

**Gezondheid**  
**komt niet vanzelf**  
Nota volksgezondheid Hoogeveen

# Inhoudsopgave

|  |           |
|--|-----------|
| <b>I. Samenvatting .....</b>   | <b>1</b>  |
| <b>II. Inleiding.....</b>  | <b>3</b>  |
| 1. Wet Publieke Gezondheid.....  | 3         |
| 2. WPG en WMO .....  | 4         |
| 3. Opzet van de nota.....  | 4         |
| <b>III. Evaluatie Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007 .....</b>            | <b>5</b>  |
| 1. Speerpunten van de kadernota 2003-2007 .....  | 5         |
| 2. Uitvoering van de speerpunten .....   | 5         |
| <i>Terugdringen van ongezonde leefgewoonten (Ad. 1) .....</i>                            | <i>5</i>  |
| <i>Aanpassen van de leefomgeving voor mensen met een beperking (Ad. 2) .....</i>         | <i>6</i>  |
| <i>Vroegtijdig signaleren en bestrijden van psychosociale problematiek (Ad. 3).....</i>  | <i>6</i>  |
| <i>Realiseren van een naadloos samenhangend hulpaanbod (Ad. 3 a, f).....</i>             | <i>7</i>  |
| <i>Verbeteren van de toegang tot en toeleiding naar de hulpverlening (Ad. 3 b) .....</i> | <i>7</i>  |
| <i>Hulpverlening op maat (Ad. 3 c, d, e).....</i>  | <i>8</i>  |
| 3. Conclusies van de evaluatie van de Kadernota 2003-2007 .....                          | 9         |
| <i>Algemeen 9</i>  |           |
| <i>Terugdringen van ongezonde leefgewoonten .....</i>                                    | <i>9</i>  |
| <i>Aanpassen van de leefomgeving voor mensen met een beperking.....</i>                  | <i>9</i>  |
| <i>Vroegtijdig signaleren en bestrijden van psychosociale problematiek.....</i>          | <i>9</i>  |
| <b>IV. Gezondheid van de Hoogeveense bevolking.....</b>                                  | <b>10</b> |
| 1. Cijfers.....  | 10        |
| 2. Conclusies van de analyse van de lokale gezondheidscijfers .....                      | 15        |
| <b>V. Toekomstig beleid .....</b>  | <b>17</b> |
| 1. Programmadoelen.....  | 17        |
| 2. Kansen voor extra gezondheidswinst.....   | 17        |
| <i>Tijdig reanimeren en defibreren bij hartstilstand (Ad.1).....</i>                     | <i>17</i> |
| <i>Voorkomen en bestrijden van ongezonde leefgewoonten (Ad. 2).....</i>                  | <i>18</i> |
| <i>Verbeteren van de signalering van psychosociale problematiek (Ad. 3).....</i>         | <i>20</i> |
| 3. Maatregelen/speerpunten van beleid .....  | 21        |

## I. Samenvatting

Sinds 2002 zijn gemeenten wettelijk verplicht een lokale nota gezondheidsbeleid op te stellen. De bestaande Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007 is toe aan herijking. In deze nieuwe nota worden de programmadoelen en de maatregelen op het gebied van volksgezondheid herijkt en zonodig ververst. Dit doen we door te kijken in hoeverre de speerpunten van de kadernota 2003-2007 zijn uitgevoerd en door te kijken of deze speerpunten nog actueel zijn of aangescherpt of uitgebreid moeten worden. Voor dat laatste vergelijken we de meest recente gezondheidscijfers van de bevolking van onze gemeente met die van Drenthe.

De Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007 pleit voor het aanpassen van de fysieke en sociale leefomgeving aan de behoeften van mensen met een beperking, het terugdringen van ongezonde leefgewoonten en het tijdig herkennen en bestrijden van psychosociale problematiek. Deze speerpunten van beleid zijn de afgelopen jaren allemaal verder uitgewerkt en in uitvoering genomen. Zo is bij de uitwerking van het gemeentelijke WMO-beleid voldoende aandacht voor de toegankelijkheid van de fysieke en sociale leefomgeving voor mensen met een beperking. Ook zijn er geen opvallende lacunes in het aanbod aan (preventie)activiteiten gericht op een gezondere leefstijl. Verder is het vangnet voor mensen met meervoudige sociale en psychische problemen en de toeleiding naar dit vangnet in Hoogeveen op orde. Echter, zowel het maatschappelijk werk als de ggz zijn van mening dat het tijdig signaleren van psychosociale problemen sterk kan worden verbeterd.

Uit recente volksgezondheidscijfers blijkt, dat ook in Hoogeveen hart- en vaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak zijn. Mensen in de gemeente Hoogeveen blijken ongezonder te leven dan Drenten in het algemeen. Veel mensen bewegen te weinig, eten ongezond, roken en/of drinken (veel) alcohol.

De sterfte aan de belangrijkste doodsoorzaken, hart- en vaatziekte en kanker, kan in belangrijke mate worden voorkomen als Hoogeveeners gezonder gaan leven: gezonder eten, meer bewegen, minder roken en minder alcohol drinken.

Net als elders hebben veel mensen in onze gemeente last van psychische problemen, maar slechts weinigen ontvangen hulp van het algemeen maatschappelijk werk of de geestelijke gezondheidszorg.

Uit de evaluatie van de kadernota 2003-2007 en de analyse van de volksgezondheidscijfers kunnen we concluderen, dat de in de kadernota aangekondigde maatregelen zijn uitgevoerd, maar dat die maatregelen kennelijk nog onvoldoende effect sorteren.

Dat ligt niet aan de gestelde doelen. De programmadoelen bieden voldoende ruimte om de gezondheid van onze burgers te bevorderen en geven ook prioriteit aan de groepen burgers die de meeste gezondheidsrisico's lopen. Het aanbod aan gemeentelijke voorzieningen die de gezondheid bevorderen bevat geen lacunes. Gelet op de volksgezondheidsontwikkelingen, de beperkte invloed van de gemeente daarop en de verantwoordelijkheden van de gemeente, is er geen noodzaak om de doelstellingen aan te passen of nieuwe maatregelen te treffen.

De evaluatie van de kadernota, de lokale gezondheidscijfers en wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventie-methoden, geven aan waar nog extra gezondheidswinst te boeken valt. Wij stellen voor om de kansen op extra gezondheidswinst aan te grijpen die zich aandienen binnen het bestaande beleid en beleidontwikkelingen, de bestaande budgetten en het bestaande takenpakket van de gemeente. Het gaat dan om de volgende extra impulsen aan de volksgezondheid:

1. Het project 'Beweeg je Leven!' introduceren in Hoogeveen. Kern van het project is dat er afspraken worden gemaakt met de eerstelijns gezondheidszorg, en dan met name de huisartsen, over het signaleren en aanpakken van (milde) depressieve klachten.
2. Bestaande programma's en gelden voor preventie van ongezonde leefgewoonten meer gebiedsgericht en integraal inzetten. Dat wil zeggen richten op gebieden waar burgers de meeste kans lopen op gezondheidsschade als gevolg van ongezonde leefgewoonten en koppelen aan wijkinterventies op verwante beleidsterreinen. Dat betekent aansluiting op de naschoolse vrijetijdsarrangementen die worden ontwikkeld in het kader van het project Kinderen & Armoede en de impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen in wijken en dorpen met een lage sociaaleconomische status.
3. Binnen het bestaande beleid en de bestaande budgetten aansluiting zoeken enerzijds bij de geplande aanscherping van de Drank- en Horecawet en anderzijds bij het actieprogramma van de 'Overleggroep Alcoholbeleid' van de VDG om schadelijk alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen.

Inmiddels is binnen het bestaande WMO-beleid en de WMO-gelden voor collectieve preventie ggz, subsidie verleend voor het project 'Beweeg je Leven!'. Het project wordt bij wijze van proef gedurende 2 jaren uitgevoerd door GGZ Drenthe bij een aantal huisartsengroepen.

## II. Inleiding

### 1. Wet Publieke Gezondheid

Sinds 2002 hebben gemeenten de plicht een lokale nota gezondheidsbeleid op te stellen, eerst op grond van Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en vanaf december 2008 op basis van de Wet Publieke Gezondheid (WPG). De voorliggende nota is een vervolg op en een actualisatie van de Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007. We hebben met het opstellen van de nieuwe nota gewacht tot de invoering van de WPG. De WPG verplicht de gemeenteraad om vóór 1 juli 2011 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Met de voorliggende nota wordt hier ruimschoots aan voldaan.

Ook de minister van VWS is verplicht om elke vier jaar een nota vast te stellen met landelijke prioriteiten en een landelijk programma op het gebied van de publieke gezondheidszorg. De landelijke prioriteiten zijn vastgesteld op basis van de Volksgezondheidstoekomstverkenningen (VTV) van het RIVM die vierjaarlijks de gezondheidssituatie in Nederland beschrijven. De bedoeling is dat er een cyclisch proces ontstaat waarin de VTV, de landelijke nota en de gemeentelijke nota's op elkaar voortbouwen.

