsen is een sociaal wijkteam

een groep van apart werkende zorgverleners, die regelmatig overleggen over de zorg voor mensen met complexe sociaal-medische problematiek. Naast zorgverleners sluiten ook soms politie en woningbouwverenigingen aan. Soms is er een koppeling met het Centrum Jeugd en Gezin (CJG) en met de chronische zorg en/of ouderenzorg. Het is nog te vroeg om te kunnen concluderen of wijkteams succesvol zijn, al is het maar omdat onder de naam van 'wijkteam' een scala aan werk- en organisatievormen schuil gaat.

### Ondersteuning van burgers

Gemeenten zijn op zoek naar mogelijkheden om de informele zorg lokaal te stimuleren en ondersteunen. In de gemeente Simpelveld zijn de lokale mogelijkheden onderzocht om mantelzorgers beter te kunnen ondersteunen (tekstkader 5.10).

#### Tekstkader 5.9 Meer Samen in de Praktijk (MSiP)

##### De wijkverpleegkundige als zichtbare schakel

In de aandachtswijk MSP (Meezenbroek, Schaesbergerveld en Palemig) in Heerlen is het opleidingsniveau laag en de werkloosheid naar verhouding hoog. Bewoners zijn gebaat bij een duidelijk en toegankelijk aanbod van wonen, zorg en welzijn. Het doel van dit project is het realiseren van zo'n wijkgericht aanbod voor kwetsbare bewoners (vooral ouderen, alleenstaanden en chronisch zieken) en het verbinden van vraag en aanbod. Wijkverpleegkundigen (1 fte) spelen hier een belangrijke rol in. Ze zijn een centraal aanspreekpunt in de wijk, waar bewoners en zorgverleners signalen gemakkelijk kunnen melden. De wijkverpleegkundige coördineert vervolgens de zorg- en hulpverlening voor een cliënt. Ze bespreekt het probleem in het Buurtnetwerk Zorg en maakt daar afspraken met andere zorg- en dienstverleners, zodat de hulp goed aansluit bij de vraag. Mogelijkheden in de eigen sociale omgeving en in de buurt zijn duidelijk onderdeel van de nieuwe aanpak. Ook dat houdt de wijkverpleegkundige in het oog.

#### Tekstkader 5.10 Mantelzorgondersteuning

Om overbelasting van mantelzorgers te signaleren en voorkomen, is in de gemeente Simpelveld een netwerk rondom formele en informele zorg in kaart gebracht en zijn mogelijkheden tot samenwerking onderzocht. Het initiatief is ontstaan uit het project NIZOP\*, waarin Parkstad gemeenten, mantelzorgers en zorgverleners willen samenwerken. De doelstelling van dit netwerk is de ondersteuning van de mantelzorgorganisaties en de zorgvrijwilliger om de continuïteit van zorg te kunnen garanderen voor de inwoners van Simpelveld. Mogelijke kansen liggen o.a. in meer bekendheid van het ondersteuningsaanbod, signalering van overbelasting door professionals en het betrekken van vrijwilligers in diverse samenwerkingsverbanden.

\* Project NIZOP: Ontwikkeling Netwerk Informele Zorg Parkstad

### Tekstkader 5.11 Het nieuwe zorgen

MeanderGroep Zuid-Limburg experimenteert in Kerkrade met 'het nieuwe zorgen' door iPads te verstrekken aan cliënten. De cliënten krijgen via de tablet inzicht in de planning van de thuiszorgmedewerkers en kunnen daarover met hen en met hun mantelzorgers communiceren. Verder staan er links op naar een lokale marktplaats voor vrijwilligerswerk en een programma dat het onderlinge contact tussen wijkbewoners moet bevorderen. Op termijn zullen wijkverpleegkundigen via de tablet beeldcontact kunnen maken met de klant. Ook kunnen zorgverleners zoals de thuiszorg en huisartsen samen met de klant de zorg onderling beter gaan afstemmen. Verder kunnen slimme toepassingen zoals een medicatiedispenser aan de technologie gekoppeld worden. Klanten krijgen de beschikking over zo'n iPad op advies van de wijkverpleegkundige.

### Tekstkader 5.12 Onderzoek naar de toekomst van wijkgericht werken en integrale zorg

Vanwege de ontwikkelingen in de zorg is het van belang dat de gemeentelijke basiszorg (sociale zorg en publieke gezondheid) en de eerstelijnszorg (gezondheidszorg) hun zorgaanbod op elkaar afstemmen en integraal gaan aanbieden. Maar allianties tussen gezondheidszorgpartners en gemeenten zijn niet vanzelfsprekend.

Om meer inzicht te krijgen in faciliterende en belemmerende factoren als het gaat om het verbinden van eerstelijnszorg en gemeentelijke basiszorg wordt een onderzoek uitgevoerd in zes eerstelijnsgezondheidscentra in de regio Parkstad. Er wordt specifiek gekeken naar fysieke, organisatorische, inhoudelijke, culturele en financiële aspecten met betrekking tot samenwerking tussen de zorgsectoren op micro, meso en macro niveau. Documentanalyses, diepte-interviews met zorgprofessionals, wethouders, ambtenaren en de zorgverzekeraar en focusgroepen met patiënten worden hiervoor uitgevoerd. Ook worden er kwantitatieve vragenlijsten afgenomen bij patiënten en zorgverleners om meer inzicht te krijgen in de ervaren mate van integrale zorg bij patiënten en welke rol organisatiestructuur en cultuur spelen als het gaat om samenwerking. De resultaten van het onderzoek met aanbevelingen om samenwerkingsverbanden tussen eerstelijnspartijen en gemeenten te versterken worden eind 2014 verwacht en gepubliceerd in een ZonMW rapport. In het najaar van 2014 wordt een symposium georganiseerd waar verschillende partijen kunnen reflecteren op de onderzoeksbevindingen.

