



"Op zoek naar de Euregio-factor"

Welke aanknopingspunten kunnen worden gevonden in de Euregio Maas-Rijn die mogelijk bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidssituatie in (Zuid-)Limburg?



Opdrachtgever:
Opdrachtnemer:
Auteurs:

Provincie Limburg
GGD Zuid Limburg
Nicole Curvers
Laura Willems

Voorwoord

Voor u ligt het rapport 'Op zoek naar de Euregio-factor', dat in opdracht van de Provincie Limburg is uitgevoerd. De Provincie Limburg streeft naar een vitaler Limburg. Met die ambitie is de Provincie in haar Sociale Agenda 2025 de uitdaging aangegaan om een trendbreuk te bewerkstelligen en daarmee de gezondheidsachterstand die Limburg heeft ten opzichte van de rest van Nederland te verkleinen en de arbeidsmarktparticipatie van Limburg te vergroten. Er zijn al veel onderzoeken gedaan naar factoren die de gezondheidsachterstand van Limburg ten opzichte van de rest van Nederland kunnen verklaren. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek 'Op zoek naar de Limburg factor' dat in 2015 door de GGD Zuid Limburg in opdracht van de Provincie Limburg werd uitgevoerd. Dit onderzoek wijst een aantal oplossingsrichtingen aan en legt tevens de vinger op een aantal kennishiaten.

Eén van de genoemde kennishiaten in het rapport 'Op zoek naar de Limburg-factor' betreft de vraag of aanknopingspunten voor de Limburgse gezondheidsachterstand kunnen worden gevonden in de Euregio Maas-Rijn (EMR). De gezondheidssituatie in Limburg wordt doorgaans vergeleken met de rest van Nederland, maar heeft Limburg wellicht ook iets gemeenschappelijk met de omringende landen? Vanuit deze gedachte wordt dan ook gezocht naar mogelijke aanknopingspunten in de EMR om de gezondheidssituatie van Limburg te verbeteren. Om hier zicht op te krijgen, heeft de Provincie Limburg de GGD Zuid Limburg verzocht op zoek te gaan naar de zogenaamde 'Euregio-factor'.

Dit rapport schetst een beeld van de gezondheidssituatie in de EMR. Daarnaast biedt het aanknopingspunten voor het verbeteren van de gezondheidssituatie in Limburg. Zo is een literatuuronderzoek uitgevoerd en zijn beschikbare databestanden van de regio's van de EMR geanalyseerd. Deze data zijn voortgekomen uit het eveneens in opdracht van de Provincie Limburg uitgevoerde project 'Euregional health data collection'. In dit project werken de stichting euPrevent|EMR, de GGD Zuid Limburg en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) met een aantal belangrijke partners in de EMR samen aan een structurele dataverzameling op Euregionaal niveau binnen de EMR. Om diepgang te kunnen bieden aan de resultaten van het literatuur- en dataonderzoek, hebben interviews plaatsgevonden met een aantal belangrijke stakeholders op het terrein van de gezondheid(szorg) in de EMR op zowel politiek-bestuurlijk als op operationeel niveau. Aanvullend zijn een aantal stakeholders geïnterviewd met een achtergrond in de sociologie, historie, cultuur en gezondheidsstatistiek. Met hen is verkend hoe de gezondheidssituatie kan worden verbeterd. Deze stakeholders willen wij hartelijk danken voor het vrijmaken van hun tijd om met ons in gesprek te gaan en het enthousiasme en de betrokkenheid die zij hebben getoond om een bijdrage te leveren.

De gesprekken hebben interessante bevindingen en belangrijke aanknopingspunten opgeleverd. Ook willen wij graag onze collega's van de stichting euPrevent|EMR danken, omdat zij ons in contact hebben gebracht met de stakeholders en inzicht hebben gegeven in de vele goede werkzaamheden die zij verrichten om de grensbarrières in de gezondheidszorg weg te nemen.

Naast de externe partners willen wij ook graag de leden van de projectgroep bedanken voor de prettige samenwerking en de waardevolle feedback gedurende het proces: Maria Jansen, Petra Vranken en Kevin Konings.

De Euregionale conferentie 'Op zoek naar de Euregio-factor' (9 mei 2018) biedt een mooi startpunt om met belanghebbenden uit de Euregio in gesprek te gaan over de bevindingen en benoemde aanknopingspunten uit het rapport.

Namens de GGD Zuid Limburg,

Nicole Curvers

Laura Willems

Project team:

Mw. Mr. Petra Vranken, unithoofd en projectleider, afdeling K&I GGD Zuid Limburg

Prof. Dr. Ir. Maria Jansen, programmaleider Academische Werkplaats GGD Zuid Limburg

Kevin Konings, epidemioloog K&I, afdeling K&I GGD Zuid Limburg

Nicole Curvers, junior onderzoeker, afdeling K&I GGD Zuid Limburg

Laura Willems, junior onderzoeker, afdeling K&I GGD Zuid Limburg

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inhoudsopgave	3
Inleiding	6
1. De Euregio Maas-Rijn in kaart gebracht	10
1.1 Geografie	10
1.2 Infrastructuur	11
1.3 Politiek-bestuurlijke inrichting	12
1.4 Demografie.....	13
1.4.1 Bevolkingsdichtheid	13
1.4.2 Leeftijdsverdeling in de EMR	14
1.4.3 Wonen over de grens.....	16
1.5 Historie.....	16
1.6 Mijnbouw	18
1.6.1 Herstructurering	19
1.7 Cultuur	21
1.8 Leefomgeving.....	23
1.9 Arbeid.....	24
1.9.1 Bronnen van werkgelegenheid.....	24
1.9.2 Werkloosheid	25
1.10 Onderwijs	27
1.10.1 Onderwijsvoorzieningen.....	27
1.10.2 Opleidingsniveau	28
1.11 Grensregioschap	30
1.11.1 Invloed van historie	30
1.11.2 Grensbarrières	30
1.11.3 Belemmerende factoren.....	31
1.12 Samengevat: de Euregio Maas-Rijn	32
2. Gezondheidssituatie in de EMR in kaart gebracht.....	35
2.1 Levensverwachting.....	35
2.2 Mortaliteit.....	42
2.3 Risicofactoren ziektelast.....	47
2.3.1 Overgewicht en obesitas in de EMR	48
2.4 Samengevat: de gezondheidssituatie van de EMR.....	51

3. In gesprek met stakeholders in de Euregio Maas-Rijn	53
3.1 Visie op gezondheidsachterstand.....	53
3.2 Mogelijke invloeden op de gezondheidssituatie	54
3.2.1 Mijnbouwverleden	54
3.2.2 Verhoogde werkloosheid.....	54
3.2.3 Lagere SES	55
3.2.4 Bourgondische regio?	56
3.2.5 Culturele context.....	56
3.2.6 Grensbarrières	56
3.3 Kansen voor gezondheidsverbetering	57
3.3.1 Health in All Policies	57
3.3.2 Bevorderen gezondheidsvaardigheden.....	58
3.3.3 Beslechten grensbarrières	59
3.4 Euregionale samenwerking	59
3.4.1 Euregionale netwerken	60
3.4.2 Uitdagingen.....	62
3.4.3 Euregionale gezondheidsdata.....	62
3.5 Samengevat: in gesprek met de stakeholders	63
4. Aanknopingspunten voor het verbeteren van de gezondheidssituatie	65
4.1 Bevindingen uit het onderzoek	65
4.1.1 Vergelijkbare gezondheidssituatie.....	65
4.1.2 Zuid-Limburg dichter bevolkt en meer vergrijzing	66
4.1.3 Gezamenlijk verleden	66
4.1.4 Opleiding en werkgelegenheid.....	67
4.1.5 Gevolgen van grensregioschap.....	67
4.1.6 De 'Euregio-factor' ?	68
4.2 Aanknopingspunten voor verbetering	69
4.2.1 Health in All Policies	69
4.2.2 Kwetsbare regio's en doelgroepen	71
4.2.3 Beslechten van grensbarrières.....	72
4.2.4 Euregionale samenwerking	73
Bijlage 1 Model van Dahlgren en Whitehead toegelicht	75
Bijlage 2 Verantwoording	76
Kwalitatieve data	76

Kwantitatieve data	76
Bijlage 3 Organisatie van de publieke gezondheid*	79
1. Nederland	79
2. België	82
3. Duitsland	85
Bijlage 4 Herstructurering na sluiten mijnen internationaal	88
Bijlage 5 Begrippenlijst hoofdstuk 2	91
Bijlage 6 Geraadpleegde stakeholders	93
Bijlage 7 Topic list interviews	94
Bijlage 8 Geraadpleegde literatuur	96

Inleiding

Een economisch sterke regio en gezonde inwoners gaan hand in hand. Gezonde mensen zijn in staat meer bij te dragen aan de maatschappij en hebben meer grip op hun leven dan ongezonde mensen. In het algemeen wordt de Nederlandse bevolking, en dus ook de Limburgse, steeds gezonder en de levensverwachting neemt toe. Uit onderzoek blijkt echter dat de inwoners van de regio Limburg, en dan met name de Zuid-Limburgers, minder gezond zijn dan de rest van de Nederlandse bevolking. De inwoners van Zuid-Limburg leven ongeveer een jaar korter en hebben een ongezondere leefstijl dan de gemiddelde Nederlander. Het aandeel mensen dat rookt in Zuid-Limburg blijkt hoger, evenals het aandeel mensen met (ernstig) overgewicht en chronische aandoeningen. Zuid-Limburgers bewegen minder en zijn vaker beperkt in activiteiten door hun gezondheid. Ondanks de inspanningen en interventies in de afgelopen jaren is het (nog) niet gelukt om deze achterstand in te lopen. Een gezondheidsachterstand is onwenselijk, omdat een slechtere gezondheid vaak gepaard gaat met een slechtere maatschappelijke positie van de inwoners.^{1,2,3}

De ambitie van de Provincie Limburg en de Zuid-Limburgse gemeenten is dan ook om te komen tot een trendbreuk in de gezondheid en participatie van Zuid-Limburgers. Middels de Sociale Agenda Limburg 2025 en het regionale gezondheidsbeleid Zuid-Limburg 2016-2019, wordt er toegewerkt naar vitale en gezonde Limburgers. Hierin speelt de nieuwe manier van kijken naar gezondheid, positieve gezondheid, een belangrijke rol. Positieve gezondheid wordt omschreven als het vermogen om je aan te passen en je eigen regie te voeren, in het licht van de sociale, fysieke en emotionele uitdagingen van het leven. Een gezonde leefstijl en leefomgeving zijn van belang voor een goede gezondheid.⁴

Gezondheid wordt nog te veel als een individuele verantwoordelijkheid beschouwd, of als het verschil tussen ziek en niet ziek zijn. Veel meer factoren beïnvloeden echter onze gezondheid. Deze factoren worden determinanten van gezondheid genoemd. De Britse onderzoekers Dahlgren en Whitehead ontwikkelden een algemeen erkend model, dat een duidelijk overzicht geeft van deze determinanten. Het model (zie figuur 1) bevat diverse lagen van deze sociale determinanten en bijbehorende systemen die van invloed zijn op gezondheid. Het individu staat centraal in het model. Ten eerste zijn de biologische en genetische factoren van invloed; deze zijn onveranderbaar. Daarnaast zijn sociale determinanten van invloed op gezondheid; deze zijn wel veranderbaar en dus beïnvloedbaar

¹ Jansen & Kuppens, Op zoek naar de Limburg-factor. De gezondheidssituatie in Limburg onderzocht en verklaard. (2015)

² GGD ZL, Gezondheid in Zuid-Limburg: van signaalrood naar bronsgroen! (2016)

³ GGD ZL, Gezondheidsmonitor 2016. (2016)

⁴ Institute for positive health, Wat is het? Een bredere kijk op gezondheid, die meer oplevert. (2017)

via beleid. De factoren in de verschillende bogen zijn van invloed op elkaar en interacteren met elkaar.⁵ Zie bijlage 1 voor een uitgebreide toelichting op het model.



Figuur 1: Model van Dahlgren en Whitehead: Sociale determinanten van gezondheid

De invloed van sociale determinanten blijkt ook uit het onderzoek 'Op zoek naar de Limburg-factor', dat in 2015 is uitgevoerd door de GGD ZL in opdracht van de Provincie Limburg. Het onderzoeksrapport geeft een aantal mogelijke verklaringen voor de gezondheidsachterstand in Limburg, zoals leefstijl, lage SES, werkloosheid en ook sociale en fysieke factoren. De effecten van leefstijl op gezondheid zijn bekend, maar een belangrijk kennishiaat hierbij is dat er onvoldoende zicht is op de invloed van de leefomgeving en van interventies en de effecten daarvan op de gehele populatie.

Vaak bereikt men bij populatiegerichte interventies de zogenaamde hoge SES-groepen beter dan de lage SES-groepen. De sociaaleconomische status (SES) staat voor de positie van mensen op de maatschappelijke ladder. Die positie ontstaat uit een combinatie van (1) materiële omstandigheden, (2) vaardigheden, capaciteiten en kennis en (3) het sociale netwerk en de status en macht van mensen in dat netwerk. SES kan niet op een directe manier gemeten worden. Wel kan SES bij benadering gemeten worden met de indicatoren inkomen, opleidingsniveau en beroepsstatus. Afhankelijk van het onderzoek en de doelgroep worden één of meerdere indicatoren gekozen, die als maat voor SES worden gebruikt.⁶ In Limburg woont een groter aandeel mensen met een lagere SES ten opzichte van Nederland. Het percentage laagopgeleiden is voornamelijk hoog onder de ouderen. Dit kan een verklaring zijn voor de gezondheidsachterstand. Om de sociaaleconomische

⁵ Dahlgren & Whitehead, Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. (1991)

⁶ Verweij & Mulder, Wat is sociaaleconomische status? (2013)

gezondheidsverschillen tussen SES-groepen te verkleinen, is het van belang om de verschillende oorzaken, de sociale determinanten van gezondheid, aan te pakken. Naast de sociaaleconomische gezondheidsverschillen, groeien zowel in Nederland als internationaal de inkomensverschillen en vermogensverschillen. Tevens heeft Zuid-Limburg een hoog aandeel werklozen, met name onder de lager opgeleiden. Ook dit is een mogelijke verklaring voor de gezondheidsachterstand in Limburg.^{7,8}

Verdere verklaringen voor de gezondheidsachterstand van Limburg worden gezocht in de historie van Limburg. Begin 19^e eeuw werden industrieën geconcentreerd in het Zuiden van de Nederlanden (België en Zuid-Limburg) en in de 20^e eeuw kwam hier de mijnbouw bij. Naast de ongezonde werkomstandigheden, zijn de grote werkloosheid en sociale problematieken die de sluiting van de mijnen met zich meebracht vermoedelijk van invloed geweest op de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg. Een kennishiaat betreft hier de vraag of dit specifiek geldt voor de Zuid-Limburgse sluiting en het te maken heeft met het zelfmanagement en het verwachtingspatroon van de Zuid-Limburgers, of dat er sprake is van een vergelijkbare situatie in andere mijngebieden. Tevens blijkt dat er sprake is van minder sociale cohesie, minder vertrouwen in anderen en minder participatie in Zuid-Limburg dan in de rest van Nederland. Een verklaring is hier nog niet voor gevonden, maar mogelijk hebben de Zuid-Limburgse cultuur, de mijnsluiting en de katholieke kerk hierin een rol gespeeld.⁸

Uit het onderzoeksrapport 'de Limburg-factor' blijkt dat verklaringen voor de Limburgse gezondheidsachterstand in diverse richtingen kunnen worden gezocht, maar ook dat er nog veel kennishiaten zijn. Zowel in landelijke als regionale onderzoeken zijn er nog geen sluitende antwoorden en oplossingen gevonden. De zoektocht wordt daarom voortgezet. Daarbij wordt gekeken naar de directe omgeving van Limburg. Limburg is een grensregio en met name Zuid-Limburg is voor wat dit betreft uniek. Het merendeel van de Zuid-Limburgse gemeenten grenst aan België of Duitsland. Maar liefst 97 procent van de regiogrenzen grenst aan onze buurlanden. Onze Duitse en Belgische buuren wonen dichterbij dan onze Nederlandse landgenoten. In dit Belgisch–Nederlands-Duits aaneengesloten gebied van steden en dorpen (agglomeratie) is er veel grensoverschrijdende uitwisseling op het gebied van winkelen, cultuur, recreatie en andere vrijetijdsbesteding. Maar ook vindt in deze grensregio, de Euregio Maas-Rijn (EMR), wonen, onderwijs en arbeid plaats over de landsgrenzen heen.^{9,10}

⁷ Jansen & Kuppens, Op zoek naar de Limburg-factor. De gezondheidssituatie in Limburg onderzocht en verklaard. (2015)

⁸ RIVM, Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge SES? (2012)

⁹ Provincie Limburg, Grensoverschrijdend perspectief Zuid-Limburg. (2014)

¹⁰ Ponds, Marlet & van Woerkens, Atlas van kansen voor Zuid-Limburg, Tongeren, Luik en Aken. (2013)

Wellicht is de situatie in Zuid-Limburg vanuit sociaal-cultureel perspectief beter te vergelijken met het omliggende gebied, de grensregio's van de EMR, dan met de rest van Nederland. Op verzoek van de Provincie Limburg wordt daarom gekeken in hoeverre er sprake is van een vergelijkbare gezondheidssituatie in de regio's van de EMR. Zijn er overeenkomsten of verschillen in de gezondheidssituatie tussen de grensregio's onderling, maar ook tussen de grensregio's en hun eigen land? Bieden deze overeenkomsten of verschillen aanknopingspunten voor het verkleinen van de gezondheidsachterstand in Limburg? Aan de hand van deze aanknopingspunten worden beleidsaanbevelingen geformuleerd die mogelijk kunnen bijdragen aan de verkleining van de gezondheidsachterstand in Limburg.

Ten aanzien van gezondheid worden de aanknopingspunten minder gezocht in de richting van de curatieve zorg waarbij ziekte wordt behandeld en zo mogelijk genezen, maar met name in de richting van preventie, waar het voorkomen van ziekte of beperking centraal staat. Inzet op het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid levert de meeste gezondheidswinst op. Daarnaast levert het voorkomen dat mensen zorg nodig hebben financiële voordelen op voor de overheid. De ziekte of beperking niet als vertrekpunt benaderen, sluit ook aan bij het gedachtegoed van positieve gezondheid.

In hoofdstuk 1 wordt de EMR in kaart gebracht en wordt een aantal belangrijke geografische en demografische factoren, alsook sociale determinanten van gezondheid, beschreven. In hoofdstuk 2 wordt vervolgens de gezondheidssituatie in de EMR inzichtelijk gemaakt waarbij wordt ingegaan op overeenkomsten en verschillen tussen de afzonderlijke regio's van de EMR. Hebben de andere grensregio's van de EMR, evenals Zuid-Limburg, een gezondheidsachterstand ten opzichte van het eigen land? En hoe verhoudt de gezondheidssituatie van Zuid-Limburg zich tot de andere grensregio's? In hoofdstuk 3 wordt verder ingezoomd op de EMR. Op basis van interviews met stakeholders wordt op zoek gegaan naar mogelijke verklaringen voor de Zuid-Limburgse gezondheidsachterstand vanuit een Euregionaal perspectief. Hoofdstuk 4 geeft een overzicht van aanknopingspunten die mogelijk kunnen bijdragen aan het verbeteren van de (Eu)regionale gezondheidssituatie en daarmee het inlopen van de Zuid-Limburgse gezondheidsachterstand. Met deze aanbevelingen wordt beoogd een bijdrage te leveren aan het bewerkstelligen van een trendbreuk om te komen tot een (economisch) vitaler Limburg.

1. De Euregio Maas-Rijn in kaart gebracht

Indien we aanknopingspunten willen vinden in de Euregio Maas-Rijn (EMR) om de gezondheidsachterstand van Zuid-Limburg te kunnen verbeteren, is het belangrijk eerst een profiel te schetsen van de EMR.

In dit rapport staat de EMR centraal waar de grensregio Zuid-Limburg onderdeel van uitmaakt. De grensregio Noord-Limburg behoort tot een andere Euregio (Rijn-Maas-Noord), maar wordt wel in het onderzoek betrokken als onderdeel van de provincie Limburg (NL). In dit rapport wordt bij vergelijkingen met het eigen land voor Nederlandse en Belgische grensregio's uitgegaan van het totale land, respectievelijk Nederland en België. Voor de Duitse grensregio, het Zweckverband Aachen, wordt de vergelijking gemaakt met de Duitse deelstaat Nordrhein-Westfalen (NRW), die qua bevolkingsomvang beter te vergelijken met Nederland en België dan geheel Duitsland (zie ook de verantwoording in bijlage 2).

1.1 Geografie

De Euregio Maas-Rijn is een gebied waar vijf grensregio's van Nederland, Duitsland en België bij elkaar komen (zie figuur 1.1). Een Euregio is een grensoverschrijdend samenwerkingsverband van gebieden die in de Europese Unie liggen. In de Euregio's worden projecten uitgevoerd met EU-subsidies die moeten bijdragen aan de ontwikkeling en integratie van desbetreffende regio's. Nederland kent in totaal zeven Euregio's in de Duitse en Belgische grensgebieden.¹¹ De enige Euregio waarin Nederland, België én Duitsland samenwerken is de EMR. De EMR bestaat uit de Nederlandse regio Zuid-Limburg, het Duitse Zweckverband Aachen, en in België de Provincie Limburg, Province de Liège en de regio Ostbelgien, ook wel de Duitstalige Gemeenschap genoemd. Ostbelgien maakt deel uit van de Province de Liège, maar treedt als zelfstandige partner op in de Euregionale samenwerking.

De Euregio Maas-Rijn die in 1976 als werkgroep werd opgericht vormt één van de oudste grensoverschrijdende samenwerkingsverbanden in Europa. In 1991 heeft de Euregio Maas-Rijn een juridisch statuut gekregen in de vorm van een Stichting volgens Nederlands recht. De Stichting EMR met zetel in Eupen, coördineert de grensoverschrijdende samenwerking van de vijf partnerregio's. Zij werken samen rond grensoverschrijdende thema's met als voornaamste doel bij te dragen aan de levenskwaliteit van de ongeveer vier miljoen inwoners van de EMR.¹²

¹¹ Europa decentraal, Grensoverschrijdende samenwerking Euregio's. (2018)

¹² Stichting EMR, EMR2020: Een toekomststrategie voor de Euregio Maas-Rijn. (2013)



Figuur 1.1: De Euregio Maas-Rijn (EMR)

De Euregio Maas-Rijn bevindt zich rondom de rivier de Maas en ten westen van de Rijn. De Euregio bestaat uit kleine en middelgrote steden waaronder Maastricht, Aachen, Hasselt, Liège en Eupen. Het gebied wordt gekenmerkt door een afwisselend landschap: zowel plat en uitgestrekt, als heuvelachtig met beekdalen en bebossing. Vroeger werd een groot deel van het landschap gekenmerkt door de kolenindustrie die het gebied vanuit België tot aan Duitsland met elkaar verbond. De industriële periode is in de gehele EMR nog steeds zichtbaar in de industriële landschappen. De EMR wordt verbonden door toeristische routes die bijdragen aan de identiteit van dit gebied als geheel. Vele bezienswaardigheden, natuur- en recreatiegebieden zijn op die manier met elkaar verbonden en kenmerken de regio.^{13,14,15}

1.2 Infrastructuur

Infrastructuur, zoals snelwegen, spoorwegen, waterwegen en luchtverbindingen, is van groot belang voor de ontwikkeling en dus de economie van een regio. De EMR is reeds goed ontsloten via weg, water en spoor (zie figuur 1.2):

- ▶ Er zijn snelle verbindingen tussen de regio's met vijf Europese snelwegen (de E40, E42 en E314 lopen van oost naar west, de E25 en E313 van noord naar zuid).
- ▶ De rivier de Maas verbindt Frankrijk, België en Nederland. De Maas stroomt door Wallonië en door plaatsen van Zuid- en Noord- Limburg en heeft een Maasbekken in Vlaanderen. Liège beschikt over één van de grootste binnenhavens van Europa. De Maas speelt een grote rol in de ontwikkeling van de industrie. De Rijn verbindt de vier

¹³ European route of industrial heritage, Industriecultuur EMR. (2018).

¹⁴ Grünmetropole, Die Entdeckung einer neuen Landschaft. (2017).

¹⁵ VKWLimburg, Een interactieve bedrijvenlandkaart met de 'SWE Euregiolocator'. (2017).

Europese landen Zwitserland, Frankrijk, Duitsland en Nederland en is gelegen ten oosten van het Zweckverband Aachen.

- ▶ Er zijn treindiensten beschikbaar tussen de grote steden in de EMR. Dit betreft voornamelijk stoptreinen vanuit Maastricht naar België en vanuit Heerlen naar Duitsland. Tevens is er een Europees netwerk van hogesnelheidstreinen met stations in Aachen en Liège.
- ▶ Ook zijn er luchthavens gevestigd in de EMR: in Beek en Liège. Daarnaast liggen de vliegvelden Charleroi, Eindhoven, Köln en Weeze, alsmede internationale luchthavens zoals Düsseldorf, Brussel en Amsterdam, op korte reisafstand.^{16, 17}



Figuur 1.2 Infrastructuur in de EMR

1.3 Politiek-bestuurlijke inrichting

Alle drie de landen van de EMR zijn een parlementaire democratie waarbij de uitvoerende macht verantwoording verschuldigd is aan het parlement. Duitsland en België hebben een federatie als staatsvorm en België en Nederland hebben als regeringsvorm een constitutionele monarchie met als staatshoofd een koning. Op politiek-bestuurlijk niveau zijn er dus gemeenschappelijkheden, maar de verdere inrichting van de landen in politiek-bestuurlijke gebieden varieert (zie hiervoor tabel 1.1). Voor een toelichting op de organisatie van het gezondheidsstelsel in de drie EMR-landen, zie bijlage 3.

¹⁶ VKWLimburg, Een interactieve bedrijvenlandkaart met de 'SWE Euregiolocator'. (2017).

¹⁷ INTERREG, Operationeel Programma Doelstelling Europese Territoriale Samenwerking INTERREG IV-A Euregio Maas-Rijn 2007-2013 (2007).

Tabel 1.1: Staatsvormen in Nederland, Duitsland en België¹⁸

Land	Staatsvorm	Regeringsvorm	Staatshoofd	Stelsel
Nederland	Gedecentraliseerde eenheidsstaat	Constitutionele monarchie	Koning	Parlementair stelsel
	Nederland is ingedeeld in 12 Provincies en 388 gemeenten met politiek-bestuurlijke verantwoordelijkheden. Noord-Limburg is onderdeel van de provincie Limburg, en bestaat uit 11 gemeenten. Zuid-Limburg is ook onderdeel van de Provincie Limburg, en bestaat uit 18 gemeenten. Zuid-Limburg behoort tot de EMR.			
Duitsland	Federatie	Bondsrepubliek	Bondspresident en bondskanselier	Parlementair stelsel
	Duitsland is de bond van 16 'federale staten', of 'Bundesländer' waaronder Nordrhein-Westfalen (NRW). NRW is opgedeeld in vijf zogenoemde Regierungsbezirke waarvan de grootte vergelijkbaar is met een Nederlandse provincie. Regierungsbezirk Köln in de NRW bestaat uit 11 Kreisen, waaronder Kreis Düren, Kreis Euskirchen, Kreis Heinsberg en Stadregion Aachen die samen de EMR-regio Zweckverband Aachen vormen.			
België	Federatie	Constitutionele monarchie	Koning	Parlementair stelsel
	België is ingedeeld in gewesten, gemeenschappen en arrondissementen. De drie gewesten van België zijn het Vlaams gewest, het Waals gewest en het Brussels gewest. De drie gemeenschappen bestaan uit de Vlaamse, de Franse en de Duitstalige gemeenschap. Naast de federale overheid van België heeft elk gewest en elke gemeenschap een eigen regering en parlement. Het Vlaamse Gewest en de Vlaamse Gemeenschap worden gecombineerd en fungeren als één bestuurlijke regio. De Provincie Limburg maakt hier deel van uit en is één van de vijf Vlaamse provincies. De Province de Liège is één van de vijf Waalse provincies en behoort tot de Franstalige gemeenschap. Ostbelgien is geografisch gezien gelegen in de Province de Liège en behoort tot het Waals Gewest, maar niet tot de Franstalige Gemeenschap. Ostbelgien behoort tot de Duitstalige gemeenschap.			

1.4 Demografie

In deze paragraaf worden demografische gegevens van de EMR beschreven. Het betreft de bevolkingsomvang, bevolkingsdichtheid en de leeftijdsopbouw. Daarnaast wordt kort ingegaan op het zogenaamde “wonen over de grens”.

1.4.1 Bevolkingsdichtheid

De EMR heeft bijna 4 miljoen inwoners en een oppervlakte van 11.323 km² (zie tabel 1.2). De grootste grensregio binnen de EMR is de Province de Liège. De bevolkingsdichtheid in de EMR is 342 inwoners per km². Zuid-Limburg heeft met 915 inwoners per km² de hoogste bevolkingsdichtheid, bijna 3 keer zo hoog als in de andere gebieden.

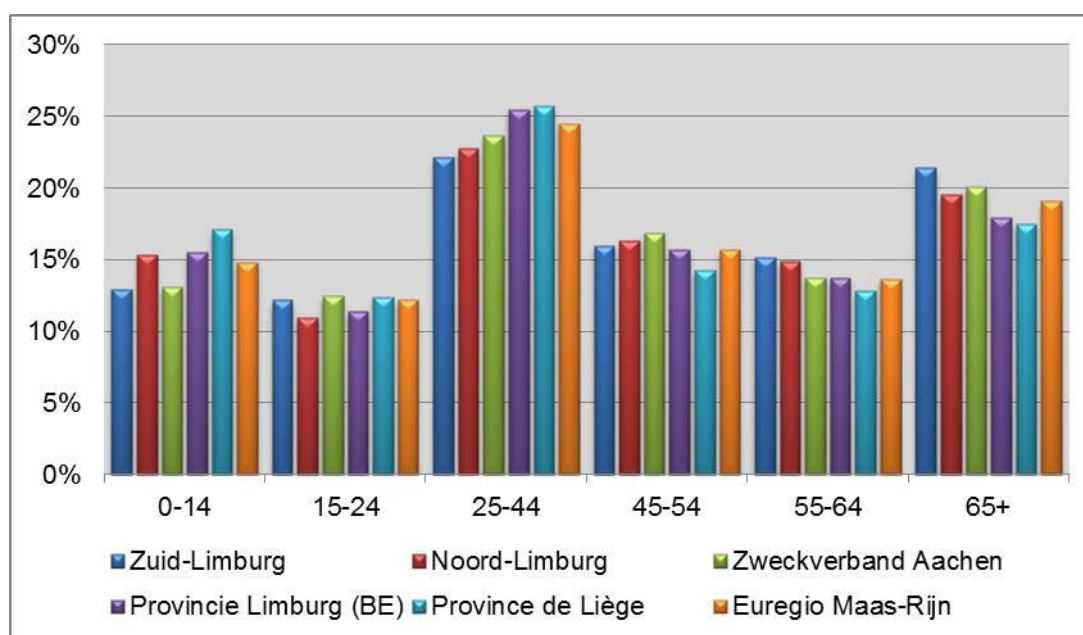
¹⁸ Europa Nu. (2017).

Tabel 1.2 Oppervlakte, aantal inwoners en bevolkingsdichtheid in de EMR.

Regio's van de Euregio Maas-Rijn		Oppervlakte	Inwoners	Bevolkingsdichtheid
	Zuid-Limburg	660 km ²	604.154	915 inwoners per km ²
	Noord-Limburg	1.594 km ²	515.852	324 inwoners per km ²
	Zweckverband Aachen	3.525 km ²	1.244.202	353 inwoners per km ²
	Province de Liège	3.862 km ²	1.091.734	282 inwoners per km ²
	Ostbelgien (Deutschsprachige Gemeinschaft)	854 km ²	76.273	89 inwoners per km ²
	Province Limburg	2.422 km ²	856.280	354 inwoners per km ²
	EMR (excl. Noord-Limburg)	11.323 km ²	3.872.634	342 inwoners per km ²

1.4.2 Leeftijdsverdeling in de EMR

Hierna volgt een korte beschrijving van de leeftijdsverdeling (zie figuur 1.3) in de regio's van de EMR, waarbij per regio wordt ingegaan op de vergelijking met het betreffende achterland. Tenslotte worden de regio's van de EMR onderling vergeleken.



Figuur 1.3 Leeftijdsverdeling in de EMR per leeftijdscategorie

Provincie Limburg (NL)

De leeftijdsverdeling in Zuid-Limburg laat zien dat er relatief meer ouderen (65+) en minder jeugdigen (0-14 jaar) wonen in vergelijking met Noord-Limburg en Nederland. De potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar) is ongeveer gelijk en betreft twee derde van de bevolking. De groep 44-64 jarigen is in Limburg (31%) groter dan in Nederland (28%) en de dynamische leeftijdscategorie van 25-44 jaar is kleiner (22% t.o.v. 25%).

Zweckverband Aachen

In het Zweckverband Aachen is de leeftijdsopbouw vergelijkbaar met die van NRW. Binnen het Zweckverband Aachen heeft de Städteregion Aachen een jongere bevolking dan de overige Kreise. De potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar) is ongeveer gelijk en betreft twee derde van de bevolking. Binnen de beroepsbevolking is de dynamische leeftijdscategorie (25-44 jaar) in Städteregion Aachen het hoogst met 25% en in Euskirchen het laagst met 22%. De leeftijdscategorie 45-64 is in Städteregion Aachen het laagst (28%) en in Euskirchen het hoogst (33%).