Publieke gezondheidszorg is gericht op de behoeften van de totale bevolking of groepen hieruit, met als doel 'een goede en gelijkelijk verdeelde gezondheid van de Nederlandse samenleving'. Dit, in tegenstelling tot de cure en care die gericht zijn op een individuele (hulp-)vraag.

De Wet Publieke Gezondheid zegt dat B&W de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg moeten bevorderen en ook de onderlinge afstemming tussen de publieke en de curatieve gezondheidszorg. De gemeenteraad moet in haar vierjaarlijkse nota aangeven hoe B&W hun taken uitvoeren. De wet draagt B&W de volgende taken op (samengevat):

- het verwerven van gegevens over de gezondheid van de bevolking;
- het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (B&W is verplicht om advies te vragen aan de GGD over te nemen besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg);
- het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's rond gezondheid (incl. gezondheidsbevordering);
- het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- het bevorderen van technische hygiënezorg bij o.a. kindercentra;
- het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen;
- het zorgen voor het uitvoeren van jeugdgezondheidszorg (periodiek geneeskundig onderzoek, vaccinaties, voorlichting/advies/begeleiding, Elektronisch Kinddossier);
- het zorgen voor het uitvoeren van ouderengezondheidszorg (monitoren en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand, vroegsignalering en preventie, voorlichting/advies/begeleiding);
- het zorgen voor het uitvoeren van infectieziektebestrijding (preventie, bron-/contactopsporing, voorbereiding op en bestrijding van epidemieën).

De landelijke prioriteiten en het landelijke programma op het gebied van de publieke gezondheidszorg staat beschreven in de nota 'Kiezen voor Gezond Leven' die geldt voor de periode 2007-2010. Uitgangspunt van de rijksnota is dat kiezen voor gezond leven loont: mensen blijven daarmee langer leven in betere gezondheid. En dat leidt weer tot minder maatschappelijke kosten en minder druk op het gezondheidszorgsysteem. De landelijke prioriteiten liggen bij de aanpak van roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik,

diabetes en depressie. Deze rijksprioriteiten zijn mede bedoeld om richting te geven aan de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid.

## **2. WPG en WMO**

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning in werking getreden. De WPG en de WMO hebben diverse raakvlakken met elkaar.

Beide wetten richten zich op alle burgers. De WMO heeft ten doel het mogelijk maken van maatschappelijke participatie. De WPG richt zich onder meer op de bevordering van de gezondheid. De World Health Organization van de Verenigde Naties gaat uit van een brede definitie van gezondheid. In die zin draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan gezondheid. Andersom kan gezondheidsbevordering ook bijdragen aan maatschappelijke participatie. Het overstijgende doel van beide wetten is de bevordering van de kwaliteit van leven van de burgers.

Een belangrijk verschil tussen de WPG en de WMO is, dat de WPG-taken, veelal plaatsvinden voordat er sprake is van een probleem waarvoor hulp op grond van de WMO nodig is. De taken binnen de WPG bevinden zich in het publieke domein en dienen het collectieve belang. De WMO gaat eveneens uit van een maatschappelijke hulpvraag, maar tevens van concrete en individuele vragen van burgers die een probleem hebben.

Binnen de WMO lijkt vooralsnog veel aandacht uit te gaan naar de individuele WMO-verstrekkings. Veel winst is te behalen wanneer men de hulpvraag voorkomt of uitstelt. Het is dan ook van belang dat de gemeente blijft investeren in (collectieve) preventieactiviteiten. Voorkomen is nog altijd beter en goedkoper dan genezen en verzorgen! Een gezonde WMO betekent aandacht hebben voor de WPG als onmisbare pijler naast de WMO.

## **3. Opzet van de nota**

De GGD Drenthe voert het overgrote deel van de wettelijke taken van B&W op het gebied van de publieke gezondheidszorg uit. De gemeenten en de Inspectie voor de Gezondheidszorg houden toezicht op een adequate uitvoering van de wettelijke taken door de GGD. Het is dan ook niet zinvol om elke taak afzonderlijk te belichten. Net als in de vorige nota willen we ook nu weer komen tot een beperkt aantal speerpunten van beleid/nieuwe maatregelen. Die speerpunten/maatregelen ontleen we aan de evaluatie van de Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007 (hoofdstuk III) en de meest recente gezondheidscijfers over onze eigen lokale bevolking afgezet tegen die van Drenthe (hoofdstuk IV). Hoofdstuk III en hoofdstuk IV worden beide afgesloten met een paragraaf met de belangrijkste conclusies. Deze conclusies leiden tot een aantal mogelijke maatregelen/nieuwe speerpunten van beleid, zoals beschreven in hoofdstuk V.

De nota beoogt de gemeentelijke opgave op het gebied van volksgezondheid te herijken en verversen. Het is geen op zichzelf staand beleidsstuk. De nota sluit aan bij de programmasturing. Met de volksgezondheidsbril op kijken we naar de programmadoelen. De nota is ook niet statisch. De nota biedt de ruimte om relevante onvoorziene ontwikkelingen indien gewenst te verwerken in de programmabegroting.

### III. Evaluatie Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007

#### 1. Speerpunten van de kadernota 2003-2007

In 2004 heeft de gemeenteraad de eerste nota volksgezondheid vastgesteld<sup>1</sup>. Deze kadernota lokaal gezondheidsbeleid is door de gemeenten uit Zuidwest Drenthe gezamenlijk opgesteld.

In deze nota zijn de volgende speerpunten van beleid geformuleerd:

1. Terugdringen van ongezonde leefgewoonten en dan met name roken, ongezond eten en te weinig bewegen.
2. Het aanpassen van de fysieke en sociale leefomgeving aan de behoeften van mensen met lichamelijke, verstandelijke en psychische beperkingen.
3. Het tijdig herkennen en bestrijden van psychosociale problematiek. Om dit te bereiken wordt ingestoken op:
  - a. Het scheppen van voorwaarden voor een dekkend aanbod van huisartsenzorg.
  - b. Het realiseren van herkenbare en laagdrempelige toegangen tot informatie en de eerste lijn van de hulpverlening (tot de eerste lijn horen huisartsenzorg, maatschappelijk werk, eerstelijns psychologen e.d.).
  - c. Het realiseren van integrale indicatiestelling. Integrale indicatiestelling wil zeggen dat niet alleen wordt gekeken naar één aspect van de zorgvraag (bijvoorbeeld wel of geen huishoudelijke hulp), maar naar de totale hulpvraag. Er wordt dan gekeken wat iemand in een bepaalde situatie allemaal aan wonen-, welzijns- en zorgvoorzieningen nodig heeft om te kunnen deelnemen aan de samenleving.
  - d. Het inzetten van casemanagement daar waar mensen kampen met elkaar versterkende problemen op uiteenlopende terreinen. De casemanager zorgt er voor dat de hulp die de verschillende instellingen aan een persoon bieden op elkaar is afgestemd.
  - e. Heldere afspraken maken met instellingen over welke instelling op welk moment aan zet is opdat op het juiste moment de juiste hulp door de juiste instanties wordt geleverd. Dit vraagt om afstemmingsoverleggen tussen instellingen op uitvoerend niveau (oggz-netwerken, buurtnetwerken jeugdhulpverlening en dergelijke).
  - f. Het samen met hulpverlenende instellingen hiaten en overlappingen in het hulpaanbod opsporen en wegwerken. Hiertoe dient de gegevensverzameling op het gebied van vraag en aanbod te worden verbeterd en gestandaardiseerd. Voorts moet structureel beleidsoverleg tot stand komen op het gebied van wonen, welzijn en zorg en op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (oggz). Onder oggz wordt verstaan de hulpverlening aan mensen met meervoudige complexe problematiek die hulpverlening mijden, maar die wel zorgen en/of overlast veroorzaken in hun directe leefomgeving.

De nota geeft prioriteit aan het bij de samenleving betrekken van mensen die “om welke reden dan ook de aansluiting met de maatschappij verliezen of dreigen te verliezen”. Hierbij richt men zich vooral op de grootste risicogroepen.