### Tekstkader 5.13 Voor Elkaar in Parkstad (VEiP)

De demografische en economische ontwikkeling stelt Parkstad als één van de eerste regio's in het land voor het vraagstuk: hoe houden we de zorg kwalitatief goed én betaalbaar in een krimpgebied waar een hoge mate van vergrijzing optreedt? In Parkstad is sprake van een sterke groei van het aandeel ouderen en tevens sprake van bevolkingsdaling. Door de combinatie van vergrijzing en daling gaan op termijn de financiële kaders knellen, wordt de beschikbaarheid van personeel problematisch en komt de kwaliteit van leven van ouderen en mensen met beperkingen onder druk te staan. Voor elkaar in Parkstad is de samenwerking tussen organisaties op het gebied van wonen, welzijn en zorg, gemeenten, zorgverzekeraar, zorgkantoor en zorgvragers in de regio Parkstad. Partijen kunnen ouderen en mensen met een beperking beter ondersteunen door meer en anders samen te werken.

De regio Parkstad staat voor een uitdagende opgave om voor burgers in een kwetsbare situatie (met name ouderen) en mensen met een beperking passende zorg en ondersteuning te organiseren. Alles gericht op een integraal aanbod van zorg en voorzieningen, waarbij de vraag van de burger centraal staat. In het najaar van 2012 hebben de partijen daartoe een convenant ondertekend. Door het ondertekenen van dit convenant spreekt de partner zijn steun uit voor het initiatief Voor Elkaar in Parkstad en deelname aan dit netwerk. Aan dit project is ook een effectevaluatie en economische evaluatie gekoppeld waarvan de eerste resultaten eind 2014/begin 2015 worden verwacht.

### Gebruik moderne technologie

Moderne technologieën worden steeds vaker ingezet in de gezondheidszorg. Denk bijvoorbeeld aan het doorgeven van bloedstollingswaarden via internet door patiënten, e-coaching ter ondersteuning van mantelzorgers of preventieve cursussen. E-health biedt kansen voor het verder verhogen van de kwaliteit van de zorg en het verlagen van de kosten. Op internet kunnen marktplaatsen zoals *wehelpen* en *cubigo* ook gebruikt worden om de vraag naar zorg te koppelen aan het aanbod van mensen. MeanderGroep Zuid-Limburg experimenteert met de mogelijkheden van iPads voor cliënten (tekst-kader 5.11).

### Samenwerking eerstelijnszorg en gemeenten

Ook de samenhang tussen zorg van gemeentewege en die van de eerstelijns-gezondheidszorg is van groot belang. Vanwege de verschillende financieringskanalen, namelijk door gemeenten (Wmo, Wpg, Jeugdwet, Participatiewet, AWBZ) dan wel door de zorgverzekeraar (Zorgverzekeringswet, AWBZ) is die samenwerking een grote uitdaging. In zes eerstelijnspraktijken in Parkstad wordt momenteel onderzocht hoe die samenwerking verbeterd kan worden en of de cliënten dit ook als verbetering ervaren (tekstkader 5.12).

### Verbeterde multidisciplinaire eerstelijnszorg

Binnen de eerstelijns geneeskunde zijn er tal van initiatieven ontstaan om de cliëntenzorg te verbeteren. Uitgangspunt hierbij is: optimale cliëntgerichte integrale wijkzorg, waarbij verschillende disciplines in de wijk met elkaar samenwerken om zorg op maat te leveren. De DBC-keten complexe zorg, die momenteel als experiment in ruim 20 eerstelijnspraktijken in Zuid-Limburg wordt uitgevoerd is hier een goed voorbeeld van.

### Nationaal Programma Ouderenzorg

Dankzij landelijke financiering voor projecten gericht op toekomstbestendige ouderenzorg zijn in de regio Zuid-Limburg een aantal proefprojecten van start gegaan. Het gaat hier om *13 verschillende projecten* in de regio Zuid-Limburg ([www.aczio.nl/](http://www.aczio.nl/)). Een van deze proeftuinen is Voor Elkaar in Parkstad (tekstkader 5.13).

### Nieuwe bekostiging

Er zal een verplaatsing komen van tweedelijnszorg naar de eerstelijns. In Parkstad en in Maastricht-Heuvelland heeft het ministerie van VWS proeftuinen aangewezen waar wordt geëxperimenteerd met een nieuw bekostigingsmodel: de 'populatiezorg'. (zie tekstkader 5.14).

## Tekstkader 5.14 VWS proeftuinen

### Blaauwe Zorg in Maastricht Heuvelland

Blaauwe Zorg is een *project* van de zorgverzekering VGZ, de eerstelijnsorganisatie ZIO, MUMC en Huis voor de Zorg, met als doel de zorg duurzaam en toekomstbestendig te maken.