Provincie Limburg (BE)

De leeftijdsverdeling van de Provincie Limburg is vergelijkbaar met Vlaanderen en België. De potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar) is ongeveer gelijk en betreft twee derde van de totale bevolking. De leeftijdsgroep 44-64 jaar is in Limburg (BE) groter (30%) dan het Belgische gemiddelde (27%). Binnen de Provincie Limburg zijn er tussen de arrondissementen geen verschillen in samenstelling van de bevolking.

Province de Liège en Ostbelgien

In Province de Liège is de leeftijdsverdeling vergelijkbaar met die in Wallonië en België. De potentiële beroepsbevolking (15-64 jaar) is ongeveer gelijk en betreft twee derde van de totale bevolking. Binnen de Province de Liège zijn er tussen de arrondissementen geen noemenswaardige verschillen in samenstelling van de bevolking.

In Ostbelgien is 20% van de inwoners in de leeftijdsgroep 0-17 jaar, 63% in de leeftijdsgroep 18-65 jaar en 17% in de leeftijdsgroep 65+. ¹⁹ Het aandeel ouderen is gelijk met het aandeel in de Province de Liège en Wallonië. De potentiële beroepsbevolking in Ostbelgien bestaat eveneens uit ongeveer twee derde van de totale bevolking.

Euregio Maas-Rijn

In figuur 1.3 wordt de leeftijdsopbouw van de verschillende regio's in de EMR en van het totale gebied weergegeven. Uit de figuur blijkt dat Zuid-Limburg en het Zweckverband Aachen (beide 13%) het kleinste aandeel jeugdigen (0-14 jaar) hebben. De beroepsbevolking (15-64 jaar) betreft in alle regio's twee derde van de totale bevolking. De zogenaamde dynamische leeftijdscategorie (25-44 jaar) is in Zuid-Limburg het laagst met 22% en in de Province de Liège en Belgisch Limburg het hoogst met 26%. De groep 65-plussers is in Zuid-Limburg het hoogst met 21% en in de Province de Liège het laagst met 18%. Uit deze gegevens kan worden afgeleid dat er in Zuid-Limburg en in het Zweckverband

¹⁹ de Palmaer, De Duitstalige Gemeenschap: onbekend maar niet onbemind! (2017)

Aachen meer sprake is van (potentiële) vergrijzing dan in de Belgische provincies Limburg en Liège. Dit beeld werd bevestigd tijdens de interviews met de Euregionale stakeholders.

1.4.3 Wonen over de grens

In een grensregio vindt doorgaans ook wonen over de grens plaats. In tabel 1.3 wordt voor enkele regio's binnen de EMR het aantal inwoners over de grens weergegeven. Het aantal Nederlanders die in Belgisch-Limburg wonen is vrij hoog. Dit kan verklaard worden door het feit dat men in Belgisch-Limburgs ook de Nederlandse taal spreekt. Ook het aantal Duitsers in Nederland is relatief hoog, dit kan mogelijk verklaard worden door het hoge aandeel Duitse studenten aan de universiteit Maastricht en Hogeschool Zuyd.²⁰

Tabel 1.3 Wonen over de grens in de EMR (Cijfers 2010)¹⁵

Wonen over de grens	Aantal	Percentage
Nederlanders in Tongeren	15.036	7,6% van de bevolking
Nederlanders in Province de Liège	2.257	0,1% van de bevolking
Nederlanders in Städteregion Aachen	3.489	0,6% van de bevolking
Duitsers in Zuid-Limburg	11.637	1,9% van de bevolking
Belgen in Zuid-Limburg	2.367	0,4% van de bevolking

1.5 Historie

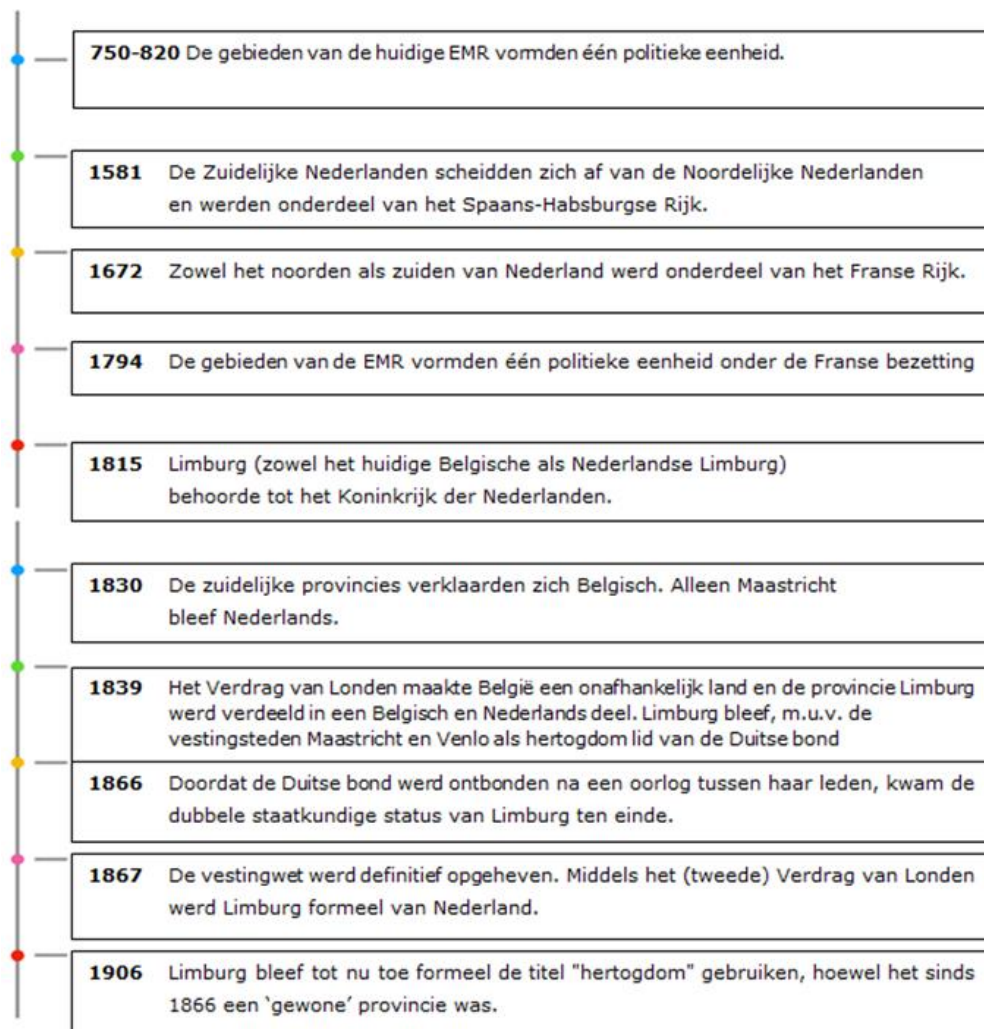
In politiek en geografisch opzicht was de EMR vroeger een lappendeken van zelfstandige en afhankelijke gebieden. De huidige grenzen dateren pas van 1963. De gebieden van de EMR zijn verdeeld geweest onder diverse hertogdommen, prinsbisdommen en zelfstandige kleine heersdommen, maar vormden wel een samenhangend gebied tussen Maas en Rijn. De zogenoemde landen van Overmaas, waaronder gebieden van de huidige EMR, lagen in het centrum van de politieke en militaire strijd van Europa. Op twee momenten vormden de huidige gebieden van de EMR zelfs één politieke eenheid, namelijk in de periode tussen 750-820 onder Charlemagne en tussen 1794 en 1814 onder de Franse bezetting. Ondanks deze relatief korte periode van bestuurlijke samenhang wordt de EMR vaak gepresenteerd als een regio die altijd een eenheid is geweest maar politiek verdeeld is door kunstmatige grenzen, “ook wel littekens van de geschiedenis genoemd”.²¹

In figuur 1.4 is een historische tijdlijn opgenomen. Uit deze tijdlijn is af te leiden dat Limburg, en delen van de huidige gebieden uit de EMR, in het verleden meermaals onder eenzelfde

²⁰ Ponds, Marlet, van Woerkens, Atlas van kansen voor Zuid-Limburg, Tongeren, Luik en Aken. (2013)

²¹ Knippenberg, The Maas-Rhine Euroregion: A Laboratory for European Integration? (2004)

bewind vielen. Toen de vestingwet definitief werd opgeheven werden de vestingmuren van Maastricht, Roermond en Venlo afgebroken. Hierdoor kwam de stedelijke ontwikkeling op gang: spoorlijnen werden aangelegd en fabrieken werden gebouwd aan de rand van de steden. Handelsbeperkingen werden opgeheven en er ontstond een uitwisseling van goederen en diensten tussen Limburg en de Duitse industrie in het achterland. De restanten van Franse en Belgische wetgeving werden afgeschaft en verkeersverbindingen met Noord-Nederland werden verbeterd.^{22,23} De industriële ontwikkeling is onder andere een belangrijke gemeenschappelijkheid in de Euregionale geschiedenis. De EMR vormt namelijk één van de oudste en belangrijkste centra van vroege industrialisering met de talrijke kolenmijnen, ertswinning, ijzer- en messingwaren, lakennijverheid en pottenbakkerij.²⁴



Figuur 1.4 Tijdlijn historie Limburg en EMR-gebieden

²² Provincie Limburg, 150 jaar Limburg. (2015)

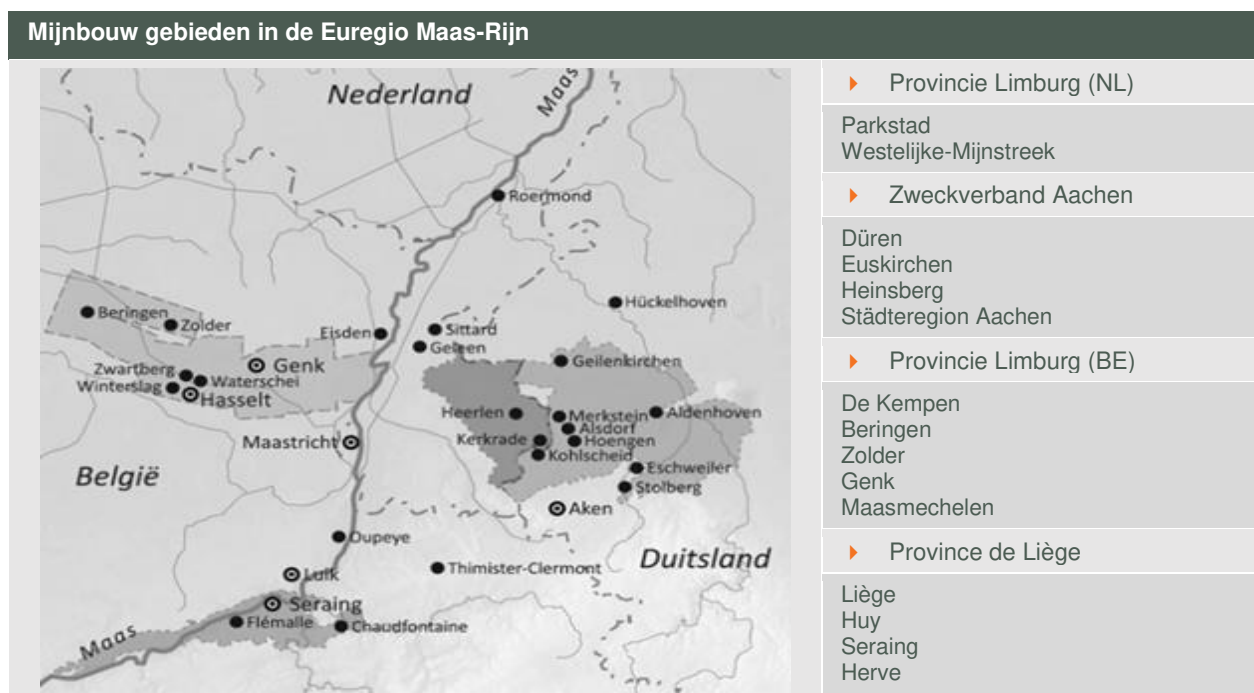
²³ Luyten, Het geluk van Limburg. (2015)

²⁴ European route of industrial heritage, Industrieboulevard EMR.

1.6 Mijnbouw

In de 19^e en begin 20^e eeuw waren de (mijn)industriegebieden de welvarende regio's van West-Europa. Door de kolencrisis in de tweede helft van de 20^e eeuw werd de kolenwinning afgebouwd. Het beeld van deze regio's veranderde en de sluiting heeft overal een herstructurering in gang gezet. In de EMR heeft de mijnbouw daardoor een enorme invloed gehad op de samenleving. Mijnbouw heeft hier plaatsgevonden in delen van Zuid-Limburg, Belgisch Limburg, Province de Liège en in het Zweckverband Aachen (zie figuur 1.5).

In alle mijnbouwgebieden in Noordwest-Europa was de arbeidsvoorziening een probleem en kon men vaak niet volstaan met het lokale arbeidsaanbod. Werving van arbeidsmigranten op korte of lange afstand was daardoor een universeel kenmerk van mijnbouwgebieden. Vaak werd er ook een beroep gedaan op arbeiders uit het buitenland, veelal Poolse en Italiaanse arbeidsmigranten en later ook Turkse en Marokkaanse arbeidsmigranten. Voornamelijk in België was er een groter tekort aan lokale arbeiders. Het aandeel migranten in de Zuid-Limburgse mijnen was gering vergeleken met de andere mijngebieden. Vanaf het sluitingsproces steeg het aandeel buitenlandse arbeidsmigranten in de EMR. In de Province de Liège steeg het aandeel migranten tot meer dan 60% en in Belgisch Limburg tot de helft. Nederland bleef hier ver onder met ongeveer 25%-28%. In Zweckverband Aachen was het aandeel migranten het laagst met 22%.²⁵



Figuur 1.5 Mijnbouwgebieden in de EMR

²⁵ Knotter, Inleiding: Arbeidsmigranten en grensarbeiders. Vergelijkende perspectieven op de mijnarbeidsmarkten in het Belgisch-Duits-Nederlandse grensgebied in de twintigste eeuw. (2008)

1.6.1 Herstructurering

Vanaf de jaren 1950 werden de onrendabele mijnen in Europa gesloten. De besluitvorming rondom de sluiting verschilt per land. In Nederland werd het sluitingsproces het snelst voltrokken. In alle regio's heeft er herstructurering plaatsgevonden door de nationale overheid, welke na verloop van tijd werd gedecentraliseerd naar de lokale overheden. Hieronder volgt een overzicht van het herstructureringsproces in de EMR:

Zuid-Limburg (1967 – 1974)

De herstructurering was voornamelijk gericht op het voorkomen van (toenemende) werkloosheid op korte termijn. Met het sluiten van de mijnen verviel veel werkgelegenheid, maar er werd weinig duurzame nieuwe werkgelegenheid gecreëerd. Veel mijnwerkers kregen een WSW-aanstelling* of konden via een regeling met vervroegd- of arbeidsongeschiktheidspensioen. Men richtte zich onvoldoende op het voorkomen en oplossen van de sociale problematiek die met de sluiting samenhang.²⁶

Belgisch Limburg (1964 – 1992)

Protesten en stakingen zorgden voor uitstel van het sluiten van de mijnen in Belgisch Limburg. Er werd een geïntegreerd Actieplan voor Limburg opgesteld (1987 – 1996), met daarin opgenomen investeringen in onderwijs, wetenschappelijk onderzoek, toerisme, landbouw en infrastructuur. Dit leidde weliswaar tot een toename in het aantal arbeidsplaatsen, maar de hogere werkloosheidsgraad en het lagere opleidingsniveau bleven in de regio bestaan.²⁷

Wallonië (1958 – 1984)

In Wallonië werd gekozen voor een versnelde afbouw van de onrendabele mijnen. Enkele tienduizenden mensen stonden op straat terwijl er nog niet was begonnen met het creëren van vervangende werkgelegenheid. Daarop volgden de problemen in de ijzer- en staalindustrie, waardoor er nog eens tienduizenden banen verloren gingen. De dominante positie van Wallonië op het gebied van industrie ging verloren. Waardoor in 1966 voor het eerst sinds WO II het werkloosheidspercentage hoger lag dan in Vlaanderen.²⁸

²⁶ SBM, Na de mijnsluiting Zuid-Limburg 35 jaar herstructurering en reconversie in 1965-2000 en een doorkijk naar 2010 (2013)

²⁷ SBM, Na de mijnsluiting Internationaal: Herstructurering en reconversie in internationaal perspectief (2013)

*WSW: De Wet sociale werkvoorziening (WSW) is bedoeld voor mensen die door een lichamelijke, psychische of verstandelijke handicap niet onder normale omstandigheden kunnen werken. Mensen met een WSW-indicatie kunnen in of via een sociale werkvoorziening (SW) werken.

Het soort bedrijven dat is ingezet voor de herstructurering is divers:

- ▶ In Zuid-Limburg werd ingezet op industrie (chemie en automobielbedrijven) en overheidsbedrijven (administratie), alsook op kennisinstituten.
- ▶ In Belgisch Limburg werd ingezet op nieuwe kleine en middel ondernemingen (KMO, ofwel MKB). Daarnaast werden Philips Hasselt en Ford Genk aangetrokken.
- ▶ In Wallonië werd ingezet op grote bedrijven, overheidsbedrijven en bestaande ondernemingen (staal en metaal).
- ▶ In Duitsland kregen de industriegebouwen nieuwe functies en werd ingezet op de elektrotechnische en chemische industrie.

Uit onderzoek blijkt dat niet in alle gebieden de herstructurering succesvol is geweest en de gewenste resultaten heeft opgeleverd. Vervangende werkgelegenheid bleek vaak voor de mijnwerkers niet vanzelfsprekend. Dit had onder andere te maken met een andere sfeer en cultuur in bedrijven boven de grond en er werd een ander (hoger) niveau van opleiding en vaardigheden gevraagd dan in de mijnen. Overal is sprake van negatieve de-industrialisatie met uitzondering van de Belgische Kempen, dat deels gelegen is in de Belgische Provincie Limburg. Er wordt gesproken van negatieve de-industrialisatie als de compenserende werkgelegenheidsgroei minder groot is dan de afname in de industrie. In de herstructureringsplannen is daarnaast te weinig rekening gehouden met de demografische ontwikkelingen, de groei van de beroepsbevolking en de conjuncturele ontwikkelingen.²⁸

Enkele sociaal-culturele factoren zijn mede van invloed geweest op de herstructurering van de voormalige mijnbouwgebieden:

- ▶ In Vlaanderen bleek sprake te zijn van meer ondernemingszin.
- ▶ In Zuid-Limburg en Wallonië was er weinig/minder ondernemingszin en bleven de MKB's ondervertegenwoordigd.
- ▶ In Zuid-Limburg en Wallonië was men gewend aan loonarbeid.

De voormalige mijngebieden veranderden veelal van een aantrekkingsgebied in een afstotingsgebied, mede door het negatieve imago van een herstructureringsgebied. Door gebrek aan voldoende werkgelegenheid betrokken jongeren en nam vergrijzing toe. Deze regio's worden tegenwoordig nog steeds gekenmerkt door een relatief laag opleidingsniveau, hetgeen een negatief effect heeft op het innovatievermogen en de veranderingsbereidheid.²⁹ Niet alleen in de EMR is er een tekort aan werkgelegenheid in de voormalige mijngebieden. Dit is ook het geval in bijvoorbeeld Groot-Brittannië en Frankrijk (zie bijlage 4 voor meer informatie). De gevolgen zijn ook hier nog steeds zichtbaar in statistieken over banen,

²⁸ SBM, Na de mijnsluiting Internationaal: Herstructurering en reconversie in internationaal perspectief (2013)

werkloosheid en gezondheid. De meeste mijngebieden in Engeland, Schotland en Wales hebben nog steeds ondersteuning nodig. Gemiddeld zijn er in deze landen slechts 50 banen per 100 inwoners die deel uitmaken van de beroepsbevolking. In Zuid-Wales zelfs enkel 41 per 100. Bewoners uit deze mijngebieden hebben bovendien een grotere kans om te werken op lagere niveaus en in praktische beroepen.²⁹

1.7 Cultuur

De EMR staat bekend om een grote diversiteit in culturen. Cultuur ligt ten grondslag aan verschillende uitingen zoals gewoonten, waarden en normen en het werkt door op de mentaliteit van mensen. Het geeft richting aan het denken en doen van mensen en biedt daarmee een ‘gedragskader’.³⁰ Cultuur wordt gedeeld binnen een groep en het bindt mensen: inwoners van een land, provincie, een regio of een stad, maar ook de leden van een familie, een gezin, een vriendengroep, medewerkers van een organisatie of de inwoners van een wijk.

Cultuur is verweven in de systemen waarmee mensen gedurende hun levensloop te maken krijgen, zoals de woon-, onderwijs- en werkomgeving, alsook de sociale omgeving van een persoon. Ongelijkheden op gezondheidsgebied hangen samen met verschillen in SES en de daarmee verband houdende leefstijl. Leefstijlgedragingen kunnen via sociale overerving en culturele aspecten in stand worden gehouden. De SES bepaalt ook de toegang tot informatie en het vermogen om deze informatie te gebruiken.³¹

Cultuurdimensies van Hofstede

Hofstede onderscheidt zes dimensies van culturele eigenschappen die als graadmeter dienen voor culturele verschillen (zie tabel 1.4). Het is een methode waarmee zicht wordt verkregen op de culturele eigenschappen tussen landen om verschillen in cultuur beter te begrijpen. Aan deze zes culturele dimensies kan een waarde worden toegekend op een schaal van 1 tot 120 (zie figuur 1.6). Door deze dimensies inzichtelijk te maken kan worden ingespeeld op de integratie van culturen in een grensregio.

²⁹ Foden, Fothergill & Gore, The state of the coalfields. Economic and social conditions in the former mining communities of England, Scotland and Wales (2014)

³⁰ Van Beek, Samenwerking? Er zijn grenzen!; onderzoek naar de invloed van de culturele factor op het proces van economische en politiek-bestuurlijke integratie in de Euregio Maas-Rijn. (1996)

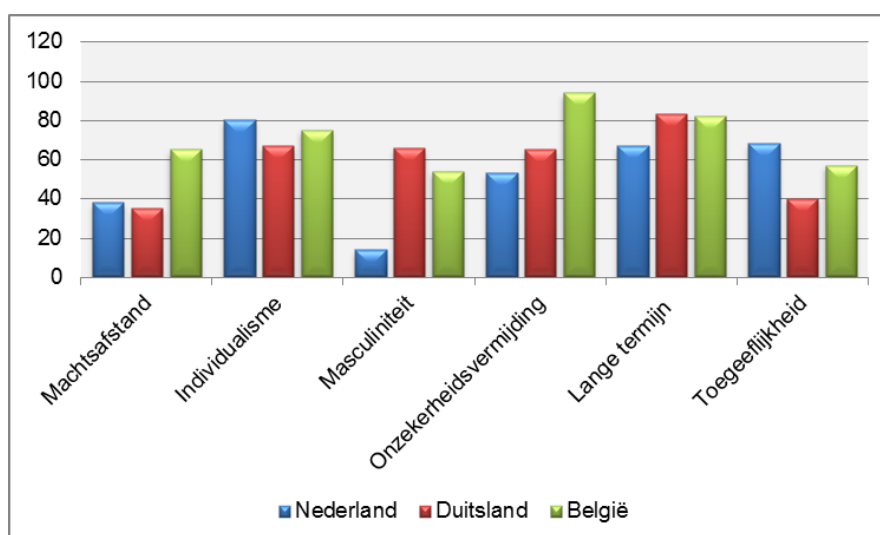
³¹ Sarafino, Health Psychology, Biopsychosocial Interactions. (2008)

Tabel 1.4 Cultuurdimensies van Hofstede³²

Dimensie	Betekenis
▶ Machtsafstand	De mate waarin mensen accepteren dat er machtsafstand/ongelijkheid is in een cultuur. Een hoge score houdt in dat er sprake is van een grote machtsafstand en veel ongelijkheid in de betreffende samenleving. Bij een lage score is er relatief weinig verschil in autoriteit.
▶ Individualisme vs. collectivisme	De mate waarin mensen geïntegreerd zijn in groepen en hoe ze zich daar in bewegen. Binnen een individualistische samenleving wordt van de burgers verwacht dat zij voor zichzelf zorgen en voor zichzelf opkomen. Bij een collectivistische samenleving is de groep belangrijker dan het individu.
▶ Masculien vs. feminien	Mate waarin men belang hecht aan prestaties, ambitie, en vechtlust, of voorkeur heeft voor gelijkheid, bescheidenheid, coöperatie. Landen die hoog scoren op dit punt hebben vaak grotere verschillen tussen de seksen en zijn vaak meer concurrerend en ambitieus. Samenlevingen die laag scoren op dit punt hebben kleinere verschillen tussen de seksen en hechten meer waarde aan het bouwen van relaties.
▶ Onzekerheidsvermijding	Mate waarin een cultuur angst heeft voor de toekomst en onzekere/onbekende situaties probeert te vermijden. Landen die hoog scoren op dit punt zijn minder tolerant ten aanzien van verandering en kennen veel regels en formaliteiten. Samenlevingen die laag scoren op dit punt staan meer open voor verandering, hebben minder regels en wetten en lossere richtlijnen.
▶ Lange vs. korte-termijn oriëntatie	Mate waarin een samenleving gericht is op de toekomst of juist meer op het heden. Langetermijngerichtheid staat voor doelgerichtheid en het streven naar beloning in de toekomst. Een samenleving die meer op de korte termijn is gericht, is juist meer gericht op het hier en nu.
▶ Toegeeflijkheid vs. terughoudendheid	Mate waarin een cultuur probeert om verlangens en impulsen te beheersen, gebaseerd op de manier waarop ze zijn opgevoed. Relatief zwakke controle wordt "toegeeflijkheid" genoemd en relatief sterke controle wordt "terughoudendheid" genoemd. Toegeeflijke culturen hebben een positievere houding en er wordt meer waarde gehecht aan vrije tijd. Terughoudendere culturen hebben strengere sociale normen waarin het nastreven van ambities gereguleerd is.

Gebaseerd op het dimensiemodel van Hofstede is de samenleving in alle drie de landen van de EMR relatief individualistisch ingesteld en georiënteerd op de lange termijn. De drie landen beschikken over een pragmatisch karakter en hebben de vaardigheid zich eenvoudig aan te passen aan veranderende omstandigheden. Op de dimensie machtsafstand scoort België een stuk hoger dan Nederland en Duitsland. Dit uit zich vooral in een formelere houding binnen organisaties waardoor behoefte bestaat aan hiërarchie. In masculiniteit wijkt Nederland enorm af van België (voornamelijk Wallonië) en Duitsland. Nederland en ook Vlaanderen hebben een meer feminiene samenleving waarbij er vooral gestreefd wordt naar consensus, gelijkheid, solidariteit en kwaliteit van het (werkzame) leven. Duitsland en Wallonië zijn meer masculien, hetgeen betekent dat de samenleving wordt aangedreven door competitie, prestatie en succes. Wanneer het gaat om uitbundigheid, het realiseren van verlangens en impulsen, liggen Nederland en België meer op één lijn. Zij zijn meer gericht op genieten, vrije tijd en plezier hebben. Duitsland is in dit opzicht in het algemeen meer ingetogen en beheerst.

³² Hofstede, Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen. (2013)



Figuur 1.6 Scores cultuurdimensies Nederland (blauw), Duitsland (rood), België (groen) ³³

1.8 Leefomgeving

Een gezonde leefomgeving is een omgeving waar mensen zich prettig voelen, die uitnodigt tot gezond gedrag en zo min mogelijk negatieve invloed heeft op de gezondheid. De invloed van onze leefomgeving op de gezondheid is beperkt in vergelijking met andere factoren zoals roken, onvoldoende lichaamsbeweging, alcoholgebruik en overgewicht. Toch zijn gezondheidsrisico's door een slecht milieu niet te verwaarlozen. Luchtverontreiniging en geluidsoverlast zijn de belangrijkste veroorzakers van gezondheidsklachten. Milieuvervuiling roept ook vaak gevoelens op van onveiligheid, zich ongezond voelen en bezorgd zijn. De mate van schadelijkheid van een milieufactor hangt af van de mate waaraan men wordt blootgesteld en van persoonlijke factoren. De leefomgeving heeft niet op iedereen eenzelfde invloed, deze kan zelfs per levensfase verschillen. Kinderen, ouderen, chronisch zieken en mensen met een lage SES behoren tot de zogenaamde kwetsbare groepen. Ook de manier waarop wij onze leefomgeving beleven heeft invloed op onze gezondheid: bijvoorbeeld stress of negatieve gevoelens door geluidshinder.³⁴

De leefomgeving heeft ook indirect positieve effecten op de gezondheid van inwoners. Een aantrekkelijke en goed ingerichte leefomgeving stimuleert een gezonde leefstijl met voldoende beweging. In een groene omgeving voelt men zich gezonder. Daarnaast speelt de sociale leefomgeving een rol: in een prettige buurt is de samenhang groot, voelen inwoners zich veilig en krijgen ze steun.³⁵

³³ Hofstede Insights, Compare countries. (2018)

³⁴ RIVM, Gezonde of ongezonde leefomgeving. (2015).

Onze leefomgeving houdt niet op bij de lands- en regionale grenzen, denk daarbij aan: klimaat, luchtkwaliteit, bodemgebruik of veiligheidsrisico's. Maar bijvoorbeeld ook de nabijheid van industriegebieden, kerncentrales en windmolenparken over de grens. Uit onderzoek blijkt dat de milieuproblematieken en de maatschappelijke omstandigheden vergelijkbaar zijn in de EMR. Geluid is zowel in Duitsland als in Nederland een prioritair thema, omdat blijkt dat nog te veel burgers in ernstige mate hinder ondervinden door weg-, spoor-, en vliegverkeer. Ook luchtkwaliteit is een belangrijk aandachtspunt.³⁵ Naar de beschermende factoren binnen de leefomgeving, zoals bijvoorbeeld groenvoorzieningen en autoluwe binnensteden, is nog relatief weinig onderzoek gedaan. Of het heuvellandschap en de natuurgebieden binnen de EMR extra gezondheidskansen bieden, is daarom onbekend.

1.9 Arbeid

Een belangrijke indicator voor sociaaleconomische status is arbeid. Hieronder wordt een beeld geschetst van de arbeidssituatie in de EMR. Er wordt gekeken naar de belangrijkste bronnen van werkgelegenheid en naar werkloosheid.

1.9.1 Bronnen van werkgelegenheid

De industriële sector is een belangrijke bron van werkgelegenheid in de gebieden van de EMR. De industrialisatie begon aan het begin van de 19e eeuw, mede dankzij de grote steenkool- en bruinkoolreserves. Zoals reeds aangegeven in paragraaf 1.6, ging na de sluiting van de mijnen veel werkgelegenheid verloren en werden in de regio's andere vormen van werkgelegenheid gecreëerd.

Tabel 1.5 bevat een overzicht van de huidige belangrijkste werkgelegenheidssectoren in de EMR. Er zijn veel hoogwaardige industrie- en bedrijventerreinen en er is een breed aanbod aan kantoren, winkelpanden, productiehallen, logistieke centra en infrastructuur voor wetenschappelijk onderzoek. De spreiding van de verschillende sectoren over de diverse regio's van de EMR biedt perspectieven voor potentiële samenwerking en innovatie in de chemie, maakindustrie, life sciences & health en voor wat betreft de uitwisseling van arbeidsplaatsen. Daarnaast hebben alle regio's een groot aanbod aan historie en cultuur.

³⁵ Provincie Noord-Brabant, Het Milieu een gedeelde zorg in het Duits-Nederlandse grensgebied. (2010)

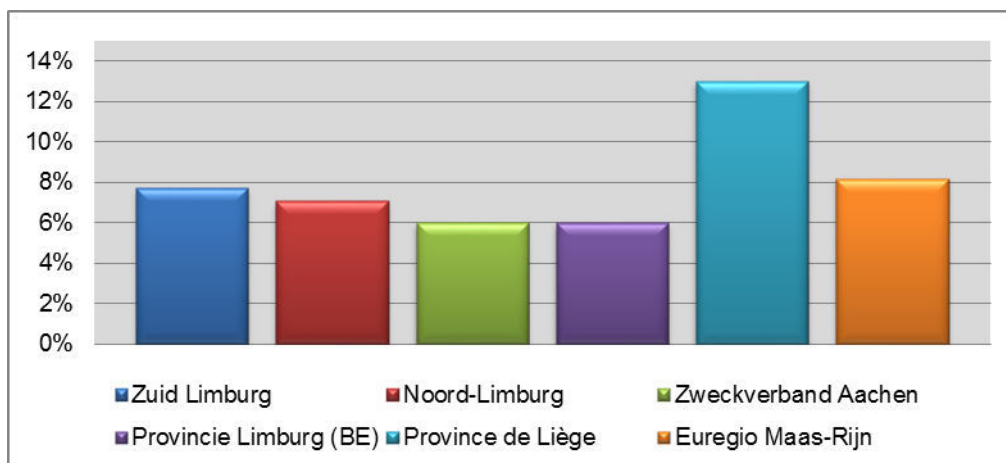
Tabel 1.5: Belangrijke werkgelegenheidssectoren in de EMR

Sector	Zuid-Limburg	Noord-Limburg	Zweckverband Aachen	Provincie Limburg (BE)	Province de Liège	Ost-belgien
Chemische industrie	✓			✓		
Life sciences & health	✓		✓		✓	
Maakindustrie	✓	✓	✓	✓		
Agro & food	✓				✓	✓
Automotive	✓		✓			
Productiebedrijven	✓					✓
Logistiek en transport	✓	✓		✓	✓	✓
Dienstensector	✓	✓	✓	✓		
Leisure	✓					
Land- en tuinbouw		✓		✓		✓
Veeteelt		✓				
Detailhandel		✓				
Autohandel		✓				
Vervoer en opslag		✓				
Recreatie		✓				
ICT			✓	✓		
Werktuigbouwkunde			✓		✓	
Energie			✓			
Biotechnologie			✓	✓	✓	
Zorgeconomie			✓	✓		
Technologie			✓		✓	
Zelfstandig ondernemer				✓		✓
Administratie				✓		
Onderzoekscentra	✓		✓		✓	
Toerisme						✓
Metaal en kunststof						✓
Houtindustrie						✓
Bouwsector						✓
Reparatiesector						✓
Machinebouw						✓

1.9.2 Werkloosheid

Het aantal werklozen is vastgesteld volgens de definitie van de International Labour Organization (ILO). De ILO definieert een werkloze als iemand tussen de 15 en 65 jaar die niet werkt, wel onmiddellijk beschikbaar is voor een passende betrekking en er actief naar zoekt.³⁶ In figuur 1.7 is het werkloosheidspercentage in de EMR weergegeven.