#### 2. Uitvoering van de speerpunten

##### *Terugdringen van ongezonde leefgewoonten (Ad. 1)*

Om ongezonde leefgewoonten te bestrijden worden diverse projecten en preventieprogramma's uitgevoerd. Zo subsidieert de gemeente vanuit het Programma Leert

---

a. <sup>1</sup> Kadernota Lokaal Volksgezondheid Zuidwest-Drenthe 2003-2007

het project "De gezonde school en genotmiddelen". Dit is een voorlichtingsproject van Verslavingszorg Noord Nederland (VNN), dat wordt uitgevoerd op bijna alle scholen voor voortgezet onderwijs. Het project is gericht op roken, alcohol en drugs en kent vier pijlers: voorlichtingslessen, schoolregels/genotmiddelenbeleid van de school, signaleren/begeleiden en ouderparticipatie. VNN, de scholen voor voortgezet onderwijs en de gemeente hebben een convenant Veilig en Gezond Voortgezet Onderwijs in Hoogeveen opgesteld. Hierin worden zaken geregeld ten aanzien van alcohol, drugs, gokken en roken. Verder is er binnen het Programma Leert, in samenwerking met het Programma Veilig, een subsidiebudget in het leven geroepen van € 35.000,= waar basisscholen een beroep op kunnen doen voor activiteiten die een gezonde leefstijl bevorderen. Gezonde leefstijl wordt breed opgevat. De activiteiten kunnen betrekking hebben op gezonde voeding, bewegen, weerbaarheid, middelengebruik, veiligheid, seksualiteit etc. Ook hebben scholen in Hoogeveen geparticipeerd in het project Schoolgruiten gericht op het bevorderen van gezonde voeding. Verder is op het voortgezet onderwijs aandacht besteed aan veilige seks.

Om het bewegen en sporten onder jeugd te bevorderen heeft Hoogeveen meegedaan aan de BOS-impuls. In Zuid/Wolfsbos, Krakeel, Centrum-Oost en Nieuwlande zijn in samenwerking tussen buurt-, onderwijs-, en sportorganisaties (BOS) sport- en bewegingsactiviteiten voor jongeren van 4 tot 19 jaar tot stand gekomen. Vanuit verschillende invalshoeken worden sport- en bewegingsactiviteiten op wijkniveau gestimuleerd. Zo wordt in het kader van het project Kinderen & Armoede (Programma Werkt) een deel van de rijks gelden voor de maatschappelijke participatie van arme kinderen ingezet voor een gevarieerd en intensief activiteiten aanbod in achterstandwijken. Ook heeft Hoogeveen vanuit het Programma Ontspant subsidie aangevraagd in het kader van de impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Het NASB wil met effectieve 'beweeginterventies' in onder meer wijken en scholen 'te-weinig-actieven' verleiden om meer te gaan bewegen. Thans wordt gewerkt aan het combineren van de verschillende impulsen (Kinderen & Armoede, BOS en NASB) om op wijk- en dorpsniveau een aantrekkelijk aanbod te realiseren van sociale, culturele en bewegingsactiviteiten voor kinderen en jongeren. Het zwaartepunt komt te liggen in de gebieden waar sprake is van sociaal-economische achterstand/gezondheidsachterstanden.

#### *Aanpassen van de leefomgeving voor mensen met een beperking (Ad. 2)*

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning vormde een stimulans voor het aanpassen van de fysieke en sociale leefomgeving aan de behoeften van mensen met lichamelijke, verstandelijke en psychische beperkingen. Zo is de WMO aanleiding voor een actievere rol van de gemeente op het terrein van wonen, welzijn en zorg. De gemeente zal vanuit het Programma Zorgt meer dan in het verleden het initiatief nemen om samen met relevante instellingen te zoeken naar mogelijkheden om voorzieningen te realiseren in gebieden waar deze voorzieningen afzonderlijk niet rendabel kunnen worden geëxploiteerd. In de WMO-pilot Zuid voor Elkaar hebben we geëxperimenteerd met het beïnvloeden van de sociale leefomgeving. We hebben wijkbewoners gestimuleerd om meer om te zien naar elkaar en naar buurtbewoners met een beperking.

#### *Vroegtijdig signaleren en bestrijden van psychosociale problematiek (Ad. 3)*

Binnen de beleidsvelden van het Programma Zorgt zijn veel acties ondernomen om psychosociale problematiek tijdig te herkennen en te bestrijden. Hier kan een onderscheid worden gemaakt tussen acties gericht op het realiseren van een naadloos samenhangend aanbod aan voorzieningen (wegwerken van hiaten), een betere toegang tot en toeleiding



naar de hulpverlening en het bieden van hulpverlening op maat (de juiste hulp door de juiste instelling op het juiste moment).

*Realiseren van een naadloos samenhangend hulpaanbod (Ad. 3 a, f)*

De verschillende huisartsen rondom de hoofdstraat hebben hun praktijken gebundeld. We hebben samen met hen met succes gezocht naar een nieuwe locatie in het centrum. Op deze wijze is een evenwichtige spreiding van de huisartsenzorg over de gemeente geborgd.

Begin 2008 hebben we een OGGZ-convenant gesloten met alle instellingen die een bijdrage leveren aan het 'vangnet' voor mensen met complexe meervoudige psychosociale problemen: de SWW, de woningstichtingen, de politie, GGZ Drenthe, Promenscare, Leger des Heils en Verslavingszorg Noord Nederland. In het convenant is onder meer afgesproken dat er periodiek een Beleidsgroep OGGZ bij elkaar komt bestaande uit de samenwerkende instellingen en onder regie van de gemeente. Deze groep heeft tot taak om lacunes, overlappingsen en knelpunten in de hulpverlening te signaleren en aan te pakken en om afspraken te maken over de rol en verantwoordelijkheden van de betrokken organisaties. Ook op het gebied van wonen, welzijn en zorg zijn in 2008 de eerste stappen gezet op weg naar gestructureerde beleidsafstemming tussen de relevante instellingen.

Onze nota 'Niet Hoe, Maar Wat, in het Welzijnswerk' ziet een sleutelrol/spilfunctie weggelegd voor het maatschappelijk werk bij het tijdig herkennen en bestrijden van psychosociale problematiek. In de periode van 2004 tot 2007 is de formatie maatschappelijk werk dan ook substantieel uitgebreid. Het betreft zowel het algemeen maatschappelijk werk als specifiek maatschappelijk werk ten behoeve van jeugdhulpverlening, het coachen van gezinnen etc.

Thans wordt de laatste lacune in de OGGZ gedicht: opvang voor dak- en thuislozen. Hiertoe wordt een huiskamerachtige inloopvoorziening gerealiseerd om overdag opvang te bieden aan een klein aantal dak- en thuislozen. Het gaat om mensen die geen eigen woning hebben en vaak elders in Hoogeveen bij familie, vrienden en bekenden onderdak vinden. Er zit geen nachtvoorziening bij. Als het nodig is, regelt de beheerder van de inloopvoorziening voor deze mensen een plek voor de nacht buiten de gemeente Hoogeveen.

*Verbeteren van de toegang tot en toeleiding naar de hulpverlening (Ad. 3 b)*

Herkenning en bestrijding van psychosociale problematiek begint met het realiseren van herkenbare en laagdrempelige toegangen tot informatie en de eerste lijn van de hulpverlening. Het Zorgloket is een dergelijke toegang. Herkenbaarheid en laagdrempeligheid waren de belangrijkste redenen om het Zorgloket onder te brengen in de hal van ons ziekenhuis. Bij het zorgloket kan men terecht met alle vragen over en om hulp op het gebied van zorg en welzijn. Bij de Krakeelwijzer kan men zowel digitaal als fysiek terecht voor informatie over de wijk, wonen, activiteiten, hulp en zorg. Verder zijn wijk-/dorpsloketten in ontwikkeling in Nieuwlande en Zuid. In 2009 wordt nog een extra impuls gegeven aan het realiseren van deze wijk- en dorpssteunpunten.

Ook is in samenwerking met de overige drentse gemeenten 'de Digitale Sociale Kaart Drenthe' gerealiseerd. Mensen kunnen nu ook online zoeken naar hulpverlenende diensten, instellingen en andere organisaties, zoals huisartsen, tandartsen, zorgverzekeraars, maar ook uitkeringsinstanties en ouder- en gehandicaptenverenigingen. Ook kan men verschillende organisaties onderling vergelijken, evenals de producten die zij aanbieden. Het realiseren van herkenbare en laagdrempelige fysieke en digitale toegangen tot diensten op het gebied van wonen, welzijn en zorg is niet alleen een zaak van het Programma Zorgt maar nadrukkelijk ook van het Programma Dienstverlening.

Het aanbieden van herkenbare en laagdrempelige toegangen tot de hulpverlening garandeert nog niet dat mensen die hulpverlening nodig hebben er ook gebruik van maken. Op grond van de nota 'Niet Hoe, Maar Wat, in het Welzijnswerk' heeft het maatschappelijk werk daarom nadrukkelijk de taak gekregen om meer outreachend en vindplaatsgericht te werken. "Het amw moet (...) de mensen die hulp nodig hebben maar niet uit zichzelf die hulp opzoeken actief benaderen en stimuleren hulp te aanvaarden", aldus de nota. Het maatschappelijk werk werkt immers wijkgericht en neemt deel aan allerlei wijknetwerken, zoals wijkteams buurtbeheer, buurtnetwerken jeugdhulpverlening, hometeams bij huisartsenpraktijken e.d.