Zorgverleners zijn in dit project samen verantwoordelijk voor een zorgorganisatie, die efficiënt is ingericht. Zij moeten elkaar daarbij durven aan te spreken en elkaar wijzen op hun verantwoordelijkheden. De patiënt kan dan de juiste zorg op de juiste plaats krijgen. Dit wordt mogelijk gemaakt doordat zorgaanbieders vanuit één gezamenlijk financieel kader het werk moeten doen. Daarbij wordt ook gekeken naar samenwerking met gemeenten, zorg- en welzijnsinstellingen en de GGD. Voorbeelden van aanpassingen van de organisatie van de zorg zijn het uitvoeren van behandeling door de medisch specialist in de huisartsenpraktijk, eerstelijns diagnostiek waardoor de zorg dichtbij (in de buurt van de patiënt) kan plaatsvinden en het informeren van zorgverleners én patiënten over kosten, kwaliteit en alternatieve behandelwijzen.

### Mijnzorg in Oostelijk Zuid-Limburg

In het *project Mijnzorg* in Oostelijk Zuid-Limburg worden laagcomplexe verrichtingen, eerstelijns diagnostiek en chronische zorg in de wijk worden verricht. De eerste fase vindt plaats in een eerstelijns pluscentrum in Kerkrade en een aantal grote huisartsenpraktijken verspreid over de regio. Ook zoeken gemeenten samenwerking met zorgverzekeraars om te bekijken of krachten gebundeld kunnen worden om de zelfredzaamheid en eigen kracht van burgers te vergroten en gezondheidsachterstanden te reduceren. De gemeenten Maastricht, Eijsden-Margraten, Meerssen en Valkenburg aan de Geul hebben hiervoor maart 2014 een convenant afgesloten, genaamd 'Bundeling sturingskracht in het sociale domein 2014-2016'



## Aanknopingspunten voor beleid

### Versterk de zelfredzaamheid van burgers

De decentralisaties (en bezuinigingen) kunnen alleen slagen als veel meer gedaan wordt aan de preventie van ziekten en beperkingen. Dit wordt door gemeenten erkend, maar het gevaar dreigt dat dit in de praktijk op de achtergrond raakt doordat gemeenten worden opgeslokt door de organisatie van zorg voor zware zorgvragers. Mensen kunnen en willen veel zelf doen om zelfredzaam te blijven. Een actieve en gezonde leefstijl en een gezonde en zorgzame leefomgeving verkleinen de kans op ziekte en beperkingen. Vroegtijdig signaleren van kwetsbaarheid, met name bij ouderen, stelt iemand in staat samen met anderen eventuele achteruitgang af te remmen of te compenseren. Het verschaffen van de juiste informatie op het juiste moment over mogelijkheden van ondersteuning en aanpassingen van de leefomgeving is van groot belang. Van hulpverleners wordt verwacht dat zij steeds meer begeleiden naar zelfmanagement. Praktijkondersteuners en wijkverpleegkundigen hebben hierin bijvoorbeeld een belangrijke taak. Veelbelovend lijkt de inzet van e-health om zelfmanagement van chronisch zieken of mensen met een psychische aandoening te verbeteren. Deze preventieve maatregelen kunnen ervoor zorgen dat iemand bijvoorbeeld langer zelfstandig kan blijven wonen, minder gebruik hoeft te maken van de gezondheidszorg en beter in staat is om aan de eigen gezondheid te werken. Essentieel hierbij is burgers beter bewust te maken van wat zij zelf kunnen en wat zij van hun sociale omgeving kunnen vragen aan ondersteuning.

### Versterk sociale cohesie

Niet alleen zelfredzaamheid, maar ook de sociale cohesie is belangrijk. Als burgers actief blijven en regelmatig contact hebben met elkaar, voelen zij zich veiliger, blijven langer gezond en vereenzamen niet. Creëer het klimaat en de setting voor diverse leeftijdsgroepen die maatschappelijke participatie in de buurt mogelijk maakt. En activeer buurtbewoners tot vrijwilligerswerk. Laat ze meedenken en meebeslissen over voorzieningen in de buurt. Gebruik daarvoor reeds bestaande overleggen of adviesraden. Zorg voor laagdrempelige voorzieningen in de buurt om de leefbaarheid te versterken.

### Ondersteun vrijwilligers en mantelzorgers

In Zuid-Limburg zal meer vraag ontstaan naar zorgvrijwilligers en mantelzorgers. De zorgtaken worden tevens complexer en grenzen in de zorg verschuiven. Mantelzorgers zijn hier niet altijd op toegerust. Herkenning en ondersteuning van mantelzorgers, vooral als zij zwaar belast zijn, is daarom van cruciaal belang. Zorg dat

mantelzorgers tijdig (even) ontlast kunnen worden en regel hiervoor voldoende respijtzorg. Niet alleen om ervoor te zorgen dat zij het volhouden, maar ook om de negatieve effecten op de eigen gezondheid zo veel mogelijk te voorkomen. Zorgvuldige scholing, matching en begeleiding is van belang zodat de grenzen van mantelzorgers en zorgvrijwilligers worden bewaakt (100, 102). Gemeenten, huisartsen en zorgpartijen hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om de positie van de mantelzorger en zorgvrijwilliger te versterken.