³⁶ ILO, Resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization. (2013)



Figuur 1.7 Werkloosheidspercentage in de EMR

Provincie Limburg (NL)

Het werkloosheidspercentage is in Zuid-Limburg 8% en in Noord-Limburg 7%. Deze percentages zijn vergelijkbaar met Nederland (8%).

Zweckverband Aachen

Het werkloosheidspercentage is in het Zweckverband Aachen 6%. Dit is vergelijkbaar met het werkloosheidspercentage in Nordrhein-Westfalen. Kreis Düren heeft met 8% het hoogste en Kreis Heinsberg met 5% het laagste werkloosheidspercentage. Voor Euskirchen zijn deze gegevens niet beschikbaar.

Provincie Limburg (BE) en Province de Liège

Het werkloosheidspercentage is in de Belgische Provincie Limburg 6%; dit is vergelijkbaar met Vlaanderen (5%). In de Province de Liège is het werkloosheidspercentage met 13% ruim twee keer zo hoog als in de Provincie Limburg. Ook in Wallonië is het percentage ruim twee keer zo hoog als in Vlaanderen (12%). In België is het gemiddelde werkloosheidspercentage 9%. Er zijn geen afzonderlijke gegevens beschikbaar voor Ostbelgien dat onderdeel is van de Province de Liège.

Euregio Maas-Rijn

De werkloosheidspercentages in de regio's zijn vergelijkbaar met het gemiddelde werkloosheidspercentage van het achterland. Het gemiddelde werkloosheidspercentage in de EMR is 8%. De Province de Liège heeft het hoogste werkloosheidspercentage (13%); het dubbele ten opzichte van de overige regio's. Na de Province de Liège volgen Kreis Düren en Zuid-Limburg met elk 8%.

1.10 Onderwijs

Zoals aangestipt in het onderzoek 'Op zoek naar de Limburg-factor' is onderwijs een belangrijke determinant van gezondheid. Mensen met een lage SES en lagere opleiding zijn niet alleen ongezonder dan mensen die hoger op de maatschappelijke ladder staan; een lage opleiding is in allerlei opzichten ongunstig. Mensen met een hogere opleiding hebben namelijk vaak meer mogelijkheden. Opleiding is van invloed op bijvoorbeeld inkomen, arbeid, cultuur, politieke voorkeur en opvattingen over leefstijl. Mensen met een lagere opleiding vinden minder vaak een betaalde baan en doen minder vaak vrijwilligerswerk. Ook hebben zij minder vaardigheden om zelfredzaam te zijn en regie te voeren over hun eigen leven.³⁷

Opleidingsniveau is ook gerelateerd aan de wijze van omgaan met stress. Mensen met een hoger opleidingsniveau gebruiken vaker probleem-georiënteerde coping strategieën ten opzichte van mensen met een lager opleidingsniveau. Sociale ervaringen van kansarme mensen doen hen geloven dat ze weinig controle hebben over gebeurtenissen in hun leven. In de verschillende levensfasen hebben mensen te maken met verschillende omstandigheden die zorgen en stress met zich mee kunnen brengen. Mensen met een lagere opleiding en een lagere SES hebben vaker zorgen rondom arbeid en inkomen. In het algemeen hebben kansarme personen meer kans op stressvolle gebeurtenissen en zijn ze minder in staat deze effectief het hoofd te bieden.³⁸

1.10.1 Onderwijsvoorzieningen

Op het gebied van onderwijs kan er een onderscheid worden gemaakt tussen de basisscholen en middelbare scholen, de beroepsopleidingen, en de Hochschule / Universitäre/ hoger beroepsonderwijs (hbo) / wetenschappelijk onderwijs (WO). De eerste twee typen scholen kunnen worden gezien als basisvoorzieningen en het is belangrijk dat deze voorzieningen in alle regio's op peil zijn. In regio's met vergrijzing en bevolkingsdaling kunnen deze echter onder druk komen te staan. Ook beroepsopleidingen hebben veelal een regiofunctie, al zijn deze niet zo sterk lokaal georiënteerd als het basis- en middelbaar onderwijs. Aanwezigheid van hoger onderwijs is belangrijk voor de bijdrage die kan worden geleverd aan het opleidingsniveau en dus ook de sociaaleconomische status van de bevolking. Daarnaast speelt de aanwezigheid van hoger onderwijs een grote rol in de aantrekkingskracht van een regio voor werkgevers die op zoek zijn naar hoog opgeleid personeel.³⁹

³⁷ van de Werfhorst, Een kloof van alle tijden. Verschillen tussen lager en hoger opgeleiden in werk, cultuur en politiek. (2015)

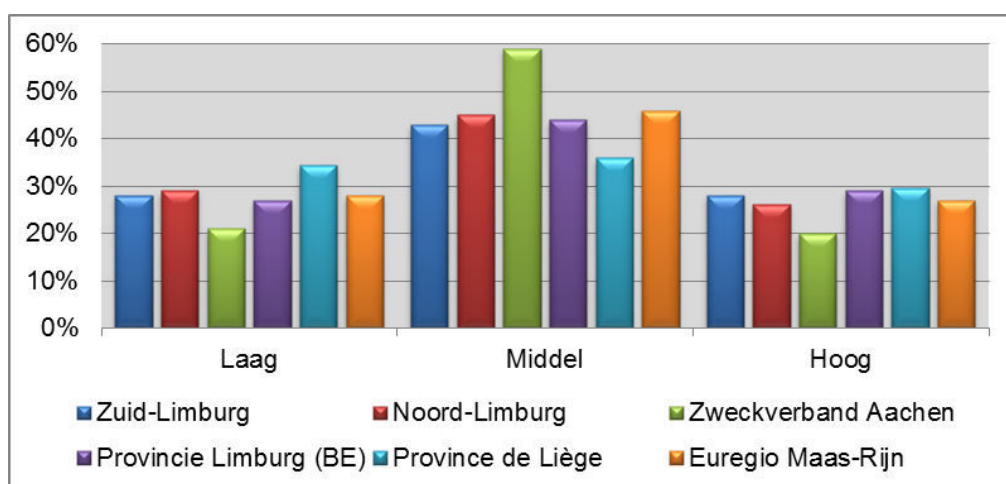
³⁸ Sarafino, Health Psychology, Biopsychosocial Interactions. (2008)

³⁹ Ponds, Marlet, van Woerkens, Atlas van kansen voor Zuid-Limburg, Tongeren, Luik en Aken. (2013)

In de regio's van de EMR zijn diverse kennisinstituten gehuisvest. Onder andere meerdere universiteiten: in Zuid-Limburg de Universiteit Maastricht (UM) en de Open Universiteit (OU), in Zweckverband Aachen de Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule (RWTH), in de Provincie Limburg (BE) de Universiteit Hasselt en in de Province de Liège de Université de Liège. Daarnaast is er ook een goede spreiding van hoger beroepsonderwijs over de EMR. Zowel in Zuid-Limburg, Zweckverband Aachen, Provincie Limburg (BE), Province de Liège, alsook in Ostbelgien, zijn er diverse instellingen voor hoger beroepsonderwijs.

1.10.2 Opleidingsniveau

Zoals reeds aangegeven, is opleidingsniveau een belangrijke indicator van sociaaleconomische status. Hieronder wordt een beeld geschetst van het opleidingsniveau in de Euregio Maas-Rijn (zie figuur 1.8). Bij het meten van het opleidingsniveau in de EMR is gebruik gemaakt van de internationale onderwijsindeling ISCED2011. Hierin is een onderscheid gemaakt in laag, middel en hoog. Deze categorisering toegepast op het Nederlandse onderwijssysteem betekent dat een laag opleidingsniveau vergelijkbaar is met: geen onderwijs, primair onderwijs of VMBO. Een middel opleidingsniveau is vergelijkbaar met HAVO, VWO en MBO. Een hoog opleidingsniveau is vergelijkbaar met HBO en universitaire scholing.⁴⁰



Figuur 1.8 Opleidingsniveau in de EMR, onderverdeeld naar laag, middel en hoog (%)

Provincie Limburg (NL)

Het opleidingsniveau tussen Noord- en Zuid-Limburg is min of meer vergelijkbaar. In Zuid-Limburg (28%) wonen meer hoogopgeleiden dan in Noord-Limburg (26%). Het aantal

⁴⁰ Unesco, International Standard Classification of Education - ISCED 2011. (2012)

hoogopgeleiden is in de totale Provincie Limburg (27%) lager dan in Nederland (34%). Vergeleken met Nederland (24%) wonen er in Limburg (29%) meer laagopgeleiden.

Zweckverband Aachen

Binnen het Zweckverband Aachen heeft Kreis Düren de meeste laag opgeleide inwoners (24%). Kreis Euskirchen (68%) heeft het hoogste aandeel inwoners met een middel opleiding. Städteregion Aachen (25%) heeft de meeste inwoners met een hoge opleiding. en Kreis Euskirchen (13%) het laagste aandeel. Het aandeel laagopgeleiden is in het Zweckverband Aachen iets hoger (21%) dan in NRW (19%). Het aandeel hoogopgeleiden is iets lager (20% t.o.v. 23%).

Provincie Limburg (BE)

De inwoners in de Provincie Limburg (BE) zijn gemiddeld lager opgeleid dan de inwoners van Vlaanderen. In Limburg (BE) is 29% hoogopgeleid, in Vlaanderen is dit 33%. Ten opzichte van België is de Provincie Limburg hoger opgeleid. Binnen de provincie Limburg heeft het grootste deel van de inwoners een middel opleidingsniveau (44%), voornamelijk in Maaseik (49%). De meeste hoogopgeleiden wonen in Tongeren (31%) en het aandeel laagopgeleiden is het laagst in Maaseik (23%).

Province de Liège

In de Province de Liège (34%) is het aantal laagopgeleiden hoger dan in geheel Wallonië (32%), maar is het aantal hoogopgeleiden gelijk (30%). Ten opzichte van België is de Province de Liège lager opgeleid. Een vergelijking tussen de arrondissementen toont aan dat in het Arrondissement Liège (36%) de meeste laagopgeleiden wonen. In Verviers (39%) is het aandeel inwoners met een middel opleiding het hoogst en in Huy (36%) en Waremme (34%) wonen de meeste hoogopgeleiden. Er zijn geen afzonderlijke gegevens beschikbaar voor Ostbelgien dat onderdeel is van de Province de Liège, arrondissement Verviers.

Euregio Maas-Rijn

In de EMR is gemiddeld 28% laag opgeleid, 46% middel opgeleid en 27% hoog opgeleid (zie figuur 1.8). De Province de Liège (34%) heeft het grootste aandeel laag opgeleiden en in het Zweckverband Aachen (21%) wonen de minste laagopgeleiden. In het Arrondissement Liège wonen de meeste laagopgeleiden (36%) en in Kreis Düren en Kreis Euskirchen wonen de minste laagopgeleiden (20%). Het aandeel inwoners met een middel opleidingsniveau is vergelijkbaar tussen de EMR-regio's, met als uitschieter het Zweckverband Aachen (59%). In het Arrondissement Huy wonen de minste middelopgeleiden (31%) en in Kreis Euskirchen wonen met 68% de meeste middelopgeleide inwoners. Het aandeel inwoners met een hoog

opleidingsniveau is vergelijkbaar tussen de EMR-regio's; het aandeel is het laagst in het Zweckverband Aachen (20%). In Kreis Euskirchen (13%) wonen de minste hoogopgeleide inwoners en het Arrondissement Huy (36%) heeft het hoogste aandeel inwoners met een hoog opleidingsniveau.

1.11 Grensregioschap

De Euregio Maas-Rijn bestaat uit vijf grensregio's. Zoals eerder aangestipt, is de Nederlandse Provincie Limburg, en dan met name Zuid-Limburg, een grensregio bij uitstek. Vrijwel geheel Zuid-Limburg is een eerstegraadsgrensgebied met zowel België als Duitsland. Een gemeente behoort tot een eerstegraadsgrensgebied als ten minste 75% van het landoppervlak binnen 12,5 km van de grens ligt.⁴¹ Hieronder wordt ingegaan op de mogelijke effecten van het "grensregioschap" voor de economische ontwikkeling van de regio en de factoren die hierbij met name van invloed zijn.

1.11.1 Invloed van historie

In de 19^e eeuw verschilden de bevolking binnen een land vaak sterk qua cultuur, taal en etnische samenstelling. Een gemeenschappelijke taal leidde tot verbeterde onderlinge communicatie en samenwerking tussen burgers en daarmee ook tot economische groei. Onderwijsstelsels werden genationaliseerd, landelijke media ontstonden en dit stimuleerde de ontwikkeling van democratische instituties. Doordat beleid en instituties konden worden afgestemd op de voorkeuren van de bevolking, leverden grenzen toen en ook nu nog een positieve bijdrage aan structuur en economische groei van een land.³⁷

Eeuwenlang hebben de landen van het huidige Europa elkaar bevochten. Het ontstaan van de Europese Gemeenschap na de Tweede Wereldoorlog vormde hierin een belangrijk keerpunt. Momenteel maken 28 landen deel uit van de Europese Unie en geldt er recht van vrij verkeer. Dit recht zorgt ervoor dat voor de inwoners van lidstaten van de Europese Unie de landsgrenzen zo open mogelijk zijn. Daardoor worden onder andere handel tussen de lidstaten en het werken in andere landen in Europese Unie bevorderd.

1.11.2 Grensbarrières

Ondanks het recht van de inwoners van de Europese Unie zich vrij te mogen bewegen, lijken nationale grenzen een barrière te vormen voor de arbeidsmarkt in grensregio's. Grensregio's missen zogenaamde agglomeratievoordelen, ofwel de voordelen die een ruimtelijke concentratie van mensen en bedrijven biedt. Een ruimtelijke concentratie van mensen en

⁴¹ CPB, De arbeidsmarkt aan de grens met en zonder grensbelemmeringen. (2016)

bedrijven biedt meer banen, meer voorzieningen, meer klanten en meer potentiële medewerkers. Deze voordelen vormen een belangrijke verklaring voor de groei van stedelijke regio's.^{42,43,44}

Grensregio's kunnen niet ten volle profiteren van de banen en voorzieningen die zich aan de andere kant van de grens bevinden. De carrièrekansen van de inwoners van grensregio's en de omvang en diversiteit aan voorzieningen die ze tot hun beschikking hebben, zijn over het algemeen lager dan in andere regio's. Hierdoor is het voor mensen en bedrijven minder aantrekkelijk zich in een grensregio te vestigen en ontstaat een 'scheve' verdeling van de populatie: veel ouderen, weinig jongeren en een beperkt aantal mensen in de beroepsbevolking.⁴³⁻⁴⁵

1.11.3 Belemmerende factoren

Recent onderzoek van het Centraal Plan Bureau heeft de zogenaamde 'grensfactoren' in kaart gebracht die een mogelijke belemmering vormen voor agglomeratie-effecten op de arbeidsmarkt.⁴⁵ De grensfactoren worden opgedeeld in een aantal rubrieken, die hieronder kort worden besproken.

Verschillen in taal en cultuur

De aanwezigheid van verschillen in taal en cultuur wordt in de literatuur het vaakst geïdentificeerd als belangrijke grensbelemmering. In de EMR heeft de landsgrens tussen Nederlands Limburg en het Zweckverband Aachen dan ook een nadeliger effect op de arbeidsmarkt dan bijvoorbeeld de landsgrens tussen Nederlands en Belgisch Limburg.

Institutionele en administratieve verschillen

Het bestaan van landsgrenzen gaat samen met verschillen in instituties, zoals sociale zekerheid of verzekeringen tegen werkloosheid. Deze verschillen vergroten de administratieve last en veroorzaken daarmee extra kosten van grensoverschrijdend verkeer. Ook verschillen in belastingsystemen en de beperkte erkenning van diploma's vallen onder deze noemer. Het lijkt erop dat deze belemmering minder belangrijk is dan bijvoorbeeld taal- en cultuurverschillen.

⁴² Ponds, Marlet, van Woerkens, Atlas van kansen voor Zuid-Limburg, Tongeren, Luik en Aken. (2013)

⁴³ Knippenberg, The Maas-Rhine Euroregion: A Laboratory for European Integration? (2004)

⁴⁴ Boekema, Grensregio's en arbeidsmarkten: theoretische en empirische perspectieven. (2000)

⁴⁵ CPB, De arbeidsmarkt aan de grens met en zonder grensbelemmeringen. (2016)

Gebrek aan transportnetwerken

Een grensoverschrijdend transportnetwerk is in het algemeen minder uitgebreid dan het binnenlandse. Eerder werd ingegaan op de infrastructuur in de EMR en deze is redelijk goed ontwikkeld. Toch is het niet uitgesloten dat er wel gevallen zijn binnen de EMR waar het gebrek aan goede grensoverschrijdende transportmogelijkheden een belemmering vormt voor grensoverschrijdend verkeer. Dit kan met name gelden voor het (lokale) openbaar vervoer.

Informatieachterstand

Informatieverschillen over werkmogelijkheden en sociale zekerheid aan de andere kant van de grens kunnen een belemmering vormen voor grensoverschrijdend verkeer. Een informatieachterstand bemoeilijkt de inschatting van de voordelen van werken in het buitenland. Tenslotte hebben mensen die in een bepaald land werken “insider advantages” zoals specifieke kennis of een netwerk, die arbeidsmobiliteit belemmeren.

Psychologische factoren

Grenzen zorgen voor een nationale identiteit die kan leiden tot een “wij-zij-gevoel”. Daarbij horen lager wederzijds vertrouwen en een grotere mentale afstand tussen buurlanden en dit belemmert economische interactie. Mensen moeten eerst een drempel over voordat ze in staat zijn om hun gewoonte te overwinnen en een baan aan de andere kant van de grens te overwegen. In de jaren zestig en zeventig gebeurde dit wel in Zuid-Limburg. De werkvooruitzichten waren hier door het sluiten van de mijnen dusdanig slecht, dat mensen gedwongen werden hun gewoonte naast zich neer te leggen en in Duitsland te gaan werken.

Economische verschillen en asymmetrische effecten

Soms kan werken over de grens een rationele beslissing zijn omdat aan de andere kant van de grens meer kan worden verdiend. Werkloosheid en een lage kans op werk in eigen land kan ook een reden zijn voor mensen om werk aan de andere kant van de grens te gaan zoeken. Economische verschillen zorgen er dus voor dat de gevolgen van de grens voor de arbeidsmarkt niet symmetrisch zijn.⁴⁶

1.12 Samengevat: de Euregio Maas-Rijn

Om inzicht te krijgen in mogelijke aanknopingspunten voor het verbeteren van de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg werd in dit hoofdstuk een profiel geschetst van de Euregio Maas-Rijn. Dit vanuit de achterliggende gedachte dat de situatie in Zuid-Limburg

⁴⁶ CPB, De arbeidsmarkt aan de grens met en zonder grensbelemmeringen. (2016)

vanuit sociaal-cultureel perspectief wellicht beter te vergelijken is met de EMR dan met Nederland.

Tussen de verschillende regio's van de EMR zijn veel overeenkomsten, maar ook verschillen op te merken. Voor wat betreft demografie blijkt in Zuid-Limburg sprake te zijn van een bevolkingsdichtheid die maar liefst drie maal zo hoog is als in de andere gebieden. In Zuid-Limburg is, evenals in het Zweckverband Aachen, meer vergrijzing dan in de Belgische grensregio's. Het aandeel jeugdigen en mensen in de zogenaamde dynamische leeftijdscategorie is in Zuid-Limburg relatief laag.

De gebieden in de EMR delen een gemeenschappelijke historie in die zin dat ze op twee momenten in de geschiedenis zelfs één politieke eenheid hebben gevormd. Het mijnverleden heeft in alle EMR-regio's een grote invloed gehad op de samenleving. De mijnbouw heeft veel arbeidsmigranten aangetrokken, al was dit in Zuid-Limburg minder dan in de andere gebieden. Voornamelijk in Liège zijn veel arbeidsmigranten gevestigd. Herstructurering moest in alle gebieden een oplossing bieden voor de nadelige gevolgen van het sluiten van de mijnen voor de werkgelegenheid. In Zuid-Limburg bleek deze echter onvoldoende gericht op het voorkomen en oplossen van de sociale problematiek die samenhangt met het sluiten van de mijnen. Met uitzondering van de Belgische Kempen was in alle gebieden sprake van negatieve de-industrialisatie. Met name in Vlaanderen bleek meer ondernemingszin te bestaan en ontstonden veel kleine en middelgrote ondernemingen (KMO's/MKB's). In Zuid-Limburg, evenals in Wallonië, bleef men vooral vasthouden aan loonarbeid en was er minder ondernemerszin.

Voor wat betreft cultuur zijn er overeenkomsten tussen de drie landen voor wat betreft aanpassingsvermogen. In België heerst meer gevoel voor hiërarchie en formaliteit binnen organisaties. In Nederland en Vlaanderen wordt het meest gestreefd naar consensus en solidariteit. Nederland en België zijn het meest gericht op genieten en plezier beleven.

Milieuproblematiek is vergelijkbaar in de Euregio Maas-Rijn. Geluidshinder is met name in Duitsland en Nederland een prioritair thema en ook luchtkwaliteit is een belangrijk aandachtspunt.

In de EMR bestaat een grote diversiteit aan werkgelegenheidssectoren. Het werkloosheidspercentage is in Zuid-Limburg gelijk aan het gemiddelde in de EMR. De Provincie de Liège heeft het hoogste percentage werklozen en het Zweckverband Aachen en Belgisch Limburg presteren het beste.

Er is een goede spreiding binnen de EMR van hoger onderwijs, een belangrijke factor voor de aantrekkingskracht van de regio. Voor wat betreft opleidingsniveau is Zuid-Limburg vergelijkbaar met het gemiddelde in de EMR. Het Zweckverband Aachen heeft het hoogste percentage middelopgeleiden en de laagste percentages laag- en hoogopgeleiden. De Province de Liège beschikt over het hoogste percentage laagopgeleiden, maar samen met Belgisch Limburg ook over het hoogste percentage hoogopgeleiden.

Een belangrijke factor van invloed op de ontwikkeling van de regio's binnen de EMR vormt het grensregioschap. Waar nationale grenzen in het verleden hebben bijgedragen aan economische groei en democratie, vormen ze nu een barrière voor de arbeidsmarkt in grensregio's. Belemmeringen vormen met name verschillen in taal en cultuur, institutionele en administratieve verschillen, gebrek aan transportnetwerken, informatieachterstand en psychologische factoren veroorzaakt door een "wij-zij-gevoel". De aanwezigheid van verschillen in taal en cultuur wordt in de literatuur het vaakst geïdentificeerd als belangrijke grensbelemmering.

2. 2. Gezondheidssituatie in de EMR in kaart gebracht

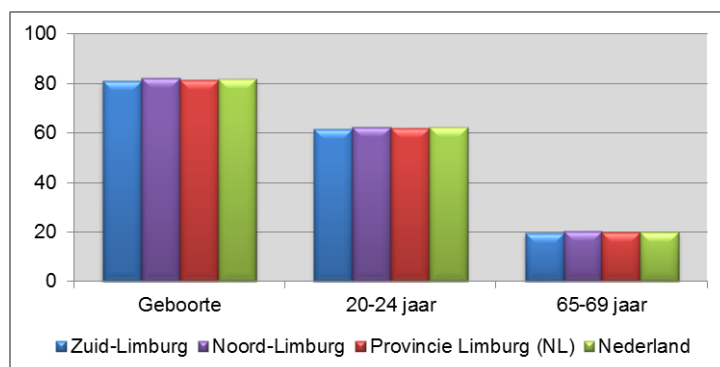
Voor een schets van de gezondheidssituatie van de verschillende grensregio's richt dit rapport zich met name op de levensverwachting, mortaliteit (sterfte) en risicofactoren met betrekking tot morbiditeit (ziekte). Voor sommige indicatoren zijn er cijfers beschikbaar op EMR-niveau, voortgekomen uit de dataset van het project 'Euregional health data collection'. Voor andere indicatoren zijn alleen cijfers op landelijk niveau beschikbaar (zie bijlage 2 voor de verantwoording en bijlage 5 voor een begrippenlijst behorende bij hoofdstuk 2).

2.1 Levensverwachting

De levensverwachting van de totale bevolking en naar geslacht is een goede indicatie van gezondheid voor een regio. De levensverwachting is het aantal jaren dat iemand van een geselecteerde leeftijd naar verwachting nog te leven heeft.⁴⁷ Deze levensverwachting is berekend voor de volgende leeftijdsgroepen: bij geboorte, op 20-24 jarige leeftijd en op 65-69 jarige leeftijd. Naast het tonen van de levensverwachting bij geboorte is er gekozen voor de groep 20-24 jarigen, omdat dit de groep betreft die net afgestudeerd is en aan het werkende leven gaat beginnen. Daarnaast is er gekozen voor de groep 65-69 jarigen, omdat dit de groep ouderen bevat die met pensioen gaan.

Provincie Limburg (NL)

In de Provincie Limburg is de gemiddelde levensverwachting bij geboorte voor de totale bevolking 81,5 jaar (zie figuur 2.1/tabel 2.1). In Noord-Limburg is de levensverwachting 82,1 jaar en in Zuid-Limburg 81,1 jaar. Dit betreft een verschil van 1 jaar. Vergeleken met Nederland heeft de Zuid-Limburgse bevolking een levensverwachting die 0,7 jaar lager is. De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk tussen Zuid-Limburg en Nederland. In de oudere leeftijdsgroep wordt dit verschil iets kleiner.



Figuur 2.1 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, in Limburg en Nederland (2014)

⁴⁷ CBS, Levensverwachting. (2018)

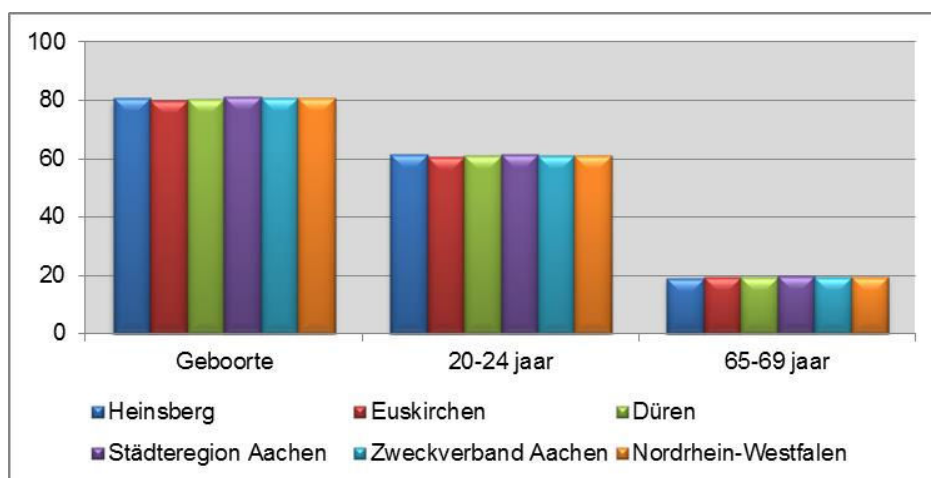
In Zuid-Limburg is de levensverwachting bij geboorte voor mannen 79,4 jaar en voor vrouwen 82,5 jaar. Ten opzichte van Nederland zijn de verschillen in levensverwachting in Zuid-Limburg bij de vrouwen (1 jaar) groter dan bij de mannen (0,6 jaar). De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk. In de oudere leeftijdsgroep nemen deze verschillen af.

Tabel 2.1 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, uitgesplitst naar geslacht, in Limburg en Nederland (2014)

Regio	Totale bevolking			Man			Vrouw		
	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr
Zuid-Limburg	81,05	61,50	19,59	79,42	59,79	18,11	82,50	63,04	20,84
Noord-Limburg	82,05	62,39	20,16	80,21	60,58	18,68	83,77	64,07	21,43
Provincie Limburg (NL)	81,50	61,90	19,84	79,77	60,15	18,36	83,08	63,50	21,09
Nederland	81,79	62,25	19,96	80,00	60,50	18,47	83,44	63,87	21,25

Zweckverband Aachen

De gemiddelde levensverwachting in het Zweckverband Aachen is 80,7 jaar. Vergeleken met NRW (80,6 jaar) heeft de bevolking van het Zweckverband Aachen een vergelijkbare levensverwachting (zie figuur 2.2/tabel 2.2). Ten opzichte van de gemiddelde berekende levensverwachting binnen het Zweckverband Aachen is er in Kreis Euskirchen een levensverwachting die 0,6 jaar lager is. In het Zweckverband Aachen is de levensverwachting bij geboorte voor de totale bevolking in Städteregion Aachen het hoogst met 81,1 jaar en in Kreis Euskirchen het laagst met 80,0 jaar. Dit betreft een verschil van 1,1 jaar binnen deze regio. De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk. In de oudere leeftijdsgroep nemen deze verschillen af.



Figuur 2.2 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, in Zweckverband Aachen en NRW (2014)

In het Zweckverband Aachen is de levensverwachting voor mannen bij geboorte 78,4 jaar en voor vrouwen 82,9 jaar. Voor de beide geslachten is er binnen het Zweckverband Aachen geen verschil in levensverwachting ten opzichte van NRW. Bij de mannen uit Euskirchen is echter wel sprake van een levensverwachting die 0,9 jaar lager is dan het gemiddelde in het Zweckverband Aachen. Bij de vrouwen uit Heinsberg is er sprake van een lagere levensverwachting van 0,7 jaar ten opzichte van het gemiddelde in het Zweckverband Aachen. De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk. In de oudere leeftijdsgroep worden de verschillen verschil kleiner.

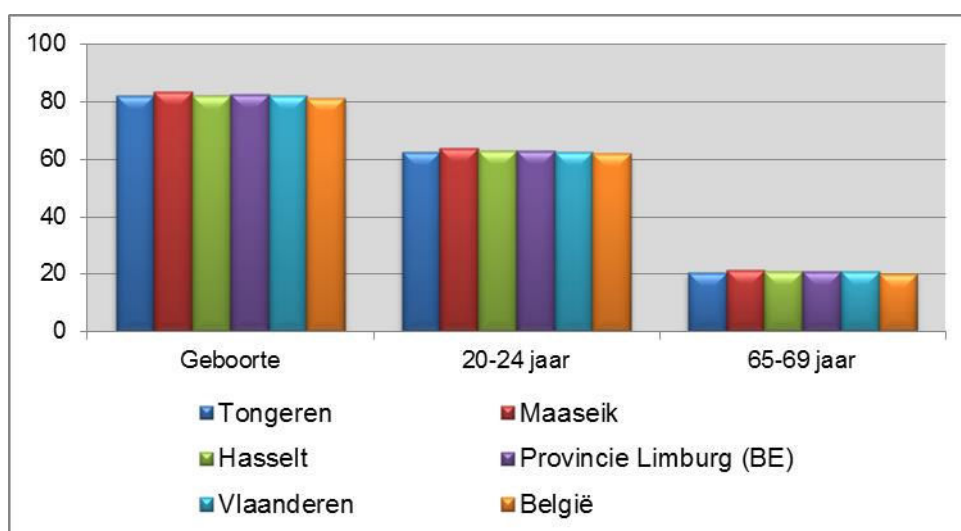
Tabel 2.2 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, uitgesplitst naar geslacht, in Zweckverband Aachen en NRW (2014)

Regio	Totale bevolking			Man			Vrouw		
	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr
Heinsberg	80,62	61,21	19,08	78,89	59,42	17,58	82,21	62,87	20,36
Euskirchen	80,03	60,34	19,23	77,47	58,01	17,65	82,60	62,66	20,65
Düren	80,44	60,91	19,16	77,84	58,45	17,50	83,08	63,40	20,69
Städteregion Aachen	81,05	61,38	19,68	78,73	59,11	17,91	83,24	63,52	21,20
Zweckverband Aachen	80,68	61,09	19,38	78,38	58,86	17,71	82,91	63,24	20,84
NRW	80,65	61,13	19,52	78,26	58,78	17,84	82,91	63,37	20,97

Provincie Limburg (BE)

In de Provincie Limburg (BE) is de levensverwachting bij geboorte voor de totale bevolking 82,5 jaar (zie figuur 2.3/tabel 2.3). Ten opzichte van Vlaanderen hebben de inwoners in Limburg (BE) een hogere levensverwachting van 0,3 jaar en ten opzichte van België leven de Limburgers zelfs 1,2 jaar langer. De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk tussen Limburg en België. In de oudere leeftijdsgroep wordt dit verschil van 1,2 jaar kleiner en betreft het verschil 0,7 jaar.