Ook Verslavingszorg Noord Nederland heeft, met hulp van Hoogeveen, een ambulante OGGZ-team in het leven kunnen roepen dat actief contact legt met mensen die in een zorgwekkende situatie verkeren, maar die het moeilijk vinden om hulp te vragen. Het team probeert deze mensen te motiveren tot het zoeken van hulp en begeleidt hen naar de hulpverlening.

### *Hulpverlening op maat (Ad. 3 c, d, e)*

Als alle noodzakelijke voorzieningen aanwezig zijn en als hulpvragers ook de weg naar de hulpverlening weten te vinden of ernaar toe geleid worden, dan garandeert dat nog niet dat hulpvragers de hulp krijgen die ze nodig hebben. Hulpverlening op maat vraagt namelijk om afstemming tussen alle aanwezige voorzieningen op het gebied van wonen, welzijn en zorg. Samenhangende problemen van hulpvragers kunnen alleen effectief worden aangepakt als dat in samenhang gebeurt: de juiste interventie van de juiste instelling op het juiste moment.

Hulpverlening op maat begint met integrale indicatiestelling. Het is belangrijk dat loketmedewerkers en indicatiestellers niet alleen kijken of iemand een specifieke dienst nodig heeft, maar ook of hij of zij daarnaast nog andere voorzieningen kan gebruiken. Om dat te bevorderen is ook altijd een medewerker van de SWW aanwezig in het Zorgloket. Mensen die zowel een WMO-voorziening als een AWBZ-voorziening nodig hebben worden voor beide typen voorzieningen alleen door het CIZ geïndiceerd. Op deze wijze wordt integrale indicatiestelling gestimuleerd voor diensten en voorzieningen op het gebied van welzijn, WMO en AWBZ-zorg.

De afgelopen jaren hebben diverse instellingen, gestimuleerd door de gemeente, vormen van casemanagement ingevoerd. Een casemanager zet (in overleg met de cliënt) de lijnen rondom zorg en hulp voor een cliënt uit, bewaakt deze en vormt het centrale aanspreekpunt in de hulpverlening. De SWW biedt bijvoorbeeld casemanagement in het Project Problematisch Woongedrag of het project Gezinscoach. Ook het ambulante OGGZ-team van Verslavingszorg Noord Nederland biedt casemanagement.

Ook zijn er dwarsverbanden tot stand gebracht tussen verwante hulpdisciplines. Zo is psychiatrische zorg en verslavingszorg gecombineerd in het project Psychiatrische Intensieve Thuiszorg. Dit project biedt een laagdrempelige, ambulante en intensieve vorm van behandeling en begeleiding aan mensen met zowel verslavingsproblemen als psychiatrische problemen. Ook deze hulp is outreachend, bij de cliënt thuis, en richt zich zowel op de verslaving als op de problemen die hiermee verband houden op het gebied van daginvulling, vrijetijdsbesteding, sociale contacten, financiën etc.

De diverse casemanagers, outreachende werkers en andere uitvoerenden van de SWW (amw), GGZ, woningcorporaties, politie, Promens Care, VNN, GGD, Leger des Heils en de gemeente (sociale dienst), komen periodiek bij elkaar in de twee oggz-netwerken in onze gemeente. Daar worden individuele OGGZ-cliënten besproken dat wil zeggen mensen met meervoudige complexe problematiek die vaak hulpverlening ontwijken of afwijzen. Hulpverleners en burgers kunnen deze mensen aanmelden bij een centraal OGGZ Meldpunt

van de GGD. In de netwerken worden afspraken gemaakt en bewaakt over de aanpak van probleemgevallen en de te treffen maatregelen.

### **3. Conclusies van de evaluatie van de Kadernota 2003-2007**

#### *Algemeen*

De Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007 pleit voor het terugdringen van ongezonde leefgewoonten, het aanpassen van de fysieke en sociale leefomgeving aan de behoeften van mensen met een beperking en het tijdig herkennen en bestrijden van psychosociale problematiek. Deze speerpunten van beleid zijn allemaal verder uitgewerkt en in uitvoering genomen. Vanzelfsprekend is dit niet allemaal rechtstreeks terug te voeren op de kadernota. De kadernota is deels geïnspireerd door bestaande landelijke en lokale ontwikkelingen en inzichten. Maar de inzichten en prioriteiten in de kadernota hebben ook weer andere beleidsstukken direct of indirect geïnspireerd, zoals de nota "Niet hoe, maar wat, in het welzijnswerk", de sociale structuurvisie e.d.

De thema's die in de kadernota worden beschreven zijn permanent in ontwikkeling. Het is mogelijk om op al deze speerpunten extra investeringen te plegen. Zo kunnen we bijvoorbeeld voorlichting over ongezonde leefgewoonten uitbreiden naar alle klassen van het voortgezet onderwijs en de hoogste groepen van het basisonderwijs. De vraag is echter of de extra investeringen dan in verhouding staan tot de extra gezondheidswinst.

#### *Terugdringen van ongezonde leefgewoonten*

Het is moeilijk vast te stellen wat de gezondheidswinst is van de preventieprojecten die in Hoogeveen zijn uitgevoerd ter bevordering van een gezondere leefstijl. Het is immers moeilijk vast te stellen wat de invloed is geweest van algemene maatschappelijke ontwikkelingen. We kunnen wel concluderen dat het aanbod aan (preventie)activiteiten gericht op een gezondere leefstijl geen opvallende lacunes kent.

#### *Aanpassen van de leefomgeving voor mensen met een beperking*

Bij de uitwerking van het gemeentelijke WMO-beleid is voldoende aandacht voor de toegankelijkheid van de fysieke en sociale leefomgeving voor mensen met een beperking.

#### *Vroegtijdig signaleren en bestrijden van psychosociale problematiek*

Het vangnet voor mensen met meervoudige sociale en psychische problemen en de toeleiding ernaar is in Hoogeveen op orde. De vraag is echter of het signaleren van de lichtere psychische en sociale problemen op dit moment optimaal is. Gaan mensen met psychische en sociale problemen op tijd naar het maatschappelijk werk of de ggz? Zowel het maatschappelijk werk als de ggz zijn van mening dat het tijdig signaleren van psychosociale problemen sterk kan worden verbeterd.

Een belangrijke vindplaats voor deze problematiek is de huisarts. Op dit moment wordt onvoldoende gebruik gemaakt van deze vindplaats. Er zijn wel contacten tussen huisartsenpraktijken en het algemeen maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg, maar deze contacten zijn divers en vaak beperkt.

## IV. Gezondheid van de Hoogeveense bevolking

### 1. Cijfers

De volksgezondheidscijfers in onderstaande tabellen geven een beknopt inzicht in de lichamelijke en psychische gezondheid en gezondheidsbeleving van de burgers van onze gemeente in de leeftijd van 11 tot 90 jaar. De cijfers zijn ontleend aan een viertal onderzoeken van de GGD Drenthe. De actualiteit van de gegevens verschilt per onderzoek. De sterftecijfers bestrijken de periode 1999 tot en met 2003. De gegevens van 20- tot 65-jarigen stammen uit 2003. Het leefstijlonderzoek onder de jeugd vond plaats eind 2004. Het ouderenonderzoek is het meest recent: 2007. Alle gebruikte onderzoeksgegevens zijn van recentere datum dan die welke gebruikt zijn voor de vorige kadernota volksgezondheid.

In de tabellen zijn de percentages van de gemeente Hoogeveen afgezet tegen het drentse gemiddelde. Vergelijking met Drenthe ligt meer voor de hand dan vergelijking met het landelijke gemiddelde gezien de overeenkomst in bevolkingssamenstelling.

| Sterfte in Hoogeveen en Drenthe <sup>1</sup>           |           |         |
|--|-----------|---------|
|  | Hoogeveen | Drenthe |
|  | %         | %       |
| Gemiddelde jaarlijkse sterfte aan hart- en vaatziekten |           |         |
| Mannen   | 34        | 34      |
| Vrouwen  | 34        | 35      |
| Gemiddelde jaarlijkse sterfte aan kanker               |           |         |
| Mannen   | 35        | 32      |
| Vrouwen  | 28        | 25      |

1 GGD Drenthe, 'Sterfte in Drenthe. Sterfte over de periode 1999-2003', december 2006.

Hart- en vaatziekten zijn qua omvang de belangrijkste doodsoorzaak, gevolgd door kanker. Elke week worden ruim 300 Nederlanders buiten het ziekenhuis door een plotselinge hartstilstand getroffen ( $\pm 16.000$  per jaar). Op dit moment overleeft ongeveer 10% van de slachtoffers een hartstilstand.