### Monitor kansrijke initiatieven

Alle Zuid-Limburgse gemeenten krijgen te maken met de decentralisaties en kiezen voor oplossingen die het beste passen bij de eigen situatie. Die lokale invulling is essentieel voor het welslagen, maar gemeenten kunnen veel van elkaar leren. Een goede sturing op resultaten en tijdige bijsturing, indien nodig, zijn noodzakelijk. Hiervoor is het van belang dat de initiatieven in de regio worden gemonitord en worden getoetst op een aantal parameters die van belang zijn in de decentralisatie van de zorg. Hierbij kan gedacht worden aan kostenreductie, activering van burgers, goede samenwerking tussen zorg, wonen en welzijn, ontschotting, kwaliteit van de zorg en zelfredzaamheid van de burger. Geadviseerd wordt om de bestaande structuren rond kennisdeling hiervoor te gebruiken. Gemeenten kunnen samenwerken in het realiseren en onderhouden van een gezamenlijke 'toolkit' voor ondersteuning, monitoring en registratie. Standaardisatie via bijvoorbeeld de Zelfredzaamheidsmatrix, WeHelpen of zorg-op-afstand leidt niet alleen tot kostenbesparing, maar leidt ook tot een gezamenlijke 'taal' en meer eenheid en uitwisselbaarheid.

### Bevorder samenwerking en afstemming

Van belang is een afstemming van zorgverlening en ondersteuning waarbij alle facetten van zelfredzaamheid en zelfstandig wonen worden meegenomen. Alles gericht op een integraal aanbod van zorg en voorzieningen op wijkniveau, waarbij de vraag van de burger centraal staat. De gemeente kan hierin een voortrekkersrol vervullen. Er dienen voorwaarden geschapt worden die lokale/regionale samenwerking en afstemming voor alle partijen mogelijk maakt. Daarbij kan de aanpak van de WHO voor een 'age-friendly city' (vertaling: leeftijdsvriendelijke stad) een leidraad vormen (110).

# Bronnen



1. Etil. Bevolkingsprognose Limburg Progneff 2011.
2. Bekker M. Gezondheidskapitaal en beleidsimplicaties voor een groter maatschappelijk aanpassingsvermogen. TSG 2014;92(2):55-7.
3. Programmacommissie SEGV-II (Commissie Albeda). Sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II Den Haag: ZonMw 2001.
4. CBS. Gezondheid en zorg in cijfers 2013. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek 2013.
5. Schoemaker C. Psychische gezondheid samengevat. 2010 [updated 22 maart]  
Available from: [www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/psychisch-functioneren/psychisch-functioneren-volwassenen/psychische-gezondheid-samengevat/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/psychisch-functioneren/psychisch-functioneren-volwassenen/psychische-gezondheid-samengevat/)
6. Bijna veertig procent van de volwassen Nederlanders voelt zich eenzaam 2014:  
Available from: [www.rivm.nl/Documenten\\_en\\_publicaties/Algemeen\\_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Bijna\\_veertig\\_procent\\_van\\_de\\_volwassen\\_Nederlanders\\_voelt\\_zich\\_eenzaam](http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Algemeen_Actueel/Nieuwsberichten/2013/Bijna_veertig_procent_van_de_volwassen_Nederlanders_voelt_zich_eenzaam)
7. GGD Zuid Limburg. Jongerenmonitor (2013), Volwassenenmonitor (2012), Ouderenmonitor (2012).
8. DSM-IV. Disorders DaSMoM, editor: American Psychiatric Association; 2000.
9. Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. Amersfoort: Alzheimer Nederland; 2013 [cited 2013 26 november].
10. Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter Bilthoven: RIVM 2010.
11. Satariano WA. The disabilities of aging-looking to the physical environment. Am J Public Health 1997;87(3):331-2.
12. Visscher TLS, van Bakel AM, Zantinge EM. Overgewicht samengevat Bilthoven: RIVM; 2013 [updated 25 september]; Available from: [www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-samengevat/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/overgewicht/overgewicht-samengevat/)
13. Harbers MM, (red). Roken samengevat. Bilthoven: RIVM; 2013 [13 september];  
Available from: [www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/roken-samengevat/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/roken/roken-samengevat/).
14. Luijben AHP, Kommer GJ. Tijd en toekomst. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM 2010.
15. Dotinga A, Picavet HSJ. Ontwikkelingen in sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Bilthoven: RIVM; 2006 [updated 23 juni].
16. Lucht van der F, Bruggink JW, Kardal M, B.J.H. L. Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? Bilthoven: RIVM; 2010 [updated 8 december]; Available from: [www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/verschillen-sociaaleconomisch/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/verschillen-sociaaleconomisch/)
17. Kunst A, Droomers M. Evaluatie van schattingen van sociaaleconomische verschillen in de gezonde levensverwachting in Nederland. Document opgesteld in opdracht van Ministerie van VWS. Bilthoven, Amsterdam: RIVM, Universiteit van Amsterdam 2009 september.
18. Berg van den M, Schoemaker CG, (red). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM 2010.
19. Groot W, Maassen van den Brink H. Stil vermogen, een onderzoek naar de maatschappelijke kosten van laaggeletterdheid. Amsterdam: Stichting lezen en schrijven 2006.
20. Provincie Limburg. Van elkaar voor elkaar. Visie document Informele zorg Maastricht: Provincie Limburg 2008 mei.
21. Hamberg-van Reenen HH, Meijer SA, Gils van PF, Savelkoul M. Gezond opgroeien. Verkenning jeugdgezondheid. Bilthoven: RIVM 2014.
22. Colpin H, Vandemeulebroecke L, Munter de A. Opvoeding in eenoudergezinnen: een overzicht van de onderzoeksliteratuur. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie 2000;25:31-44.
23. Heide van der K. Thuiswonende deelnemers uit éénoudergezin presteren minder in het middelbaar beroepsonderwijs. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek 2010 eerste kwartaal.
24. CBS. Statline. Den Haag: CBS; Available from: [www.statline.cbs.nl/statweb/](http://www.statline.cbs.nl/statweb/)
25. Steketee M, Tierolf B, Mak J. Kinderen in Tel Databoek 2014. Kinderrechten als basis voor lokaal jeugdbeleid. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2014 februari.
26. Dorsseleer van S, Looze de M, Vermeulen-Smit E, Roos de S, Verdurmen J, Bogt ter T, et al. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010; Available from: [www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/psychische-gezondheid/af/-/media/files/inkijkexemplaren/af1009%20hbsc%202009%20inkijkexemplaar.ashx](http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/psychische-gezondheid/af/-/media/files/inkijkexemplaren/af1009%20hbsc%202009%20inkijkexemplaar.ashx)
27. Stichting Perinatale Registratie Nederland. Perinatale Zorg in Nederland 2012. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland 2013.
28. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidsbeleid. Perinatale periode: Risicofactoren/Oorzaken. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2011 [updated 13 december]; Available from: [www.ncj.nl/programmalijs-kennis/themas/knooppunt/artikel/?artid=131&dossier=44](http://www.ncj.nl/programmalijs-kennis/themas/knooppunt/artikel/?artid=131&dossier=44)
29. GGD Zuid Limburg. LucKi geboortecohort Westelijke Mijnstreek. JGZ data. Geleen: GGD Zuid Limburg.
30. Inspectie van het Onderwijs. VVE-Bestandsopname. Tussenrapportage stand van zaken per medio 2011. Utrecht 2011 augustus.
31. GGD Zuid Limburg. Kwaliteitscontrole kinderopvang. Geleen: GGD Zuid Limburg, afdeling SIM;  
Available from: [www.ggzl.nl/burgers/jeugd-en-gezondheid/kwaliteitscontrole-kinderopvang/](http://www.ggzl.nl/burgers/jeugd-en-gezondheid/kwaliteitscontrole-kinderopvang/)
32. Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, Lenthe van FJ, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. Obes Rev 2010;11(10):695-708.
33. Kroon de MLA. The Terneuzen Birth Cohort: Detection and Prevention of Overweight and Cardiometabolic Risk from Infancy Onward. Amsterdam: VUmc; 2011.
34. GGD Zuid Limburg. Jeugdmonitor (basisonderwijs). Geleen: GGD Zuid Limburg 2009.35. Kann van DHH, Kremers SPJ, Gubbels JS, Bartelink NHM, Vries de SI, Vries de NK, et al. The Association Between the Physical Environment of Primary Schools and Active School Transport. Environment and Behavior 2014.