Voor mannen is de levensverwachting bij geboorte in Limburg (BE) 80,4 jaar en voor vrouwen 84,6 jaar. Ten opzichte van België zijn de verschillen in levensverwachting in Limburg bij de mannen (1,6 jaar) groter dan bij de vrouwen (0,9 jaar). De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk. In de oudere leeftijdsgroep nemen deze verschillen af.



Figuur 2.3 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, in Provincie Limburg en België (2014)

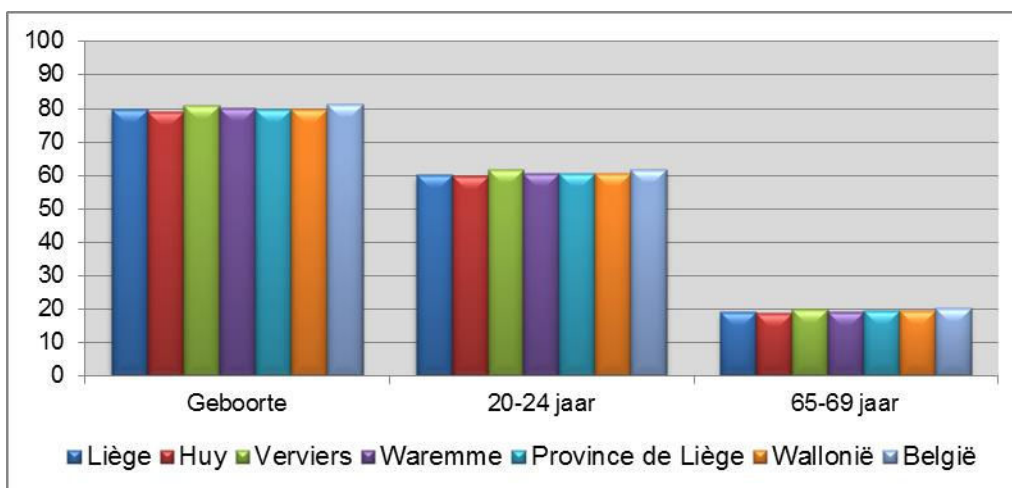
Binnen de Provincie Limburg (BE) is de levensverwachting in Maaseik het hoogst met 83,3 jaar. Dit is 0,8 jaar hoger ten opzichte van de gemiddelde levensverwachting in Limburg (BE). De levensverwachting in Tongeren en Hasselt is 1 jaar lager dan in Maaseik, met 82,2 jaar. Dit is vergelijkbaar met het Vlaams gemiddelde. Deze verschillen zijn bij een uitsplitsing naar geslacht ook vergelijkbaar.

Tabel 2.3 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, uitgesplitst naar geslacht, in Provincie Limburg en België (2014)

Regio	Totale bevolking			Man			Vrouw		
	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr
Tongeren	82,23	62,57	20,61	80,32	60,75	19,29	84,15	64,40	21,84
Maaseik	83,28	63,69	21,27	81,24	61,63	19,77	85,35	65,77	22,67
Hasselt	82,23	62,76	20,70	79,93	60,61	19,05	84,49	64,87	22,21
Provincie Limburg (BE)	82,51	62,96	20,83	80,39	60,93	19,31	84,62	64,98	22,23
Vlaanderen	82,17	62,62	20,65	79,80	60,32	18,86	84,49	64,86	22,25
België	81,30	61,78	20,17	78,79	59,34	18,39	83,73	64,12	21,73

Province de Liège

In de Province de Liège is de levensverwachting bij geboorte evenals in Wallonië 79,8 jaar voor de totale bevolking (zie figuur 2.4/tabel 2.4). Ten opzichte van België leven de inwoners van Province de Liège 1,5 jaar korter. De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk tussen de Province de Liège en België. In de oudere leeftijdsgroep wordt dit verschil van 1,5 jaar kleiner en betreft het verschil 0,9 jaar.



Figuur 2.4 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, in Province de Liège en België (2014)

Voor mannen is de levensverwachting bij geboorte 77,3 jaar en voor vrouwen 82,3 jaar in de Province de Liège. Het verschil in lagere levensverwachting ten opzichte van België is vergelijkbaar tussen mannen en vrouwen. De verschillen in levensverwachting blijven op 20-24 jarige leeftijd gelijk tussen de Province de Liège en België. In de oudere leeftijdsgroep wordt dit verschil van 1,5 jaar kleiner en betreft het verschil 0,8 jaar voor mannen en 1,1 jaar voor vrouwen.

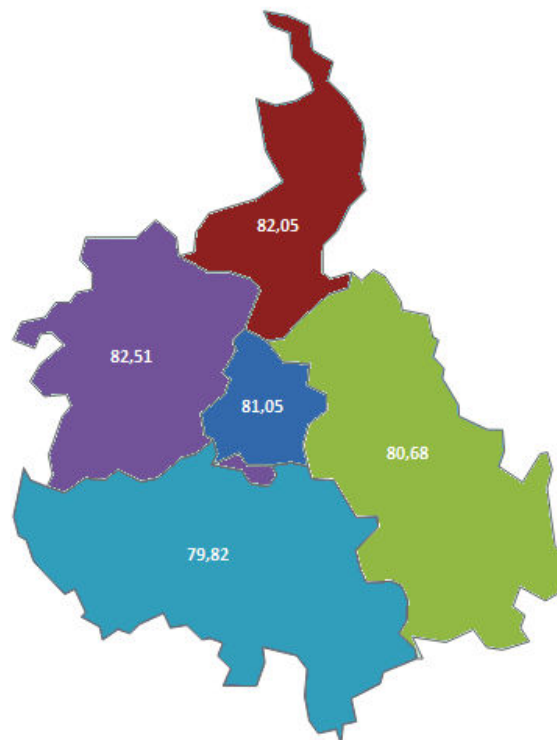
Binnen de Province de Liège is de levensverwachting met 80,9 jaar het hoogst in Verviers. Dit is 1,1 jaar langer dan gemiddeld in de Province de Liège. De inwoners van Huy hebben de laagste levensverwachting met 78,9 jaar. Dit betreft een verschil van 2 jaar. De levensverwachting in Waremme is 0,3 jaar hoger en in Liège 0,4 jaar lager ten opzichte van het gemiddelde in de Province de Liège. Deze verschillen zijn bij een uitsplitsing naar geslacht ook vergelijkbaar.

Tabel 2.4 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, uitgesplitst naar geslacht, in Provincie Limburg, Province de Liège en België (2014)

Regio	Totale bevolking			Man			Vrouw		
	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr
Liège	79,44	59,92	19,06	76,79	57,37	17,33	81,97	62,33	20,46
Huy	78,91	59,57	18,70	76,28	57,00	17,15	81,57	62,16	20,09
Verviers	80,93	61,45	19,91	78,71	59,37	18,57	83,09	63,45	21,06
Waremme	80,10	60,42	19,15	77,26	57,72	17,27	82,89	63,03	20,76
Province de Liège	79,82	60,31	19,24	77,27	57,86	17,63	82,28	62,65	20,59
Wallonië	79,80	60,31	19,40	77,07	57,66	17,66	82,45	62,86	20,86
België	81,30	61,78	20,17	78,79	59,34	18,39	83,73	64,12	21,73

Euregio Maas-Rijn

De gemiddelde levensverwachting van de totale bevolking in de EMR is 81,0 jaar, deze is gelijk aan die van Zuid-Limburg (zie figuur 2.5). In het Zweckverband Aachen is de levensverwachting 0,3 jaar lager en in de Province de Liège is de levensverwachting het laagst, namelijk 1,2 jaar lager dan in de EMR. De inwoners van de Provincie Limburg (BE) hebben de hoogste levensverwachting met 82,5 jaar. Deze is 1,5 jaar hoger dan het gemiddelde in de EMR. Binnen België zijn er grote verschillen tussen de twee gewesten. Limburgers (BE) leven gemiddeld 2,7 jaar langer dan de inwoners van de Province de Liège.



Figuur 2.5 Levensverwachting bij geboorte van de totale bevolking, in Noord-Limburg, Zuid-Limburg, Provincie Limburg (BE), Province de Liège, Zweckverband Aachen (2014)

In de EMR is de gemiddelde levensverwachting bij geboorte 78,9 jaar voor mannen en 83,1 jaar voor vrouwen (zie tabel 2.5). Mannen en vrouwen in Belgisch Limburg hebben de hoogste levensverwachting met 80,9 jaar voor mannen en 84,6 jaar voor vrouwen. Vergeleken met het gemiddelde in de EMR is de levensverwachting voor Zuid-Limburgse mannen hoger en voor Zuid-Limburgse vrouwen lager.

Vrouwen in de Provincie Limburg (BE) hebben de hoogste levensverwachting met 84,6 jaar en mannen in Wallonië hebben de laagste levensverwachting met 77,1 jaar. Dit opmerkelijke verschil, binnen één en hetzelfde land, bedraagt maar liefst 7,5 jaar.

Bij de levensverwachting op 20-24 jarige leeftijd zijn er tussen de regio's en het gemiddelde in de EMR vergelijkbare verschillen ten opzichte van de verschillen in levensverwachting bij geboorte. Op 65-jarige leeftijd worden deze verschillen in levensverwachting kleiner ten opzichte van het gemiddelde in de EMR.

Tabel 2.5 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte, 20-24 jaar en 65-69 jaar van de totale bevolking, uitgesplitst naar geslacht, in de EMR-regio's en Noord-Limburg (2014)

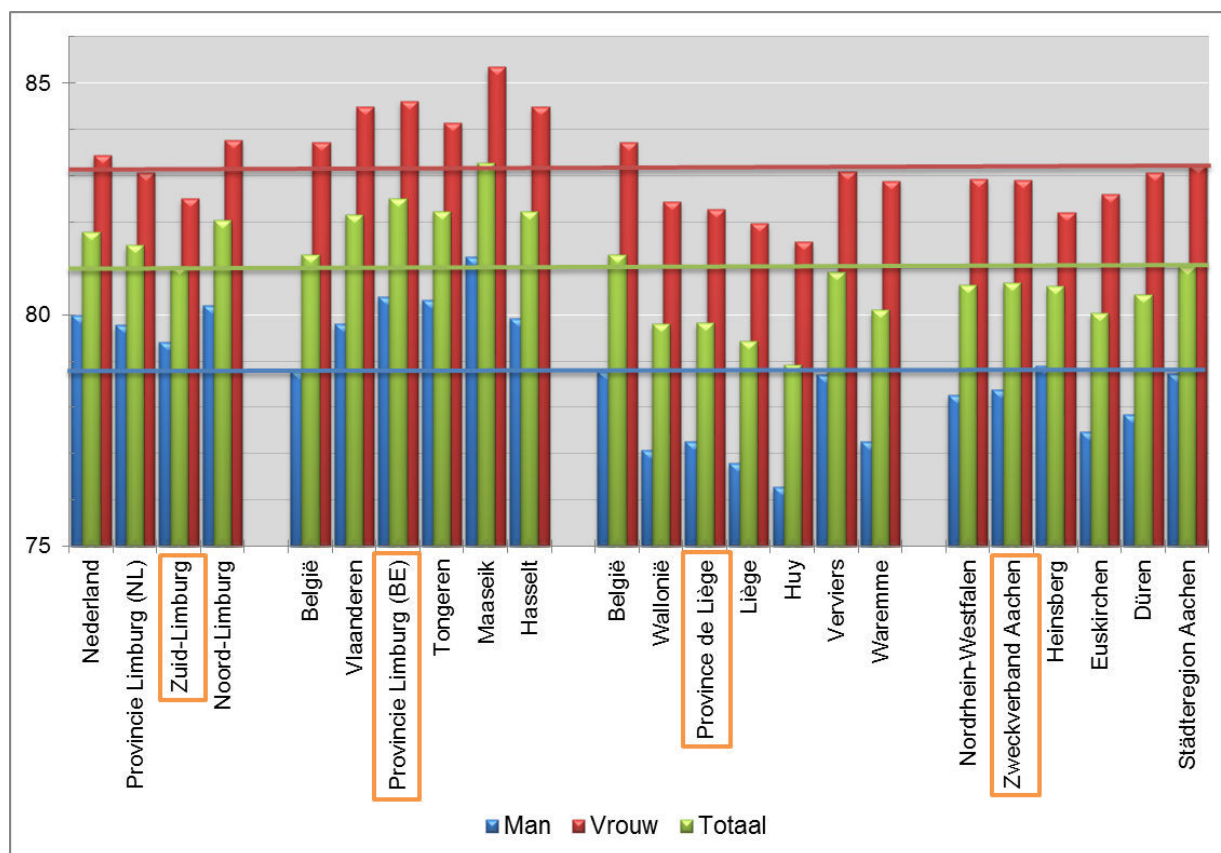
Regio	Totale bevolking			Man			Vrouw		
	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr	Geboorte	20-24jr	65-69jr
Zuid-Limburg	81,05	61,50	19,59	79,42	59,79	18,11	82,50	63,04	20,84
Noord-Limburg	82,05	62,39	20,16	80,21	60,58	18,68	83,77	64,07	21,43
Zweckverband Aachen	80,68	61,09	19,38	78,38	58,86	17,71	82,91	63,24	20,84
Provincie Limburg (BE)	82,51	62,96	20,83	80,39	60,93	19,31	84,62	64,98	22,23
Province de Liège	79,82	60,31	19,24	77,27	57,86	17,63	82,28	62,65	20,59
EMR	81,02	61,45	19,73	78,85	59,35	18,17	83,10	63,46	21,08

In onderstaande figuur 2.6 wordt de levensverwachting binnen de EMR-regio's weergegeven met het bijbehorende achterland. De lijnen in de grafiek geven het gemiddelde van de totale EMR weer. Hieruit is af te leiden dat Zuid-Limburg een vergelijkbare levensverwachting heeft met de totale EMR-regio. Maar de grafiek maakt ook duidelijk dat er tussen de diverse regio's grote verschillen zijn in levensverwachting. De provincie Limburg (BE) en de bijbehorende arrondissementen hebben allen een hogere levensverwachting dan het EMR-gemiddelde. De Province de Liège en de bijbehorende arrondissementen en het Zweckverband Aachen met de bijbehorende Kreise hebben allemaal een lagere levensverwachting ten opzichte van het gemiddelde. Met uitzondering van de Städteregion Aachen, welke een vergelijkbare levensverwachting heeft met Zuid-Limburg.

Daarnaast blijkt dat er net zoals in de Provincie Limburg (NL), tussen Noord en Zuid, tussen de arrondissementen in België en de Kreise in Duitsland duidelijke verschillen zijn waar te nemen. In de beide Limburgse provincies en het Zweckverband Aachen betreffen de verschillen in levensverwachting 1 jaar. In de Province de Liège betreft het verschil in levensverwachting zelfs 2 jaar tussen de arrondissementen.

Wordt er gekeken naar de gebieden binnen de EMR-regio's dan blijkt dat het arrondissement Maaseik (83,3 jaar) de hoogste levensverwachting heeft. Het arrondissement Huy (78,9 jaar) heeft de laagste levensverwachting van alle regio's. Dit zijn beide regio's binnen België. De regio's van laagste naar hoogste levensverwachting: Huy, Liège, Euskirchen, Waremme,

Düren, Heinsberg, Verviers, Städteregion Aachen, Zuid-Limburg, Noord-Limburg, Tongeren, Hasselt en Maaseik.



Figuur 2.6 Gemiddelde levensverwachting bij geboorte van de totale bevolking (groen) en uitgesplitst naar geslacht, mannen (blauw) en vrouwen (rood) in de EMR (2014)

2.2 Mortaliteit

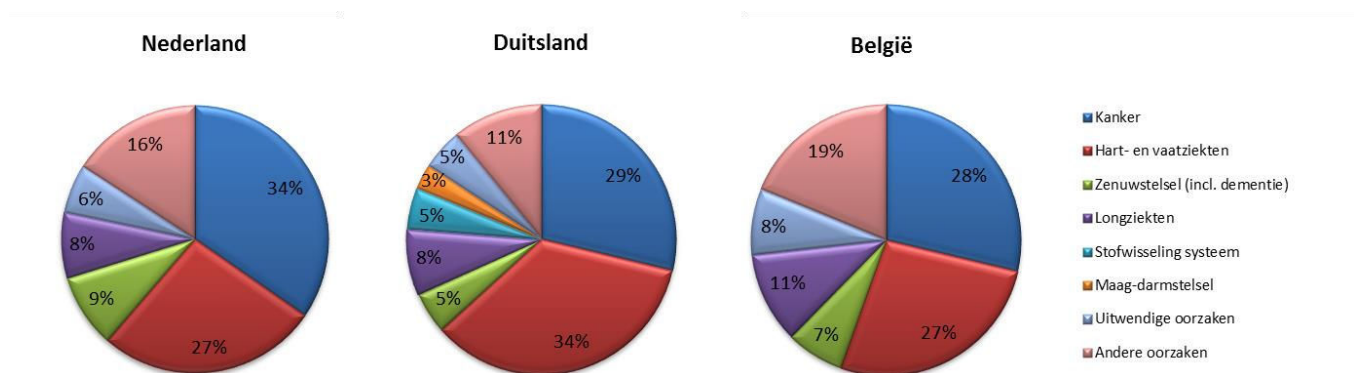
De mortaliteit betreft het aantal personen dat is overleden. Voor het classificeren wordt er gebruik gemaakt van de “*International Classification of Disease*”, de ICD-10, welke wordt beheerd door de World Health Organization (WHO).⁴⁸

Nederland – Duitsland – België

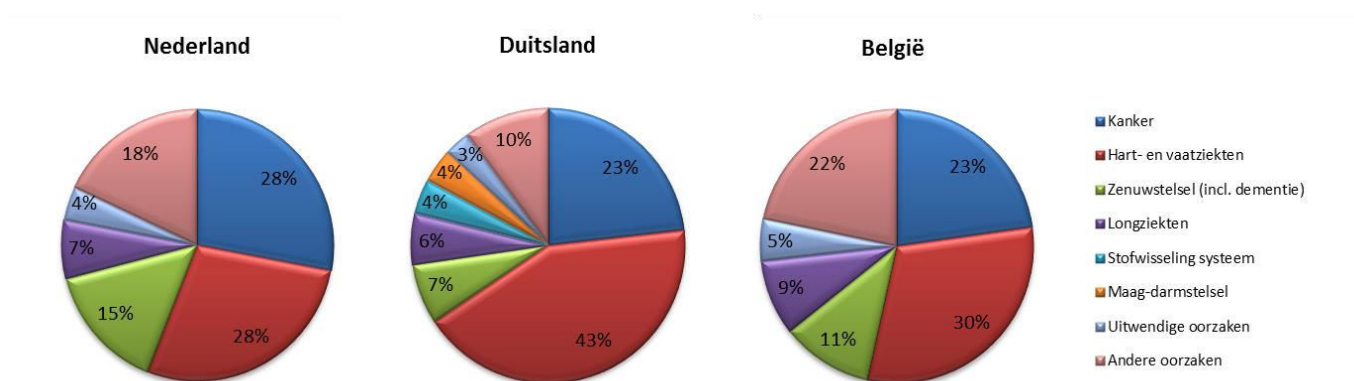
In figuur 2.7 en figuur 2.8 worden de gestandaardiseerde sterftcijfers weergegeven van de meest voorkomende doodsoorzaken van mannen en vrouwen in Nederland, Duitsland en België. De meest voorkomende doodsoorzaken, voor zowel mannen als vrouwen, zijn kanker en hart- en vaatziekten. Deze cijfers zijn vergelijkbaar, al ligt het aandeel hart- en vaatziekten in Duitsland hoger dan in Nederland en België.

⁴⁸ WHO-FIC, Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen. (2014)

Voor de gehele populatie zijn in Nederland de meest voorkomende doodsoorzaken hartziekten (11%), vormen van Alzheimer (9%) en longkanker (8%). In Duitsland zijn dit de ischemische (14%) en overige (11%) hartziekten en beroerten (6%). En in België zijn ook de overige (12%) en ischemische (7%) hartziekten en beroerten (7%) de belangrijkste doodsoorzaken.^{49,50,51}



Figuur 2.7 Gestandaardiseerde sterftecijfers mannen Nederland, Duitsland, België (2016)⁴⁵⁻⁴⁷



Figuur 2.8 Gestandaardiseerde sterftecijfers vrouwen Nederland, Duitsland, België (2016)⁴⁵⁻⁴⁷

Provincie Limburg (NL)

De mortaliteitscijfers per 1000 inwoners zijn in Limburg iets hoger dan in Nederland, voornamelijk voor natuurlijke doodsoorzaken (zie tabel 2.5). Daarnaast zijn de mortaliteitscijfers in Zuid-Limburg ook nog iets hoger dan in Noord-Limburg. De meest voorkomende doodsoorzaak is voor beide regio's de natuurlijk doodsoorzaak.

In Nederland is de zuigelingensterfte gemiddeld 3,3 per 1000 levendgeborenen. In Zuid-Limburg is de zuigelingensterfte in 2014 hoger dan in Nederland, namelijk 4 op de 1000 geboortes. In Noord-Limburg is dit 1,8. Dit is een opmerkelijk verschil en daarom hebben wij hier verder onderzoek naar gedaan. In de berekening van de zuigelingensterfte is uitgegaan

⁴⁹ OECD, Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017. (2017)

⁵⁰ OECD, België: Landenprofiel Gezondheid 2017. (2017)

⁵¹ OECD, Germany: Country Health Profile 2017. (2017)

van de cijfers van 2014. Vergelijken wij echter de cijfers van de afgelopen 10 jaar (2007-2016) dan is hieruit af te leiden dat de gemiddelde zuigelingensterfte in Noord-Limburg 3,2 is. Voor Zuid-Limburg is dit gemiddelde 3,5. Het verschil in 2014 berust dus op toeval, en wordt mede veroorzaakt door de fluctuaties in het aantal overleden zuigelingen per jaar. Dit varieert in totaal van 8 tot 22 sterftes per jaar. Dit is mede te verklaren door het erg lage aantal sterfgevallen per jaar en het feit dat het een momentopname is. Dit geldt ook voor de overige regio's.

Tabel 2.5 Mortaliteitscijfers per 1000 inwoners / 1000 levendgeborenen in provincie Limburg (NL) en Nederland (2014)

Regio	Uitwendige doodsoorzaken	Natuurlijke doodsoorzaken	Kanker	Hart en vaatziekten	Longziekten	Zuigelingen sterfte
Zuid-Limburg	0,44	10,19	3,41	2,99	0,85	3,97
Noord-Limburg	0,41	8,33	2,90	2,40	0,68	1,79
Provincie Limburg (NL)	0,43	9,33	3,17	2,72	0,77	2,89
Nederland	0,40	7,87	2,66	2,25	0,62	3,33

Zweckverband Aachen

De mortaliteitscijfers per 1000 inwoners zijn vergelijkbaar tussen het Zweckverband Aachen en NRW (zie tabel 2.6). Een vergelijking tussen de Kreise onderling toont aan dat in Euskirchen de mortaliteitscijfers het hoogst zijn, met uitzondering van kanker als doodsoorzaak. In Düren zijn de mortaliteitscijfers voor kanker iets hoger. Deze verschillen zijn echter maar klein.

De zuigelingensterfte is in het Zweckverband Aachen met 3 per 1000 geboorten lager dan het gemiddelde in NRW waar de zuigelingensterfte 4 is per 1000 geboorten. In Heinsberg is de zuigelingensterfte het hoogst met 4,5 per 1000 en in Euskirchen is deze het laagst met 1,4 per 1000 geboortes.

Tabel 2.6 Mortaliteitscijfers per 1000 inwoners / 1000 levendgeborenen in Zweckverband Aachen en Nordrhein-Westfalen (2014)

Regio	Uitwendige doodsoorzaken	Natuurlijke doodsoorzaken	Kanker	Hart en vaatziekten	Longziekten	Zuigelingen sterfte
Heinsberg	0,26	10,44	3,06	4,09	0,88	4,50
Euskirchen	0,42	11,00	2,97	4,29	0,99	1,37
Düren	0,35	10,82	3,16	4,14	0,80	3,40
Städteregion Aachen	0,35	9,92	2,87	3,79	0,88	2,60
Zweckverband Aachen	0,34	10,37	2,98	4,00	0,88	2,96
NRW	0,37	10,54	2,98	3,97	0,92	4,05

Provincie Limburg (BE)

De mortaliteitscijfers per 1000 inwoners zijn in Limburg (BE) vergelijkbaar met Vlaanderen en zelfs iets lager ten opzichte van België (zie tabel 2.7). De meest voorkomende doodsoorzaak is de natuurlijke doodsoorzaak; in Limburg (BE) overlijden er 7,6 per 1000 inwoners. De verschillen tussen de arrondissementen zijn gering. In Tongeren zijn de mortaliteitscijfers het hoogst. Het aantal overledenen aan longziekten is in Hasselt opvallend lager. In Limburg (BE) is de zuigelingensterfte 2,7 per 1000 geboortes. Dit is vergelijkbaar in de verschillende arrondissementen. Het gemiddelde in België is 3,4.

Tabel 2.7 Mortaliteitscijfers per 1000 inwoners / 1000 levendgeborenen in provincie Limburg (BE) en België (2014)

Regio	Uitwendige doodsoorzaken	Natuurlijke doodsoorzaken	Kanker	Hart en vaatziekten	Longziekten	Zuigelingen sterfte
Tongeren	0,44	8,11	2,72	2,65	0,82	2,57
Maaseik	0,43	6,63	2,19	1,98	0,80	2,55
Hasselt	0,46	7,83	2,46	2,38	0,21	2,85
Provincie Limburg (BE)	0,45	7,54	2,44	2,33	0,51	2,70
Vlaanderen	0,53	8,56	2,63	2,70	0,80	3,20
België	0,59	8,64	2,53	2,66	0,87	3,37

Province de Liège

In de Province de Liège zijn de mortaliteitscijfers vergelijkbaar met Wallonië en hoger dan in België (zie tabel 2.8). De meest voorkomende doodsoorzaak is de natuurlijke doodsoorzaak; in de Province de Liège betreft dit 9,55 per 1000 inwoners. De verschillen tussen de arrondissementen zijn gering. De zuigelingensterfte is in de Province de Liège met 3,74 per 1000 geboorten vergelijkbaar met het gemiddelde in Wallonië. In Huy is de zuigelingensterfte het hoogst met 6 per 1000 en in Liège is deze het laagst met 3,45 per 1000 geboortes. Voor Waremme zijn deze cijfers niet beschikbaar.

Tabel 2.8 Mortaliteitscijfers per 1000 inwoners / 1000 levendgeborenen in Province de Liège en België (2014)

Regio	Uitwendige doodsoorzaken	Natuurlijke doodsoorzaken	Kanker	Hart en vaatziekten	Longziekten	Zuigelingen sterfte
Liège	0,77	10,02	2,77	2,92	1,22	3,45
Huy	0,84	9,68	2,48	2,99	1,13	6,00
Verviers	0,70	8,66	2,30	2,62	0,92	4,50
Waremme	0,65	9,14	2,40	3,04	1,10	.
Province de Liège	0,75	9,55	2,59	2,85	1,12	3,74
Wallonië	0,72	9,27	2,54	2,81	1,04	3,69
België	0,59	8,64	2,53	2,66	0,87	3,37

Euregio Maas-Rijn

De totale mortaliteitscijfers per 1000 inwoners zijn vergelijkbaar tussen de EMR-regio's (zie tabel 2.9). De natuurlijke doodsoorzaak is de meest voorkomende oorzaak. In Limburg (BE) zijn over het algemeen de mortaliteitscijfers het laagst, m.u.v. de uitwendige doodsoorzaken. Dit cijfer is het laagst in het Zweckverband Aachen. De uitwendige doodsoorzaken en sterfte door longziekten komen het meeste voor in de Province de Liège. In Zuid-Limburg zijn de mortaliteitscijfers voor de natuurlijke doodsoorzaken en kanker het hoogst. Hart- en vaatziekten komen in het Zweckverband Aachen het meeste voor. Opvallend zijn wel de verschillen tussen de twee Belgische provincies. In de Province de Liège zijn de mortaliteitscijfers voor longziekten bijvoorbeeld 2 keer zo hoog als in Limburg (BE). In Zuid-Limburg is de zuigelingensterfte gemiddeld het hoogst met 3,97 op de 1000 geboortes, gevolgd door de Province de Liège met 3,74 per 1000 geboortes. Het totale gemiddelde in de EMR is 3,30. Worden de gebieden binnen de EMR-regio's vergeleken dan is de mortaliteit aan uitwendige doodsoorzaken het laagst in Heinsberg (0,26) en het hoogst in Huy (0,84). De natuurlijke doodsoorzaken zijn het laagst in Maaseik (6,36) en komen het meest voor in Euskirchen (11). De mortaliteitscijfers van kanker zijn het laagst in Maaseik (2,19) en het hoogst in Zuid-Limburg. Sterfte aan hart en vaatziekten zijn het laagst in Maaseik (1,98) en het hoogst in Euskirchen (4,29). In Hasselt (0,21) zijn de mortaliteitscijfers voor longziekten het laagst en in Liège (1,22) het hoogst. Zuigelingensterfte is per 1000 levendgeborenen het laagst in Euskirchen (1,37) en het hoogst in Huy (6).

Een vergelijking van de mortaliteitscijfers tussen de leeftijdsgroepen laat zien dat deze tot op 75 jarige leeftijd vergelijkbaar zijn binnen de EMR. In de 75+ categorie zijn er wel verschillen tussen de regio's. In Belgisch Limburg (61,78) is het aantal overledenen per 1000 inwoners het laagst ten opzichte van het gemiddelde in de EMR (72,45). In de Province de Liège (78,32) zijn deze mortaliteitscijfers het hoogst binnen de 75+ categorie.

Tabel 2.9 Mortaliteitscijfers per 1000 inwoners / 1000 levendgeborenen in de EMR (2014)

Regio	Uitwendige doodsoorzaken	Natuurlijke doodsoorzaken	Kanker	Hart en vaatziekten	Longziekten	Zuigelingen sterfte
Zuid-Limburg	0,44	10,19	3,41	2,99	0,85	3,97
Noord-Limburg	0,41	8,33	2,90	2,40	0,68	1,79
Provincie Limburg (BE)	0,45	7,54	2,44	2,33	0,51	2,70
Province de Liège	0,75	9,55	2,59	2,85	1,12	3,74
Zweckverband Aachen	0,34	10,37	2,98	4,00	0,88	2,96
EMR	0,50	9,47	2,82	3,13	0,86	3,30

2.3 Risicofactoren ziektelast

In alle drie de landen van de EMR blijkt dat een kwart van de ziektelast toegeschreven kan worden aan gedrag gerelateerde risicofactoren, oftewel de leefstijl. Met het oog op de preventieve gezondheidszorg worden daarom deze gedrag gerelateerde risicofactoren in kaart gebracht. De gegevens over risicofactoren zijn niet beschikbaar op regionaal niveau, daarom is ervoor gekozen om hier de nationale cijfers te presenteren (zie tabel 2.10). Voor overgewicht zijn er wel cijfers beschikbaar voor de Nederlandse en Duitse EMR-regio's. Deze worden apart gepresenteerd in 2.3.1.

Nederland

In Nederland gaat het bij gedrag gerelateerde risicofactoren voornamelijk om roken, voeding, gebrek aan lichaamsbeweging en alcoholgebruik. In de afgelopen jaren is het gebruik van tabak en alcohol gedaald, en ligt deze onder het EU-gemiddelde. Toch is nog steeds 13% van alle gezondheidsproblemen het gevolg van rookgedrag. Voeding is met name van invloed op overgewicht en obesitas. Obesitas komt voor bij 13% van de volwassenen. Dit aandeel is lager dan het EU-gemiddelde. Dit heeft wel weer gezondheidsgevolgen zoals bijvoorbeeld diabetes, hart- en vaatziekten en bepaalde vormen van kanker.⁵²

Duitsland

In Duitsland hebben de gedrag gerelateerde risicofactoren met name betrekking op voeding, roken, alcohol en een gebrek aan lichaamsbeweging. Roken en voeding dragen het meeste bij aan de ziektelast in Duitsland. Het gebruik van tabak en alcohol is wel afgenomen in de afgelopen jaren, maar het 'binge drinken' blijft een groot probleem. Ook neemt de prevalentie van obesitas toe. 16% van de volwassenen heeft obesitas, hetgeen hoger is dan het gemiddelde in de EU.⁵³

België

In België zijn de voornaamste risicofactoren roken, alcoholgebruik, voeding en te weinig lichaamsbeweging. Door middel van beleidsmaatregelen is het aantal rokers gedaald en is dit percentage nu lager dan in de meeste EU-landen. Daartegenover is het algemene alcoholgebruik wel toegenomen en is dit op Litouwen na het hoogste in de EU. Ook het 'binge drinken' komt veel voor in België. Het aandeel inwoners met overgewicht of obesitas (14% van de volwassenen) is toegenomen in de afgelopen jaren, maar ligt wel onder het EU-

⁵² OECD, Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017. (2017)

⁵³ OECD, Germany: Country Health Profile 2017. (2017)

gemiddelde.⁵⁴

Tabel 2.10 Top 5 risicofactoren die het meeste bijdragen aan ziektelast in de EMR-landen (2016)

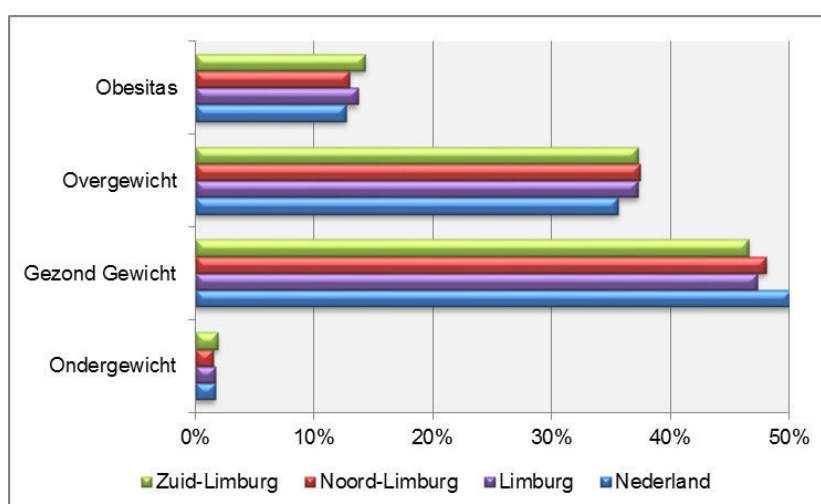
Nederland	Duitsland	België
Roken	Voeding	Roken
Voeding	Hoge bloeddruk	Hoge bloeddruk
Hoge bloeddruk	Roken	Voeding
Hoge BMI	Hoge BMI	Alcohol en drugsgebruik
Diabetes	Alcohol en drugsgebruik	Hoge BMI

2.3.1 Overgewicht en obesitas in de EMR

Op basis van de beschikbare data wordt inzicht gegeven in de cijfers ten aanzien van overgewicht en obesitas in de EMR. Voor de Nederlandse en Duitse regio's is er beschikking over regionale data in de dataset. Voor de Belgische regio's zijn deze data niet beschikbaar op regionaal niveau. Daarom worden de cijfers van België en de gewesten gepresenteerd uit de landelijke Gezondheidsenquête (2013).

