

In Hart voor Brabant 2011





Hart voor Brabant

Gezondheid telt!

In Hart voor Brabant 2011

Regionaal rapport Volksgezondheid
Toekomst Verkenning

E.F.M. van den Heuvel
M.A.M. Jacobs-van der Bruggen
F. van der Lucht
M.J.H. van Bon-Martens

Gezondheid telt! In Hart voor Brabant 2011
Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomstverkenning

Vormgeving: De Code – 's-Hertogenbosch

Illustraties: Klutworks – Den Haag

Tekstbewerking: Tjeu Cornet – 's-Hertogenbosch

Drukwerk: Graphiset BV – Uden

Een publicatie van de GGD Hart voor Brabant
Postbus 3166
5203 DD 's-Hertogenbosch



Hart voor Brabant

In samenwerking met RIVM – Bilthoven

Auteursrechten voorbehouden
© 2011 GGD Hart voor Brabant



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen, aanvaarden redactie, auteurs en uitgever geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaand aan schriftelijke toestemming van de uitgever. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 juncto het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471, en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorrecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.



Voorwoord

De volksgezondheid is het meest gediend met acties en maatregelen buiten de zorg-sector. Deze stelling heeft iets bouds en ongerijmds. Toch vormt zij de rode draad in onze regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (regionale VTV) 2011. Of het nu over dierziektes gaat, de kloof tussen rijk en arm, opgeleid en laag-gechoold of over preventie in de breedste zin van het woord, steeds opnieuw blijkt dat samenwerking en nieuwsgierigheid op die terreinen het meeste effect sorteren op de gezondheid van mensen.

Een goed en recent voorbeeld is de Q-koorts. Als GGD hebben we natuurlijk gekeken naar de patiënten, de ziekte en het ziekteverloop. Maar relatief veel meer tijd en energie hebben we besteed door op pad te gaan, boerderijen en stallen te bezoeken, en ons te verdiepen in de ruimtelijke ordening van onze regio. Daardoor konden we uiteindelijk de juiste adviezen geven om de ziekte te bestrijden en in de toekomst te voorkomen. Al hangt dat ook sterk van anderen af.

En willen wij voorkomen dat mensen in sociaaleconomisch zwakkere positie niet vele jaren eerder sterven, dan zullen wij ons evenzo moeten verdiepen in de werking van de arbeidsmarkt, in situaties waarin schulden ontstaan en in buurtnetwerken waar mensen terecht kunnen en elkaar kunnen ondersteunen.

Deze rode draad, deze strategie in ons beleid, staat centraal in de regionale VTV 2011.

Doordat wij zoveel over de schutting kijken, hebben we anderen echter nodig om onze ambities te verwezenlijken. Wij hopen dat organisaties en instellingen op de genoemde terreinen zich aangesproken voelen om samen met ons op te trekken. In de wetenschap dat zij dankzij samenwerking met ons tegelijk hun eigen doelen kunnen realiseren.

Ik wens u veel leesplezier, prettige samenwerking en een gezonde toekomst toe!

Hugo Backx,
directeur GGD Hart voor Brabant

Dit rapport is onderdeel van de Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning Hart voor Brabant 2011. De regionale VTV bestaat uit de volgende onderdelen:

- **Regionaal rapport**

Gezondheid telt! In Hart voor Brabant 2011

Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomstverkenning met bijbehorende deelrapportages

- **Gemeentelijke rapporten**

Gezondheid telt! In:

Bernheze	Goirle	Loon op Zand	Sint-Michielsgestel
Boekel	Grave	Maasdonk	Sint-Oedenrode
Boxmeer	Haaren	Mill en St. Hubert	Tilburg
Boxtel	's-Hertogenbosch	Oisterwijk	Uden
Cuijk	Heusden	Oss	Veghel
Dongen	Hilvarenbeek	Schijndel	Vught
Gilze en Rijen	Landerd	Sint Anthonis	Waalwijk

- **Websites**

Website Regionaal Kompas Volksgezondheid: www.regionaalkompas.nl

Website GGD Gezondheidsatlas: www.ggdgezondheidsatlas.nl



Inhoudsopgave

Voorwoord	3
1. Gezond in een gezonde omgeving	7
2. Wie voor een dubbeltje geboren is	21
3. Krakende wagens lopen het langst	29
4. Als het niet uit de lengte kan	37
Bijlage 1: <i>Gezondheidsprofiel regio Hart voor Brabant</i>	45
Bijlage 2: <i>Producten regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011</i>	49
Bijlage 3: <i>Projectgroep, stuurgroep en redactie</i>	51



1. Gezond in een gezonde omgeving

Onze gezondheid is op het eerste gezicht een individuele aangelegenheid. Dat klopt in zoverre dat gezondheidsklachten zich altijd bij een individu manifesteren. De oorzaken ervan reiken doorgaans echter verder. De Q-koorts was voor huisartsen aanvankelijk een mysterieus verschijnsel bij sommige patiënten. Nu weten we dat de intensieve veehouderij in de omgeving de bron is van deze ziekte en mogelijk ook van andere zoönosen. Maar niet alleen deze fysieke omgeving is van belang. Ons sociale leven, de Brabantse gezelligheid in het bijzonder, is minstens zo bepalend voor onze gezondheid. Dat geldt voor roken, alcohol- en drugsgebruik, eten en psychische gezondheid. De omgeving in al zijn aspecten heeft daarmee zowel positieve als negatieve effecten op onze gezondheid.

Waar je woont en hoe je leeft, het doet ertoe

In 2007 werd Brabant opgeschrikt door de eerste grote uitbraak van Q-koorts. Dat jaar werden in de regio Hart voor Brabant 135 mensen min of meer ernstig ziek, vooral op plekken waar veel geiten en schapen worden gehouden. De Q-koortsepidemie laat zien hoe belangrijk onze woonplaats is voor onze gezondheid. Het gaat echter om meer. In het officiële Brabantse volkslied vertelt Guus Meeuwis ons wat hij mist om zich goed en gelukkig te voelen. De gezelligheid, de zachte 'g', het carnaval en alle geneugten die een bijdrage leveren aan een goede gezondheid. Maar het vlees is zwak en soms slaan we door.

De vorige eeuw loopt op zijn eind als er in Brabant veel beroering ontstaat als gevolg van een dierziekte: de varkenspest. Die talrijke dode dieren en de commotie die daarmee gepaard gaat, leiden tot een compleet nieuwe inrichting van het platteland. Deze Reconstructie heeft Brabant verdeeld in gebieden waar weinig of juist veel landbouw mag worden bedreven. Zo zijn onder meer de landbouwontwikkelingsgebieden (LOG's) ontstaan, waar intensieve veeteelt op grote schaal is toegestaan. Figuur 1.1 geeft inzicht in de verhouding dieren ten opzichte van mensen in de regio Hart voor Brabant.