36. GGD Zuid Limburg. Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar.
37. Zeijl E, (red.), Beker M, Breedveld K, Broek van den A, Haan de J, et al. Rapportage jeugd 2002. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2003 februari.
38. Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde.
39. Atrium MC.
40. Spauwen L, Niekamp AM. Zuid-Limburgse jongeren seksueel ongezond. Seks onder je 25e. Een factsheet van de GGD Zuid Limburg. Heerlen: GGD Zuid Limburg; 2012.
41. Meerkerk GJ, Eijnden van den R, Rooy van T. Factsheet: compulsief internetgebruik onder Nederlandse jongeren. Rotterdam: IVO; 2006.
42. Voortijdige schoolverlaters verkenner (VSV). 2013.
43. ter Bogt T, van Lieshout M, Doornwaard S, Eijkeman Y. Middelengebruik en voortijdig schoolverlaten: Trimbos Instituut & Universiteit Utrecht 2009.
44. Rooij van AJ, Schoenmakers TM. Het (mobiele) gebruik van sociale media en games door jongeren. Factsheet. Rotterdam: IVO; 2013.
45. Kooiker SE. Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Achtergrondrapport bij de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven/Den Haag: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/Sociaal en Cultureel Planbureau 2011.
46. Rijksoverheid. Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD - PvdA. 29 oktober 2012. Den Haag 2012.
47. VWS. Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'. Kamerbrief 8 februari 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2013.
48. Hoeymans N, Loon van AJM, Schoemaker CG. Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM 2011.
49. Harbers MM, Hoeymans N. Gezondheid en maatschappelijke participatie: Themaport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM 2013 oktober.
50. VWS. Kamerbrief Hervorming langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst. Kamerbrief 25 april 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2013.
51. Dekker P, Hart de J, Faulk L. Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2007.
52. Tonkens E. Vrijwilligerswerk 2011: 5 uitdagingen. Presentatie gepresenteerd op: NOV-congres Samen sterk voor vrijwilligerswerk. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; 2011.
53. CBS. Werkloosheid verder gestegen. Persbericht 14 augustus 2013. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2013.
54. Mulder M. Totaal aantal arbeidsongeschiktheidsuitkeringen 2012. Bilthoven: RIVM; 2013; Available from: [www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/totaal-aantal-arbeidsongeschiktheidsuitkeringen/](http://www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/functioneren-en-kwaliteit-van-leven/totaal-aantal-arbeidsongeschiktheidsuitkeringen/)
55. Post N, Boer de AH, Klerk de MMY. Mantelzorg: Wat is de relatie met volksgezondheid?. Bilthoven: RIVM; 2013 [cited 2013 25 september]; Available from: [www.nationaalkompas.nl/participatie/mantelzorg/beschrijving/](http://www.nationaalkompas.nl/participatie/mantelzorg/beschrijving/)
56. Hoeymans N, Timmermans JM, Klerk de MMY, Boer de AH, Deeg DJH, Poppelaars JL, et al. Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen. Bilthoven: RIVM 2005.
57. Cardol M, Emmen M, Rijken M, Campen C. Werk en tevredenheid onder chronisch zieken met een langdurige lichamelijke beperking: de rol van individuele competenties. Den Haag/Utrecht: Sociaal en Cultureel Planbureau/NIVEL 2008 november.
58. Klerk de M, (red). Meedoen met beperkingen. Rapportage gehandicapt 2007. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2007.
59. Sadiraj K, Timmermans J, Ras M, Boer de A. De toekomst van de mantelzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2009.
60. Zantinge EM, Wilk van der EA, Wieren van S, Schoemaker CG, (red). Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM 2011.
61. Stronks K, Mheen van de H, Bos van den J, Mackenbach JP. The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology* 1997;26(3):592-600.
62. Wadell G, Burton AK. Is work good for health and well-being? London: TSO; 2006.
63. Bekkers RHFP, Wit de A, Broese van Groenou MI. Vitamine V: Waarom Oudere Vrijwilligers Langer en Gezonder Leven. Abstract Nederlands Congres Volksgezondheid 2013. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2013(91):63.
64. Morrow-Howell N. Volunteering in later life: research frontiers. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2010;65B(4):461-9.
65. Kalwij A, Vermeulen F. Health and labour force participation of older people in Europe: what do objective health indicators add to the analysis? *Health Economics* 2008;17:619-38.
66. Musick MA, Wilson J. *Volunteers. A social profile*. Bloomington: Indiana University Press; 2008.
67. Eugster A, Rutten MWC, Jacobs-van der Bruggen MAM, Veggel van IHF, Borne den I, Gietmann A. Gezondheid telt! Regionale VTV 2011. Sociale omgeving en participatie. Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning 2011-Hart voor Brabant. Deelrapport Sociale omgeving en participatie. 's Hertogenbosch: GGD Hart voor Brabant 2011.
68. Nederland T, Klein van der M, Wentink M. Wie doet wat aan armoedebestrijding in Roosendaal? Samenspel of gescheiden wegen in beleid en praktijk. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2008.
69. Dijk van A, Meer van der I. Armoede en gezondheid. Gegevens over Den Haag. *Epidemiologisch bulletin* 2012;47(2):25-30.
70. CBS/SCP. Armoedesignalement 2013. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek/Sociaal en Cultureel Planbureau 2013.
71. Janssen B, Bos W. Inkomen uit werk en toch risico op armoede. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek 2011 eerste kwartaal.
72. Voedselbanken. *Historie*. Houten: Voedselbanken; 2014; Available from: [www.voedselbankennederland.nl/nl/historie.html](http://www.voedselbankennederland.nl/nl/historie.html)
73. Jehoel-Gijsbers G, Smits W, Boelhouwer J, Bierings H. Sociale uitsluiting: een meetinstrument. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Bureau voor de Statistiek 2009.
74. Brakel van den M, Knoops K. Gezonde levensverwachting korter bij lage inkomens. 2009 [23 december]; Available from: [www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-3007-wm.htm](http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2009/2009-3007-wm.htm)