Een verhoogd cholesterol, hoge bloeddruk, roken, overgewicht, diabetes en stress en psychosociale klachten zijn risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Deze factoren komen vaak in combinatie voor. Een kwart van de hart- en vaatziekten kan worden voorkomen als mensen gezonder eten. Voldoende bewegen leidt tot 15% minder hartkwalen.

Bij ongeveer 5% van alle mensen met kanker is de oorzaak gelegen in erfelijke belasting. Niet meer dan ongeveer 1% van alle gevallen van kanker wordt veroorzaakt door milieuverontreiniging. Bepaalde leefgewoonten en/of -omstandigheden vergroten het risico op een aantal soorten kanker. Risicofactoren zijn: roken, ongezond eten, veel alcohol drinken, onvoldoende lichaamsbeweging en overmatige blootstelling aan de zon. Maar ook: werken met kankerverwekkende stoffen, zoals asbest. De meeste factoren beïnvloeden het risico pas bij langdurige blootstelling.

Bij ongeveer 50% tot 70% van de mensen die aan kanker overlijden, heeft een ongezonde leefstijl een belangrijke rol gespeeld bij het ontstaan van de ziekte.

| Overgewicht in Hoogeveen en Drenthe |           |         |
|-------------------------------------|-----------|---------|
|                                     | Hoogeveen | Drenthe |
|                                     | %         | %       |
| 11-12 jarigen                       | 6         | 8       |
| 13-14 jarigen                       | 14        | 10      |
| 15-16 jarigen                       | 12        | 9       |
| 20-65 jarige mannen                 | 56        | 57      |
| 20-65 jarige vrouwen                | 46        | 42      |
| 65-90 jarigen                       | 14        | 15      |
| 20-65 jarigen                       | 12        | 9       |

De leefstijl van de Hoogeveense bevolking is over het algemeen minder gezond dan van de gemiddelde Drent. Dat geldt zowel voor lichaamsbeweging, voedingsgewoonten en het gebruik van genotmiddelen. Dit resulteert ook in een hoger percentage mensen met overgewicht.

Opvallend is dat 28% van de jongeren met overgewicht zichzelf niet te zwaar vindt. 65-plussers in onze gemeente lijken al wat meer oog te hebben voor overgewicht. Ze hebben significant vaker contact met een diëtist dan drentse 65-plussers (21% tegenover 13%).

| Lichaamsbeweging in Hoogeveen en Drenthe                                |           |         |
|---|-----------|---------|
|   | Hoogeveen | Drenthe |
|   | %         | %       |
| <b>Beweging:</b>  |           |         |
| minder dan 2x per week gym op school                                    |           |         |
| 11-12 jarigen <sup>1</sup>  | 26        | 8       |
| 13-14 jarigen   | 27        | 20      |
| 15-16 jarigen   | 38        | 45      |
| geen lid sportvereniging/-school  |           |         |
| 11-12 jarigen   | 25        | 18      |
| 13-14 jarigen   | 31        | 28      |
| 15-16 jarigen   | 31        | 35      |
| geen lid sportvereniging/-school en sport zelf 1 uur of minder per week |           |         |
| 11-12 jarigen   | 54        | 46      |
| 13-14 jarigen   | 59        | 50      |
| 15-16 jarigen   | 55        | 57      |
| Voldoet niet aan de Richtlijn Nederlandse Norm Gezond Bewegen           |           |         |
| 20-65 jarigen <sup>2</sup>  | 48        | 49      |
| 1 uur of minder per week sport/lichaamsbeweging                         |           |         |
| 65-90 jarigen <sup>3</sup>  | 30        | 25      |

1 GGD Drenthe, 'Jeugd in Drenthe. Gezondheid en leefgewoonten. Tabellen Hoogeveen', mei 2006.

2 GGD Drenthe, 'Gezondheidsenquête 2003. 20-65 jaar'.

3 GGD Drenthe, 'Ouderenonderzoek Drenthe 2007. Tabellenboek en beleidsadvies Hoogeveen', april 2008.

Opvallend is dat vooral kinderen van 11 tot 15 jaar in vergelijking met Drenthe minder aan lichaamsbeweging doen in tegenstelling tot de 15 en 16-jarigen die juist meer bewegen. In Hoogeveen krijgen kinderen van 11 tot 15 jaar minder gym op school dan drentse kinderen in

die leeftijd. 15- en 16-jarigen daarentegen krijgen in Hoogeveen meer gym. Ook ouderen in Hoogeveen doen minder aan lichaamsbeweging dan drentse ouderen. 20-65-jarigen wijken niet af van het drentse gemiddelde. Dit neemt niet weg dat de bewegingsarmoede onder deze groep groot is. Ongeveer de helft van deze volwassenen voldoet niet aan de norm. De oorzaak van de geringe lichaamsbeweging lijkt in Hoogeveen niet te liggen in het aanbod van bewegings- en sportactiviteiten en de prijs ervan. Slechts 10% van de jongeren van 11 tot 17 jaar geeft aan geen lid te zijn van een sportvereniging omdat er geen sportclub in de buurt is en 4% omdat de ouders het te duur vinden. Het eerste percentage komt overeen met het Drents gemiddelde, maar beduidend meer drentse jongeren geven aan vanwege de kosten niet bij een sportvereniging te zijn (9%). Ook voor 65-90-jarigen geldt dat de mogelijkheden in de buurt en de kosten nauwelijks redenen zijn om niet regelmatig aan lichaamsbeweging te doen: respectievelijk 1% en 3% tegenover 2% en 5% in Drenthe. Veel ouderen hebben geen zin om regelmatig aan sport/lichaamsbeweging te doen (43%) en 34% van de Hoogeveense ouderen doet er niet aan vanwege gezondheidsredenen (Drenthe 26%).

De reden om niet te sporten ligt bij de jeugd vooral in de geringe belangstelling ervoor. Ze vinden sporten niet leuk of geven prioriteit aan andere zaken. 16% van de 11 tot 17-jarigen die geen lid is van een sportvereniging ziet er tegen op om alleen (zonder vrienden) lid te worden.

| Voeding en genotmiddelengebruik in Hoogeveen en Drenthe |           |         |
|---|-----------|---------|
|   | Hoogeveen | Drenthe |
|   | %         | %       |
| Minder dan 5 dagen per week fruit                       |           |         |
| 11-12 jarigen   | 46        | 46      |
| 13-14 jarigen   | 67        | 61      |
| 15-16 jarigen   | 67        | 60      |
| Minder dan 5 dagen per week groente                     |           |         |
| 11-12 jarigen   | 33        | 27      |
| 13-14 jarigen   | 39        | 28      |
| 15-16 jarigen   | 25        | 26      |
| Minder dan 5 schooldagen ontbijt                        |           |         |
| 11-12 jarigen   | 9         | 10      |
| 13-14 jarigen   | 17        | 21      |
| 15-16 jarigen   | 37        | 28      |
| Gebruikt niet elke dag 2 stuks fruit/sap                |           |         |
| 20-65 jarigen   | 65        | 60      |
| Let zelden/nooit op samenstelling voedselproduct        |           |         |
| 20-65 jarigen   | 48        | 38      |
| Rookt   |           |         |
| 11-12 jarigen   | < 1       | < 2     |
| 13-14 jarigen   | 18        | 11      |
| 15-16 jarigen   | 32        | 28      |
| 20-65 jarigen   | 34        | 30      |
| Laatste 4 weken hasj/wiet gebruikt                      |           |         |
| 13-16 jarigen   | 30        | 25      |
| Laatste 7 dagen alcohol gedronken                       |           |         |
| 13-14 jarigen   | 67        | 61      |
| 15-16 jarigen   | 83        | 73      |
| Laatste 7 dagen meer dan 14 glazen alcohol              |           |         |
| 13-14 jarigen   | 8         | 4       |
| 15-16 jarigen   | 24        | 14      |
| Drinkt matig alcohol                                    |           |         |
| 20-65 jarigen   | 25        | 23      |
| Drinkt (zeer) excessief alcohol                         |           |         |
| 20-65 jarigen   | 12        | 9       |

Mensen uit de gemeente Hoogeveen eten in het algemeen minder fruit en groenten dan Drenten en letten minder op de samenstelling van een voedselproduct. In onze gemeente roken in alle leeftijdscategorieën meer mensen dan in Drenthe ( $\pm 5\%$  meer). Datzelfde geldt ook voor het wiet-gebruik onder 13-16-jarigen. Ook is de alcoholconsumptie in onze gemeente in alle leeftijdscategorieën hoger dan in Drenthe. Dat geldt ook voor excessief alcoholgebruik. Bij 15 en 16 jarigen is de alcoholconsumptie 10% hoger dan in Drenthe. Ruim een derde van de Hoogeveense volwassenen rookt en 12% drinkt (zeer) excessief alcohol.