Zoönosen

De sterk groeiende veehouderij is een van de factoren die ertoe bijdragen dat mensen ziek worden van dieren. Dieren brengen infectieziekten namelijk niet alleen over op elkaar. Een klein deel van de infectieziekten van dieren kan ook klachten veroorzaken bij de mens. Dat zijn de zoönosen. Ook voedsel kan besmet zijn met allerlei soorten ziekteverwekkers. Soms besmetten ziekteverwekkers van dieren ons voedsel. Vectoren (zoals muggen en teken) kunnen ook ziekten van dieren op mensen overbrengen. Sommige zoönosen zijn verdwenen in Nederland, maar er komen ook nieuwe bij. Behalve in de (intensieve) veehouderij moet de oorzaak hiervan ook worden gezocht in klimaatverandering, het toegenomen reisgedrag van mensen, wereldhandel en veranderde voedingsgewoonten.

Geluid, geur en groen

De Q-koortscrisis heeft nog eens duidelijk gemaakt hoe belangrijk de fysieke omgeving is voor de gezondheid van

mensen. Eerder liet onderzoek van het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) zien dat een beperkt deel van de totale ziektelast toe te schrijven is aan factoren in het buitenmilieu. Minder zekerheid is er over de omvang van de bijdragen van chronische effecten van fijn stof en geluid aan de ziektelast. Inclusief geluid en de chronische effecten van fijn stof kan de bijdrage van milieufactoren aan de totale ziektelast oplopen tot 12%¹.

Van geur in de buurt van industrieën en intensieve veehouderijen heeft 7 tot 9% van alle Brabanders last, en zelfs 22% in Mill en St. Hubert. Daarbij spelen zeker ook subjectieve factoren een rol. Zo is het zeer wel denkbaar dat stadsmensen die zich vestigen op het platteland, wel over stank klagen waar de oorspronkelijke bewoners nooit last van hebben gehad. Dat omgevingsfactoren juist ook een positieve invloed hebben op de gezondheid concluderen wetenschappers die onderzoek hebben gedaan naar het effect van groen in de woonomgeving. Een groene omgeving en een groen platteland zijn niet alleen goed voor ons, maar zouden zelfs bijdragen aan (groen) toerisme. Mensen trekken er sneller op uit, kinderen spelen meer in de groene omgeving.

Milieubeleving in Oss

In de vierjaarlijkse gezondheidsenquête van de GGD liet de gemeente Oss voor haar inwoners een aantal extra vragen opnemen over de beleving van de leefomgeving. Zo wilde de gemeente erachter komen hoe haar inwoners de leefomgeving ervaren en in hoeverre zij gezondheidsklachten toeschrijven aan milieufactoren in de leefomgeving. Het gaat dan om weg-, lucht- en railverkeer, bedrijvigheid, intensieve veehouderij, hoogspanningslijnen, burens, etc. Vanwege de recente Q-koortsepidemie is de gemeente Oss bijzonder geïnteresseerd in de rol die haar inwoners toekennen aan de intensieve veehouderij. Meer in algemene zin streeft de gemeente naar duurzame landbouw met veel aandacht voor de gezondheid en milieubeleving van inwoners.

Alert zijn

In Brabant zijn en blijven landbouw en veeteelt economisch van groot belang. Hoe voorkomen we dat zich hier nieuwe zoönosen ontwikkelen? Zolang we nog onvoldoende kennis hebben om de gezondheidsrisico's van bijvoorbeeld vogelgriep of resistente bacteriën goed in te schatten, moeten we in de eerste plaats alert zijn. Het gaat erom contact te houden met veehouders en hun dieren en tijdig signalen te herkennen van

Meer Tilburgers op de fiets

De gemeente Tilburg wil dat het gebruik van de fiets de komende vier jaar toeneemt met minimaal één procent per jaar. In het gemeentelijk Fietsplan 2005-2015 staan allerlei maatregelen die het comfort en de veiligheid voor fietsers moeten vergroten. Zo worden de Sternetroutes, de Tilburgse 'snelwegen' voor fietsers, uitgebreid en opgeknapt. Voor alle fietspaden wordt het onderhoudsbudget verdubbeld en er komen meer (bewaakte) stallingsvoorzieningen.

Op rotondes krijgen auto's voortaan voorrang op fietsen; gebleken is dat het aantal ongelukken daardoor sterk daalt. Ook krijgt een aantal drukke oversteekplaatsen een teller waarop fietsers kunnen zien hoe lang ze nog bij het stoplicht moeten wachten voordat het op groen springt. Bromfietsers mogen alleen nog op de ringbanen gebruikmaken van de fietspaden. Ten slotte wil de gemeente bij wijze van experiment een fietstransferium aanleggen.

Het nieuwe fietsplan is bij verschillende doelgroepen actief onder de aandacht gebracht. Dat geldt voor de schoolgaande jeugd, het winkelend publiek, allochtone inwoners, en bezoekers en organisatoren van evenementen³.

een mogelijke ziekte. Door - als daar aanleiding toe is - direct preventieve maatregelen te nemen - en als het echt moet - besmette bedrijven te ruimen. Figuur 2.2 geeft een vereenvoudigde weergave van hoe dit complexe proces zich ontwikkelde tijdens de Q-koorts epidemie.

Gezondheidsnorm of niet

Een voor de hand liggende reactie na iedere crisis is de roep om normen, standaarden en grenzen. Ook na de Q-koortscrisis vindt er landelijk een discussie plaats over een te ontwikkelen norm om gezondheidsrisico's beter te beheersen. Het probleem daarbij is dat zo'n norm niet per definitie tot betere gezondheid leidt. Dit komt ook duidelijk naar voren bij de luchtkwaliteitsnormen voor wegverkeer, die de gezondheid onvoldoende beschermen². Normen zijn immers doorgaans het resultaat van een afweging van verschillende belangen, bijvoorbeeld economische. Daarbij komt dat het lastig is rekening te houden met een opeenstapeling van factoren als geur, stank en geluid. En ten slotte gaat het er ook om of mensen veilig zijn en zich veilig voelen. Kwesties die zich nu eenmaal moeilijk in een norm laten vangen.

Tegen die achtergrond lijkt het het beste om een eventuele norm te hanteren als het minimum waaraan moet worden voldaan. En verder vooral het gezond verstand te gebruiken.