Provincie Limburg (NL)

In Zuid-Limburg (14%) wonen meer inwoners met obesitas ten opzichte van Noord-Limburg en Nederland (beide 13%). Het percentage inwoners met overgewicht is in Limburg (37%) hoger dan in Nederland (36%). In Nederland heeft de helft van de bevolking een gezond gewicht, in Zuid-Limburg is dit iets lager met 47%. In Zuid-Limburg heeft 52% van de bevolking overgewicht of obesitas (zie figuur 2.9).

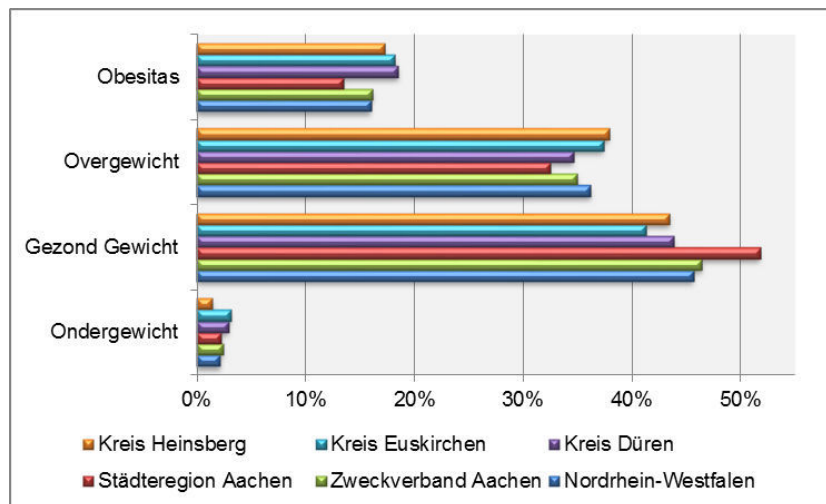


Figuur 2.9 Percentage van de bevolking met ondergewicht, gezond gewicht, overgewicht of obesitas in Limburg en Nederland (2012)

⁵⁴ OECD, België: Landenprofiel Gezondheid 2017. (2017)

Zweckverband Aachen

In het Zweckverband Aachen is het aandeel inwoners met obesitas gelijk aan dat van NRW (16%). Het percentage overgewicht is in het Zweckverband Aachen (35%) iets lager ten opzichte van NRW (36%). In Städteregion Aachen komen zowel overgewicht als obesitas het minst vaak voor, namelijk 46%. In Euskirchen wonen de meeste mensen met overgewicht en obesitas (56%), gevolgd door Heinsberg (55%) en Düren (53%). Het gemiddelde in het Zweckverband is 51% en in NRW 52% (zie figuur 2.10).

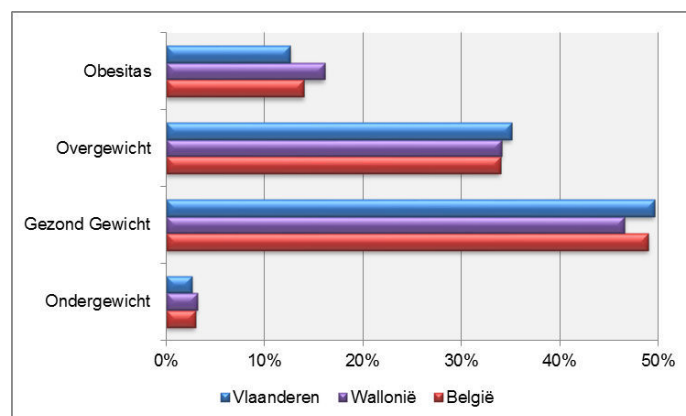


Figuur 2.10 Percentage van de bevolking met ondergewicht, gezond gewicht, overgewicht of obesitas in Zweckverband Aachen en NRW (2013)

Vlaams en Waals gewest

In België is het aandeel inwoners met obesitas 14% (zie figuur 2.11). Dit is vergelijkbaar met het aandeel inwoners met obesitas in Vlaanderen (13%). In Wallonië is het percentage obesitas hoger, namelijk 16%. In totaal heeft in België 48% van de bevolking overgewicht of obesitas. In Vlaanderen betreft dit ook 48% van de bevolking. In Wallonië is het aandeel inwoners met overgewicht of obesitas 50%.⁵⁵

⁵⁵ Gisle, Demarest (ed.) Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl. (2014)

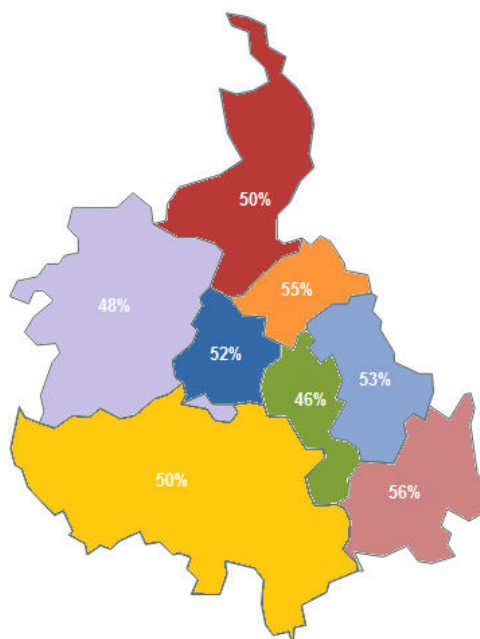


Figuur 2.11 Percentage van de bevolking met ondergewicht, gezond gewicht, overgewicht of obesitas in Vlaanderen, Wallonië en België (2013)

Euregio Maas-Rijn

Gemiddeld heeft 52% van de inwoners in het Nederlandse en Duitse gedeelte van de EMR overgewicht of obesitas. Het aandeel inwoners met overgewicht is vergelijkbaar in de EMR, met een range van 10%. In België zijn er geen gegevens beschikbaar voor Limburg (B) en de Province de Liège, maar gemiddeld heeft 48% van de Vlaamse bevolking en 50% van de Waalse bevolking overgewicht of obesitas.

In Städteregion Aachen heeft het grootste deel van de inwoners een gezond gewicht (52%) en hier komt het minst vaak obesitas en overgewicht voor (46%). Het aandeel inwoners met obesitas is in Kreis Düren het hoogst (18%) en in Städteregion Aachen (14%) het laagst. In Kreis Euskirchen wonen de meeste inwoners met zowel obesitas en overgewicht, namelijk 56% van de bevolking.



Figuur 2.12 Percentage van de bevolking met overgewicht én obesitas in Noord-Limburg en Zuid-Limburg (2012) en Heinsberg, Düren, Euskirchen, Städteregion Aachen, Vlaanderen en Wallonië (2013).

2.4 Samengevat: de gezondheidssituatie van de EMR

De gezondheidsachterstand van Zuid-Limburg wordt onder meer bepaald door de lagere levensverwachting in deze regio ten opzichte van Nederland. Dit betreft een verschil van 0,7 jaar tussen Zuid-Limburg en Nederland. Met uitzondering van Belgisch Limburg hebben de overige regio's van de EMR een vergelijkbare of lagere levensverwachting dan Zuid-Limburg. Daarmee hebben de overige regio's van de EMR dus ook een lagere levensverwachting dan het Nederlandse gemiddelde. Opvallend is wel dat de levensverwachting in Belgisch Limburg maar liefst 0,7 jaar hoger is ten opzichte van het Nederlandse gemiddelde. Dit is een vergelijkbaar verschil als Zuid-Limburg ten opzichte van Nederland, maar dan in negatieve zin: de Zuid-Limburger leeft 0,7 jaar korter dan de Nederlander. Of met andere woorden: de inwoners van Belgisch Limburg leven gemiddeld 1 jaar langer dan de inwoners van Nederlands Limburg.

In het Zweckverband Aachen is de levensverwachting even hoog als het gemiddelde van het betreffende bondsland NRW. Indien echter wordt ingezoomd binnen de regio Zweckverband Aachen zijn er verschillen in levensverwachting tussen de Kreise met een verschil van 1 jaar. Ditzelfde verschil geldt voor Noord- en Zuid-Limburg. In Belgisch Limburg is er geen sprake van een lagere levensverwachting ten opzichte van het land. De levensverwachting van Belgisch Limburg is zelfs 1,2 jaar hoger ten opzichte van België. Binnen België bestaan er wel verschillen: in de Province de Liège is de levensverwachting namelijk 1,5 jaar lager dan de levensverwachting van België als geheel. Daarnaast is er sprake van een verschil van 2 jaar tussen de arrondissementen in de Province de Liège. Het meest opmerkelijke verschil is de levensverwachting van een vrouw in Belgisch Limburg ten opzichte van een man in Wallonië, met maar liefst 7,5 jaar.

De sterftecijfers per 1000 inwoners verschillen niet erg van elkaar binnen de EMR. De meest voorkomende doodsoorzaken binnen de landen van de EMR zijn hart- en vaatziekten en kanker. In Duitsland zijn de sterftecijfers het hoogst voor hart- en vaatziekten en dit zien wij ook terug in de cijfers van het Zweckverband Aachen ten opzichte van de EMR. Als we kijken naar zuigelingensterfte, wat een indicator is voor de welvaart en gezondheid in een land, zien wij dat er in 2014 opmerkelijke verschillen zijn. Met name tussen Zuid-Limburg en Limburg Noord. Uit verder onderzoek bleek dat de cijfers in 2014 een uitschieter blijken te zijn, en dat de verschillen in andere jaren kleiner zijn.

De risicofactoren die het meest bijdragen aan de ziektelast in de drie EMR landen zijn allen gerelateerd aan gedrag en een ongezonde leefstijl. De voornaamste risicofactoren zijn vergelijkbaar: roken, voeding, hoge bloeddruk en hoog BMI. In Nederland is daarnaast

diabetes een belangrijke risicofactor en in Duitsland en België alcohol en drugsgebruik. In alle landen is er sprake van een afname in het aantal rokers. Tevens is de alcoholconsumptie gedaald. Er is echter wel sprake van een toename van overgewicht en obesitas in alle landen. Op het gebied van risicofactoren die bijdragen aan een verbetering van de gezondheidstoestand staat de gehele EMR voor eenzelfde soort uitdaging.

Afhankelijk van het referentiekader kan er gesproken worden van een betere of slechtere danwel gunstigere of minder gunstigere gezondheidstoestand in een regio. Zetten wij de gezondheidssituatie in Zuid-Limburg af tegen de gemiddelde gezondheidssituatie in de EMR dan is er sprake van een vergelijkbare gezondheidssituatie. Gebruiken wij Nederland als referentiekader dan is er in de gehele EMR sprake van een gezondheidsachterstand.

Ook de individuele EMR-gebieden scoren vaak lager, met uitzondering van Belgisch Limburg. Maar het blijft toch opmerkelijk dat er binnen de Euregio verschillen zijn te zien. Naast de regio Zuid-Limburg heeft ook de Province de Liège een gezondheidsachterstand ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Belgisch Limburg scoort beter op de genoemde indicatoren dan het landelijk gemiddelde en beter dan de regio's in de EMR. In het Zweckverband Aachen is sprake van een vergelijkbare gezondheidssituatie als in NRW.

Er kan gesteld worden dat Belgisch Limburg binnen de EMR gebieden de meest gunstige gezondheidssituatie heeft. Ook de gezondheid in Noord-Limburg is gunstig. In Zuid-Limburg en het Zweckverband Aachen is de gezondheidssituatie minder gunstig. De Province de Liège heeft de minst gunstige gezondheidssituatie. Er zijn dus kwetsbaardere regio's binnen de EMR waar men in de samenwerking op kan focussen.

3. In gesprek met stakeholders in de Euregio Maas-Rijn

In de zoektocht naar aanknopingspunten voor de gezondheidssituatie van Limburg hebben interviews plaatsgevonden met 22 stakeholders binnen de EMR, waarbij iedere regio was vertegenwoordigd (zie bijlage 6 voor een overzicht). Deze stakeholders zijn voornamelijk werkzaam in de publieke gezondheid, op zowel bestuurlijk, beleidsmatig als operationeel niveau. De stakeholders komen uit het netwerk van de stichting euPrevent|EMR (hierna euPrevent) en hebben ervaring met Euregionale samenwerking. De bevindingen uit dit kwalitatieve onderzoek zijn gebaseerd op de kennis, ervaringen en perspectieven van de stakeholders op de (eu)regionale gezondheidssituatie, gezondheidsverbetering en samenwerking in de EMR (zie bijlage 7 voor een topiclist). Complementair hierop heeft een aantal interviews plaatsgevonden met stakeholders met een achtergrond in de sociologie, historie, cultuur en gezondheidsstatistiek. Met deze stakeholders is ook gesproken over hun kijk op de gezondheidssituatie in Limburg en de EMR en mogelijke verklaringen vanuit hun perspectief.

3.1 Visie op gezondheidsachterstand

In hoofdstuk 2 zijn we tot de conclusie gekomen dat de gezondheidssituatie van Zuid-Limburg vergelijkbaar is met de gezondheidssituatie van de Euregio Maas-Rijn. Bij het inzoomen op de afzonderlijke regio's van de EMR zien we wel gezondheidsverschillen tussen de regio's onderling. Zo zien we bijvoorbeeld in levensverwachting bij geboorte een opmerkelijk verschil van 7,5 jaar tussen vrouwen van de Provincie Limburg (BE) en mannen van de Province de Liège. Ook zien we binnen het Zweckverband Aachen een verschil in levensverwachting bij geboorte tussen de Kreise Städteregion Aachen en Euskirchen. Dit betreft een verschil van 1,1 jaar in het voordeel van de Städteregion Aachen. In Province de Liège zien wij eenzelfde verschil van levensverwachting bij geboorte van zelfs 2 jaar in het voordeel van het arrondissement Verviers ten opzichte van het arrondissement Huy. Tijdens de gesprekken met de stakeholders is verder ingezoomd op de lokale situatie en hierbij komt ook naar voren dat binnen de regio's sprake is van gezondheidsverschillen. Bij verder onderzoek is differentiatie van de regio daarom een belangrijk aandachtspunt. De stakeholders zijn het erover eens dat de verschillen en sociale ongelijkheid binnen een regio en tussen gemeenten, wijken en buurten berusten op sociaal-culturele en sociaaleconomische factoren. Zowel oorzaak als oplossing moet dan ook worden gezocht in een complex samenspel van onder meer politieke, maatschappelijke, culturele en economische factoren.

3.2 Mogelijke invloeden op de gezondheidssituatie

3.2.1 Mijnbouwverleden

Door meerdere stakeholders wordt het mijnbouwverleden in de regio aangekaart als mogelijke verklaring voor de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg en in de voormalige mijngebieden in de overige regio's. Het werken in de mijnen zorgde bijvoorbeeld voor directe gezondheidsproblemen voor de mijnwerkers. Daarnaast wordt benoemd dat het werk een bepaalde doelgroep aantrok, namelijk de lager geschoolde mensen en gastarbeiders.

Zoals beschreven in hoofdstuk 1, verschilde de manier waarop men omging met de sluiting van de mijnen en daaropvolgende herstructurering per regio en land. Een aantal stakeholders geeft aan dat het beleid in de tijd van de mijnsluiting mede bepalend is geweest voor de ontwikkeling van de regio's. Dit had volgens hen onder andere te maken met vervangende werkzaamheden en uitkeringsmogelijkheden.

“Uitkeringsmogelijkheden – weliswaar met goede bedoelingen- dragen bij aan afhankelijkheid en inactiviteit. Inactiviteit zou wel eens een grote risicofactor kunnen zijn voor de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg.”

3.2.2 Verhoogde werkloosheid

Tijdens de interviews kwam naar voren dat met name in de (voormalige) mijn- en industriegebieden sprake is van meer werkloosheid. Het wegvallen van specifiek geschoolde werkgelegenheid en het ontbreken van vervangende, bij het opleidingsniveau passende werkgelegenheid in de omgeving, speelt hierbij een belangrijke rol (zie kader 3.1).

Door het sluiten van een luchthaven in Selfkant, in de regio Heinsberg, vielen zo'n 1000 deeltijd banen weg voor vrouwen met een lager opleidingsniveau. Door het ontbreken van passende vervangende werkgelegenheid in de omgeving ontstond in de regio een verhoogde werkloosheid.

Kader 3.1: Een voorbeeld van het wegvallen van werkgelegenheid in Heinsberg

Uit de interviews blijkt echter ook dat het wegvallen van industrie niet altijd leidt tot verhoogde werkloosheid. Een expert in de sociologie verduidelijkt dit met een voorbeeld over inspelen op de economische dynamiek door de samenleving (zie kader 3.2).

In Nederland is in diverse gebieden industrie weggevallen, zoals de scheepvaart- en de textielindustrie, maar het effect is niet overal hetzelfde. Dit heeft er mee te maken hoe er wordt ingespeeld op economische dynamieken.

Zuid-Limburg identificeerde zich met de mijnen. Het wegvallen van deze mijnen had daarom een enorme impact. Maar, Eindhoven identificeerde zich ook met Philips. Techniek werd het DNA van Eindhoven en de omgeving werd hierop ingericht. Philips besloot op een gegeven moment te verhuizen naar de Zuid-as in Amsterdam. Ongetwijfeld was dit een mentale klap voor Eindhoven, maar de stad keerde niet in zichzelf en speelde in op deze economische dynamiek. Het gaat er dus ook om hoe de samenleving omgaat met verandering. In Genk is bijvoorbeeld nieuwe bedrijvigheid ontstaan in de oude mijngebouwen. De mijngebouwen in Genk worden tegenwoordig gebruikt als kunstfaculteit en er is bijvoorbeeld een bioscoop en een fietsenmaker gevestigd. “Daarmee creëer je een nieuwe cultuur en nieuwe uitstraling. Jongeren vinden dat je daar dus iets kunt doen en dat je niet weg hoeft.

Kader 3.2: Een voorbeeld met betrekking tot het inspelen op economische dynamieken

3.2.3 Lagere SES

Stakeholders met zicht op regionale gezondheidsdata zien naast verhoogde werkloosheid in de (voormalige) mijn- en industriegebieden ook vaak een lager inkomens- en opleidingsniveau. Een algehele bevinding is dat gezondheidsverschillen samenhangen met verschillen in opleiding, werk en inkomen. Dit is volgens hen vaak gerelateerd aan een slechtere gezondheidssituatie, meer sociale problematieken en een ongezonde leefstijl. Roken wordt vaak genoemd door stakeholders van de Duitse grensregio's en alcoholgebruik door stakeholders van de Duitse én Belgische grensregio's. Deze leefstijl wordt onder meer door sociale overerving in stand gehouden, maar ook door een gebrek aan (juiste) gezondheidsinformatie.

Geïnterviewden benadrukken dat inkomen en opleiding een belangrijke rol spelen bij de toegang tot gezondheidsinformatie. Mensen met een lager inkomen hebben niet altijd de financiële middelen voor bijvoorbeeld internettoegang om de informatie op te zoeken. Door een lager opleidingsniveau kan er sprake zijn van onvermogen om gezondheidsinformatie (juist) te gebruiken. Mensen begrijpen niet altijd de (medische) taal en hebben problemen met het selecteren van de juiste bron in deze informatiesamenleving.

3.2.4 Bourgondische regio?

Ook wordt door een aantal geïnterviewden de meer bourgondische leefstijl als factor van invloed genoemd voor het verschil in gezondheidssituatie in Nederland tussen het katholieke zuiden en het protestantse noorden. De bourgondische leefstijl in het zuiden is meer vergelijkbaar met de buurlanden België en Duitsland, al is dit ook een kwestie van perspectief. Hetgeen wij bourgondisch noemen, wordt zuidelijker in Europa mogelijk niet als dusdanig gezien.

3.2.5 Culturele context

De expert in de sociologie attendeert op het onderzoek 'Regionale verschillen geduid'. In dit onderzoek wordt met aandacht voor de culturele context ingegaan op de vraag hoe het komt dat zorgconsumptie correspondeert met de krimpgebieden, zoals Limburg. Uit dit onderzoek: *“Wat de mijnbouw met de maakindustrie en de katholieke kerk gemeenschappelijk heeft, is dat er heel weinig verticale mobiliteit mogelijk was. Als je een dubbeltje bent, zal je nooit een kwartje worden. Als je onder de grond zat, bleef je onder de grond. Als je aan de productielijn stond, dan bleef je achter de productlijn. Als je tenminste niet werd ingeruild voor iemand anders. Het nemen van verantwoordelijkheid voor jezelf zit er daardoor niet zo in.” Het gevolg is niet alleen een laag gevoel van eigenwaarde, ook zou men in Limburg – wellicht meer dan elders – gevoelig zijn voor autoriteit: “Hier gaan mensen voor elk wissewasje naar de dokter want dat is een autoriteit. Die zal het wel weten.”*⁵⁶

3.2.6 Grensbarrières

In hoofdstuk 1 is ingegaan op grensbarrières die (indirect) van invloed zijn op de gezondheidssituatie en dit beeld wordt door stakeholders bevestigd. Door grensbarrières wordt passende werkgelegenheid over de grens vaak niet in ogenschouw genomen. Daarnaast beschikt ieder land over eigen wet- en regelgeving ten aanzien van bijvoorbeeld studiebeurzen, belastingen, uitkeringen en sociale premies. Hierdoor kan het complex worden om over de grenzen te gaan studeren, werken of wonen. Ook worden er grenzen ervaren ten aanzien van cultuur, omgangsvormen en taal.

“De ‘mentale horizon’ speelt een rol: het is niet vanzelfsprekend om over de grens te zoeken voor studie en werk en nationale ontwikkelingen kunnen het complexer maken.”

⁵⁶ Engbersen & Uytterlinde, Regionale verschillen geduid. Exploratief onderzoek naar hoog voorzieningengebruik in het sociale domein. (2017)

Hoewel de regio's van de EMR allemaal grensregio's zijn, komt in de interviews naar voren dat er zeker onderlinge verschillen zijn. Een voorbeeld is het verschil in positie ten opzichte van het achterland. In België en Duitsland is er vanuit de grensregio's een zekere acceptabele reisafstand tot de grotere steden met veel bedrijvigheid en werkgelegenheid. Daardoor kunnen mensen in grensregio's (blijven) wonen terwijl zij werken in een andere regio. Op ongeveer een uur reisafstand van Belgisch Limburg bevinden zich de grote steden Antwerpen en Brussel en in het Zweckverband Aachen geldt dat voor de grote steden Düsseldorf en Köln. Voor Nederlands Limburg bevinden deze vier grote steden in de buurlanden zich ook op acceptabele afstand, maar grensbarrières kunnen hier belemmerend werken. Denk aan de eerder genoemde afwijkende wet- en regelgeving, maar ook het niet goed functioneren van de infrastructuur tussen landen kan een obstakel vormen. Met name de openbaar vervoersmogelijkheden zijn in grensregio's vaak minder frequent en de afstanden langer. Vervoersmogelijkheden over de grenzen zijn daardoor minder toegankelijk. Een goede infrastructuur kan bijdragen aan een goede integratie van grensregio's.

Door grensbarrières lijkt verhuizen naar de grensregio niet heel aantrekkelijk voor mensen 'van buitenaf'. *"Jongeren vinden het hier vaak saai",* zegt een geïnterviewde. *"Zij trekken tegenwoordig niet alleen weg vanwege werkmogelijkheden, maar ook omdat de Randstad nu eenmaal 'the place to be' is. Ook al sta je in de file, zijn de huizen duurder en zijn er grote wachttijden voor de crèche".* *"Bovendien",* voegt de geïnterviewde toe, *"hebben we in Limburg ook te maken met een 'gesloten samenleving. Geslotenheid wordt bijvoorbeeld gecultiveerd door gebruik van dialect. Het blijven spreken van dialect in publieke ruimten houdt deze geslotenheid in stand. In een gesloten samenleving kost integratie meer moeite".* In opdracht van Dagblad de Limburger en het Limburgs Museum voerde onderzoeksbureau Flycatcher een onderzoek uit naar de Limburgse identiteit. Daaruit bleek onder meer dat maar 21 procent van de nieuwkomers 'in sterke mate' het gevoel heeft erbij te horen; 32 procent voelt dat slechts 'in geringe mate'.⁵⁷

3.3 Kansen voor gezondheidsverbetering

3.3.1 Health in All Policies

Het integreren van gezondheid in alle beleidsdomeinen, Health in All Policies, wordt door een groot aantal stakeholders genoemd als een belangrijke stap in het verbeteren van de gezondheidssituatie. Health in All Policies (Gezondheid op alle beleidsterreinen, verder HiAP genoemd) is een strategieconcept ter verbetering van de volksgezondheid. Het richt zich op factoren buiten het gezondheidsstelsel die een belangrijke invloed hebben op de algemene

⁵⁷ Flycatcher, Limburgse identiteit. Ervaren Limburgers iets dergelijks als een Limburgse identiteit? (2017).

gezondheidstoestand van de bevolking. Deze factoren hangen samen met ons dagelijks leven. Dat wat we eten en drinken, waar we wonen, hoe we werken en hoe we onze vrije tijd doorbrengen kan zowel positieve als negatieve effecten op onze gezondheid hebben. Veel van deze effecten kunnen worden beïnvloed door beleidswijzigingen, bijv. veranderingen in het beleid ten aanzien van landbouw, vervoer, werk en belastingen.⁵⁸ Met name arbeid en onderwijs worden door de stakeholders genoemd als kansrijke beleidsdomeinen voor de integratie van gezondheid.

3.3.2 Bevorderen gezondheidsvaardigheden

Tijdens de interviews komt naar voren dat er meer aandacht moet zijn voor gezondheidsvaardigheden en voor kwetsbare groepen. Kwetsbare groepen, bijvoorbeeld mensen met een lagere opleiding/SES en mensen met een migratieachtergrond, maken doorgaans minder of geen gebruik van preventiemogelijkheden. Zij weten vaak niet wat tot de mogelijkheden behoort door de afwezigheid van gezondheidsvaardigheden, beperkte taalvaardigheid of laaggeletterdheid en zijn vaak moeilijk te bereiken.

Omdat onderwijs, naast opvoeding, de basis vormt voor de verdere levensloop van een individu, ligt volgens de stakeholders dáár de sleutel. Het vroeg aanleren van bijvoorbeeld zelfcontrole is van invloed op hoe je omgaat met leefstijlfactoren. Gezondheidsvaardigheden gaan ook over kennis van gezondheid en het maken van gezonde keuzes. Een effectieve benadering om gezondheidsinformatie aan te bieden, vooral aan mensen met een verminderde taalvaardigheid, vinden geïnterviewden daarom dan ook hard nodig. De actuele situatie van de komst van migranten maakt deze noodzaak extra groot. Hier ligt volgens de stakeholders een gemeenschappelijke uitdaging voor de regio's van de EMR.

Een appèl wordt met name gedaan op de professionals ten aanzien van het bereiken van de kwetsbare groepen. Positieve gezondheid wordt door een aantal stakeholders aangehaald als veelbelovend concept om mensen meer bewust te maken van hun gezondheid. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de af- of aanwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren.

“Het concept leeft en breidt zich uit buiten de grenzen van Limburg. Organisaties binnen de EMR willen ook aan de slag met positieve gezondheid, en het streven is om de eerste positief gezonde Euregio te worden.”

⁵⁸ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Samenvatting 'Governance tools and framework for HiAP. (2009)

3.3.3 Beslechten grensbarrières

Een andere kans die wordt genoemd voor gezondheidsverbetering in de Euregio Maas-Rijn en in de afzonderlijke regio's is het beslechten van de eerder genoemde grensbarrières. Ostbelgië wordt door een aantal geïnterviewden genoemd als een regio waaraan een voorbeeld kan worden genomen. Door de ligging en de grootte van de regio is het voor inwoners van Ostbelgië min of meer vanzelfsprekend om over de grens te werken en de buurtalen te spreken. Tevens zou Ostbelgië een regio zijn met een open houding waardoor zij vooral voordelen ervaren van het grensregioschap.

3.4 Euregionale samenwerking

Aansluitend bij het hiervoor genoemde beslechten van de grensbarrières is met de stakeholders gesproken over het versterken van Euregionale samenwerking en dan met name op het terrein van de volksgezondheid.

Burgers bewegen zich vrij in een Euregionale setting en hebben daarbij te maken met verschillend beleid rondom verschillende thema's die van invloed zijn op gezondheid. Het is daarom belangrijk om te kijken naar de gezondheidstoestand en een gezamenlijke aanpak van sociale- en gezondheidsuitdagingen in de totale EMR. Afstemming over beleid in de EMR kan de lokale gezondheidssituatie bevorderen. Als voorbeeld kan het verschil in alcoholbeleid worden aangehaald. In Nederland is de wettelijke leeftijdsgrens voor alcoholgebruik 18 jaar. In de buurlanden België en Duitsland ligt de wettelijke grens op 16 jaar. Zuid-Limburgse jongeren onder de 18 jaar komen gemakkelijk aan alcohol wanneer zij over de grenzen gaan. In België zijn er minder ID-controles bij de aanschaf van alcohol en bovendien is alcohol in België en Duitsland te koop in tankstations. Door afstemming van beleid over de grenzen heen, kan dit probleem worden teruggedrongen.

“We maken allemaal onderdeel uit van meerdere systemen: Zuid-Limburg, Limburg, Nederland, de EMR, Europa en de wereld. Afhankelijk van de sociale- en gezondheidsuitdagingen worden het gezondheidssysteem en de partners bepaald. Daarbij moeten we het ‘grensdenken’ loslaten. We hebben zelf een lijntje op de kaart getekend.”

De stakeholders zijn het erover eens dat door middel van Euregionale samenwerking kennis en informatie kan worden uitgewisseld over (de aanpak van) de gezondheidssituatie. Vaak staan de regio's voor dezelfde uitdagingen. Euregionale samenwerking stelt in staat tot het bekijken van problemen vanuit andere perspectieven en draagt bij aan een grotere scope of 'slagkracht'. Over de grenzen heen kunnen voor dezelfde soort problematiek ervaringen en

oplossingen voorhanden zijn. Het wiel hoeft niet telkens opnieuw te worden uitgevonden: good practices kunnen worden gedeeld en er kan efficiënt worden gewerkt.

Uit de gesprekken met stakeholders kwam onder meer naar voren dat een belangrijke meerwaarde van Euregionale samenwerking de ontmoeting en de uitbreiding van het netwerk is. De Euregionale contacten die zijn opgebouwd, zorgen ervoor dat men gemakkelijker over grenzen kijkt en elkaar beter weet te vinden. Het opbouwen en onderhouden van een netwerk vraagt wel investering. Het is nog vaak te persoonsafhankelijk of deze investering wordt gedaan.

“Er is behoefte aan uitwisseling over actuele en universele problematiek, zoals bijvoorbeeld de vluchtelingensituatie. Dit is voor diverse landen van belang. Wat betekent het voor de volksgezondheid en hoe bereik je deze doelgroep? Deze vraag is overal hetzelfde.”

3.4.1 Euregionale netwerken

Binnen de Euregio Maas-Rijn vindt reeds lange tijd nauwe samenwerking plaats op het gebied van gezondheid en veiligheid. Twee belangrijke Euregionale netwerken zijn euPrevent voor publieke gezondheid en EMRIC voor incidentenbestrijding en crisisbeheersing. Als kracht van de Euregionale netwerken noemen de stakeholders “werken vanuit de inhoud en aansluiten bij relevante en maatschappelijke vraagstukken”

EMRIC

EMRIC (Euregio Maas-Rijn Incidentenbestrijding en Crisisbeheersing) is een samenwerkingsverband van overheidsdiensten die verantwoordelijk zijn voor brandweezorg, technische hulpverlening, spoedeisende zorg en rampenbestrijding en crisisbeheersing in hun gebied. In een grensrijke regio zoals de EMR kunnen de buitenlandse hulpdiensten vaak sneller ter plekke zijn dan de eigen diensten. In de drie landen zijn de systemen en wetten dermate verschillend, dat er veel geregeld moet worden om met een ambulance of brandweerauto de grens over te mogen. Inmiddels gaan er jaarlijks ongeveer 900 ambulances de grens over om de snelst mogelijke adequate hulp te verlenen en helpen in ongeveer 300 gevallen brandweerdiensten elkaar in geval van nood.⁵⁹

Stichting euPrevent|EMR

De Stichting euPrevent|EMR ondersteunt grensoverschrijdende samenwerking tussen professionals en organisaties die zich inzetten voor het behoud, de bevordering en het herstel van de volksgezondheid in de EMR. euPrevent initieert, stimuleert en faciliteert

⁵⁹ EMRIC, Wat is EMRIC? (2018)

samenwerkingsrelaties en -activiteiten tussen gezondheidsorganisaties. De activiteiten en samenwerkingsverbanden richten zich primair op zorg- en preventie-instellingen. Waar nodig worden ook andere partijen betrokken, waaronder burgers, patiëntenorganisaties, welzijns- en onderwijsinstellingen, overheden, private sector en publieke en private financiers. De inwoners van de Euregio Maas-Rijn (EMR) zijn de uiteindelijke doelgroep.⁶⁰

Een voorbeeld van een initiatief van euPrevent en haar partners dat in veel interviews wordt genoemd is de zeer succesvolle samenwerking rondom 'de Euregionale Jongerenmonitor' (zie kader 3.3).