Het genotmiddelengebruik is in onze gemeente bij alle leeftijdsgroepen hoog. Hoogeveense jongeren van 13 tot 17 jaar geven vaker dan hun drentse leeftijdsgenoten aan meer te willen weten over genotmiddelen zoals alcohol, roken en drugs.

| <b>Welbevinden in Hoogeveen en Drenthe</b>                          |                  |                |
|---|------------------|----------------|
|   | <b>Hoogeveen</b> | <b>Drenthe</b> |
| <b>Lichamelijk welbevinden</b>                                      | <b>%</b>         | <b>%</b>       |
| Ervaart eigen gezondheid als matig/slecht                           |                  |                |
| 11-12 jarigen   | 17               | <15            |
| 13-14 jarigen   | 19               | 15             |
| 15-16 jarigen   | 17               | 20             |
| 20-65 jarigen   | 26               | 22             |
| 65-90 jarigen   | 34               | 29             |
| Hartinfarct   |                  |                |
| 20-65 jarigen   | 2                | 2              |
| 65-90 jarigen   | 4                | 4              |
| Andere (ernstige) hartaandoening                                    |                  |                |
| 20-65 jarigen   | 2                | 3              |
| 65-90 jarigen   | 10               | 10             |
| Hoge bloeddruk  |                  |                |
| 20-65 jarigen   | 12               | 13             |
| 65-90 jarigen   | 39               | 34             |
| lichamelijke belemmeringen bij normale sociale bezigheden           |                  |                |
| 20-65 jarigen   | 30               | 28             |
| functionele beperkingen bij algemene dagelijkse levensverrichtingen |                  |                |
| 65-90 jarigen   | 20               | 17             |
| <b>Psychosociaal welbevinden</b>                                    | <b>%</b>         | <b>%</b>       |
| Indicatie psychosociale problematiek                                |                  |                |
| 13-14 jarigen   | 24               | 27             |
| 15-16 jarigen   | 30               | 35             |
| Heeft psychische problematiek                                       |                  |                |
| 20-65 jarigen   | 29               | 28             |
| 65-90 jarigen   | 13               | 15             |
| Is eenzaam  |                  |                |
| 65-90 jarigen   | 33               | 42             |

De relatief ongezonde leefgewoonten zijn er wellicht de oorzaak van dat relatief meer mensen uit onze gemeente dan uit Drenthe de eigen gezondheid als matig of slecht ervaren. Dit leidt echter niet tot verhoudingsgewijs meer psychische problemen. Psychosociale problematiek bij jongeren (13-16 jarigen) en ouderen (65-90 jarigen) is lager dan het drechts gemiddelde. Vooral de eenzaamheid onder ouderen is significant lager dan in Drenthe (33% tegenover 42%).

Dit betekent niet dat de psychosociale problematiek meevalt: 29% van de 20-65 jarigen heeft psychische problematiek. Ook ruim een kwart van de 13-16-jarigen heeft een indicatie voor psychosociale problematiek. Opvallend is dat de psychische problematiek onder ouderen beduidend lager is: 13%.



| Gebruik voorzieningen in Hoogeveen en Drenthe        |           |         |
|--|-----------|---------|
|  | Hoogeveen | Drenthe |
| Gebruik voorzieningen                                | %         | %       |
| Laatste 6 maanden contact met huisarts               |           |         |
| 11-12 jarigen  | 41        | 47      |
| 13-14 jarigen  | 52        | 50      |
| 15-16 jarigen  | 53        | 58      |
| Laatste 3 maanden contact met huisarts               |           |         |
| 20-65 jarigen  | 53        | 54      |
| Laatste 2 maanden contact met huisarts               |           |         |
| 65-90 jarigen  | 57        | 59      |
| Laatste 12 maanden contact met maatschappelijk werk  |           |         |
| 13-14 jarigen  | 4         | 4       |
| 15-16 jarigen  | 3         | 8       |
| 65-90 jarigen  | 2         | 3       |
| Laatste 12 maanden contact met ouderenadviseur       |           |         |
| 65-90 jarigen  | 1         | 2       |
| Laatste 3 maanden contact met maatschappelijk werk   |           |         |
| 20-65 jarigen  | 3         | 2       |
| Laatste 12 maanden contact met psycholoog/psychiater |           |         |
| 13-14 jarigen  | 3         | 4       |
| 15-16 jarigen  | 5         | 6       |
| Laatste 3 maanden contact met ggz                    |           |         |
| 20-65 jarigen  | 3         | 3       |
| Laatste 12 maanden contact met ggz                   |           |         |
| 65-90 jarigen  | 3         | 3       |

Ondanks het hoge percentage mensen met psychosociale problemen, heeft maar  $\pm$  3% van de mensen uit de verschillende leeftijdsgroepen recentelijk contact gehad met de ggz of met een psycholoog/psychiater. Een zelfde percentage heeft recentelijk contact gehad met het maatschappelijk werk. Het gebruik van psychosociale hulpverlening in Hoogeveen wijkt niet wezenlijk af van het drechts gemiddelde.

Ruim 50% van alle leeftijdsgroepen heeft recentelijk (laatste 2 tot 6 maanden) contact gehad met de huisarts. Huisartsen zijn dus een belangrijke vindplaats voor mensen met lichamelijke en psychosociale problemen.

## **2. Conclusies van de analyse van de lokale gezondheidscijfers**

De trends in de gezondheid van de bevolking die ten grondslag liggen aan de Kadernota Lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003-2007 zijn nog steeds actueel. De volgende conclusies uit de recente volksgezondheidscijfers zijn relevant voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid:

1. Mensen in de gemeente Hoogeveen hebben een relatief ongezonde leefstijl. Veel mensen bewegen te weinig, eten ongezond, roken en/of drinken (veel) alcohol.
2. De sterfte aan de belangrijkste doodsoorzaken, hart- en vaatziekte en kanker, kan in belangrijke mate worden voorkomen als Hoogeveners gezonder gaan leven: gezonder eten, meer bewegen, minder roken en minder alcohol drinken.

3. De relatief ongezonde leefstijl van de gemiddelde Hoogevener is vooral een kwestie van mentaliteit en cultuur.
4. Net als elders hebben veel mensen in onze gemeente last van psychische problemen, maar slechts weinigen ontvangen hulp van het algemeen maatschappelijk werk of de geestelijke gezondheidszorg.

## V. Toekomstig beleid

### 1. Programmadoelen

Uit de evaluatie van de kadernota 2003-2007 en de analyse van de volksgezondheidscijfers kunnen we concluderen, dat de in de kadernota aangekondigde maatregelen zijn uitgevoerd, maar dat die maatregelen kennelijk nog onvoldoende effect sorteren.

Dat ligt niet aan de gestelde doelen. De programmadoelen bieden voldoende ruimte om de gezondheid van onze burgers te bevorderen en geven ook prioriteit aan de groepen burgers die het meeste gezondheidsrisico's lopen. Het gaat dan met name de volgende programmadoelen:

Zorgt: *“verbetering van de gezondheid van alle Hoogeveense burgers en in het bijzonder van de risicogroepen jongeren, ouderen en sociaal kwetsbaren en zwakkeren”.*

Ontspant: *“Hoogeveners hebben een actieve leefstijl” (subdoelen: halt toe roepen aan de toename van het overgewicht en stimuleren van gezond bewegen.)*

Ongezonde leefgewoonten en daardoor veroorzaakte gezondheidsproblemen remmen, net als psychosociale problemen, de ontplooiing van mensen en hun maatschappelijke participatie. Zo wijst alles erop dat schade aan de hersenen (leren, geheugen, aandacht) toeneemt bij fors gebruik van alcohol op jonge leeftijd met alle nadelige gevolgen voor de persoonlijke ontwikkeling. Ook is veel overlast alcoholgerelateerd. Zo bezien draagt gezondheidsbeleid niet alleen bij aan bovenstaande doelstellingen van de programma's Zorgt en Ontspant, maar ook aan het programma Leert, Veiligheid en Werkt.

Vanuit volksgezondheidsoptiek is er geen reden om de bestaande programmadoelen aan te passen of uit te breiden.

### 2. Kansen voor extra gezondheidswinst

Het gemeentelijk aanbod aan voorzieningen die de volksgezondheid bevorderen bevat geen lacunes. Gelet op de volksgezondheidsontwikkelingen, de invloed van de gemeente daarop en de verantwoordelijkheden van de gemeente, is er geen noodzaak om de doelstellingen aan te passen of nieuwe maatregelen te treffen.