Goede ruimtelijke ordening

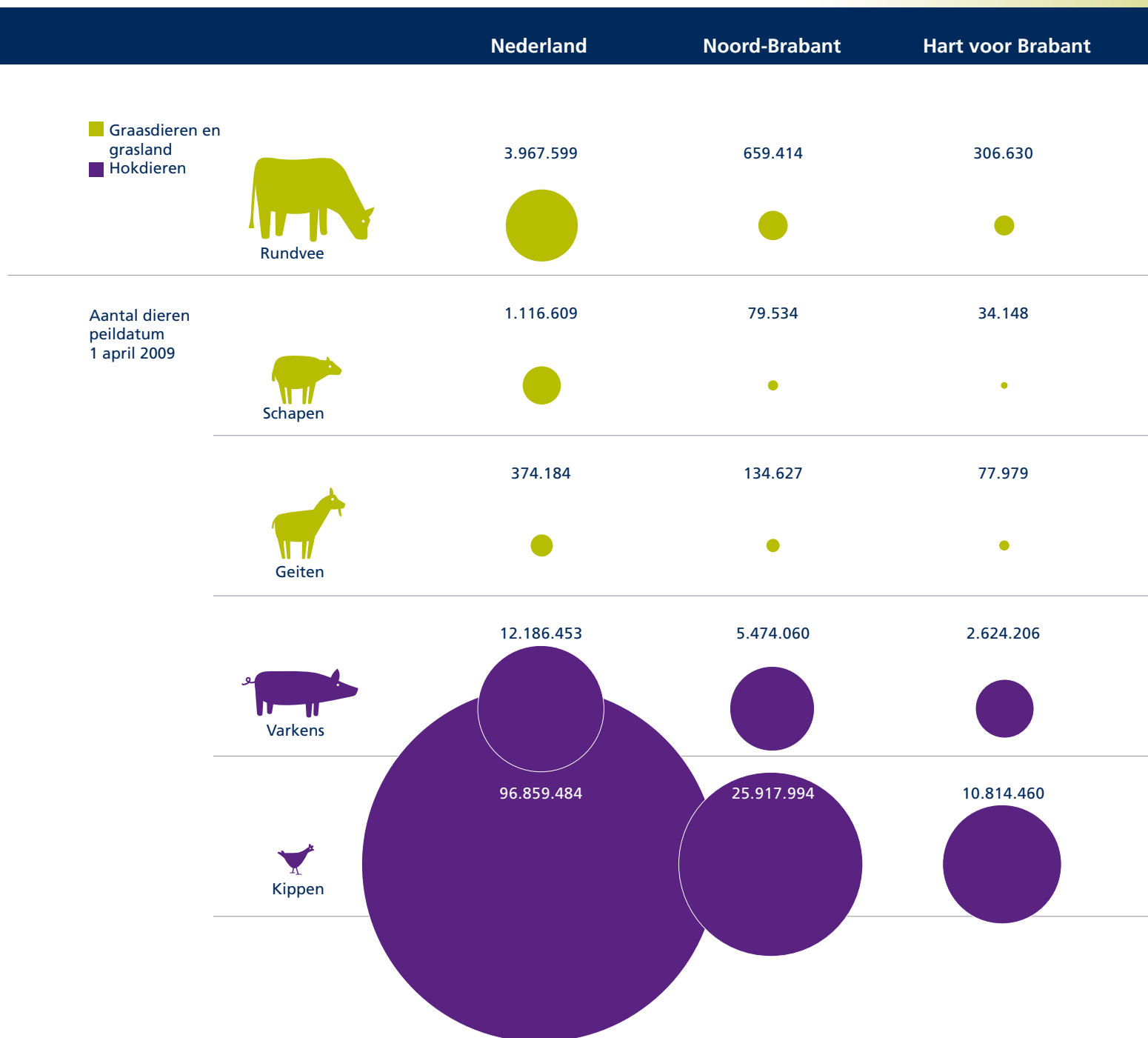
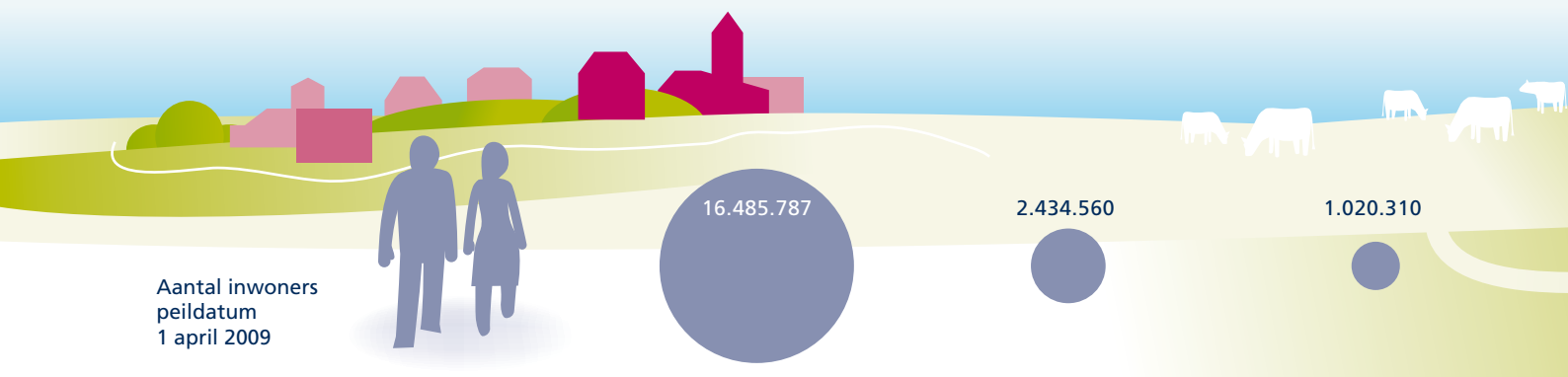
De wetenschap dat de omgeving zo'n belangrijke rol speelt in onze gezondheid is aanleiding om diezelfde omgeving actief in te richten. Wat 'goede ruimtelijk ordening' (begrip uit de Wet Ruimtelijke Ordening) is, staat nergens omschreven. Goede ruimtelijke ordening is dan ook vooral een proces waarin verschillende aspecten en belangen die in de omgeving een rol spelen, worden afgewogen. Sommige aspecten zijn aan wettelijke normen en waarden gebonden. Dat geldt voor geluid- en geurhinder, en voor de veiligheid van mensen ten

opzichte van gevaarlijke stoffen. Binnen de vastgestelde normen kan een gemeente echter zelf invulling geven aan ruimtelijke ordening en daarbij oog hebben voor de bescherming van gezondheid. In samenhang met inspanningen op andere terreinen kan ruimtelijke ordening dus ook een bijdrage leveren aan het bevorderen van de gezondheid. Dat kan door gezond te bouwen en woningen, wijken, bedrijventerreinen en het buitengebied gezond te ontwerpen.