75. Bergen van A, Loo van A. Methodologische toelichting bij de Sociale Uitsluitingsindex Gezondheidsenquête. Amsterdam: Academische Werkplaats OGGZ G4-USER 2013 augustus.
76. Hoof S, Vrooman C. Dimensies van sociale uitsluiting: naar een verbeterd meetinstrument. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2011.
77. Jehoel-Gijsbers G. Sociale uitsluiting in Nederland. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2004.
78. Wolf J. Handreiking OGGZ in de WMO. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Vereniging Nederlandse Gemeenten 2006.
79. Muffels RJA. Sociale uitsluiting en sociale dynamiek. In: Mol M, Dirven HJ, Bie van der R, editors. Dynamiek in de sociale statistiek Nieuwe cijfers over sociaaleconomische levensloop. Voorburg: Centraal Bureau voor de Statistiek; 2008.
80. Veiligheidsregio Zuid-Limburg. Regionaal Risicoprofiel Veiligheidsregio Zuid-Limburg. Maastricht: Veiligheidsregio Zuid-Limburg 2011.
81. Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. Factsheet Rotondes. Leidschendam: SWOV; 2012.
82. BRON. Bestand geRegistreerde Ongevallen Nederland.
83. ROVL. 2014; Available from: [www.rovl.nl/](http://www.rovl.nl/)
84. Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. Factsheet Rijden onder invloed van alcohol. Leidschendam: SWOV; 2011.
85. Ambulancezorg Nederland. Ambulances in-zicht 2012 Zwolle: AZN 2013.
86. Beijk R, Wesseling J, Alphen van A, Mooibroek D, Nguyen L, Groot Wassink H, et al. Monitoringsrapportage NSL 2011; Stand van zaken Nationaal Samenwerkingsprogramma Luchtkwaliteit. Bilthoven: RIVM 2011.
87. Kempen EEMM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van geluid? . Bilthoven: RIVM; 2011 [updated 20 maart 2014]; Available from: [www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/milieu/geluid/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-geluid/](http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/milieu/geluid/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-geluid/)
88. Gids de WF. Ventilatie in scholen: het effect van ventilatie op prestaties van leerlingen. TVVL Magazine 2007;36(5):26-9.
89. Een gezonde koers voor Zuid-Limburg! Regionale nota gezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2012-2015. Gelezen: GGD Zuid Limburg 2011, 1 juli.
90. Dukers-Muijters NHTM, Niekamp AM, Brouwers EEHG, Hoebe CJPA. Older and swinging; need to identify hidden and emerging risk groups at STI clinics. Sex Transm Infect 2010;86:315-7.
91. Nelissen PP. Vastpakken en niet meer loslaten. Een onderzoek naar de werkwijze en effectiviteit van de zes Limburgse veiligheidshuizen. Maastricht: Veiligheidshuis 2010 juni.
92. Federatie Opvang. Kengetallen over de cliënten in de maatschappelijke opvang 2012. In: Federatie Opvang, editor. 2013.
93. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Zorg en ondersteuning in de buurt. Deze beleidsbrief is op 14 oktober 2011 aan de Tweede Kamer verzonden. 2011.
94. Berenschot L, Van der Geest L. Integrale zorg in de buurt. Utrecht: NYFER 2012 april.
95. Op het Veld A. Bondgenoten in de decentralisaties. Invulling geven aan het transformatieproces en de coalitieaanpak. Den Haag: TransitieBureau Begeleiding in de Wmo 2013 januari.
96. Finnema E, Goumans M. Samenhang in de ouderenzorg. Héél de mens telt. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam 2009.
97. Campen van C, (red). Kwetsbare ouderen. Landelijk beeld van de groeiende groep ouderen met meervoudige gezondheidsproblemen. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2011 februari.
98. Cramm JM, Strating MMH, de Vreede PL, Steverink N, Nieboer AP. Validation of the self-management ability scale (SMAS) and development and validation of a shorter scale (SMAS-S) among older patients shortly after hospitalisation. Health and Quality of Life Outcomes 2012;10(9).
99. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. Journal of Gerontology 2001;56A(3):M146-56.
100. Boer de A, Klerk de M. Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau 2013 juni.
101. De informele zorg in cijfers. Bunnik: Mezzo; 2012.
102. Mezzo. Eenzaamheid onder mantelzorgers groot. Bunnik: Mezzo; 2013 [cited 2014 1 april]; Available from: [www.mezzo.nl/nieuws/eenzaamheid onder mantelzorgers groot/6485](http://www.mezzo.nl/nieuws/eenzaamheid onder mantelzorgers groot/6485)
103. Wenger GC. A network typology: from theory to practice Journal of Aging Studies 1991;5(1):147-62.
104. Hassel DTP, Kenens RJ. Cijfers uit de registratie van de beroepen in de gezondheidsregistratie. Utrecht: NIVEL 2013.
105. Heiligers PJM, Noordman J, Korevaar JC, Dorsman S, Hingstman L, Dulmen van AM, et al. Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's) klaar voor de toekomst. Utrecht: NIVEL 2012.
106. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ).
107. Zichtbare schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt. Den Haag: ZonMw; 2013; Available from: [www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/](http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/)
108. Omnibuzz.
109. Knotter A. Mijnwerkers in Limburg, een sociale geschiedenis: Vantilt; 2012.
110. WHO. Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities. Geneva: World Health Organisation; 2007.
111. Huber, MAS, JA. Knottnerus, L. Green, H. van der Horst, et al. How should we define health? BMJ. 343(4163):235-237, 2011.
112. Verwey-Jonker instituut en de Kinderombudsman. Kinderen in armoede in Nederland. Rapportnummer: KOM4/2013; 2013.
113. HFPM van Poll et al, Gezondheidsonderzoek Vliegbasis Geilenkirchen, RIVM Rapport in voorbereiding, verwacht juni 2014. Bilthoven: RIVM, 2014.