De evaluatie en de gezondheidscijfers geeft aan waar kansen liggen om nog extra gezondheidswinst te boeken. Extra gezondheidswinst kan wellicht worden gerealiseerd door:

1. er voor te zorgen dat een slachtoffer van een hartstilstand tijdig wordt gereanimeerd en gedefibreerd;
2. een extra impuls te geven aan het voorkomen en bestrijden van ongezonde leefgewoonten (bewegingsarmoede, ongezond eten, roken en overmatige alcoholconsumptie);
3. het verbeteren van de signalering van psychosociale problematiek en de doorverwijzing naar psychosociale hulpverlening gebruikmakend van de centrale rol van huisartsen in de eerstelijnszorg.

#### *Tijdig reanimeren en defibreren bij hartstilstand (Ad.1)*

Volgens cijfers van de Nederlandse Hartstichting worden elk jaar 15.000 à 16.000 Nederlanders getroffen door een plotselinge hartstilstand buiten het ziekenhuis. Rond de 10% van de slachtoffers overleeft. Als omstanders binnen 6 minuten 112 bellen, reanimeren en de Automatische Externe Defibrillator (AED) toepassen, kan de overlevingskans oplopen tot 50 à 70%. Bijna 90% van de slachtoffers die een reanimatie overleeft, heeft geen of nauwelijks beperkingen in het dagelijks functioneren.

Om ervoor te zorgen dat een slachtoffer van een hartstilstand in de bebouwde omgeving binnen 6 minuten wordt gereanimeerd en gedefibreerd is nodig, dat in een straal van 1000m een AED aanwezig is alsmede 10 vrijwilligers die kunnen reanimeren en 10 vrijwilligers die het AED-apparaat kunnen ophalen en bedienen. Bij een hartstilstand moet een deel van deze vrijwilligers worden opgepiept via de 112-meldkamer.

Het opzetten van een netwerk van AED's en getrainde vrijwilligers waardoor een slachtoffer van een hartstilstand in de bebouwde omgeving binnen 6 minuten kan worden gereanimeerd en gedefibreerd, is een aantoonbaar effectieve maatregel om sterfte door de belangrijkste doodsoorzaak, te weten hart- en vaatziekten, te voorkomen. De gemeente heeft hier echter geen zorgplicht.

### *Voorkomen en bestrijden van ongezonde leefgewoonten (Ad. 2)*

Er is niet één succesvolle methode om ongezonde leefgewoonten aan te pakken. Ook verschilt de bijdrage die de lokale overheid kan leveren aan het terugdringen van ongezonde leefgewoonten per gewoonte.

Uit een internationale reviewstudie naar stoppen-met-roken-interventies blijkt, dat accijnsverhogingen, massamediale campagnes en individuele ondersteuning bij stoppen met roken effectieve interventies zijn. De eerste twee interventies zijn vooral een zaak van de landelijke overheid. Instellingen voor verslavingszorg en thuiszorgorganisaties organiseren stoppen-met-roken-cursussen. Een deel van de zorgverzekeraars vergoedt bepaalde vormen van hulp bij stoppen met roken, zoals de groepstrainingen. De rol van de gemeente ten aanzien van rookpreventie is vooral gelegen in interventies op scholen gericht op het voorkomen dat jongeren beginnen met roken. De effectiviteit van deze interventies is niet eenduidig vastgesteld. Ten aanzien van rookpreventie kunnen we in de gemeente Hoogeveen dan ook volstaan met het continueren van het project De Gezonde School en Genotmiddelen.

In het algemeen geldt dat voor gedragsverandering een langdurige integrale aanpak, bestaande uit een combinatie van omgevingsinterventies, regelgeving, handhaving en voorlichting, noodzakelijk is. De effectiviteit van preventieactiviteiten gericht op overgewicht is in de praktijk vooral afhankelijk van verschillende omgevingsfactoren, zoals de gezondheid van het voedingsaanbod in school- en bedrijfskantines, de mate waarin de omgeving beweegvriendelijk is, de lengte en veiligheid van fietsroutes naar scholen, de afstand tot sportvoorzieningen, het voedingsgedrag en beweeggedrag van ouders en de kosten van voeding en sportvoorzieningen.

Onderzoek toont aan dat kortdurende interventies ter preventie van overgewicht geen effect hebben op het gedrag van mensen op lange termijn. Wel zijn positieve lange termijneffecten aangetoond van intensieve aanpakken op bijvoorbeeld wijkniveau. "De conclusie is dat een intensieve aanpak nodig is om het gewicht en/of beweeggedrag te veranderen. Bij een wijkgerichte aanpak betekent dit bijvoorbeeld een intensieve (huis-aan-huis) benadering, het inschakelen van meerdere (media-)kanalen, het opzetten van lokale activiteiten en het inzetten van intermediaire werkgroepen."<sup>2</sup>

Ook alcoholgebruik is afhankelijk van omgevingsfactoren: de prijs van alcohol, productaanbod, verkoopregels, normen, tradities en sociaal netwerk. Ook de interventies gericht op alcoholmatiging blijken het meest effectief wanneer tegelijkertijd verschillende preventiemethoden worden ingezet: voorlichting en bewustwording, wet- en regelgeving,

<sup>2</sup> WJE Bemelmans cs., *Interventies ter preventie van overgewicht in de wijk, op school, op het werk en in de zorg Een verkennende studie naar de effecten*, RIVM rapport 260301005/2004, p. 31

zelfregulering door de branche, handhaving, vroegsignalering en hulpverlening. Van alle maatregelen en interventies ter bestrijding van schadelijk alcoholgebruik is wet- en regelgeving het meest effectief. Uit onderzoek blijkt dat de volgende maatregelen het schadelijke alcoholgebruik daadwerkelijk verminderen: verhogen van de minimumleeftijd om te drinken, beperking van de bereikbaarheid (aantal verkooppunten en verkooptijden) en een beperking of verbod op alcoholreclame. De doeltreffendheid ervan wordt in de praktijk vooral beïnvloed door de mate waarin toezicht wordt gehouden op de naleving ervan.

De gemeente heeft diverse mogelijkheden om regels te stellen ten aanzien van de verkoop en het gebruik van alcohol. Zo kan de gemeenten op grond van de Drank- en Horecawet (DHW) verkoopbeperkingen opleggen aan ondernemers van alle of van bepaalde type horeca-inrichtingen in de hele gemeente of een deel van de gemeente en voor onbepaalde tijd en voor een bepaalde tijd (bijv. tijdens evenementen). Ook kan de gemeente voorschriften verbinden aan vergunningen over bijvoorbeeld de mate van toezicht, het deurbeleid, het aantal bezoekers e.d. Ook kan de gemeente aan subsidies voorwaarden verbinden, bijvoorbeeld dat er geen alcohol mag worden geschonken of slechts op bepaalde tijden. De gemeente kan DHW-vergunningen intrekken, bijvoorbeeld als een ondernemer x-keer de leeftijdsgrens schendt. Verder kan de gemeente op grond van de Algemene Plaatselijke Verordening de sluitingstijden van de horeca vervroegen, toegangscontrole bij horeca-inrichtingen verplichten, een alcoholverbod opleggen voor de openbare weg e.d. Het Kabinet werkt thans aan wijziging van de Drank- en Horecawet, waarbij het toezicht wordt verscherpt (op o.m. de leeftijdsgrens van 16 jaar) en gedecentraliseerd naar de gemeenten. Verder is het de bedoeling dat gemeenten meer bevoegdheden krijgen om prijsacties en sluitingstijden te reguleren in relatie tot leeftijd en om gemeenten te verplichten regels op te stellen voor paracommerciële instellingen zoals sportverenigingen en culturele centra.

Als we kijken welke preventiemethoden bewezen effectief zijn en we leggen die naast de preventieactiviteiten die op dit moment al worden uitgevoerd, dan kunnen we op twee manieren een extra impuls geven aan het bestrijden van ongezonde leefgewoonten.

Ten eerste kan in wijken/dorpen waar burgers een verhoogd gezondheidsrisico lopen als gevolg van ongezonde leefgewoonten (gebieden met een lage sociaal economische status) een langdurige integrale aanpak worden ontwikkeld ter voorkoming en bestrijding van die gewoonten. Integraal wil zeggen dat het moet bestaan uit een combinatie van interventies op het gebied van voorlichting/bewustwording, het beïnvloeden van de fysieke en sociale omgeving e.d. Hier zou kunnen worden aangesloten bij de wijken met een lage sociaal economische status (SES) waar een intensief naschoolsactiviteitenaanbod wordt opgestart in het kader van het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en het gemeentelijke project Kinderen & Armoede. Het is gewenst bij de vormgeving van een integraal aanbod rekening te houden met relevante gegevens over de gezondheid(sbeleving) en het voorzieningenaanbod (zie vorig hoofdstuk) en de verschillen tussen Hoogeveen en Drenthe in dit kader. Zo zou bij de geplande uitbreiding van het naschoolse activiteitenaanbod speciale aandacht kunnen worden geschonken aan bewegingsactiviteiten voor de leeftijdsgroepen die verhoudingsgewijs weinig bewegen: kinderen tot 15 jaar. Ook zouden basisscholen in de betreffende gebieden kunnen worden aangespoord om het aantal uren gym per week uit te breiden. Het is niet alleen belangrijk dat jongeren weten wat de gevaren van overmatig genotmiddelengebruik zijn. Ze moeten ook in staat zijn om “nee” te zeggen als familie, vrienden en bekenden hun aansporen om genotmiddelen te gebruiken. Weerbaarheidstrainingen zouden daarom onderdeel kunnen vormen van een integrale aanpak. In de Smederijgebieden is grote vraag naar weerbaarheidstrainingen voor leerlingen van groep 7 en 8.