1.1

Aantal mensen/dieren in Nederland, Brabant en Hart voor Brabant

Bron: CBS



Verhouding dieren/mensen in Nederland, Brabant en Hart voor Brabant



Nederland

Noord-Brabant

Hart voor Brabant

Naar rato:
aantal dieren
per inwoner



0,24



0,27



0,30



0,08



0,03



0,03



0,02



0,06



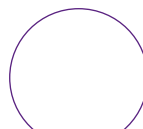
0,08



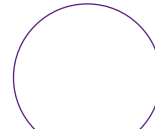
0,74



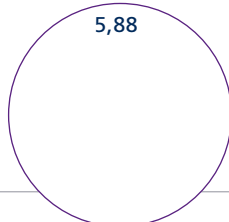
2,25



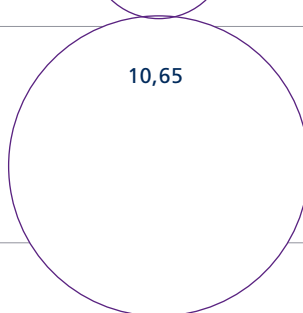
2,57



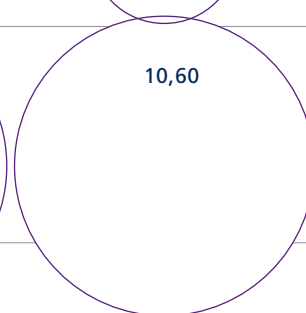
5,88



10,65



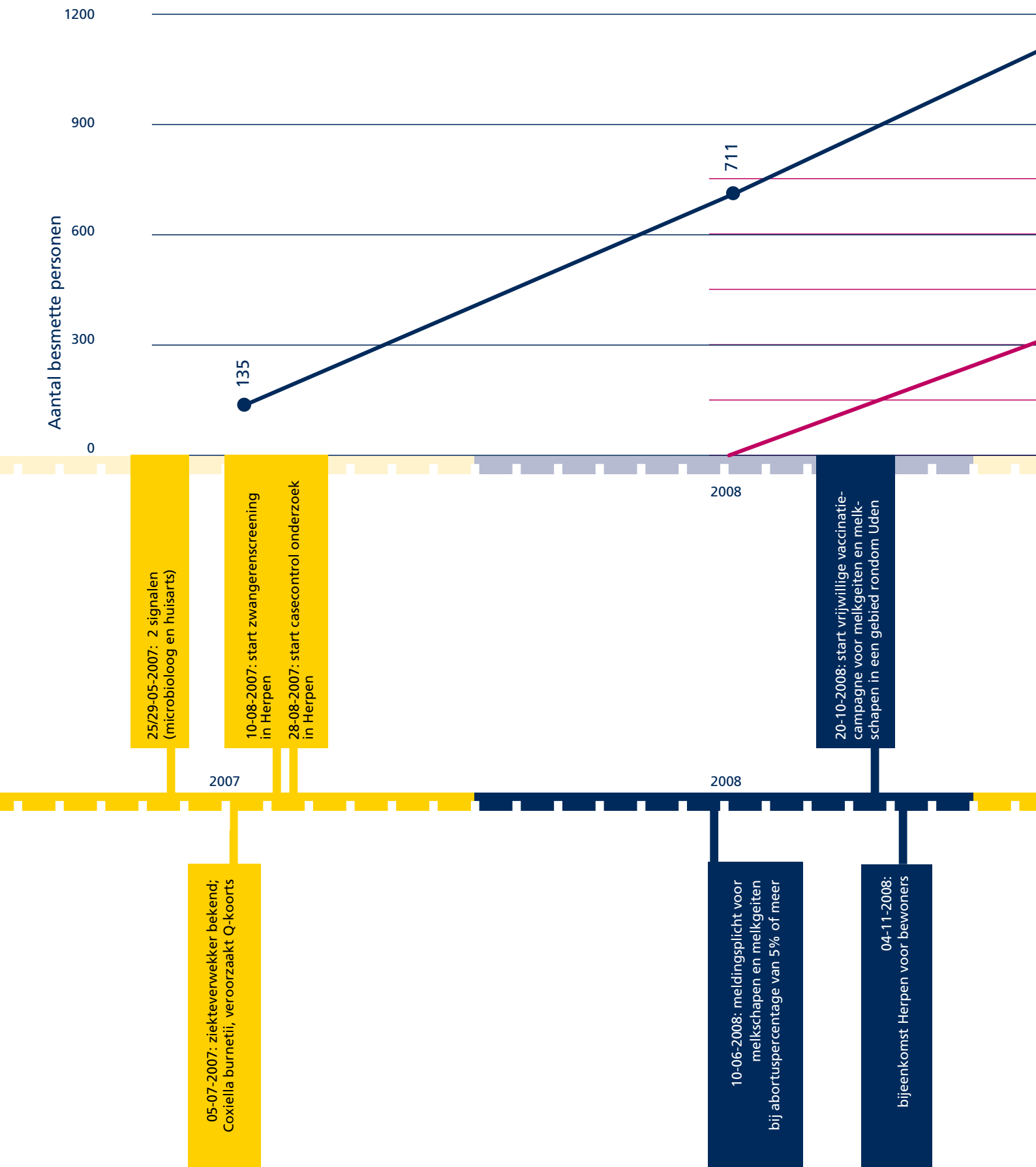
10,60

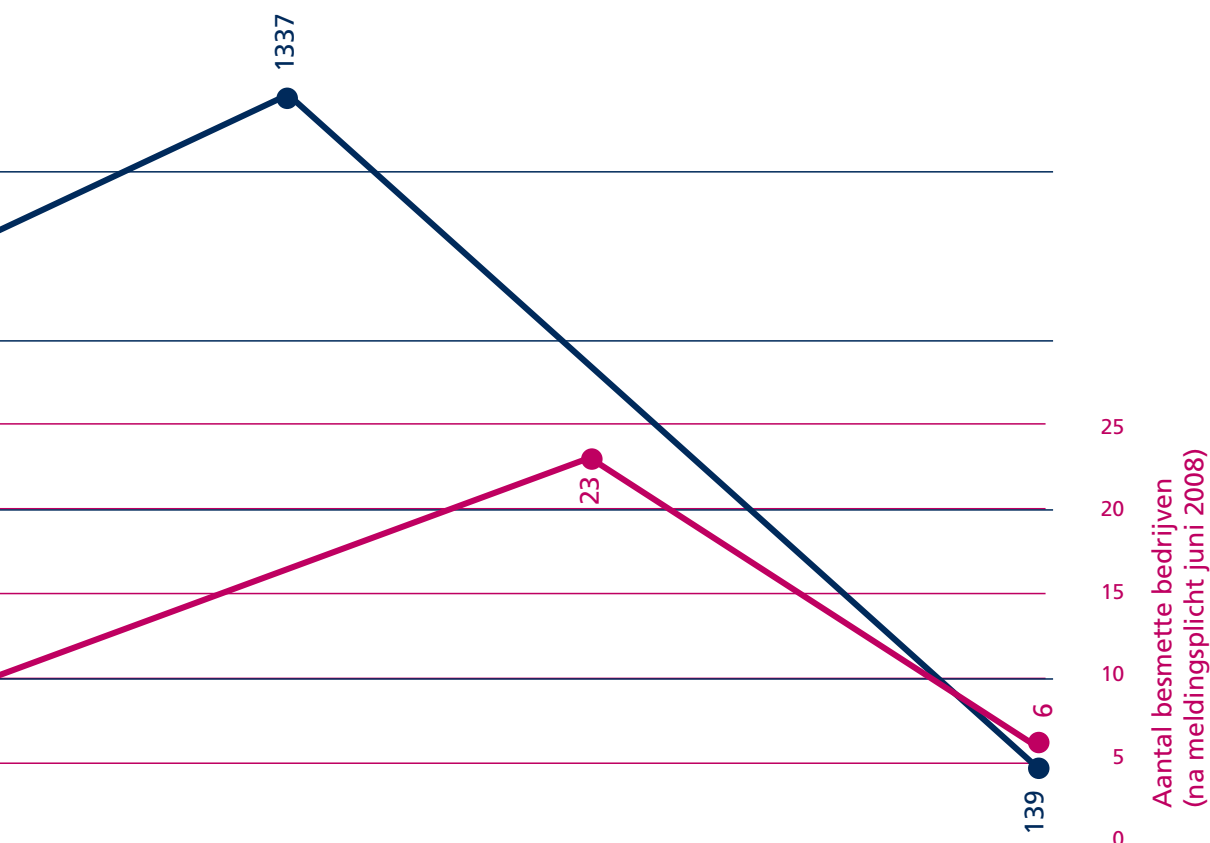


1.2

De Q-koorts epidemie

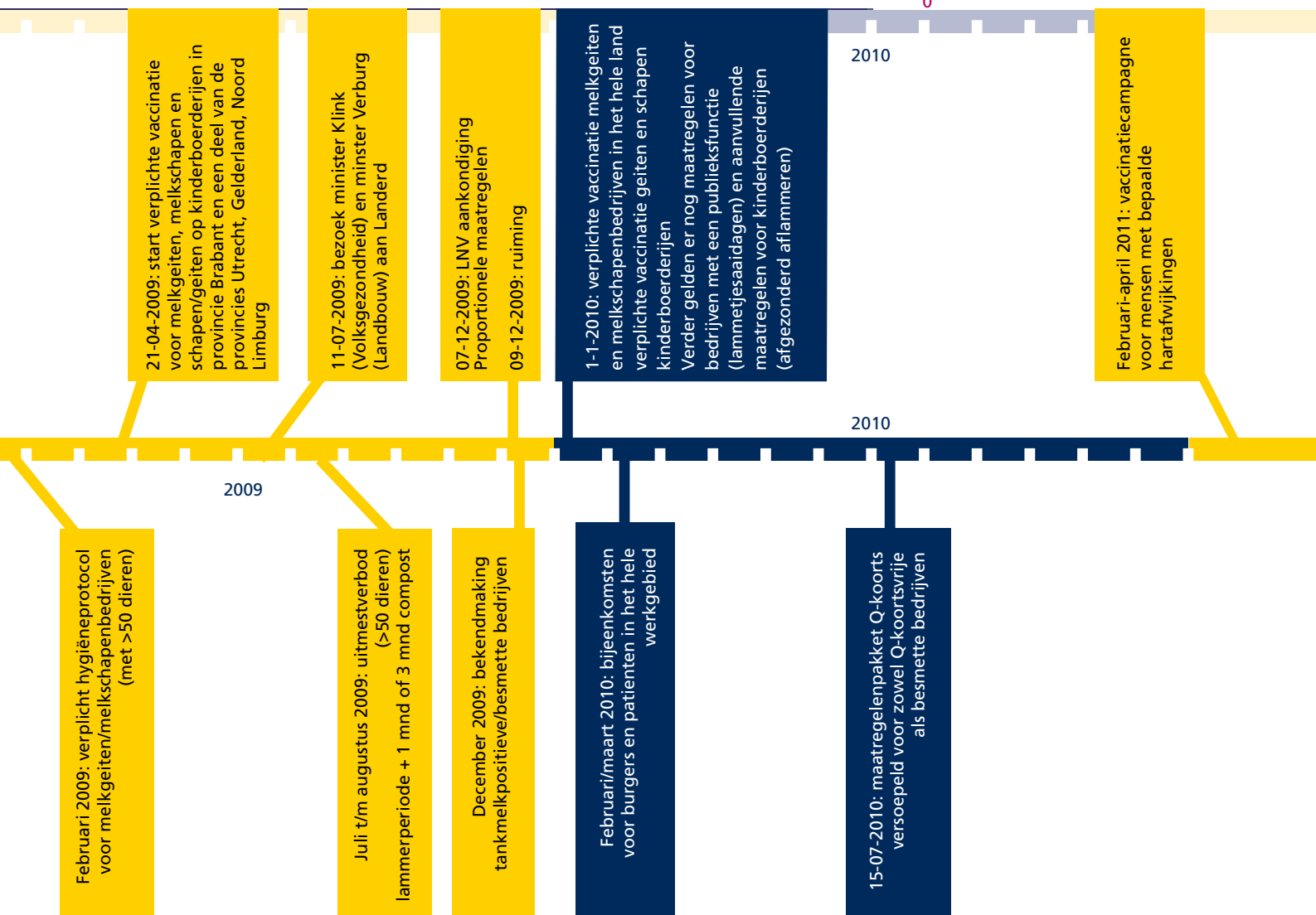
Bron: GGD Hart voor Brabant





Algemeen

Gedurende de epidemie is regelmatig het outbreakmanagement team en het bestuurlijk afstemmingsoverleg bijeen geweest om verder beleid te bepalen.



“Ik mis hier de warmte van een dorpscafé
de aanspraak van mensen met een zachte ‘g’
ik mis zelfs ‘t zeiken op alles om niets
was men maar op Brabant zo trots als een Fries
in ‘t zuiden vol zon, woon ik samen met jou
‘t is daarom dat ik zo van Brabanders hou.”
(Guus Meeuwis - Brabant)