Good practice: De Euregionale Jongerenmonitor

De Euregionale Jongerenmonitor heeft reeds drie keer plaatsgevonden en zal in 2019 weer worden uitgevoerd. Data zijn door middel van de monitor op gelijkaardige manier verzameld en vergelijkbaar gemaakt waardoor deze inzicht verschaffen in de gezondheidssituatie van jongeren in de EMR als geheel en in de afzonderlijke regio's. De uitkomsten van de monitor bieden tevens inzicht in de kansen en mogelijkheden voor samenwerking ten behoeve van de gezondheidsbevordering van jongeren in de EMR.

Kader 3.3 Een voorbeeld met betrekking tot het inspelen op economische dynamieken

Een ander veelbelovend project dat door de stakeholders wordt genoemd is "Senior Friendly Communities". In dit project werken een aantal Euregionale organisaties samen met 32 gemeenten uit de Euregio Maas-Rijn met als doel het tot stand brengen van seniorenvriendelijke gemeenten waar zorg-, verzorger- en inclusievriendelijkheid centraal staan.⁶¹

Een voorbeeld van succesvolle Euregionale samenwerking dat tenslotte veel door de Duitse partners wordt genoemd, is de preventieve aanpak van maatregelen en screening rondom MRSA-problematiek in ziekenhuizen, geïnspireerd op de Nederlandse aanpak.

"De rechtvaardiging om naar onze burens te kijken, ligt in de letterlijke, fysieke nabijheid. Wij zijn elkaars omgeving."

⁶⁰ Stichting euPrevent|EMR, Over euPrevent|EMR. (2018)

⁶¹ Stichting euPrevent|EMR, Senior Friendly Communities. (2018)

3.4.2 Uitdagingen

Ondanks de vele succesverhalen, ervaren de geïnterviewden ook uitdagingen bij de samenwerking op Euregionaal niveau. Genoemd wordt het vaak tijdsintensieve proces en de soms relatief kleine toegevoegde waarde die niet altijd direct zichtbaar is voor de individuele organisatie. Het is vooraf niet altijd duidelijk voor de partners of de investeringen die zij doen zullen opwegen tegen de opbrengsten. De tijdsinvestering is vaak gelegen in vergaderlast en complexiteit. Verschillen in taal, procedures, wetgeving, prioriteiten, beleid, structuren en systemen blijken belangrijke belemmeringen voor Euregionale samenwerking. Wanneer Euregionale samenwerking wordt belemmerd door verschillen in wetgeving, ligt de uitdaging in het zoeken naar afstemming en mogelijkheden binnen deze kaders.

Bovendien blijkt dat de keuze voor Euregionale samenwerking vaak afhankelijk is van persoonlijke interesses en affiniteit met een thema. Ook politieke keuzes, organisatie-prioriteiten en beschikbare financiële middelen kunnen gevolgen hebben voor de deelname aan Euregionale projecten, hetgeen meer structurele projecten of programma's, met het daaraan verbonden langdurige effect, in de weg kan staan. Door politiek-bestuurlijke besluitvorming kunnen bevoegdheden wisselen waardoor ook het mandaat voor Euregionale samenwerking kan wegvallen.

“Er liggen veel uitdagingen en kansen, maar als je als organisatie geen bevoegdheid hebt, is het werk voor niks. Dan kun je nog zo overtuigd zijn van het belang van Euregionale samenwerkingsmogelijkheden, als je dit niet kan verankeren in beleid, levert dat geen toegevoegde waarde op.”

3.4.3 Euregionale gezondheidsdata

Voor een effectieve Euregionale samenwerking is zicht nodig op de gezondheidssituatie in de EMR. Als basis voor verdere samenwerking erkennen en noemen de stakeholders inzicht in gezondheidsdata, sociaaleconomische data en trenddata. De Duitse partners noemen ‘Daten fur Taten’ om aan te geven dat de data de basis en ‘grond’ zijn voor een effectieve aanpak.

“Zicht op de grensregio is nodig, want gebaseerd op die data hebben we zicht op welk verder onderzoek er nodig is en welke kansen en uitdagingen er zijn en kan er verdere gerichte actie worden ondernomen.”

Een belangrijke stap wordt momenteel gezet in het project 'Euregional health data collection'. Het project heeft als doel een structurele samenwerking aan te gaan met partnerorganisaties in de EMR teneinde gezondheidsdata van de regio's van de EMR op een zo laag mogelijk niveau beschikbaar te stellen en vergelijkbaar te maken. Er worden daarbij geen nieuwe data verzameld, maar er wordt gebruik gemaakt van bestaande data van de data-instituten van de betreffende regio's en landen.

3.5 Samengevat: in gesprek met de stakeholders

In de zoektocht naar de Euregiofactor zijn 22 stakeholders uit de EMR bevraagd naar hun visie op de gezondheidssituatie in de Euregio Maas-Rijn. De stakeholders zijn het erover eens dat sociaal-culturele en sociaaleconomische factoren ten grondslag liggen aan verschillen in gezondheidssituatie binnen de EMR. Zowel oorzaak als oplossing moet worden gezocht in een complex samenspel van politieke, maatschappelijke, culturele en economische factoren.

Met de stakeholders is gesproken over mogelijke beïnvloeding van de gezondheidssituatie in de EMR door het mijnbouwverleden, verhoogde werkloosheid, lagere SES, een eventueel bourgondische leefstijl, de culturele context en het feit dat het gebied te maken heeft met zogenaamde "grensbarrières". Het mijnbouwverleden wordt als mogelijke verklaring aangehaald voor de gezondheidsachterstand en dan met name de invloed van het herstructureringsbeleid dat na de sluiting door de regio's werd gevoerd. Verhoogde werkloosheid, onder meer door het sluiten van de mijnen, speelt volgens de stakeholders een belangrijke rol. Er wordt echter ook gewezen op andere regio's die succesvol nieuwe kansen hebben gecreëerd na het wegvallen van belangrijke bronnen van werkgelegenheid. Een eventuele bourgondische leefstijl als mogelijke verklaring voor de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg wordt genoemd, maar ook gerelativeerd. Ten opzichte van Zuid-Europa valt het in Zuid-Limburg bijvoorbeeld wel mee met die Bourgondische leefstijl. Een expert in de sociologie brengt tenslotte naar voren dat in de cultuur ingebakken aspecten als een laag gevoel van eigenwaarde, gevoeligheid voor autoriteit en gebrek aan het nemen van eigen verantwoordelijkheid, mogelijk van invloed zijn op de verhoogde zorgconsumptie in krimpgebieden.

Kansen voor gezondheidsverbetering worden gezien in het toepassen van Health in All Policies, waarbij met name arbeid en onderwijs als kansrijke beleidsdomeinen worden gezien. Ook het bevorderen van gezondheidsvaardigheden onder met name de kwetsbare groepen wordt als kansrijk ervaren. Het gebruik van het concept 'positieve gezondheid' kan mogelijkheden bieden door vooral in te steken op eigen regie van de burger.

Speciale aandacht werd in de gesprekken besteed aan de grensbarrières en de mogelijke oplossingen die Euregionale samenwerking op het terrein van de volksgezondheid kan bieden. Kennisdeling en uitwisseling van good practices kunnen helpen in de aanpak van vergelijkbare problematiek. Het opbouwen en in stand houden van een Euregionaal netwerk, zoals bijvoorbeeld EMRIC en euPrevent, is hierbij essentieel. Dit kan niet zonder aandacht voor uitdagingen die Euregionale partners ervaren bij de samenwerking. Zicht op de gezondheidssituatie door middel van het structureel uitwisselen en vergelijkbaar maken van data op een zo laag mogelijk niveau kan bijdragen aan een effectieve gezamenlijke aanpak van gezondheidsproblematiek.

4. Aanknopingspunten voor het verbeteren van de gezondheidssituatie

4.1 Bevindingen uit het onderzoek

De zoektocht naar de 'Euregio-factor' is gestart met een verkennend literatuuronderzoek en het schetsen van een profiel van de EMR. Zoals uit het onderzoek blijkt, zijn er vele factoren die van invloed zijn op gezondheid. Vervolgens is aan de hand van Euregionale data uit het project 'Euregional Health Data Collection' de gezondheidssituatie in kaart gebracht. De beschikbaarheid van betrouwbare en vergelijkbare data op een "laag" regionaal niveau is momenteel nog beperkt, maar de stappen die worden gezet richting structurele samenwerking op dit terrein zijn veelbelovend voor de toekomst. Tenslotte is met een aantal stakeholders gesproken over de gezondheidssituatie in de EMR en hun visie op aanknopingspunten voor verbetering. Hieronder worden de belangrijkste bevindingen uit de zoektocht naar de Euregio-factor weergegeven.

4.1.1 Vergelijkbare gezondheidssituatie

De gezondheidsachterstand van Zuid-Limburg wordt onder meer bepaald door de lagere levensverwachting in deze regio ten opzichte van Nederland. Met uitzondering van Belgisch Limburg is de levensverwachting in de overige regio's van de EMR vergelijkbaar met of zelfs lager dan in Zuid-Limburg. De sterftecijfers verschillen niet erg van elkaar binnen de EMR, evenals de meest voorkomende doodsoorzaken: hart- en vaatziekten en kanker. De risicofactoren die het meest bijdragen aan de ziektelast in de drie EMR landen zijn allen gerelateerd aan gedrag en een ongezonde leefstijl. De stakeholders relativeren een eventuele bourgondische leefstijl als mogelijke verklaring voor de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg. Ten opzichte van Zuid-Europa valt het in Zuid-Limburg wel mee met die Bourgondische leefstijl. Wel wordt gewezen op het mogelijk in stand houden van een ongezonde leefstijl door sociale overerving, maar ook door een gebrek aan toegang tot (juiste) gezondheidsinformatie.

De gezondheidssituatie in Zuid-Limburg is vergelijkbaar met de gemiddelde gezondheidssituatie in de EMR. Indien Nederland wordt gebruikt als referentiekader, is er in de gehele EMR echter sprake van een gezondheidsachterstand. Het is opmerkelijk dat er binnen de Euregio, maar ook binnen de verschillende EMR-regio's, grote verschillen zichtbaar zijn. Dit laatste wordt ook benadrukt door de stakeholders. Belgisch Limburg heeft binnen de EMR de meest gunstige gezondheidssituatie en ook Noord-Limburg doet het

relatief goed. In Zuid-Limburg en het Zweckverband Aachen is de gezondheidssituatie minder gunstig en de Province de Liège scoort het slechtst. Er zijn kwetsbaardere regio's binnen de EMR waar men in de samenwerking op kan focussen, maar ook kwetsbare gebieden binnen de regio's.

4.1.2 Zuid-Limburg dichter bevolkt en meer vergrijzing

Zuid-Limburg blijkt in vergelijking met de andere EMR-regio's een dichtbevolkt gebied te zijn. De bevolkingsdichtheid is maar liefst drie maal zo hoog als in de andere gebieden. Ook is er veel vergrijzing, zeker ten opzichte van de Belgische grensregio's, waar de meeste jongeren wonen. Het aandeel jeugdigen en mensen in de dynamische leeftijdscategorie (25-44) is in Zuid-Limburg relatief laag. Vergrijzing heeft grote gevolgen voor een regio. Zo neemt de druk op de beroepsbevolking toe en ontstaat meer behoefte aan zorg en speciale voorzieningen voor ouderen. Het aandeel mensen in de beroepsbevolking is in alle regio's ongeveer twee derde van de bevolking, in Zuid-Limburg is er sprake van een oudere beroepsbevolking; de Province de Liège en Belgisch Limburg hebben een jongere beroepsbevolking. Uit de gesprekken met de stakeholders komt naar voren dat de overige regio's verwachten dat bij hen op korte termijn eveneens sprake zal zijn van een vergrijzende samenleving en wellicht zelfs een krimp, net zoals in Zuid-Limburg.

4.1.3 Gezamenlijk verleden

De gebieden in de EMR delen een gemeenschappelijke historie in die zin dat ze op twee momenten in de geschiedenis zelfs één politieke eenheid hebben gevormd. Een belangrijke gemene deler is het mijnverleden dat in alle EMR-regio's een grote invloed heeft gehad op de samenleving. Door een tekort aan lokale arbeiders heeft de mijnbouw veel arbeidsmigranten aangetrokken, veelal afkomstig uit Polen, Italië en later ook Turkije en Marokko. In Zuid-Limburg was het aandeel arbeidsmigranten gering ten opzichte van de andere EMR-regio's. In Liège was het aandeel arbeidsmigranten het hoogste. Herstructurering moest in alle gebieden een oplossing bieden voor de nadelige gevolgen van het sluiten van de mijnen voor de werkgelegenheid. In Zuid-Limburg bleek deze echter onvoldoende gericht op het voorkomen en oplossen van de sociale problematiek die samenhangt met het sluiten van de mijnen. Met uitzondering van de Belgische Kempen was in alle gebieden sprake van negatieve de-industrialisatie.

Door meerdere stakeholders wordt het mijnbouwverleden in de regio aangekaart als mogelijke verklaring voor de gezondheidsachterstand in Zuid-Limburg en in de voormalige

mijngebieden in de overige regio's. Het werken in de mijnen zorgde bijvoorbeeld voor directe gezondheidsproblemen voor de mijnwerkers. Daarnaast wordt benoemd dat het werk een bepaalde doelgroep aantrok, namelijk de lager geschoolde mensen en gastarbeiders. Ook de verhoogde werkloosheid, onder meer door het sluiten van de mijnen en een falend herstructureringsbeleid, speelt volgens de stakeholders een belangrijke rol. Er wordt echter ook gewezen op andere regio's die succesvol nieuwe kansen hebben gecreëerd na het wegvallen van belangrijke bronnen van werkgelegenheid.

4.1.4 Opleiding en werkgelegenheid

Ten aanzien van het opleidingsniveau en het werkloosheidspercentage zijn de cijfers van de EMR-regio's vergelijkbaar. Binnen deze EMR-regio's kunnen wel duidelijke verschillen worden opgemerkt tussen bijvoorbeeld de arrondissementen en Kreise. In de Province de Liège blijken de meeste laagopgeleiden te wonen en is het werkloosheidspercentage tweemaal zo hoog ten opzichte van de overige regio's. Kijken we naar de werkgelegenheidssectoren dan zien we dat deze vergelijkbaar zijn tussen de regio's.

In het onderzoek wordt aangestipt dat verschillen in gezondheid samenhangen met het opleidingsniveau en de SES. In de EMR is een kwart van de bevolking hoog opgeleid. De sociale structuur en de bijbehorende SES waarin een individu opgroeit, hebben invloed op de ontwikkeling van bepaalde sociale en gezondheidsvaardigheden. Deze vaardigheden zijn belangrijk voor de manier waarop iemand invloed kan uitoefenen op zijn of haar gezondheid. Wanneer iemand niet weet hoe men toegang kan krijgen tot preventie, zorg of andere voorzieningen heeft dit een negatieve invloed op gezondheid. Ook kan SES een invloed hebben op de leefstijl van een individu en op de mogelijkheden tot het maken van de gezonde keuzes. Met (preventieve) interventies worden vaak de hoge SES groepen bereikt en niet, of in mindere mate, de lagere SES groepen. Dit kan mede bijdragen aan het vergroten van de gezondheidsverschillen tussen de SES groepen.

4.1.5 Gevolgen van grensregioschap

Een belangrijke factor van invloed op de ontwikkeling van de regio's binnen de EMR vormt het grensregioschap. Waar nationale grenzen in het verleden hebben bijgedragen aan economische groei en democratie, vormen ze nu een barrière voor de arbeidsmarkt in grensregio's. Belemmeringen vormen met name verschillen in taal en cultuur, institutionele en administratieve verschillen, gebrek aan transportnetwerken, informatieachterstand en psychologische factoren veroorzaakt door een "wij-zij-gevoel". De aanwezigheid van

verschillen in taal en cultuur wordt in de literatuur het vaakst geïdentificeerd als belangrijke grensbelemmering.

Door de stakeholders wordt aangestipt dat er zeker onderlinge verschillen zijn ten aanzien van effecten van het grensregioschap. Een voorbeeld is het verschil in positie ten opzichte van het achterland. In België en Duitsland is er vanuit de grensregio's een zekere acceptabele reisafstand tot de grotere steden met veel bedrijvigheid en werkgelegenheid. Daardoor kunnen mensen in grensregio's (blijven) wonen terwijl zij werken in een andere regio. De regio is mogelijk saai voor jongeren en er is sprake van een gesloten samenleving die integratie bemoeilijkt.

4.1.6 De 'Euregio-factor' ?

Net zoals in de provincie Limburg is er in de Euregio sprake van een gezondheidsachterstand in vergelijking met Nederland als geheel. Daarom kunnen we spreken van een Euregio-factor. Ook geldt, net zoals in het onderzoek 'Op zoek naar de Limburg-factor', dat meerdere factoren bijdragen aan deze gezondheidsachterstand. Daarom kunnen we niet spreken van dé Euregio-factor, net zo min als er sprake is van dé Limburg-factor'. De zogenaamde 'Euregio-factor' is een complex samenspel van politieke, maatschappelijke, economische en culturele factoren. Naast de sociale determinanten zoals onderwijs en arbeid, spelen in de EMR ook de invloeden van het mijnverleden en de grensbarrières een belangrijke rol. Dit blijkt zowel uit de literatuur, de data, alsook uit de gesprekken met de stakeholders. In het onderzoek naar de Limburg-factor bleek vooral Zuid-Limburg bij te dragen aan de Limburgse gezondheidsachterstand terwijl Limburg Noord een veel positiever beeld liet zien. In het onderzoek naar de Euregio-factor zien we een soortgelijk patroon. De Zuid-Limburgse gezondheidssituatie is weliswaar vergelijkbaar met het totale EMR-gemiddelde, maar tussen en binnen de regio's zijn grote verschillen. Het meest opmerkelijke is dat Belgisch Limburg positief uitsteekt boven het EMR-gemiddelde en Province de Liège veel slechter scoort. Belgisch Limburg heeft een hogere levensverwachting dan België, in het Zweckverband Aachen is het gemiddelde ongeveer gelijk aan het gemiddelde van NRW, en in Province de Liège is het gemiddelde lager dan in België.

Geconstateerd kan worden dat gezondheidsuitdagingen en sociale uitdagingen in gezamenlijkheid aangepakt moeten worden. Dit is nodig omdat burgers zich vrij bewegen in Euregionale setting en daarbij te maken hebben met verschillende soorten beleid en

regelgeving rondom diverse thema's die van invloed zijn op gezondheid. Hieronder wordt ingegaan op aanknopingspunten voor verbetering.

4.2 Aanknopingspunten voor verbetering

4.2.1 Health in All Policies

Een gezonde bevolking draagt bij aan de doelen van andere sectoren en aan maatschappelijke doelen in het algemeen. Gezondheid is belangrijk voor de economie, productiviteit, sociaaleconomische ontwikkeling en het welzijn in een regio of land. Dit maakt gezondheid tot een gedeeld doel binnen verschillende sectoren van de overheid maar ook buiten de overheid, zoals de particuliere sector en het maatschappelijk middenveld. Health in All Policies (HiAP) vestigt de aandacht op het ontwikkelen van partnerschappen voor het overheidsbeleid en voor alle andere betrokken partijen.⁶²

HiAP is een concept ter verbetering van de algemene volksgezondheid. Het wordt door de WHO gedefinieerd als "een benadering van overheidsbeleid in alle sectoren die systematisch rekening houdt met de gezondheidsimplicaties van besluiten, die synergetische effecten nastreeft en schadelijke gezondheidseffecten vermijdt om de gezondheid van de bevolking en gelijkheid van de gezondheid te verbeteren".⁶² Men richt zich op factoren buiten het gezondheidsstelsel die van grote invloed zijn op de gezondheid. Deze factoren staan ook wel bekend als de 'sociale determinanten van gezondheid', zoals ook reeds benoemd in het model van Dahlgren en Whitehead (zie hoofdstuk 1 / bijlage 1). Door het toepassen van HiAP wordt een aanpak gecreëerd waarbij op meerdere niveaus en binnen meerdere domeinen prioriteit wordt gegeven aan het verbeteren en integreren van gezondheidsbeleid. Een veelgebruikt instrument om het besluitvormingsproces hierin te ondersteunen is het uitvoeren van een 'Health Impact Assessment' (HIA): een raamwerk en procedure voor het inschatten van de gevolgen van verschillende beleidsopties op de algemene volksgezondheid.^{63,64}

Het toepassen van Health in All Policies is nog geen nationale wettelijke verplichting (zie kader 4.1). Toch zouden er reeds stappen kunnen worden ondernomen. Een eerste aanbeveling in het toepassen van HiAP is het structureel opnemen van een gezondheidsparagraaf bij het voorbereiden van beleidsbesluiten. Door net zoals een gebruikelijke financiële analyse ook een gedegen gezondheidsanalyse op te nemen (HIA),

⁶² Government of South Australia & World Health Organization. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world. (2017)

⁶³ Owen, Wales is leading the world with its new public health law. (2017)

⁶⁴ Public Health England, Local wellbeing, local growth. Background information about Health and Health equity in All Policies. (2016)

kunnen stappen worden genomen in het verbeteren van de publieke gezondheid. Voor het verder succesvol toepassen van HiAP is een aanpak nodig waarbij de gehele samenleving betrokken is en samengewerkt wordt met de zogenaamde quadruple of quattro helix: zowel overheid alsook de kennisinstituten, het maatschappelijk middenveld, de gemeenschappen, de individuele burgers en de particuliere sector.^{65,66} Aanbevolen wordt om niet alleen binnen de Provincie Limburg aan de slag te gaan met HiAP bij het opstellen van beleid, maar hierin als initiator op te treden en het thema verder onder de aandacht te brengen binnen de gemeenten. Zorg dat ook zij als lokale overheden, dicht bij de burger, gezondheid integraler gaan benaderen, gaan opnemen binnen alle beleidsvelden en ook nadrukkelijker een gezondheidsanalyse / HIA gaan toepassen bij het nemen van bestuursbesluiten.

Good practice: Toepassing van Health in all policies in Wales

Als onderdeel van de “Wellbeing of Future Generations Act 2015” en “Public Health White Paper” is Wales een van de eerste landen in de wereld waarin een Health Impact Assessment (HIA) wettelijk verplicht is. Middels een HIA wil men proberen de positieve gezondheidseffecten van het voorgestelde beleid te maximaliseren en zal men voorstellen doen om de negatieve effecten te verzachten. Deze wet is van toepassing op de overheid, lokale autoriteiten en lokale gezondheidsraden in Wales. Zij moeten de uitkomsten van de HIA publiceren en hier rekening mee houden bij het nemen van beslissingen.

Het is een preventieve aanpak in het beschermen van gezondheid en biedt de kans om de bredere omgevingsfactoren aan te pakken die van invloed zijn op de gezondheid. De schaal van een HIA kan variëren, maar ze omvat meestal een risicobeoordeling, data-analyse en literatuuronderzoek. De betrokkenheid van belanghebbenden, zoals professionals en burgers, is ook belangrijk.

Voor het effectief inzetten van een HIA is het belangrijk dat de politieke wil er is, effectief management op alle niveaus van de HIA, en actieve deelname van alle belanghebbenden, inclusief de burger.

- ▶ **Enkele overige regio's waar reeds HiAP structureel wordt toegepast:** Zuid-Australië, Finland, Thailand, Californië, Canterbury, China, Quebec, Suriname.

Kader 4.1 Voorbeeld van Health in All Policies in Wales^{65, 66, 67}

Aanbevolen wordt om netwerken uit de (preventieve) gezondheid aan te laten sluiten bij netwerken omtrent bijvoorbeeld de beleidsvelden onderwijs, arbeid, economie of leefomgeving. Maak verbinding en sluit partnerschappen om op die manier gezondheid als thema mee te wegen, van elkaar te leren, en synergetische effecten te creëren. De Provincie Limburg kan hierin een belangrijke faciliterende en ondersteunende trekkersrol spelen.

⁶⁵ Government of South Australia & World Health Organization. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world. (2017)

⁶⁶ Owen, Wales is leading the world with its new public health law. (2017)

⁶⁷ Government of South Australia & World Health Organization. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world. (2017)

4.2.2 Kwetsbare regio's en doelgroepen

De gezondheidssituatie van Zuid-Limburg is vergelijkbaar met die van de EMR. Bij het inzoomen op de gezondheidssituatie binnen de regio's zijn echter duidelijke verschillen te zien. Dit is ook een belangrijke bevinding uit de gesprekken met de stakeholders die goed zicht hebben op de eigen regio's. Deze differentiatie berust vooral op sociaaleconomische gezondheidsverschillen en komt dus vooral door inkomen en opleiding tot stand. Alle regio's van de EMR hebben te maken met dergelijke kwetsbare groepen die vanuit het oogpunt van gelijke kansen op gezondheid extra aandacht behoeven. De gemeenschappelijke uitdaging is specifiek beleid te ontwikkelen om de achterstanden in de regio's of in buurten terug te dringen.

Gezondheidsbeleid heeft vaak onvoldoende invloed op het verkleinen van de gezondheidskloof. Om sociale ongelijkheid in gezondheid gericht aan te pakken, moet er niet alleen ingezet worden op een regio, maar ook op de specifieke doelgroep. De uitdaging is kwetsbare groepen te bereiken met gezondheidsinformatie, ook om hun gezondheidsvaardigheden te verbeteren. Er dient met name speciale aandacht te zijn voor de jeugd, burgers met een lage SES, zwangere vrouwen en ouderen. Health in All Policies en positieve gezondheid kunnen hierin een belangrijke rol spelen. Daarnaast kan er middels Euregionale samenwerking kennis en informatie worden uitgewisseld over de aanpak van de gezondheidsbevordering. Door het delen van kennis kan de problematiek vanuit een ander perspectief worden bekeken en kunnen good practices worden gedeeld.

Positieve gezondheid

Positieve gezondheid als concept, kan een onderdeel zijn in de ontwikkeling naar een vitale regio. Binnen het concept van positieve gezondheid zijn er zes dimensies (zie kader 4.2). De dimensies beïnvloeden elkaar over en weer en bepalen gezamenlijk de gezondheid van een persoon.⁶⁸ Aanbevolen wordt om vanuit het Actiecentrum Positieve Gezondheid het concept vaker toe te passen binnen de Euregio. Positieve gezondheid is verweven met andere beleidsterreinen en sluit aan bij HiAP.

Dimensies gezondheid	Aspecten
▶ lichaamsfuncties ▶ mentaal welbevinden ▶ zingeving ▶ kwaliteit van leven ▶ sociaal maatschappelijke participatie ▶ dagelijks functioneren	▶ medische gezondheid, ervaren gezondheid, energie ▶ emotionele toestand, gevoel van controle, concentratie ▶ levenslust, idealen willen bereiken, acceptatie, leren ▶ woonsituatie, met geld rondkomen, genieten ▶ sociale contacten/taal, erbij horen, betrokken zijn ▶ zorgen voor jezelf, kunnen werken, hulp kunnen vragen

Kader 4.2 Dimensies en aspecten van positieve gezondheid⁶⁸

⁶⁸ Reynen, Verheijen & Huber, Limburg, de 1e Positief Gezonde Provincie. Plan van Aanpak 2017-2019. (2017)

4.2.3 Beslechten van grensbarrières

Zoals aangestipt in hoofdstuk 1 kunnen grensregio's niet ten volle profiteren van de banen en voorzieningen die zich aan de andere kant van de grens bevinden. De carrièrekansen van de inwoners van grensregio's en de omvang en diversiteit aan voorzieningen die ze tot hun beschikking hebben, zijn over het algemeen lager dan in regio's zonder grensbarrières. Hierdoor is het voor mensen en bedrijven minder aantrekkelijk zich in een grensregio te vestigen en ontstaat een 'scheve' verdeling van de populatie: veel ouderen, weinig jongeren en een beperkt aantal mensen in de beroepsbevolking. In een onderzoek uit 2016 heeft het Centraal Plan Bureau de zogenaamde 'grensfactoren' in kaart gebracht die een mogelijke belemmering vormen voor agglomeratie-effecten op de arbeidsmarkt.⁶⁹ Dit zijn verschillen in taal en cultuur, institutionele en administratieve verschillen, gebrek aan transportnetwerken, informatieachterstand en psychologische factoren.

Het CPB heeft eveneens beschreven wat beleid kan doen om de grensbelemmeringen aan te pakken. Hieronder worden de belangrijkste beleidslessen uit dit rapport weergegeven, waarbij de kanttekening wordt gemaakt dat verder onderzoek nodig is naar de effectiviteit van de beleidsopties. Dit kan bijvoorbeeld tot stand komen door grensbeleid systematisch te monitoren en te evalueren. De Provincie Limburg kan hier een trekkersrol in vervullen.

Beleidsopties	
▶ Wederzijds erkennen van diploma's	Uit diverse onderzoeken blijkt dat het wederzijds erkennen van diploma's een positief effect heeft op grensoverschrijdende pendel en vergroten van de geografische arbeidsmarkt.
▶ Investeren in (vooral kleinschalige) transportprojecten bij voldoende vraag	Grensoverschrijdende infrastructuur kan grensbarrières wegnemen, maar belangrijk is te bewaken dat er wel vraag is naar projecten op dit terrein. De beste strategie lijkt eerst andere grensbelemmeringen te verminderen waardoor de vraag toeneemt, alvorens te investeren in nieuwe grootschalige infrastructuurprojecten. Er wordt niet uitgesloten dat er vraag is naar met name specifieke kleinschaligere verbindingen, zoals een uitbreiding van het grensoverschrijdende busnetwerk. Een maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA) helpt bij de analyse of er voldoende vraag is naar een transportproject.
▶ Taal en cultuur: belangrijke belemmering, niet per se kansrijke oplossing	Eerder werd reeds aangehaald dat taal en cultuur een belangrijke belemmering vormen voor grensoverschrijdende interactie. Dit betekent volgens het CPB echter niet per se dat beleid op dit gebied ook het meest kansrijk is. Met name cultuurverschillen blijken immers zeer persistent te zijn en lastig om beleidsmatig te verminderen.
▶ Samenhang tussen grensbelemmeringen als input voor beleid	Het is belangrijk dat beleid inspeelt op het feit dat verschillende grensbelemmeringen met elkaar interacteren. Een informatieachterstand kan bijvoorbeeld versterkt worden door een taalbarrière en het is soms niet voldoende om de invloed van één beperkende factor aan te pakken. Een samenhangend pakket van maatregelen is daarom logisch. Of beleid zich het beste stapsgewijs kan richten op afzonderlijke grensbelemmeringen (zoals taalverschillen), of juist op een combinatie van factoren tegelijk, kan op dit moment niet worden vastgesteld.

Kader 4.3 Beleidsopties om grensbelemmeringen aan te pakken⁶⁹

⁶⁹ CPB, De arbeidsmarkt aan de grens met en zonder grensbelemmeringen. (2016)

4.2.4 Euregionale samenwerking

Om het potentieel van de EMR beter te benutten en de sociaaleconomische welvaart van een grensregio te verbeteren is het belangrijk dat stakeholders in de grensregio samenwerken. Euregionale samenwerking kan op verschillende niveaus plaatsvinden. Om de slagkracht te vergroten, dient er zowel op politiek-bestuurlijk als ook op strategisch, tactisch en operationeel niveau samengewerkt te worden.

Euregionale kenniseconomie

De EMR is een internationaal georiënteerde regio, met veel mogelijkheden om zich te ontwikkelen tot een toonaangevende kenniseconomie, onder andere door de aanwezigheid van de diverse universiteiten en hogescholen, academische ziekenhuizen en onderzoeksinstituten en een breed aanbod aan economische sectoren. Deze instellingen bieden arbeidsmogelijkheden in het hogere segment (technici, theoretisch geschoolden). Banen in het hogere segment (resultierend in meer hoge SES) kunnen bijdragen aan de aantrekkingskracht van de regio op mensen en bedrijven.⁷⁰ Een beter evenwicht in hoge en lage SES-bevolking levert indirect ook een bijdrage aan het verbeteren van de gezondheidssituatie.

Euregionale kennisagenda

Het verzamelen van data en informatie in grensregio's is van belang om tot een Euregionale kennisagenda te komen en gemeenschappelijke ambities te realiseren. Aanbevolen wordt dan ook om gezamenlijk een uniforme database te bouwen met uniforme registraties omtrent gezondheidsdata, zoals: levensverwachting, ziekte, sterfte en leefstijl. Het project 'Euregional Health Data Collection' kan daarvoor als basis dienen. Daarnaast is de informatie uit de grensbarrières onvoldoende beschikbaar om tot gezamenlijke besluiten te komen. Om de obstakels te vereenvoudigen is er actie nodig op nationaal, regionaal en lokaal niveau. Bij lokale en regionale actie dient gebruik gemaakt te worden van de kennis en betrokkenheid van de quadruple of quattro helix. De nationale overheid dient actie te ondernemen op de beleidsvelden die gerelateerd zijn aan de nationale wetgeving en de implementatie van EU-wetgeving. Daarnaast wordt aanbevolen om niet alleen regio-overstijgend aan de slag te gaan, maar om ook gemeenten binnen de EMR-regio's actiever te betrekken binnen de Euregionale samenwerkingsverbanden.