Kortom, een integraal aanbod moet bestaan uit een pakket bewezen effectieve interventies afgestemd op de specifieke situatie in een wijk/dorp; de specifieke lokale kansen en bedreigingen.

Ten tweede kan de regelgeving en handhaving van de gemeente ten aanzien van de verkoop van alcohol worden aangescherpt. Dit geldt vooral ten aanzien van gesubsidieerde instellingen zoals buurthuizen en sportverenigingen. Te strikte regels kunnen mogelijk het gebruik en de exploitatie van bepaalde commerciële en niet-commerciële voorzieningen negatief beïnvloeden. Voorts staat of valt het effect van strengere regels met de mate waarin ze worden gehandhaafd.

Ten aanzien van de preventie van overmatig alcoholgebruik kan worden vermeld dat de Vereniging Drentse Gemeenten een 'Overleggroep Alcoholbeleid' in het leven heeft geroepen onder voorzitterschap van de burgermeester van Aa en Hunze, dhr. Oosterhout, en gecoördineerd door de GGD. De overleggroep werkt aan een programma van 12 actiepunten om schadelijk alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen onderverdeeld in vier pijlers: publiek draagvlak, regelgeving, handhaving en vroegsignalering. Het is de bedoeling dat elke gemeente 1 punt "adopteert". Het actieprogramma is in concept gereed en zal waarschijnlijk na de zomervakantie 2009 worden besproken in VDG-verband.

Bij de actiepunten van de pijler 'vroegsignalering' gaat het om training van leerkrachten en zorgadviesteams in het signaleren van alcoholproblematiek en om het realiseren van een sluitende zorgketen. Bij 'publiek draagvlak' wordt vooral gedacht aan het stimuleren dat meer scholen, waaronder basisscholen, gebruik maken van het programma 'De Gezonde School en Genotmiddelen'. Bij de pijler 'handhaving' betreffen de actiepunten vooral evaluatie en verbetering van het handhavingsbeleid (van de 16-jaar grens). Bij de pijler 'regelgeving' wordt vooral gepleit voor het opstellen van locale regels om het schadelijke alcoholgebruik door jongeren te beperken. Het gaat dan onder meer om vergunningverlening in het kader van de Drank- en Horecawet en subsidiebeleidsregels.

### *Verbeteren van de signalering van psychosociale problematiek (Ad. 3)*

Zowel het maatschappelijk werk als de ggz zijn van mening dat het tijdig signaleren van psychosociale problemen sterk kan worden verbeterd. Ruim 50% van alle leeftijdsgroepen heeft recentelijk (laatste 2 tot 6 maanden) contact gehad met de huisarts. Huisartsen zijn dus een belangrijke vindplaats voor mensen met psychosociale problemen. Huisartsen krijgen per 1 januari 2009 ook geld voor het inhuren van een praktijkondersteuner op het gebied van psychosociale problematiek. Dit kan een maatschappelijk werker zijn of een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Deze ontwikkeling biedt mogelijkheden om de signaleringsfunctie van huisartsenpraktijken te versterken.

In de gemeente Emmen wordt met succes het project 'Beweeg je Leven!' uitgevoerd. Het is een project van GGZ Drenthe samen met de huisartsen, het maatschappelijk werk, Icare, fysiotherapeuten, eerstelijnspsychologen, Sport Drenthe en het Steunpunt Mantelzorg. Deze partijen maken rond een huisartsenpraktijk afspraken over signalering en aanpak van (milde) depressieve klachten. Na signalering volgt de diagnose door de huisarts. Vervolgens maakt een ggz-praktijkondersteuner van de huisartsen, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of een maatschappelijk werker samen met de hulpvrager een persoonlijk plan van aanpak. Hierin maakt de hulpvrager een keuze uit het aanbod van cursussen, trainingen, therapieën en ondersteuningsmogelijkheden van de samenwerkende partijen. Tot slot wordt de hulpvrager nog enige tijd begeleid/gevolgd.

Het 'Eerstelijns GGZ-Platform Hoogeveen e.o.' is van mening dat 'Beweeg je Leven!' een bijdrage kan leveren aan de vroegsignalering en aanpak van psychosociale problematiek. Het platform bestaat uit vertegenwoordigers van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen afdeling Drenthe, de Regionale HuisartsenVereniging Hoogeveen,

SWW, GGZ Zuidwest Drenthe en ProGez (organisatie voor aanbieders van eerstelijnszorg). Het platform ziet ook draagvlak voor het project in een aantal huisartsenpraktijken in de gemeente Hoogeveen.

Een project als 'Beweeg je Leven!' kan een belangrijke bijdrage leveren aan vroegtijdige signalering van psychosociale problematiek en tijdige doorverwijzing naar (psychosociale) hulpverlening. Niet zelden is er een relatie tussen psychische problemen en overgewicht of genotmiddelengebruik. Een dergelijk project levert dan ook tevens een bijdrage aan de signalering en aanpak van overgewicht en overmatig genotmiddelengebruik.

### **3. Maatregelen/speerpunten van beleid**

Het gemeentelijk aanbod aan voorzieningen die de volksgezondheid bevorderen bevat geen lacunes. Gelet op de volksgezondheidsontwikkelingen, de invloed van de gemeente daarop en de verantwoordelijkheden van de gemeente, is er geen noodzaak om de doelstellingen aan te passen of nieuwe maatregelen te treffen.

De evaluatie van de kadernota, de lokale gezondheidscijfers en wetenschappelijk onderzoek naar effectieve interventie-methoden, geven aan waar nog extra gezondheidswinst te boeken valt. Wij stellen voor om de kansen op extra gezondheidswinst aan te grijpen die zich aandienen binnen het bestaande beleid en beleidontwikkelingen, de bestaande budgetten en het bestaande takenpakket van de gemeente. Het gaat dan om de volgende extra impulsen aan de volksgezondheid:

- Het project 'Beweeg je Leven!' introduceren in Hoogeveen, dat wil zeggen afspraken maken met de eerstelijns gezondheidszorg, en dan met name de huisartsen, over het signaleren en aanpakken van (milde) depressieve klachten.  
Inmiddels is subsidie verleend aan GGZ Drenthe voor het op beperkte schaal uitvoeren van het project. Het draagvlak voor het project en de effecten van het project worden gedurende een tweetal jaren getest. Het project wordt gevolgd en begeleid door een projectteam waarin ook vertegenwoordigers zitting hebben van cliënten (Initiatiefgroep GGZ-WMO Drenthe) en hun naasten (Contactpunt Mantelzorg). Het project wordt in 2009 uitgevoerd rond één huisartsengroep en in 2010 uitgebreid naar een tweede huisartsengroep. Evaluatie moet uitwijzen of daarna voortzetting en verdere uitbreiding gewenst is. Subsidieverlening past binnen het bestaande WMO-beleid en is mogelijk met de bestaande middelen op het gebied van collectieve preventie ggz.
- Bestaande programma's en gelden voor preventie van ongezonde leefgewoonten meer richten op gebieden waar burgers de meeste kans lopen op gezondheidsschade als gevolg van ongezonde leefgewoonten.  
Het gaat dan om wijken en dorpen met een lage sociaal economische status. Hierbij kan het beste worden aangesloten bij de gebieden waar naschoolse vrijetijdsarrangementen worden ontwikkeld in het kader van het project Kinderen & Armoede en de impuls Nationaal Actieplan Sport en Bewegen. Door dit gevarieerde en intensieve aanbod van sociale, culturele en bewegingsactiviteiten aan te vullen met andere bestaande preventieactiviteiten realiseren we de enige preventieve aanpak die aantoonbaar effectief blijkt te zijn: een integrale benadering.
- Binnen het bestaande beleid en de bestaande budgetten aansluiting zoeken enerzijds bij de geplande aanscherping van de Drank- en Horecawet en anderzijds bij het actieprogramma van de 'Overleggroep Alcoholbeleid' van de VDG om schadelijk alcoholgebruik onder jongeren terug te dringen.