Gezelligheid kent geen tijd

Ergens ver weg, op een plek die wel heel schraal en verlaten moet zijn, bezingt Guus Meeuwis de Brabantse gezelligheid. De Brabantse cultuur schept een band tussen de mensen, creëert saamhorigheid, intimiteit en identiteit. Het gelukkige gevoel dat daarmee gepaard gaat, levert een bijdrage aan een goede gezondheid. Gezelligheid kent echter geen tijd. Zo krijgen de feestvierders in hun hang naar gezelligheid regelmatig de kans om flink door te draven. En wanneer de maat zoek raakt kan dat leiden tot het consumeren van te veel bier, sigaretten, joints, frites en frikadellen. Ze kunnen de handen niet thuis houden of verwarren seksualiteit met agressiviteit. Wat begint met een geintje of onschuldig genot kan op termijn uitdraaien op langdurige lichamelijke of psychische problemen.

Van veel te veel

Roken bijvoorbeeld begint meestal in de gezelligheid van de eigen kring, op school of op het werk. Eenmaal zover is het moeilijk er weer vanaf te komen. In onze regio roken verhoudingsgewijs evenveel mensen als in het hele land (26% in 2009). Dat percentage daalt licht, maar er zijn hier wel meer zware rokers: mensen die 21 of meer sigaretten per dag roken.