# Auteurs en adviseurs



### Eindredactie

**Mw. Dr. M. Steenbakkers**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Mw. Dr. A.J.M. Vermeer**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Mw. M.J.H. Janssen-Goffin, MPH**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Dhr. Dr. K.J. Hajema**

GGD Zuid Limburg, projectleider regionale VTV

### Stuurgroep

**Dhr. Dr. A.M.P.M. Bovens**

GGD Zuid Limburg, directeur  
Directeur Publieke Gezondheid

**Mw. Drs. P.H.G. Lamberts**

GGD Zuid Limburg, bestuurs- en directiesecretaris

**Dhr. R.J.R.M. Stijns, MBA**

GGD Zuid Limburg, afdelingshoofd Kennis & Innovatie

**Dhr. F.C.W. Klaassen, arts**

GGD Zuid Limburg, voorzitter directie  
Directeur Publieke Gezondheid

**Dhr. Drs. M.H.J.M. Limpens**

GGD Zuid Limburg, afdelingshoofd Gezondheid en  
Maatschappelijke Participatie

### Projectteam

**Dhr. Dr. K.J. Hajema**

GGD Zuid Limburg, projectleider regionale VTV

**Mw. Dr. N.M.W.M. Boot**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Mw. Dr. ir. M.W.J. Jansen**

GGD Zuid Limburg, programmaleider Academische  
Werkplaats Publieke Gezondheid

**Mw. M.J.H. Janssen-Goffin, MPH**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Mw. Dr. M. Steenbakkers**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Dhr. H.W. Buddingh, arts MPH**

GGD Zuid Limburg, coördinator Sociaal Medische Advisering

### Ondersteuning RIVM

**Dhr. Dr. F. van der Lucht**

RIVM, Afdeling Verkenningen Volksgezondheid (VVG), Centrum  
Gezondheid en Maatschappij (G&M)

**Dhr. Drs. M. Mulder**

RIVM, Afdeling Verkenningen Volksgezondheid (VVG),  
Centrum Gezondheid en Maatschappij (G&M)