Binnen de EMR, maar ook buiten de EMR, zijn er reeds bestaande netwerken en initiatieven welke gericht zijn op de publieke gezondheid in grensregio's, zoals euPrevent|EMR,

⁷⁰ INTERREG EMR, Samenwerkingsprogramma in het kader van de doelstelling 'Europese territoriale samenwerking'. (2014)

Euregha, Regions for Health network (WHO) en INTERREG. Er lopen reeds veel initiatieven en projecten waarbij aansluiting kan worden gezocht bij de partners in de Euregio. Samenwerking kan synergetische effecten creëren en nieuwe mogelijkheden opleveren om (structurele) initiatieven gezamenlijk te initiëren en financieren. De hier beschreven aanbevelingen en oplossingsrichtingen zouden tevens meegenomen kunnen worden in het 'Uitvoeringsplan Verkenning, Limburg is de poort naar Europa'.

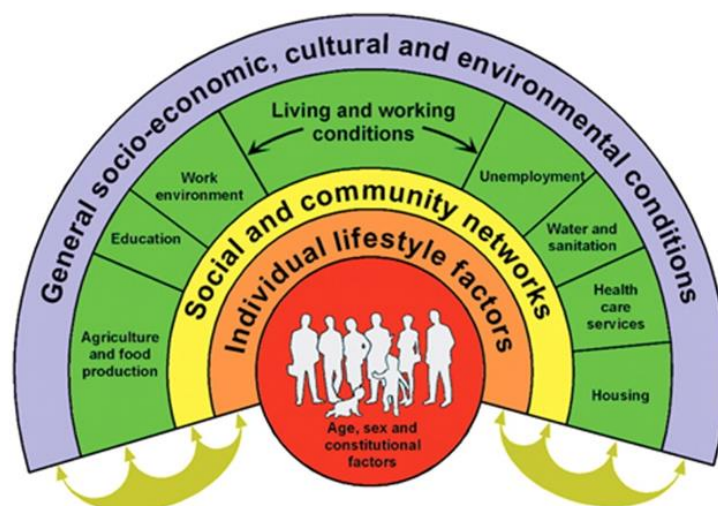
Vanuit de invalshoek gezondheid aansluiten bij bestaande netwerken en organisaties zoals bijvoorbeeld:

- ▶ *Samenwerking en afstemming inzake diploma-erkenning in de Benelux en NRW*
- ▶ *Actieteam Grensoverschrijdende Economie en Arbeid (NL,B,D)*
- ▶ *Institute for Transnational and Euregional cross border cooperation and Mobility (ITEM)*
- ▶ *Het Europees portaal voor beroepsmobiliteit (EURES)*

Kader 4.3 Voorbeelden grensoverschrijdende samenwerking in de EMR

Bijlage 1 Model van Dahlgren en Whitehead toegelicht

Het model van Dahlgren & Whitehead (zie figuur 1) bevat diverse lagen van sociale determinanten en bijbehorende systemen die van invloed zijn op gezondheid. Het individu staat centraal in het model. Ten eerste zijn de biologische en genetische factoren van invloed, deze zijn onveranderbaar. Om de sociale determinanten die van invloed zijn op de gezondheid in de verschillende bogen aan te pakken, zijn verschillende beleidsbenaderingen nodig. Hierbij gaat het in de eerste boog om individuele leefstijlfactoren, zoals voeding, bewegen, roken en alcoholgebruik. Dit vraagt om een benadering die de leefstijl en attitudes van mensen met betrekking tot een gezondere leefstijl beïnvloedt. De tweede boog gaat over de invloed vanuit de sociale omgeving, zoals: familie, vrienden, collega's en burens. De sfeer, normen en waarden die in een buurt leven, zitten ook verweven in deze tweede boog. Dit beleidsniveau zoekt actie om de sociale en gemeenschapssteun te versterken. De derde boog betreft de mate waarin het individu middels leefomstandigheden zijn of haar gezondheid kan beïnvloeden. Dit heeft dan betrekking op opleiding, arbeid en de toegang tot voorzieningen en diensten. In deze laag roept het beleidsniveau op tot verbetering van de woon- en werkomstandigheden, via bijvoorbeeld onderwijs, arbeid en sociale zekerheid. De sociaaleconomische, culturele en omgevingsfactoren omringen het gehele model. Dit betreft de maatschappelijke context waarin het individu leeft. Op beleidsniveau één, gericht op de algemene voorwaarden, zijn structurele veranderingen op lange termijn nodig, zoals bijvoorbeeld economische strategieën. Al deze factoren in de verschillende bogen zijn van invloed op elkaar en interacteren met elkaar.^{71,72}



Figuur 1: Model van Dahlgren & Whitehead, sociale determinanten van gezondheid

⁷¹ Boudewijn Stichting, Ongelijk gezond. (2012)

⁷² Dahlgren, & Whitehead, Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. (1991)

Bijlage 2 Verantwoording

Kwalitatieve data

In de zoektocht naar aanknopingspunten voor de gezondheidssituatie van Limburg zijn er interviews gehouden met 22 stakeholders uit de EMR. De ervaringen en perspectieven van de stakeholders zijn meegenomen in het onderzoek. Deze stakeholders hebben diverse achtergronden, voornamelijk in de publieke gezondheid, op zowel bestuurlijk, beleidsmatig of operationeel niveau. Daarnaast is gesproken met stakeholders met een achtergrond in de sociologie, historie, cultuur en gezondheidsstatistiek. De bevindingen uit deze interviews betreft de kijk van deze stakeholders op de gezondheidssituatie en samenwerking in de Euregio. Ten aanzien van de gezondheidssituatie van de regio is verkend hoe data worden verzameld. Daarnaast is gesproken over hun visie op de regionale gezondheidssituatie en mogelijke aanknopingspunten voor het bevorderen van de gezondheid. Bovendien is er ingegaan op de ervaringen van de stakeholders ten aanzien van Euregionale samenwerking.

Kwantitatieve data

Om een grensoverschrijdende vergelijking van de gezondheidssituatie te kunnen maken, is het belangrijk dat de betreffende data vergelijkbaar zijn. Daarom is er binnen de EMR een project gestart tussen partners die werkzaam zijn op terrein van gezondheid(szorg) en/of het verzamelen van (gezondheids)data. Dit project, 'Euregional health data collection', betreft een samenwerking tussen euPrevent|EMR, de GGD ZL en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het project beoogt een structurele samenwerking om gezondheidsdata van de regio's van de EMR op een zo laag mogelijk niveau beschikbaar te stellen en vergelijkbaar te maken. Vanuit het project wordt er onder meer samengewerkt met Duitse en Belgische statistiekpartners omtrent data collectie: het IT NRW (Information und Technik Nordrhein-Westfalen) en het Belgische Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid. Deze samenwerking resulteerde in een eerste set van indicatoren en de bijbehorende data om te gebruiken voor dit onderzoek (zie tabel 1). Het betreft reeds bestaande registerdata van 2014 die voor alle drie de landen vergelijkbaar verzameld zijn of vergelijkbaar zijn gemaakt. Daarnaast is voor een aantal indicatoren gebruik gemaakt van enquête data, bijvoorbeeld voor overgewicht. Deze data zijn voor Nederland beschikbaar voor het jaar 2012 (Gezondheidsmonitor) en voor Duitsland voor 2013 (Mikrosensus). Voor de Belgische regio's zijn deze data voornamelijk niet beschikbaar op regioniveau. Daarom worden de cijfers van België en de gewesten gepresenteerd uit de landelijke Gezondheidsenquête (2013). Tenslotte is er gebruik gemaakt van reeds gepubliceerde data. Het gaat dan vooral om data

op landelijk niveau. Data ten aanzien van leefstijlindicatoren zijn niet beschikbaar in de huidige fase van het project 'Euregional health data collection'.

Tabel 1: Overzicht indicatoren vanuit 'Euregional health data collection'

Thema	Variabele	Toevoeging
Demografie	Geslacht	Man, Vrouw
	Leeftijd	Leeftijdscategorieën
Sociaaleconomisch	Opleiding	Laag, midden, hoog
	Werk	Werkloosheidspercentage
Gezondheid	Levensverwachting	5 jaar interval
	Overgewicht	Volwassenen: Zuid- Limburg en Zweckverband Aachen
	Mortaliteit	Zuigelingensterfte
		Sterfte per leeftijdscategorie
	Doodsoorzaken	Uitwendige doodsoorzaken (ICD-10 = V01–Y98)
		Natuurlijke doodsoorzaken (ICD-10 = A00–R99)
		Nieuwvormingen (ICD-10 = C00-D48)
		Ziekten van hart- en vaatstelsel (ICD-10 = I00-I99)
		Longziekten (ICD-10 = J00-J99)

Voor het vergelijken van de data binnen de EMR is er gebruik gemaakt van data op NUTS-3 niveau. De NUTS, Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques, is de regionale indeling van het Europese statistiekbureau Eurostat. Deze is ingevoerd om over heel Europa vergelijkbare regio's te creëren, waardoor Europese statistieken regionaal goed vergelijkbaar zijn. De NUTS heeft drie niveaus. Voor Nederland komt dit overeen met: NUTS 1: Landsdelen, NUTS 2: Provincies en NUTS 3: COROP-gebieden. COROP staat voor 'Coördinatiecommissie Regionaal Onderzoeksprogramma', naar de commissie die deze regio's heeft ontworpen in 1970. In tabel 2 worden de NUTS-3 gebieden weergegeven in Nederland, België en Duitsland van de EMR.^{73,74}

Tabel 2. NUTS indeling EMR

⁷³ CBS, NUTS, regionale indeling voor Europese statistieken. (2017)

⁷⁴ CBS, Landelijk dekkende indelingen. (2017)

Land	NUTS-2	NUTS-3
Nederland	Limburg	Zuid-Limburg , Midden-Limburg, Noord-Limburg
België	Province de Liège	Huy, Liège, Waremme, Verviers - communes francophones en Bezirk Verviers – Ostbelgien
België	Provincie Limburg	Hasselt, Tongeren en Maaseik
Duitsland, NRW	Regierungsbezirk Köln	Heinsberg, Euskirchen, Düren en Städteregion Aachen (samen Zweckverband Aachen)

Voor het analyseren van de data en het in kaart brengen van de gezondheidssituatie is ervoor gekozen om uit te gaan van de EMR-regio's: Zuid-Limburg, Zweckverband Aachen, Provincie Limburg, Province de Liège en Ostbelgien, ook wel de Deutschsprachige Gemeinschaft genoemd. Dit betekent dat er voor het vergelijken van de EMR regio's meerdere NUTS-3 niveaus zijn samengevoegd. Voor het Zweckverband Aachen betreft dit: Städteregion Aachen, Kreis Düren, Kreis Euskirchen en Kreis Heinsberg. Voor Belgisch Limburg betreft dit de arrondissementen Hasselt, Maaseik en Tongeren. Voor de Province de Liège betreft dit de arrondissementen Huy, Liège, Verviers en Waremme. Ostbelgien kan in de vergelijking niet apart worden meegenomen en valt daarom onder Province de Liège (Verviers). Noord-Limburg behoort tot een andere grensregio maar wordt wel in het onderzoek betrokken als deel van de provincie Limburg (NL). Voor Noord-Limburg zijn de COROP-gebieden Noord- en Midden-Limburg samengevoegd.

Om de gezondheidssituatie te analyseren wordt er een vergelijking gemaakt met het achterland van de regio. Voor Zuid-Limburg en Noord-Limburg betreft het achterland Nederland. Voor het Zweckverband Aachen is het Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW) het achterland. Nordrhein-Westfalen is qua bevolkingsomvang beter te vergelijken met Nederland en België dan geheel Duitsland. Voor de provincie Limburg (BE) en de Province de Liège vormen naast België ook Vlaanderen en Wallonië het achterland. Er is gekozen om ook de cijfers van Vlaanderen en Wallonië inzichtelijk te maken, omdat er grote verschillen zijn tussen deze twee gewesten.

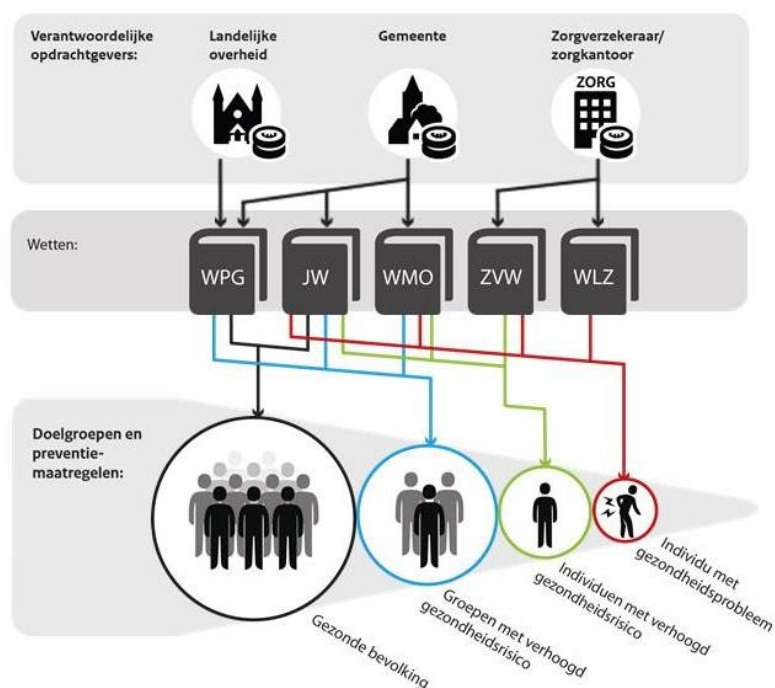
Bijlage 3 Organisatie van de publieke gezondheid*

De inrichting van de zorgstelsels in Europa zijn zeer divers en deze verschillen zijn er ook in de Euregio Maas-Rijn. De wettelijke kaders en bevoegdheden verschillen per EMR-regio. In deze bijlage volgt een korte toelichting op de zorgstelsels in Nederland, Duistland en België.

1. Nederland

Wettelijk kader

In Nederland vormt de Wet Publieke Gezondheid (WPG) het wettelijke kader voor de organisatie van de openbare gezondheidszorg, inclusief jeugd- en ouderengezondheidszorg en infectieziekten bestrijding. Op het gebied van preventie en publieke gezondheid zijn er naast de WPG nog vier andere wetten, namelijk: de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), de Jeugdwet, de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (WLz). Deze wetten vormen samen een sluitende keten van preventie(activiteiten) gericht op diverse doelgroepen. In deze wetten zijn taken en verantwoordelijkheden vastgelegd voor organisaties op landelijk, provinciaal, regionaal en gemeentelijk niveau (zie figuur 1).



Figuur 2. Schematische weergave doelgroepen en preventiemaatregelen, wetten en verantwoordelijke opdrachtgevers in Nederland⁷⁵

Landelijk niveau

⁷⁵ Loket Gezond Leven, Preventie in de vijf stelselwetten, RIVM, (2018).

*Zie bijlage 8 voor de geraadpleegde literatuur

Op nationaal niveau vormen diverse ministeries samen de Rijksoverheid. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is verantwoordelijk voor gezondheid en preventie. Via dit ministerie worden diverse activiteiten op het gebied van preventie en gezondheid uitgevoerd of gefinancierd, dit betreft onder andere:

- ▶ bevolkingsonderzoeken, vaccinaties en screeningen
- ▶ het aangaan van convenanten
- ▶ kennis, advies en onderzoek; bijvoorbeeld door subsidies aan thema- en kennisinstituten
- ▶ ondersteunings- en stimuleringsprogramma's
- ▶ preventie in de zorg
- ▶ voorlichting
- ▶ campagnes
- ▶ wettelijke geboden/verboden

Provinciaal niveau

Nederlandse provincies hebben geen wettelijke taken op het terrein van de publieke gezondheidszorg. Wel beschikken zij over diverse taken die direct en indirect van invloed zijn op de publieke gezondheid. De provincie:

- ▶ bepaalt of steden en dorpen kunnen uitbreiden en waar bedrijventerreinen en kantorenparken mogen worden aangelegd.
- ▶ bepaalt waar wegen, spoorwegen, scheepvaartverbindingen, industriegebieden, agrarische en natuurgebieden en recreatieve voorzieningen komen. Daarvoor maakt de provincie zogeheten structuurplannen. Gemeenten houden hier rekening mee bij het maken van hun bestemmingsplannen;
- ▶ is verantwoordelijk voor de aanleg en het onderhoud van provinciale wegen, fietspaden en bruggen;
- ▶ zorgt voor schoon zwemwater en veilige routes voor vrachtwagens met gevaarlijke stoffen. Dit staat in de nationale milieuwetgeving;
- ▶ realiseert nieuwe natuur en behoudt huidige natuur;
- ▶ houdt toezicht op de naleving van milieuwetten voor lucht, bodem en water. Daarnaast gaat de provincie verontreiniging tegen, bijvoorbeeld door bodemsanering;
- ▶ zorgt dat op elke plek in de provincie binnen 15 minuten een ambulance ter plaatse kan zijn;
- ▶ houdt toezicht op de waterschappen;
- ▶ houdt toezicht op de gemeenten. De gemeenten laten elk jaar hun begroting en jaarrekening goedkeuren door het college van Gedeputeerde Staten.

De Provincie Limburg vervult een zeer actieve rol op het terrein van gezondheid en vitaliteit. In de Sociale Agenda Limburg is als doel gesteld in 2025 de eerste achterstanden in gezondheid en participatie van Limburgers ten opzichte van de rest van Nederland te hebben ingelopen. Naast de rol van subsidieverlener is de Provincie ook verbinder, kennismakelaar of facilitator met als doel in onderlinge samenwerking met gemeenten, burgers, (zorg)ondernemers en kennisinstellingen te komen tot een sociaal en vitaal Limburg.

Gemeentelijk niveau

Om de beleidsvorming zo dicht mogelijk bij de inwoners te houden, zijn sinds de decentralisaties in 2008 en 2015 de meeste bevoegdheden verplaatst naar de gemeenten. Vanuit de Wpg zijn gemeenten verantwoordelijk voor het lokale gezondheidsbeleid, voor ouderenzorg, langdurige zorg en voor algemene gezondheidsbevordering inclusief epidemiologie en infectieziekten. Tevens zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdzorg middels de Jeugdwet en voor het bevorderen van maatschappelijke participatie middels de Wmo 2015 en Participatiewet.

Ook zijn gemeenten wettelijk verplicht een Gemeentelijke Geneeskundige Gezondheidsdienst (GGD) in te stellen en in stand te houden voor het uitvoeren van de lokale uitvoeringsprogramma's van publieke gezondheid, zoals het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding. In totaal beschikt Nederland over 25 GGD-en. Volgens de Wpg wordt regionaal gezondheidsbeleid elke vier jaar in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vastgelegd. Daarvoor biedt de landelijke nota gezondheidsbeleid aanknopingspunten. In Zuid-Limburg wordt sedert 2012 gewerkt met een regionale nota gezondheidsbeleid.

Zorgverzekering

In de Zvw en de Wlz is er ook voor zorgverzekeraars een zorgplicht vastgelegd. De Wlz is voor mensen die 24 uur per dag zorg of toezicht nodig hebben. Alle inwoners zijn verplicht een verzekering af te sluiten voor een basisdekking. De overheid bepaalt wat er in het basispakket zit. Verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren en moeten contracten sluiten met zorgverleners op basis van kwaliteit en prijs. Momenteel is bijna 90 % van de markt in handen van vier verzekeraars, die elk meerdere merknamen voeren. Voor een aanvullende zorgverzekering kan iedere verzekerde uit verschillende pakketten kiezen. Geïndiceerde en zorg gerelateerde preventie maken deel uit van het basispakket. Volwassenen betalen een uniforme premie aan hun verzekeraar (voor alle kinderen betaalt de overheid een bijdrage), die door de werkgever wordt aangevuld met een inkomensafhankelijke bijdrage aan een centraal fonds, dat het geld onder de verzekeraars verdeelt op basis van risicoverevening. Ongeveer 40 % van de verzekerden ontvangt een

fiscale zorgtoeslag, die voor de laagste inkomens overeenkomt met 70 % van de premie en de gemiddelde eigen bijdrage.

2. België

Door de driedelige staatsstructuur van België zijn de bevoegdheden voor volksgezondheid verdeeld over de federale staat (de landelijke overheid), de gemeenschappen (Vlaamse Gemeenschap, de Franstalige Gemeenschap en de Duitstalige Gemeenschap) en de gewesten (Brussels hoofdstedelijk gewest, Vlaams- en Waals gewest).

Landelijk niveau

Op federaal niveau is gezondheid de verantwoordelijkheid van de Federale Overheids Dienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD Volksgezondheid). Zij werken nauw samen met verschillende wetenschappelijke instituten op het gebied van gezondheid, zoals het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV), Hoge Gezondheidsraad (HGR) en Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie (CODA). Deze instituten dragen bij aan de nationale coördinatie van de volksgezondheidsactiviteiten: het beschikbaar stellen van de nodige wetenschappelijke kennis als basis voor het maken van beleid en uniforme, kwalitatieve informatie over de nationale volksgezondheid. Het WIV neemt initiatieven om de volksgezondheid te verbeteren, zoals het uitvoeren van de Gezondheidsenquête onder de bevolking in België. Het doel van deze enquête is om de gezondheid van de inwoners te evalueren en om de voornaamste gezondheidsproblemen en leefgewoonten te leren kennen. Voor het uitvoeren van het veldwerk wordt er samengewerkt met Statistics Belgium.

Vlaams gewest en Vlaamse gemeenschap

De Vlaamse gemeenschap en het Vlaams gewest zijn samengevoegd tot één regering. Het Vlaams Parlement is het hoogste besluitvormingsorgaan en heeft commissies ingesteld voor verschillende beleidsterreinen, zoals 'Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebelid'. Deze commissie is onder andere verantwoordelijk voor beleid op 'Gezin, Welzijn en Gezondheid'. De Vlaamse wet betreffende het preventieve gezondheidsbeleid beoogt een verbetering van de volksgezondheid: het behalen van gezondheidswinst op Vlaams bevolkingsniveau door middel van gezondheidsbevordering en ziektepreventie. De 'welzijnswet' is de basiswet op het vlak van veiligheid en gezondheid op het werk. Voor bevoegdheden omtrent preventie, zorgverstrekking en de erkenning van gezondheidszorgberoepen heeft Vlaanderen een beheersovereenkomst met het Vlaamse "Agentschap Zorg & Gezondheid" (AZG). Het Agentschap Zorg en Gezondheid in Vlaanderen is actief op de volgende domeinen: preventie, infectieziekten en vaccinaties,

eerstelijns zorg, geestelijke gezondheidszorg, gezondheidszorgberoepen, ouderenzorg, thuiszorg, ziekenhuizen, palliatieve zorg en sociale bescherming.

Het AZG werkt aan gezondheid middels verschillende beleidsinstrumenten, zoals de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen. In de gezondheidsdoelstelling worden prioriteiten gelegd binnen het preventieve gezondheidsbeleid. Middels bijgehouden registratiegegevens wordt de gezondheidstoestand van de bevolking in kaart gebracht en maken zij de belangrijkste gezondheidsproblemen inzichtelijk. Ook volgen zij de realisaties van de gezondheidsdoelstelling op. Gezondheidsdoelstellingen zijn ontwikkeld op de thema's 'gezonder leven', 'voeding en beweging', 'tabak, alcohol en drugs', 'suïcidepreventie', 'vaccinaties' en 'bevolkingsonderzoeken naar kanker'. Voor iedere gezondheidsdoelstelling is een actieplan ontwikkeld. Andere beleidsinstrumenten zijn: de gezondheidsconferentie, Vlaamse werkgroepen, bevolkingsonderzoeken voor vroegtijdige diagnose en de collectieve gezondheidsovereenkomst.

De Vlaamse overheid werkt daarnaast op regionaal niveau samen met verschillende partnerorganisaties en individuele zorgaanbieders. Op regionaal niveau werkte de Provincie Limburg sinds 1998 samen met de twee 'Loco-regionaal Gezondheidsoverleg en – Organisaties' (Logo's): Logo Hasselt en Logo Genk vormen samen Logo Limburg. De bevoegdheden van de Provincie Limburg op het gebied van preventie zijn sinds 2017 overgeheveld naar de Vlaamse overheid. De Vlaamse overheid werkt nu direct met de Logo's samen. Logo's zijn netwerken voor preventie die doelstellingen en interventies ontwikkelen en implementeren in de regio, met een extra focus op de kwetsbare groepen. Deze doelstellingen zijn in overeenstemming met de Vlaamse actieplannen en gezondheidsdoelen.

Waals gewest en Franstalige gemeenschap

In Wallonië zijn als gevolg van de 6e staatshervorming bevoegdheden omtrent gezondheid overgedragen van het federale niveau naar de gewesten en gemeenschappen. Binnen Wallonië is sinds 2014 een akkoord tussen 'de Franstaligen' om de verantwoordelijkheden van de meeste gezondheidsgerelateerde onderwerpen, waaronder preventie en promotie voor de gezondheid, te verplaatsen naar het Waalse Gewest. Het Waals Gewest is verantwoordelijk voor het organiseren van de hele promotie en gezondheidseducatie, behalve wat specifiek is voorbehouden aan de Franse Gemeenschap. Het Waalse Gewest formuleert strategieën en doelen welke de vijf provincies binnen het Gewest dienen te behalen middels het ontwikkelen en implementeren van interventies. De Franse Gemeenschap beheert met name de bevordering van gezondheid op school, de organisatie van geboorte en kinderjaren (ONE) en de medische controle en zijn gericht op een specifiek publiek.

Vanaf 2016 is een nieuwe organisatie in Wallonië verantwoordelijk voor gezondheidsgerelateerde beleidsacties. Deze nieuwe organisatie is het Waalse Agentschap voor Gezondheid, Sociale bescherming, Handicap en Families, genaamd: 'Agency for a Life of Quality,' of 'L'Agence pour une Vie de Qualité' (AViQ). Het Agentschap is verantwoordelijk voor preventie en gezondheidsbevordering, Geestelijke gezondheid, eerstelijnszorg, en ziekenhuiszorg. Het doel van elk van de uitgevoerde beleidsmaatregelen is een kwalitatief leven te ondersteunen. De Waalse overheid heeft in samenwerking met AViQ een preventie- en gezondheidsbevorderingsplan tot 2030 ontwikkeld waarmee wordt bijdragen aan de verbetering van de gezondheidstoestand van alle Walen. Daarbij worden de richtlijnen en gezondheidsprioriteiten die op internationaal en nationaal niveau zijn gedefinieerd, in aanmerking genomen én is er aandacht is voor Waalse regionale en plaatselijke bijzonderheden. De taak van AViQ is om in de komende jaren de beschikbare sociale en gezondheidsdata in kaart te brengen en te analyseren met als doel de gezondheid van de inwoners in Wallonië te bevorderen. Specifieke aandachtsgebieden voor 2015-2019 zijn: geestelijke gezondheid, eerstelijns zorg, kwaliteit van de ziekenhuiszorg en gezondheidsbevordering.

Oost-België en Duitstalige Gemeenschap

De Duitstalige Gemeenschap is onderdeel van de Province de Liège. Interventies die door de provincie zijn ontwikkeld, worden meestal ook in deze gemeenschap geïmplementeerd. Deze gemeenschap is de afgelopen jaren echter autonomer geworden. Ostbelgien heeft een eigen parlement, een eigen regering inclusief een minister van volksgezondheid, familie en sociale zaken. Verder heeft deze gemeenschap een eigen ministerie opgericht dat verantwoordelijk is voor gezondheidsbevordering, preventie, gezondheidsbeleid en de verspreiding van gezondheidsgerelateerde informatie. Het ministerie coördineert primaire, secundaire of tertiaire preventie-initiatieven. Het ministerie informeert het publiek via bijvoorbeeld lezingen, workshops om bij te dragen aan de bewustwording dat een gezonde levensstijl het risico op veel gezondheidsproblemen kan verminderen. Andere initiatieven worden uitgevoerd door het ministerie zelf of door een niet-gouvernementele organisatie die gesubsidieerd wordt.

In deze gemeenschap is in 2004 ook een Adviesraad voor gezondheidsbevordering ingesteld om beleidsmakers te helpen. Deze raad bestaat uit niet-gouvernementele organisaties, zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers en komt vier keer per jaar bijeen om beleidsmakers te adviseren en relevante vragen te beantwoorden.

Daarnaast zijn er een aantal belangrijke niet-gouvernementele actoren in deze gemeenschap. De belangrijkste zijn: Kaleido-DG, dat verantwoordelijk is voor gezondheidsbevordering voor kinderen en adolescenten; Arbeitsgemeinschaft für

Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL), dat verantwoordelijk is voor de preventie van drugsmisbruik voor de hele bevolking; en het Sociaal-Psychologisch Centrum van de gemeenschap (SPZ), die psychologische ondersteuning biedt aan mensen in nood. Bovendien hebben de meeste zorgverzekeraars afzonderlijke initiatieven om de gezondheid van hun cliënten te bevorderen.

Zorgverzekering

Het Belgische zorgstelsel wordt gekenmerkt door de verplichte zorgverzekering en 99% van de bevolking is verzekerd. De verplichte ziektekostenverzekering wordt uitgevoerd door zes private ziekenfondsen en één publieke kas.

3. Duitsland

Wettelijk kader

De verantwoordelijkheden van de verschillende actoren in het Duitse zorgstelsel zijn beschreven in het Duitse Sozialgesetzbuch (SGB) en in de wet 'Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention' (afgekort: Präventionsgesetz/ PräVG). Het doel is om middels preventieactiviteiten een hogere kwaliteit van leven en een goede gezondheid te bereiken voor zoveel mogelijk mensen en vooral voor sociaal achtergestelde mensen. De wet verwijst naar maatregelen voor gedragspreventie, gezondheidsbevordering en maatregelen ter verbetering van de kwaliteit van leven en gezondheidsbevordering bij organisaties / op werkplekken.

In het SGB en in de preventiewet is de verantwoordelijkheid voor preventie voor een belangrijk deel bij zorgverzekeraars belegd. Zo is wettelijk vastgelegd dat verschillende vormen van preventie, zoals gezondheidschecks bij kinderen, vaccinaties en kankerscreening worden vergoed vanuit de zorgverzekering. De uitgaven aan preventie door de zorgverzekeraar zijn wettelijk vastgelegd. Deze verandering past in de trend van het verplaatsen van verantwoordelijkheden van overheid naar verzekeraars in Duitsland.

Federaal niveau

In Duitsland heeft de landelijke overheid een beperkte verantwoordelijkheid ten aanzien van preventie. De federale overheid definieert alleen het wettelijk kader terwijl de wettelijke details worden gespecificeerd in richtlijnen die zijn uitgegeven door de 'Gemeinsame Bundesausschuss'. Dit is het hoogste zelfbesturende besluitvorming lichaam in het land. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van verenigingen van ziekenfondsen, artsen, tandartsen en ziekenhuizen en drie onafhankelijke leden (plus patiëntenvertegenwoordigers zonder stemrecht). Het neemt beslissingen over vergoedingssystemen en kwaliteitsborging.

De deelstaten (Bundesländer) hebben ieder een eigen wet op openbare gezondheidsdiensten en preventie en zijn verantwoordelijk voor vormen van preventie zoals gezondheidsscreening op (kleuter)scholen en preventieve interventies voor kwetsbare groepen. Iedere regio.

Bundesland: Nord-Rhein Westfalen

In 2006 besloten alle belanghebbenden om een centrale instelling op te richten om toekomstige gezondheidsbevorderende en preventieve acties in Nord-Rhein Westfalen te leiden. Dit instituut werd in 2006 opgericht met de naam "Präventionskonzept NRW". Deze instelling is sindsdien de centrale actor voor alle gezondheidsbevorderende initiatieven in NRW en houdt zich voornamelijk bezig met primaire en secundaire preventieve acties. Er zijn vier initiatieven in NRW. Deze hebben betrekking op stoppen met roken, de gezondheid van moeder en kind, overgewicht in de kindertijd en valpreventie voor senioren. Elk initiatief heeft een eigen stuurgroep die verantwoordelijk is voor de uitvoering en evaluatie van de interventie. Met betrekking tot deze thema's worden platforms opgezet en workshops gegeven om kennis en aandacht te vergroten.

Een andere belangrijke actor is het Landeszentrum Gesundheit NRW (LZG.NRW). Het LZG is de verantwoordelijke instelling om statistische gegevens van de staat te publiceren en zij ondersteunt middels structurele hulp, het opstellen van richtlijnen en het verlenen van advies. Tevens ondersteunt het LZG bij de implementatie van interventies door het bieden van korte samenvattingen over overheidsinitiatieven. Op die manier is er een overzicht beschikbaar met welke interventies werken en wat bewezen effectief is.

De Bundesländer hebben wettelijke verantwoordelijkheden inzake gezondheid. NRW ontwikkelt de overkoepelende doelstellingen en voert programma's uit op regionaal niveau. Elk jaar worden in de NRW alle belanghebbenden in de gezondheidszorg bij elkaar gebracht voor een gezondheidsconferentie. Deelnemers zijn onder meer verzekeraars, artsen, fysiotherapeuten, apothekers, vakbonden, politici en gezondheidsinstellingen. Tijdens deze jaarlijkse conferenties worden de meest recente acties en toekomstige acties op het gebied van gezondheid besproken.