Overmatig alcoholgebruik is in Brabant een hardnekkig probleem. Hier wijken we flink af van het Nederlands gemiddelde. Van alle inwoners van 12 jaar en ouder drinkt in onze regio ongeveer 20% te veel. Jongeren komen al heel vroeg in aanraking met alcohol. Van de 8- tot en met 11-jarigen heeft 10% wel eens gedronken. Het aantal drinkende tieners neemt weliswaar af, maar dat geldt niet voor de jongeren die geregeld binge drinken. ‘Binge’ is Engels voor ‘fuij’; in dit geval betekent het echter in korte tijd veel te veel drinken. Ook wat dit fenomeen betreft steekt onze regio negatief af ten opzichte van Nederland.

Neem verder ons eetgedrag en de invloed ervan op het gewicht. Van de volwassenen in onze regio is bijna de helft te dik. Twee procent van de kinderen en jongeren lijdt aan ernstig overgewicht (obesitas). We lopen weliswaar in de pas

met de landelijke cijfers en de stijgende trend is omgebogen, maar het is nog steeds te veel (zie figuur 1.3). Een nieuwe ontwikkeling is dat het aantal ouderen met overgewicht toeneemt (van 58 naar 61%). Dat is op zichzelf niet zo’n probleem, maar wel als het om ernstig overgewicht gaat. En juist daar zien we de stijging (van 14 naar 17%). In samenhang daarmee zal het aantal ouderen met diabetes toenemen. En zo is er een nieuwe doelgroep voor obesitasbestrijding.

Risico’s

Al deze cijfers zijn van belang, omdat een ongezonde leefstijl leidt tot allerlei ziekten en als gevolg daarvan een belangrijke oorzaak is van het verlies aan gezondheid of zelfs voortijdige sterfte. Roken veroorzaakt onder andere sterfte door longkanker, maar is ook een risicofactor voor aandoeningen aan hart en bloedvaten. Overmatig alcoholgebruik hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen. Een ongezond voedingspatroon is een risicofactor voor onder andere een aantal chronische ziekten. Vaak houden we er meer (on) gezonde leefstijlgewoontes tegelijk op na, waardoor de risico’s extra toenemen.

Omgekeerd voorkomt een gezond voedingspatroon een kwart van alle kankers en hart- en vaatziekten. Meer in het algemeen heeft een actieve leefstijl een positief effect op gezondheid. Figuur 1.4 laat zien hoeveel het stoppen met een ongezonde leefstijl bijdraagt aan een (gezonde) levensverwachting.

Eenzaamheid

- Eenzaamheid kan leiden tot depressie, zelfmoord en hartaandoeningen.
- Eenzaamheid verhoogt de kans op overlijden.
- Mensen met een partner zijn minder eenzaam dan mensen zonder partner.
- Sommige persoonlijke eigenschappen en gezondheidsproblemen leiden tot eenzaamheid.
- Familie, vrienden, kennissen en collega’s beschermen tegen eenzaamheid.

Gezond van geest

Ten slotte onze mentale gesteldheid. In onze regio klagen minder mensen (dan gemiddeld in Nederland) over moeheid, hoofdpijn of slapeloosheid. Toch voelt 15% van de volwassenen zich psychisch ongezond. Naar schatting 17.000 mensen lijden in de regio aan een depressie. Gezien de vergrijzing in onze regio zal dit aantal de komende jaren stijgen. Van de jongeren klaagt 13% over hun psychische gezondheid; bijna 10% heeft recent wel eens aan zelfmoord gedacht.

Ongeveer 7% van de volwassenen in onze regio voelt zich ernstig eenzaam. Dat is de laatste jaren niet veranderd. Eenzaamheid kenmerkt zich door gevoelens van gemis en teleurstelling, die optreden wanneer mensen hun feitelijke relaties afwegen tegen de wensen en verwachtingen die zij ten opzichte van relaties koesteren. Het bevorderen van psychische gezondheid vraagt om een brede benadering, waarbij preventie van psychische problemen wordt verbonden met het bevorderen van een gezonde leefstijl. Een gezonde leefstijl heeft zowel betrekking op gezond eten en bewegen als op de mentale vaardigheden om gezond te leven.

Vriendelijk duwtje

Soms zijn mensen direct slachtoffer van hun omgeving. Bijvoorbeeld in het geval van seksueel en huiselijk geweld, of van pesten op school. In dat geval kunnen de overheid of andere instanties de daders aanpakken; met psychische hulp kan het slachtoffer eventueel weerbaarder worden. In andere gevallen (te veel eten, drinken, roken, drugs) zijn de gezondheidsbedreigingen vooral het gevolg van individueel gedrag; van het maken van ongezonde keuzes. Ook al zijn die keuzes objectief schadelijk voor de gezondheid, wie daar iets van zegt loopt het risico voor betuttelend te worden versleten. Vanaf dat moment schiet elke goedbedoelde waarschuwing zijn doel voorbij. De uitdaging is creatief naar manieren te zoeken om mensen te ondersteunen in gezond gedrag. Op YouTube circuleert een filmpje waarin metroreizigers niet kiezen voor de roltrap, maar de trap oplopen. De treden zijn geschilderd als de toetsen van een piano. Elke toets brengt een eigen klank voort. De aanvankelijk verbaasde traplopers krijgen er vervolgens plezier in om hun eigen deuntje te 'lopen'. Een mooi voorbeeld van 'goede ruimtelijke ordening' in het klein waar de keuze voor de gezonde optie leuk en dus gemakkelijk wordt.

Piepende jongen

Uit allerlei onderzoek blijkt dat de rol van de ouders van grote invloed is op het gedrag van jongeren. Jongeren piepen zoals ouderen zingen als het gaat om roken, cannabisgebruik, alcoholgebruik en risicovolle seks op jonge leeftijd. De aanpak van de ongezonde leefstijl bij jongeren zelf is hier dus onvolgende. Omdat de ontwikkeling van het gedrag begint in de opvoeding, zullen ook de ouders bij de aanpak ervan moeten worden betrokken.

Ouders hebben een grotere invloed dan zij denken, zowel in positieve als negatieve zin. Door het dramatische overlijden van de meisjes Savanna en Gessica is de overheid zich nadrukkelijker gaan bemoeien met de opvoeding van kinderen. Waarbij vanzelfsprekend de vraag opduikt hoever de overheid daarin moet, kan en wil gaan. In het aanbod aan ouders

en kinderen zijn intussen volop ontwikkelingen aan de gang zoals de Centra voor Jeugd en Gezin en de regionale aanpak kindermishandeling. Het vroeg signaleren van problemen bij kinderen is de eerste taak geworden. Daar bestaat in ieder geval geen twijfel over.