**Dhr. Drs. M.J.J.C. Poos**

RIVM, Afdeling Verkenningen Volksgezondheid (VVG),  
Centrum Gezondheid en Maatschappij (G&M)

### Beleidsadviescommissie gemeenten

**Dhr. Drs. J.F. den Hartog**

Gemeente Landgraaf, senior beleidsmedewerker

**Mw K. Koopmans, MSc**

Gemeente Nuth, beleidsmedewerker Ruimte & Samenleving

**Dhr. H. Reiters**

Gemeente Maastricht, senior beleidsmedewerker Welzijn,  
Zorg en Gezondheid

**Dhr. Drs. W.J.F. Römken**

Gemeente Sittard-Geleen, projectmanager beleidsprojecten

**Mw. M.H.P. Souren, MA**

Gemeente Heerlen, beleidsmedewerker Welzijn en  
Gezondheidszorg

### Medewerkers

**Mw. Dr. S. Backus-Mujakovic**

GGD Zuid Limburg, epidemioloog

**Mw. Drs. N.H.M. Bartelink**

GGD Zuid Limburg, junior onderzoeker

**Mw. Dr. I.M.J.G Eijkelberg**

Huis voor de Zorg, adviseur

**Mw. Drs. C.M.L. Gielkens-Sijstermans**

GGD Zuid Limburg, Milieugezondheidkundige en  
Gezondheidkundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen

**Dhr. Drs. M.H. Hesdahl, MPH**

GGD Zuid Limburg, programmamanager preventie en curatie

**Mw. Drs. D. Hodiamont**

GGD Zuid Limburg, medewerker beleid en onderzoek

**Mw. M.J.M. Hulst, MPH**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Dhr. Dr. S.M.J. van Kuijk**

GGD Zuid Limburg, epidemioloog

**Mw. Drs. E.C.J.M. Leclercq**

GGD Zuid Limburg, sociaal Verpleegkundige

**Mw. Drs. E.C.A.J. Linsen**

GGD Zuid Limburg, medewerker beleid en onderzoek

**Dhr. Drs. J.P.M. Meijers**

GGD Zuid Limburg, medewerker beleid en onderzoek

**Mw. Dr. D.C.L. Mohren**

GGD Zuid Limburg, Postdoc onderzoeker

**Mw. M.A.E. Quaedvlieg**

GGD Zuid Limburg, stafmedewerker communicatie

**Mw. Dr. R.P. Reijs**, arts Maatschappij & Gezondheid, MPH

GGD Zuid Limburg, jeugdarts

**Mw. Drs. N. Rutten**

GGD Zuid Limburg, medewerker beleid en onderzoek

**Mw. Drs. L.W.L. Spauwen**

GGD Zuid Limburg, medewerker beleid en onderzoek

**Mw. Mr. P.H.M. Vranken**

GGD Zuid Limburg, senior beleidsfunctionaris

**Mw. Drs. F.A.J. Wolter**

GGD Zuid Limburg, beleidsmedewerker

**Adviseurs/referenten****Mw. D. M. Delahaye**

Gemeente Stein, beleidsmedewerker WMO

**Mw. Drs. M.G.W.E. Frederix**,

ZIO, Coördinator chronische zorg

**Dhr. Drs. J.H.M.G. Hamers**

Gemeente Beek, hoofd afdeling WZO

**Dhr. F.M. de Klaver**

Stichting de Pijler, coördinator

**Mw. Drs. M.E. de Kok**

GGD Brabant-Zuidoost, beleidsadviseur

**Dhr. J.G.H. Pluijmaekers**

MeanderGroep Zuid-Limburg, mantelzorgconsulent

Steunpunt voor Mantelzorg Parkstad

**Mw. M. Rollé**

Partners in Welzijn, Steunpunt Mantelzorg Westelijke Mijnstreek,

Sociaal cultureel werker

**Dhr. Drs. R.F.M. Ruijters**

MeanderGroep Zuid-Limburg, Raad van Bestuur

**Mw. Drs. E.J.M. Schulincx**

Steunpunt Mantelzorg Rode Kruis ZZL, communicatie-

en beleidsadviseur

**Mw. G. Siemons**

Partners in Welzijn, Steunpunt Mantelzorg Westelijke Mijnstreek,

Sociaal cultureel werker

**Mw. N.H.B. Thijssen, MSc**

GGD Hart voor Brabant, functionaris gezondheidsbeleid

**Mw. Dr. M.Y. Veenstra**

Huis voor de Zorg, adviseur en projectleider

Dit rapport is onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014.  
De belangrijkste resultaten zijn weergegeven in de samenvatting 'Gezond meedoen in Zuid-Limburg'.  
Niet alle kennis van de GGD Zuid Limburg is terug te vinden in de gepresenteerde feiten, cijfers en toelichting. De GGD geeft graag meer achtergrondinformatie en is altijd bereid vragen te beantwoorden.

De digitale versies van het regionaal rapport, de samenvatting en de lokale rapporten zijn te downloaden op [www.ggdzl.nl/regionaalgezondheidsonderzoek](http://www.ggdzl.nl/regionaalgezondheidsonderzoek)  
Hierin vindt u ook een link naar andere reportages van de GGD.



**GGD Zuid Limburg**

Postbus 2022, 6160 HA Geleen

[www.ggdzl.nl](http://www.ggdzl.nl)

© GGD Zuid Limburg, 2014