Kreise

De gezondheidsconferentie is tevens een belangrijke activiteit voor de individuele Kreise van het Zweckverband Aachen. Op lokaal niveau organiseert ieder Kreis haar eigen gezondheidsconferentie onder leiding van het Gesundheitsamt. Belanghebbenden komen dan bijeen om de meest actuele onderwerpen te bespreken en om consensus te bereiken over toekomstige initiatieven.

De gemeentelijke gezondheidsrapportage is tevens ook een belangrijk hulpmiddel voor de planning van de volksgezondheid. Deze rapportage is gebaseerd op registratiegegevens en enquête-data en is bedoeld om beleidsmakers, deskundigen en het algemene publiek te informeren over de gezondheidssituatie van de bevolking, over gezondheidsrisico's en over de levering van gezondheidsdiensten.

De gezondheidsafdeling van de Kreise bieden tenslotte interventies ten aanzien van beweging, voeding, voeding, zelfredzaamheid vergroten en valpreventie en geheugentraining voor ouderen. De initiatieven kunnen bestaan uit workshops, lezingen, informatiebrochures of groepsbijeenkomsten. Naast de gezondheidsafdeling, bieden andere organisaties openbare diensten aan op het gebied van gezondheidsbevordering en counseling met betrekking tot verslavingen. Deze instellingen kunnen worden gesubsidieerd en zijn meestal gericht op het verminderen van de consumptie van alcohol of drugs. Bovendien hebben de meeste zorgverzekeraars afzonderlijke initiatieven om de gezondheid van hun cliënten te bevorderen.

Zorgverzekering

Duitsland heeft het oudste sociale zorgverzekeringsstelsel in de wereld. Nieuw sinds de Prävg is dat zorgverzekeraars een grotere verantwoordelijkheid hebben op het terrein van preventie. In de preventiewet is vastgelegd hoeveel zorgverzekeraars gemiddeld genomen per verzekerde (minimaal) moeten investeren in preventie. De financiering van zorguitgaven in Duitsland is voor een belangrijk deel gebaseerd op zorgpremies. Daarnaast worden op federaal niveau landelijke belastingen verdeeld over de regio's van waaruit regionale overheden preventieve maatregelen financieren onder andere via de in totaal 350 lokale gezondheidsdiensten.

Bijlage 4 Herstructurering na sluiten mijnen internationaal

Door de kolencrisis in de tweede helft van de twintigste eeuw werd de kolenwinning afgebouwd. Kolen van elders waren goedkoper en er was een opkomst van andere energiebronnen. Daarop volgde ook een staalcrisis, die in enkele regio's de effecten van de kolencrisis versterkte. Het beeld van deze regio's veranderde en de sluiting heeft overal een herstructurering in gang gezet. Dit betreft niet alleen de EMR gebieden, maar ook andere regio's. In Wales en Duitsland zijn er bijvoorbeeld nog steeds actieve mijnen en is de sluiting vandaag de dag nog niet afgerond. Ter illustratie van deze verschillen volgt hieronder een korte beschrijving van de sluiting van de mijnen buiten de EMR: in Groot-Brittannië (Wales), Frankrijk (Nord-Pas-de-Calais) en Japan.^{76,77}

Frankrijk (1958 – 1990)

In het mijngebied in Frankrijk hebben vakbonden een lange strijd gevoerd om sluiting te voorkomen, maar deze strijd hebben zij verloren. Veel werkgelegenheid is alsnog verloren gegaan met de sluiting, maar de maatregelen hebben hierdoor wel positiever uitgekapt. Daarnaast zorgden vervroegde uittreding en pensionering, premies voor migranten en diverse andere maatregelen voor het beperken van sociale problemen. Het lukt echter niet om voor alle ontslagen mijnwerkers nieuwe werkgelegenheid te creëren. Ook groeide de dienstensector maar gestaag. Reden hiervoor is de zwakke financiële situatie van de inwoners.⁷⁴

Ruhrgebied (1958 – heden)

Er zijn nog steeds actieve mijnen in het Ruhrgebied. De kolencrisis leidde tot een herstructureringsproces waarbij mijnen werden gesloten en vele tienduizenden mijnwerkers hun baan verloren. Zij konden echter opgevangen worden in de andere industrie branches. Er werd gekozen voor een geleidelijke afbouw zodat er alternatieve arbeidsplaatsen konden worden geschapen binnen en buiten de onderneming. Daarna volgde de staalcrisis die een sterke invloed had op de werkloosheid en bijbehorende mijnsluitingen. Dit verlies kon slechts ten dele worden opgevangen waardoor het Ruhrgebied een relatief grote groep langdurig werklozen kende. Gevolg hiervan was het vertrek van vele jonge werknemers naar andere gebieden in Duitsland. Het herstructureringsproces is nog in volle gang en er zijn nog steeds velen werkzaam in de mijnbouw en staalindustrie, met de mogelijkheid dat er nog vele banen verloren gaan. Ondanks inzet van de overheid is de regionale herstructurering ook sterk afhankelijk van het bedrijfsleven.⁷⁴

⁷⁶ SBM, Na de mijnsluiting Zuid-Limburg 35 jaar herstructurering en reconversie in 1965-2000 en een doorkijk naar 2010 (2013)

⁷⁷ SBM, Na de mijnsluiting Internationaal: Herstructurering en reconversie in internationaal perspectief (2013)

Wales (1955 – heden)

In Zuid-Wales vindt nog steeds actieve mijnbouw plaats. Door stakingen werd het sluitingsproces uitgesteld, maar in de jaren '80 volgden massale mijnsluitingen. Naast het wegvallen van mijnbouw was er ook het wegvallen van werkgelegenheid in de staal- en metaalindustrie. Daarnaast was het zwakke karakter van de industrie, een laag scholingsniveau en weinig research & development afdelingen, een reden van verlies van banen. De nieuwe werkgelegenheid (met name dienstensector) kwam op andere plaatsen terecht waardoor de werkloosheid hoog bleef in de mijngebieden, tot vandaag de dag.⁷⁸

Japan (1953 – 1967 / 1995)

De herstructurering vond in diverse gebieden op een andere manier plaats. Middels 'slopen en bouwen' werd er vervangende werkgelegenheid gecreëerd door bijvoorbeeld de bouw van een autofabriek. Tegenwoordig is dit gebied enorm verarmd en vergrijsd, en meer dan een kwart van de bevolking is afhankelijk van de sociale zekerheid. Andere gebieden waar het sloop- en bouwbeleid werd toegepast zijn vrijwel onbewoond en verlaten en ook daar is niet gezorgd voor structurele werkgelegenheid. Daar waar ingezet werd op nieuwe projecten, zijn deze allen mislukt en de gemeenten in dit gebied staan onder curatele van de overheid. Daar waar werd ingezet op de agrarische sector als nieuwe werkgelegenheid en de kennisinfrastructuur zijn beter van de grond gekomen.⁷⁷

Het soort bedrijven dat in de verschillende landen is ingezet voor herstructurering is divers:

- ▶ In Frankrijk betrof men de automobielenindustrie.
- ▶ In Wales werden er weinig nieuwe bedrijven bij de herstructurering betrokken.
- ▶ In Duitsland kregen de industriegebouwen nieuwe functies, en werd ingezet op de elektrotechnische en chemische industrie.
- ▶ In Japan betrof men de automobielenindustrie, traditionele industrie en ruimte technologie. Tevens werden er toeristische projecten opgezet.

Niet alleen in de EMR is er een tekort aan werkgelegenheid in de voormalige mijngebieden, ook bijvoorbeeld in Groot-Brittannië. De gevolgen zijn ook hier nog steeds zichtbaar in statistieken over banen, werkloosheid en gezondheid. De meeste mijngebieden hebben nog steeds ondersteuning nodig. Gemiddeld zijn er slechts 50 banen per 100 inwoners die deel uitmaken van de beroepsbevolking. In Zuid-Wales zelfs enkel 41 per 100. Bewoners uit deze mijngebieden hebben een grotere kans om te werken op lagere niveaus en in praktische beroepen.^{77,79}

⁷⁸ SBM, Na de mijnsluiting Internationaal: Herstructurering en reconversie in internationaal perspectief (2013)

⁷⁹ Foden, Fothergill & Gore, The state of the coalfields. Economic and social conditions in the former mining communities of England, Scotland and Wales (2014)

Uit onderzoek blijkt ook dat er in Wales sprake is van deprivatie: een subjectieve ontevredenheid die niet wordt veroorzaakt door een objectieve situatie, maar door de relatieve positie ten opzichte van de situatie van een ander. Daarbij gaat het onder meer om laag inkomen, laag opleidingsniveau, lage werkgelegenheid, slechte gezondheid, hoge criminaliteit, slechte huisvesting en leefomgeving. In Wales zijn 50 gebieden die hoog scoren op deprivatie, 40 van de 50 gebieden betreffen (voormalige) mijngebieden. Daarnaast zijn ook sociale gevolgen onder de aandacht gebracht. Het verlies van banen heeft namelijk ook invloed op toekomstige generaties. Er is nog steeds behoefte aan ondersteuningsprogramma's in Wales, omdat de voormalige mijngebieden anders nog verder achterop raken ten opzichte van het nationaal gemiddelde.⁸⁰

⁸⁰ Foden, Fothergill & Gore, The state of the coalfields. Economic and social conditions in the former mining communities of England, Scotland and Wales (2014)

Bijlage 5 Begrippenlijst hoofdstuk 2

Levensverwachting: De levensverwachting is het aantal jaren dat iemand van een geselecteerde leeftijd naar verwachting nog te leven heeft onder de veronderstelling dat de sterftekansen (mortaliteit) waarop de berekening is gebaseerd in de toekomst niet zullen veranderen.

Mortaliteit: De mortaliteit betreft het aantal personen dat is overleden waarbij een bevoegde arts een overlijdensakte heeft ingevuld en ondertekend. Overledenen worden geteld naar de woongemeente en niet naar de gemeente van overlijden.

International Classification of Disease: Voor het classificeren van ziekten en gezondheidsproblemen wordt er gebruik gemaakt van de “International Classification of Disease”, de ICD-10, welke wordt beheerd door de World Health Organization (WHO). Dit is een internationale standaardindelingen welke wordt gebruikt voor het in kaart brengen van de nationale mortaliteit- en morbiditeitsstatistieken.

Uitwendige doodsoorzaken: Uitwendige oorzaken van ziekte en sterfte (codes V01-Y98) betreffen doodsoorzaken van omgevingsinvloeden en uitwendige omstandigheden als de oorzaak van het overlijden. Uitwendige doodsoorzaken zijn o.a.: ongevallen, opzettelijk zichzelf schade toebrengen, geweldpleging, gebeurtenis waarbij niet duidelijk is of deze accidenteel of opzettelijk is ontstaan.

Natuurlijke doodsoorzaken: De natuurlijke doodsoorzaken (codes R00-R99), welke niet elders in de ICD-10 worden geclassificeerd, worden in deze omschrijving als doodsoorzaak vermeld.

Kanker : De doodsoorzaak kanker (codes C00-D48) betreft het classificeren van sterfte door nieuwe en abnormale groei van weefsel in het lichaam. Hierbij kan het gaan om: cellen met kwaadaardige kenmerken, goedaardige en kwaadaardige weefselgroei, tumoren, zwellingen, uitzaaiingen en kanker.

Hart- en vaatziekten: De doodsoorzaken welke geclassificeerd worden onder hart- en vaatziekten (codes I00-I99) betreffen een classificatie van sterfte door: acuut reuma, chronische reumatische hartziekten, hypertensieve ziekten, ischemische hartziekten, pulmonale hartziekten en ziekten van longcirculatie, overige hartziekten, cerebrovasculaire ziekten, ziekten van arteriën, arteriolen en capillairen, ziekten van venen, lymfevaten en lymfeklieren, niet elders geclassificeerd en overige en niet-gespecificeerde aandoeningen van hart en vaatstelsel.

Longziekten: De doodsoorzaken welke geclassificeerd worden onder longziekten (codes J00-J99) betreft een classificatie van sterfte door: acute infecties van bovenste luchtwegen, overige aandoeningen van bovenste luchtwegen, chronische aandoeningen van onderste luchtwegen, longaandoeningen door uitwendige stoffen, overige respiratoire aandoeningen en aandoeningen van longziekten.

Zuigelingensterfte: Zuigelingensterfte is in dit onderzoek gedefinieerd als sterfte binnen 1 jaar na de geboorte. De aantallen zijn gebaseerd op het aantal sterfgevallen per 1000 geboorten.

Bijlage 6 Geraadpleegde stakeholders

- ▶ Rita de Boeck, Directeur Mens en Adviseur Welzijn, Provincie Limburg (BE)
- ▶ Fons Bovens, Directeur publieke gezondheid, GGD Zuid Limburg
- ▶ Jan Willem Bruggink, Statistisch onderzoeker Gezondheidsenquête, CBS Heerlen
- ▶ Kim de Bruin, Statistisch onderzoeker Doodsoorzakenstatistiek, CBS Den Haag
- ▶ Cathrin Cormann- Brammertz, Projectcoördinator infectieziekten, Gesundheitsamt Aachen
- ▶ Silja Wortberg, Coördinator gezondheidsbevordering, Gesundheitsamt Euskirchen
- ▶ Karl-Heinz Feldhoff, Voorzitter bestuur euPrevent|EMR Voormalig directeur van de afdeling gezondheid, Gesundheitsamt Heinsberg
- ▶ Jean – Francois Marquette, Epidemioloog, Observatoire de la Santé Liège
- ▶ Frank Klaassen, Voorzitter directie, GGD Zuid Limburg
- ▶ Thilo Koch, Manager Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsamt Aachen
- ▶ Remy Kroese, Architect en onderzoeker, Dear Hunter, project Dear Euregio
- ▶ Dirk Philippsen, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsamt Düren
- ▶ Sara Reekmans, Coördinator publieke gezondheid, Logo Limburg VZW (BE)
- ▶ Nol Reverda, Directeur, Neimed en lector sociale integratie, Zuyd Hogeschool
- ▶ Willibrord Rutten, Hoofd onderzoek, Sociaal Historisch Centrum Limburg
- ▶ Marleen van Rijsbergen, Gedeputeerde Werk en Welzijn, Provincie Limburg
- ▶ Carolin Schelinga, Directeur, Arbeitsgemeinschaft für Suchtvorbeugung und Lebensbewältigung (ASL) Eupen
- ▶ Heidrun Schössler, Hoofd van de afdeling gezondheid, Gesundheitsamt Heinsberg
- ▶ Philippe Snoeck, Hoofd van de afdeling gezondheid, Observatoire de la Santé Liège
- ▶ Marlies Vermeulen, Architect en onderzoeker, Dear Hunter, project Dear Euregio
- ▶ Solvejg Wallyn, Beleidscoördinator internationale zaken, Agentschap Zorg en Gezondheid Vlaanderen
- ▶ Brigitte van der Zanden, Directeur, stichting euPrevent|EMR

Bijlage 7 Topic list interviews

The inhabitants of the Dutch Province of Limburg are in general experiencing worse health than the rest of the Netherlands. We want to explore the health status of our neighbouring regions in order to find out if they face similar health issues and if we can learn from each other in dealing with them. Is there only a “Limburg factor” or is there a so-called “Eureregion-factor” and do we need to cooperate in our policy efforts.

This list of topics functions as a general guide for the interview:

Health situation region

As mentioned before in our e-mail, we would like to zoom in on the topic of health and the health situation of your region. At first we would like to know the health situation in your region and how you collect data. Furthermore, we would like to know which policy efforts and interventions are being taken by your organization in order to improve health.

General

- ▶ How does your region collect data about the health situation?
 - Which organizations are involved?
 - How is the (potential) cooperation going between these organizations?
 - Does your region collect data in a structural way?
 - At which level is this performed (national, regional etc...)?
 - Is there a trend visible in the data concerning the health situation?

Health improvement

- ▶ How do you think your region's health is compared to the rest of the country?
 - Is there a possible health gap?
 - Were there health problems before?
 - If there is a health gap, what could be possible causes?
 - What could be solutions for “solving” this problem?
 - What would be your advice to reduce the health differences between different socio-economic groups?
 - Can you explain, from your field of expertise, what the impact is of the (possible) major health problems in your region?
- ▶ Which (policy) measures are taken to improve the health situation in your region?

- Does your organization cooperate with other (health) organizations in order to improve health?
- Who are the top 5 stakeholders in your region?

Note: Good practices can also be in the field of school, labour, youth and parenting support.

[Health situation Euregion Meuse-Rhine](#)

Furthermore we would like to zoom in to the specific topic of health in the Euregion:

- ▶ Is your organization involved in Euregional health-activities?
 - Since when are you, or is your organization, involved in the Euregion Meuse Rhine (EMR)?
 - On which topic(s) is your organization involved in the EMR?
 - Are there developments to be seen over this time period?
- ▶ Has your organization developed initiatives, or was your organization involved in partnerships in the EMR, aiming to improve the health situation, in the past 10 years?
 - In case of joint initiatives or partnerships: which were successful and how did you measure the effectiveness?
 - In case of no joint initiatives or partnerships: which barriers were there?
 - How do you experience the collaboration at Euregional level?
 - Is it a powerful cooperation or do you think this could be done better?
 - Are there other themes, next to health, in which you cooperate in the EMR?
 - Are there differences between the cooperation in health and other themes?
 - What can be done to optimize this cooperation?
- ▶ What could be, according to you, an explanation for the relative unhealthier inhabitants of Limburg?
- ▶ What are your recommendations for reducing the health problems in the EMR?
- ▶ Are there any other topics you would like to address?

Bijlage 8 Geraadpleegde literatuur

Geraadpleegde literatuur benoemd in de voetnoten:

- ▶ Boekema, F. Grensregio's en arbeidsmarkten: theoretische en empirische perspectieven. Assen, (2000).
- ▶ Boudewijn Stichting, Ongelijk gezond, Brussel (2012).
- ▶ CBS, Landelijk dekkende indelingen, (2017). Van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/gemeente/gemeenten-en-regionale-indelingen/landelijk-dekkende-indelingen>
- ▶ CBS, Levensverwachting. (2018). Van <https://www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/begrippen?tab=1>
- ▶ CBS, NUTS, regionale indeling voor Europese statistieken, (2017). Van <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/gemeente/gemeenten-en-regionale-indelingen/nuts-regionale-indeling-voor-europese-statistieken>
- ▶ CPB, De arbeidsmarkt aan de grens met en zonder Grensbelemmeringen 2016, (2016).
- ▶ Dahlgren, G. & Whitehead, M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, (1991).
- ▶ Engbersen, R. & Uytterlinde, M., Regionale verschillen geduid. Exploratief onderzoek naar hoog voorzieningengebruik in het sociale domein, (2017)
- ▶ EMRIC, Wat is EMRIC? (2018). Van <https://www.emric.info/nl/burgers/wat-is-emric>
- ▶ Europa decentraal, Euregio's, (2018). Van <https://europadecentraal.nl/onderwerp/grensoverschrijdende-samenwerking/euregios/>
- ▶ Europa Nu. (2017). Van https://www.europa-nu.nl/id/vg9pktppo1xz/beleid_uitbreiding_europese_unie
- ▶ European Commission, Easing legal and administrative obstacles in EU border regions, (2017).
- ▶ European Commission, Boosting growth and cohesion in EU border regions, (2017).
- ▶ European Observatory on Health Systems and Policies (OECD), België: Landenprofiel Gezondheid 2017, Brussel, (2017).

- ▶ European Observatory on Health Systems and Policies (OECD), Germany: Country Health Profile 2017, Brussel, (2017).
- ▶ European Observatory on Health Systems and Policies (OECD), Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017, Brussel, (2017).
- ▶ European route of industrial heritage, Industriecultuur EMR, (2018).
- ▶ Flycatcher, Limburgse identiteit. Ervaren Limburgers iets dergelijks als een Limburgse identiteit? (2017).
- ▶ Foden, M., Fothergill, S. & Gore, T., The state of the coalfields. Economic and social conditions in the former mining communities of England, Scotland and Wales, (2014).
- ▶ GGD ZL, Gezondheidsmonitor 2016, GGD ZL, (2016). Van www.gezondheidsatlaszl.nl
- ▶ GGD ZL, Gezondheid in Zuid-Limburg: van signaalrood naar bronsgroen!, GGD ZL, (2016).
- ▶ Gisle, L., Demarest, S. (ed.). Gezondheidsenquête 2013. Rapport 2: Gezondheidsgedrag en leefstijl, WIV-ISP, (2013).
- ▶ Government of South Australia & World Health Organization. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world, (2017).
- ▶ Grünmetropole, Die Entdeckung einer neuen Landschaft, (2017). Van <http://www.gruenmetropole.eu/>
- ▶ Hofstede, G., Allemaal andersdenkenden. Omgaan met cultuurverschillen, (2013).
- ▶ Hofstede Insights, Compare countries (2018). Van <https://www.hofstede-insights.com/product/compare-countries/>
- ▶ Institute for Positive Health, (2017) Van <https://iph.nl/positieve-gezondheid/wat-is-het/>
- ▶ International labour organization (ILO), Resolution concerning statistics of work, employment and labour underutilization. Adopted by the Nineteenth International Conference of Labour Statisticians, (2013). Van http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/normativeinstrument/wcms_230304.pdf

- ▶ INTERREG, Operationeel Programma Doelstelling Europese Territoriale Samenwerking INTERREG IV-A Euregio Maas-Rijn 2007-2013, (2007).
- ▶ INTERREG EMR, Samenwerkingsprogramma in het kader van de doelstelling 'Europese territoriale samenwerking', (2014)
- ▶ Jansen, M., Kuppens, E., Op zoek naar de Limburg-factor. De gezondheidssituatie in Limburg onderzocht en verklaard. Provincie Limburg, (2015).
- ▶ Knippenberg, H., The Maas-Rhine Euroregion: A Laboratory for European Integration? (2004)
- ▶ Knotter, A., Inleiding: Arbeidsmigranten en grensarbeiders. Vergelijkende perspectieven op de mijnarbeidsmarkten in het Belgisch-Duits-Nederlandse grensgebied in de twintigste eeuw, (2008).
- ▶ Luyten, M., Het geluk van Limburg, (2015).
- ▶ Owen, R. Wales is leading the world with its new public health law, (2017). Van <http://theconversation.com/wales-is-leading-the-world-with-its-new-public-health-law-78302>
- ▶ de Palmenaer, N., De Duitstalige Gemeenschap: onbekend maar niet onbemind!, (2017).
- ▶ Ponds, R., Marlet, G., & van Woerkens, C., Atlas van kansen voor Zuid-Limburg, Tongeren, Luik en Aken, Atlas voor Gemeenten, Utrecht, (2013).
- ▶ Provincie Limburg, 150 jaar Limburg, (2015).
- ▶ Provincie Limburg, Koers voor een vitaler Limburg: De Sociale Agenda van Limburg 2025, Provincie Limburg, (2016).
- ▶ Provincie Limburg, Grensoverschrijdend perspectief Zuid-Limburg, (2014).
- ▶ Provincie Noord-Brabant, Het Milieu: een gedeelde zorg in het Duits-Nederlandse grensgebied, (2010)
- ▶ Public Health England, Local wellbeing, local growth. Background information about Health and Health equity in All Policies. (2016)
- ▶ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, Samenvatting 'Governance tools and framework for HiAP', (2009).
Van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Achtergrondstudie_-_vertaling.pdf

- ▶ Reynen, M., Verheijen, C., & Huber, M., Limburg, de 1e Positief Gezonde Provincie. Plan van Aanpak 2017-2019, Provincie Limburg, (2017)
- ▶ RIVM, Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaaleconomische status? (2012).
- ▶ RIVM. Gezonde of ongezonde leefomgeving, (2015). Van <http://www.atlasleefomgeving.nl/meer-weten/gezondheid>
- ▶ Sarafino, E., Health Psychology, Biopsychosocial Interactions, (2008).
- ▶ SBM, Na de mijnsluiting Internationaal: Herstructurering en reconversie in internationaal perspectief, (2013).
- ▶ SBM, Na de mijnsluiting Zuid-Limburg 35 jaar herstructurering en reconversie in 1965-2000 en een doorkijk naar 2010, (2013).
- ▶ Stichting EMR, EMR2020: Een toekomststrategie voor de Euregio Maas-Rijn, Hasselt, (2013).
- ▶ Stichting euPrevent|EMR, Over euPrevent|EMR, (2018). Van <https://www.euprevent.eu/nl/over-euprevent/>
- ▶ Stichting euPrevent|EMR, Senior Friendly Communities (SFC), (2018). Van <https://www.euprevent.eu/nl/sfc/>
- ▶ Unesco, International Standard Classification of Education - ISCED 2011, (2012)
- ▶ Van Beek, J., Samenwerking? Er zijn grenzen!; onderzoek naar de invloed van de culturele factor op het proces van economische en politiek-bestuurlijke integratie in de Euregio Maas-Rijn, (1996).
- ▶ Verweij, A., & Mulder, M., Wat is sociaaleconomische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM (2013).
- ▶ VKWLimburg, Een interactieve bedrijvenlandkaart met de 'SWE Euregiolocator'. (2017). Van <https://www.vkwlimburg.be/20170905-pb-swe-euregiolocator>
- ▶ van de Werfhorst, H., Een kloof van alle tijden. Verschillen tussen lager en hoger opgeleiden in werk, cultuur en politiek. Amsterdam, (2015).
- ▶ WHO-FIC, Internationale Statistische Classificatie van Ziekten en met Gezondheid verband houdende Problemen. (2014)

- ▶ Wilterdink, N. & Heerikhuizen, B., Samenleving. Een verkenning van het terrein van de sociologie, (1999).

Geraadpleegde literatuur organisatie van de publieke gezondheid:

- ▶ L'Agence pour une Vie de Qualité, Page d'accueil de l'Observatoire wallon de la Santé, (2018). Van <http://sante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante>
- ▶ Agentschap Zorg & Gezondheid, Logo's, (2018). Van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/logos>
- ▶ Agentschap Zorg & Gezondheid, Preventief gezondheidsbeleid, (2018). Van <https://www.zorg-en-gezondheid.be/preventief-gezondheidsbeleid>
- ▶ ASL Eupen, Projekte, (2018). Van <http://www.asl-eupen.be/projekte>
- ▶ European Observatory on Health Systems and Policies (OECD), België: Landenprofiel Gezondheid 2017, Brussel, (2017).
- ▶ European Observatory on Health Systems and Policies (OECD), Germany: Country Health Profile 2017, Brussel, (2017).
- ▶ European Observatory on Health Systems and Policies (OECD), Nederland: Landenprofiel Gezondheid 2017, Brussel, (2017).
- ▶ Gouvernement de Wallonie: l'Agence pour une Vie de Qualité, Plan Prévention et Promotion de la Santé en Wallonie. Partie 1: Définition des priorités en santé. Horizon 2030, (2017).
- ▶ Heijink, R., Struijs, J., Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? RIVM, (2015)
- ▶ Heijink, R., Struijs, J., Preventie in het zorgstelsel: wat kunnen we leren van het buitenland? RIVM, (2015).
- ▶ Kaleido Ostbelgie, Über uns, (2018). Van <http://www.kaleido-ostbelgien.be/>
- ▶ Koornstra, A., Stom, C., Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en. GGD GHOR Nederland, (2016).
- ▶ Landezentrum Gesundheit Nordrehin-Westfalen, Landesinitiative Gesundes Land NRW, (2018). Van https://www.lzg.nrw.de/ges_land_nrw/initiative_ges_land_nrw/index.html

- ▶ Logo Limburg, Over Logo Limburg, (2018). Van <http://logolimburch.be/content/over-logo-limburch>
- ▶ Loket Gezond Leven, Preventie in de vijf stelselwetten, RIVM, (2018). Van <https://www.loketgezondleven.nl/preventie-in-het-zorgstelsel/preventie-vijf-stelselwetten>
- ▶ Ostbelgien, Gesundheit, (2018). Van <http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-313/>
- ▶ Präventionsgesetz in NRW, Gesetzliche Grundlagen, (2017). Van https://www.praeventionskonzept.nrw.de/praeventionsgesetz_nrw/gesetzl_grundlagen/index.html
- ▶ WIV-ISP, Gezondheidsenquête 2018, België, (2018). Van <https://his.wiv-isp.be/nl/SitePages/Introductiepagina.aspx>

Aanvullende geraadpleegde literatuur:

- ▶ Buntinx, E., Interregionale culturele samenwerking binnen de Euregio Maas-Rijn: een analyse, Gent, (2010).
- ▶ Comparative European Social Research and Theory (CESRT), Demografische data Zuid-Limburg vergeleken met Limburg, Euregio Maas-Rijn en Nederland, (2006).
- ▶ European Commission, Overcoming obstacles in border regions. Over the border for work, back in time for supper. European Union, (2017).
- ▶ European Commission, Overcoming obstacles in border regions. Train and qualify in your country, work in another. European Union, (2017).
- ▶ European Commission, Overcoming obstacles in border regions. Responding to emergency across the border. European Union, (2017).
- ▶ European Commission, Overcoming obstacles in border regions. Affordable tickets for local travel across the border. European Union, (2017).
- ▶ European Commission, Overcoming obstacles in border regions. When the nearest hospital happens to be abroad. European Union, (2017).
- ▶ European Commission, Overcoming obstacles in border regions. Affordable tickets for local travel across the border. European Union, (2017).

- ▶ Gezondheidsraad, Sociale aspecten van de leefomgeving in relatie tot milieu en gezondheid. Den Haag, (2012).
- ▶ INTERREG, Interreg Euregio Maas Rijn V-A 2014-2020 Jaarverslag 2016 Publiekssamenvatting, (2016).
- ▶ INTERREG, Operationeel Programma Doelstelling Europese Territoriale Samenwerking INTERREG IV-A Euregio Maas-Rijn 2007-2013, (2007).
- ▶ Jaschitz, M., Key factors for successful territorial cohesion: cross-border cooperation – how can some eu instruments create a new geography? European Journal of Geography, (2013).
- ▶ Katikireddi, S. V., Economic opportunity: a determinant of health?, Lancet Public Health 2016, (2016).
- ▶ Kiel, J., Servais, H., & Engelen-Eijgelshoven, R., Samenwerken in de Euregio Maas-Rijn. (2008)
- ▶ Kooiker, S., Sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) als wicked problem, Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, (2017).
- ▶ Kreis Düren, Wirtschaftsförderung, (2018). Van <http://www.kreis-dueren.de/wifoe>
- ▶ Kreis Euskirchen, Arbeitsmarkt, (2018). Van <http://www.wirtschaft-kreis-euskirchen.de/wirtschaftsstandort/standortinformationen/arbeitsmarkt/>
- ▶ Kreis Heinsberg, Wirtschaft & Leistung, (2018). Van <http://www.heinsberg.de/wirtschaft-leistung>
- ▶ Mackenbach, J. P., The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox, Social Science & Medicine, (2012).
- ▶ Marmot, M., Social determinants of health inequalities, The Lancet, 2005.
- ▶ Ostbelgien, Der Arbeitsmarkt in der Deutschsprachigen Gemeinschaft, (2018). Van <http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-275/>
- ▶ Ostbelgien, Unternehmertum im Herzen Europas, (2018). Van <http://www.ostbelgienlive.be/desktopdefault.aspx/tabid-120/>
- ▶ Province de Liège, De provincie Luik tegen het jaar 2020, (2018). Van [http://www.liegeonline.be/lg2020/summary3 MAN NL.pdf](http://www.liegeonline.be/lg2020/summary3_MAN_NL.pdf)

- ▶ Provincie Limburg, Actieplan Grensoverschrijdend Leren en Werken 2016 – 2019: In Limburg bereiken we meer door te bouwen aan een euregionaal klimaat! (2016).
- ▶ Reef, J., & Gramberg, P., Arbeiten in den Niederlanden & Werken in Duitsland: Cultuurverschillen in het buurland. Euregio Gronau, (2015).
- ▶ Region Aachen, Wirtschaftsregion Aachen, (2018). Van <http://regionaachen.de/arbeit-und-bildung/wirtschaftsregion-aachen/>
- ▶ RIVM, Handreiking gezonde gemeente: gezonde leefomgeving, (2018). Van <https://www.loketgezondleven.nl/gezonde-gemeente>
- ▶ RIVM, Gezonde leefomgeving, (2018). Van [https://www.rivm.nl/Onderwerpen/G/Gezonde leefomgeving/Wat verstaan we onder een gezonde leefomgeving](https://www.rivm.nl/Onderwerpen/G/Gezonde_leefomgeving/Wat_verstaan_we_onder_een_gezonde_leefomgeving)
- ▶ Stichting Maastricht Culturele Hoofdstad, Europa herontdekt, Maastricht, (2012).
- ▶ The Locator, De Euregio Maas-Rijn: een hightechregio binnen het krachtenveld Europa als vestigingsplaats voor uw bedrijf, (2018). Van http://www.the-locator.eu/72EMR_Frontend/settlement.xhtml
- ▶ UWV, Regio in beeld, Zuid-Limburg, oktober 2017, (2017).
- ▶ UWV, Regio in beeld, Noord-Limburg, oktober 2017, (2017).
- ▶ Verwey-Jonker Instituut, Invloed en effecten van sociale samenhang, Utrecht, (2008).
- ▶ Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E., Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence. Social Science & Medicine, (2006).
- ▶ Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E., Income inequality and health: A causal review, Social Science & Medicine, (2015).
- ▶ Zuid-Limburg, Werkgelegenheid: Limburg Economic Development Jaarverslag 2016, (2016). Van <https://www.zuidlimburg.nl/>