Nudging

In juni 2010 organiseerden de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) en ZonMw een conferentie over recente inzichten uit de gedragseconomie en de sociale psychologie. Dat gebeurde aan de hand van het concept 'nudging'⁴. Een kernbegrip in dit concept is 'keuzearchitectuur', ofwel het ontwerpen van gebruikersvriendelijke omgevingen die het gedrag van individuen kunnen verbeteren. Nudging is welbeschouwd een vorm van manipulatie. Ook door niets te doen, geef je duwtjes. Doe het dus liever welbewust en doelgericht en wees daarbij transparant over doel en middelen. Het vergemakkelijken van keuzes, bijvoorbeeld door het aanreiken van 'gezonde standaardopties', is ethisch in ieder geval prima te verantwoorden.

Veilig zijn en veilig voelen

Ook in de omgang met anderen gaan mensen soms te ver. Landelijk heeft een derde van alle vrouwen wel eens te maken gehad met seksueel gedrag waarbij hun grens werd overschreden. Ook jongeren - en vooral meisjes - tussen 12 en 17 jaar hebben ongewenste seksuele ervaringen. In onze regio nam hun aandeel toe van 4 naar 6%.

In eigen huis waren in onze regio ongeveer 12.000 volwassenen en 700 ouderen slachtoffer van geweld, al dan niet van seksuele aard. Huiselijk geweld heeft ingrijpende gevolgen voor de lichamelijke en psychische gezondheid van de slachtoffers. Ook in hun directe woonomgeving voelen mensen zich niet altijd veilig, vooral vanwege rondhangende jeugd. Naarmate men ouder wordt heeft men daar echter minder last van. Zo voelt 20% van de volwassenen in onze regio zich onveilig, tegenover bijna 30% van de jongeren. Die hebben vooral last van andere jongeren en voelen zich op school steeds minder veilig.

1.3

Trends in leefstijl bij volwassenen

Bron: GGD gezondheidsmonitors Hart voor Brabant



Leefstijl		2004	2009	Trend
Overgewicht 	Overgewicht totaal (incl. obesitas)	45	46	Gelijk
	Ernstig overgewicht (obesitas)	11	11	Gelijk
Lichamelijke activiteit 	Voldoet niet aan de Norm Gezond Bewegen (NNGB*)	41	40	Gelijk
Roken 	Rookt	29	26	Gunstig
	Zware roker	3	3	Gelijk
Alcoholgebruik 	Is een overmatige drinker (mannen: >21 glazen/week, vrouwen: >14 glazen/week)	15	13	Gunstig
	Voldoet niet aan norm verantwoord alcoholgebruik**	41	33	Gunstig

*NNGB

NNGB= Nederlandse Norm Gezond Bewegen = een half uur tenminste matig intensieve lichamelijke activiteit op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.

**Norm verantwoord alcoholgebruik:

Mannen:

max. 21 glazen/week
max. 5 glazen/drinkdag
max. 5 drinkdagen/week



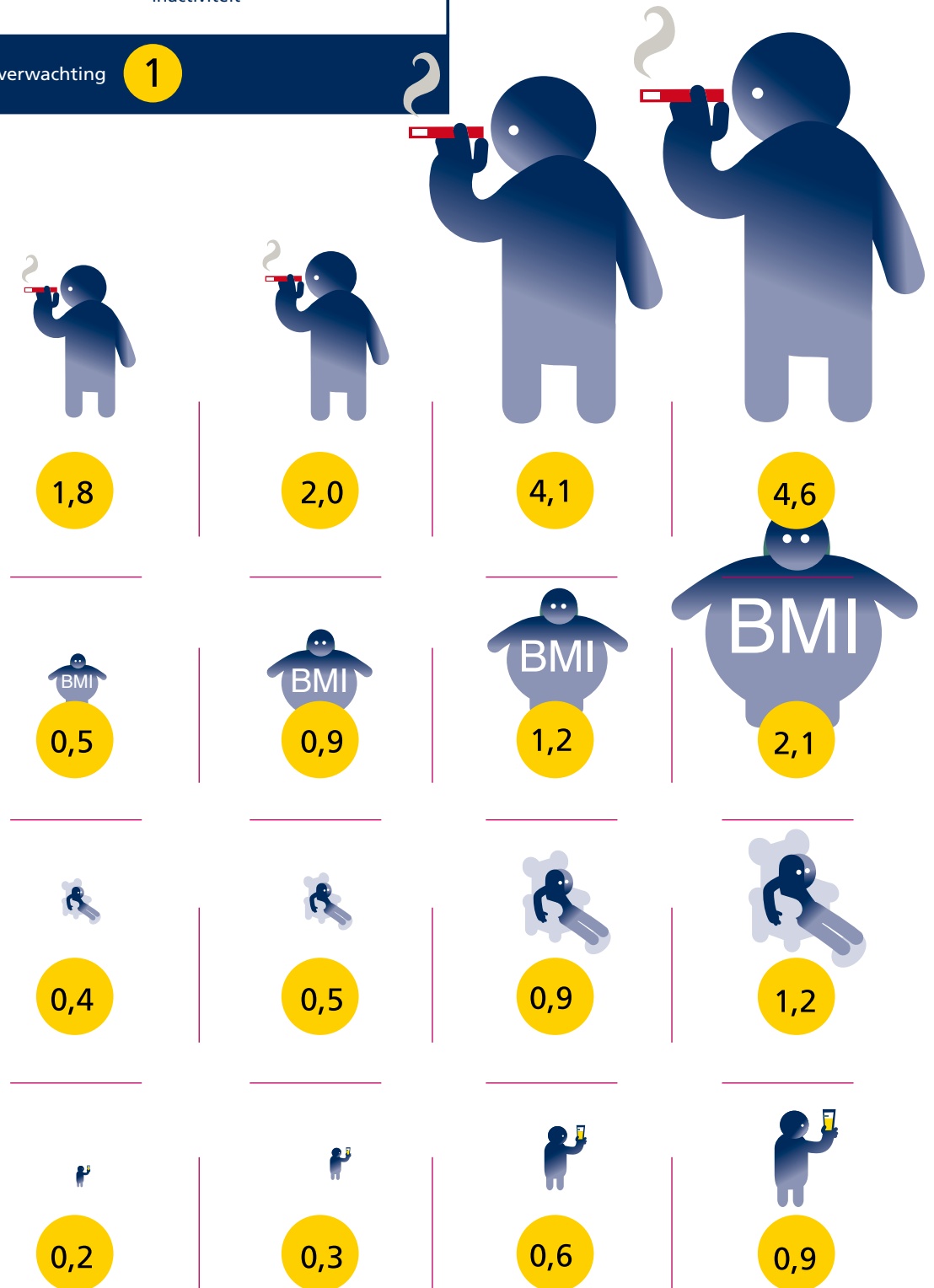
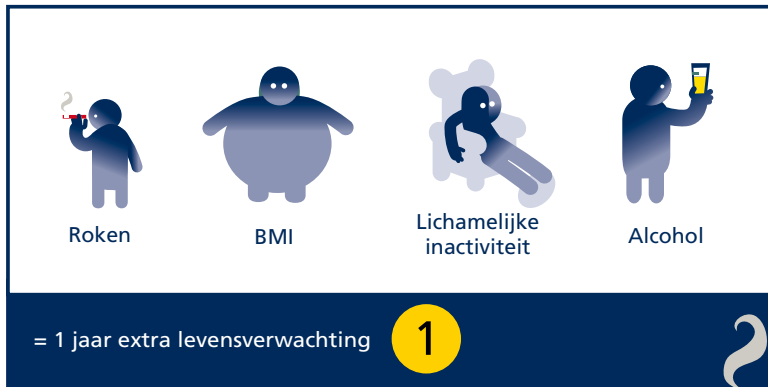
Vrouwen:

max. 14 glazen/week
max. 3 glazen/drinkdag
max. 5 drinkdagen/week

1.4

Effecten van eliminatie van risicofactoren op (gezonde) levensverwachting

Bron: RIVM



Resterende levensverwachting op populatieniveau

Resterende gezonde levensverwachting op populatieniveau

Resterende levensverwachting op individueel niveau

Resterende gezonde levensverwachting op individueel niveau

Gezonde gemeenschap

De aanpak van ongezonde leefstijlen kan in principe overal plaatsvinden: in het gezin, op school in de wijk, de gemeente of de regio. Onlangs toonde een onderzoek expliciet het belang van de buurt aan⁵. Waar buurtbewoners elkaar kennen, waar een saamhorigheidsgevoel heerst en de sfeer als gezellig wordt ervaren, is de gezondheid beter. Dat geldt ook voor dorpen met hun carnavals- en voetbalvereniging. In kleine gemeenschappen gaat saamhorigheid samen met sociale controle. Ouders lichten elkaar in over het gedrag van de kinderen. Zo bezien bevorderen projecten gericht op saamhorigheid dus ook de gezondheid. Wanneer dit saamhorigheidsgevoel de basis wordt voor ongezonde gewoonten ligt een negatief effect op de loer: de voetbalkantine als de plek voor het eerste biertje op te jonge leeftijd.

Gezond eten en bewegen voor jongeren

In 'foodstad' Veghel zetten de gemeente en de lokale voedingsector jongeren ertoe aan om gezond te eten en te bewegen. Onder het motto 'Jongeren op Gezond Gewicht' (JOGG) worden voor jongeren tot 19 jaar allerlei acties georganiseerd zoals meer aandacht voor voeding en beweging op school, betere sport- en speel-faciliteiten en voorlichting aan ouders. Daartoe zijn de gemeente, Mars Nederland, Jumbo Supermarkten, Sligro Food Group en Maison van den Boer een publiek private samenwerking aangegaan.

JOGG is een initiatief van het Convenant Gezond Gewicht, waarin 27 landelijke (koepel-)organisaties vanuit de (rijks)overheid, bedrijfsleven en maatschappelijke organisaties zijn verenigd. Sleutelbegrippen in het project zijn: politiek-bestuurlijk draagvlak, publiek-private samenwerking, sociale marketing, wetenschappelijke begeleiding en evaluatie en verbinding preventie en zorg.

De JOGG-beweging wordt gedragen door zowel publieke als private partijen, zoals het ministerie van VWS, de wetenschap (onderzoeksinstellingen), gezondheidsbevorderende instellingen en landelijk opererende bedrijven uit de food-, retail- en verzekeringssector.

Naast Veghel zijn Amsterdam, Zwolle, Den Haag, Rotterdam en Utrecht JOGG-koplopergemeenten.

project (Jongeren op Gezond Gewicht). Elders is er sprake van succesvolle samenwerking tussen gemeenten en de eerstelijns gezondheidszorg, vooral huisartsen. Maar ook gemeenten onderling kunnen veel bereiken. Dat blijkt uit de aanpak van de 21 gemeenten in de regio Brabant Noord. Samen startten zij het regionale project 'Alcohol 16min geen goed begin', met het doel vanuit verschillende invalshoeken jongeren te beïnvloeden in hun alcoholgedrag.

Het effect van alleen maatregelen op het terrein van gezondheid is beperkt. Vaak gaat het daarbij om tijdelijke acties, aan een plaats gebonden (bijvoorbeeld op één school) en niet verbonden met andere activiteiten. De kracht van projecten neemt toe wanneer activiteiten en maatregelen een structurele plaats krijgen in het beleid van gemeenten en andere organisaties. Ook door samenwerking op verschillende gemeentelijke beleidsterreinen zoals ruimtelijke ordening, milieu en welzijn is winst te boeken.

Samenwerken werkt

De aanpak van problemen op het terrein van de volksgezondheid gedijt het beste in samenwerking. In Veghel werkt de gemeente samen met private ondernemingen in het JOGG-

Op z'n Brabants samen aan de bak

In onze moderne samenleving loopt onze gezondheid risico's door factoren die onder meer met economische activiteiten verband houden. In Brabant heeft de Q-koortscrisis ons geleerd voortaan alert te zijn. Alle betrokken partijen zijn met elkaar in gesprek geraakt om samen een betere aanpak van zoönosen te ontwikkelen. Dat geldt voor veehouders, Q-koortspatiënten, dierenartsen, huisartsen, de ministeries en provinciale en gemeentelijke beleidsafdelingen. Het ontwikkelen van een gezondheidsnorm is niet zaligmakend. Beter is het een eventuele norm als minimum te hanteren en vooral te doordenken waar onze gezondheid het beste mee gediend is. Op het terrein van openbare ruimte kunnen vooral gemeenten zelf beleid voeren en maatregelen treffen om de gezondheid beter te beschermen.

Intussen stabiliseren allerlei ongezonde leefstijlen zich op een te hoog niveau. Niet iedereen lukt het optimaal te functioneren in de sociale omgeving. Veel mensen zijn eenzaam, hebben problemen met opvoeden, voelen zich buitengesloten. Er is dus nog veel winst te boeken.

Effectief zijn vooral inspanningen gericht op groepen die er een ongezonde leefstijl op na houden: de zware rokers, mensen die teveel alcohol gebruiken en de binge-drinkende jeugd. Ouderen met ernstig overgewicht komen daar als nieuwe aandachtsgroep bij. Een integrale aanpak van diverse leefstijlaspecten heeft daarbij de voorkeur. Zo helpt het bevorderen van een gezonde leefstijl door beweging en andere sportieve uitingen ook bij het voorkomen van psychische problemen.

Volgens het Nationaal Kompas Volksgezondheid reageren Nederlanders op stressvolle situaties vaker met een actieve aanpak dan met piekeren of wensen dat de situatie anders was. De neiging tot het actief oplossen van problemen is sterker in het zuiden dan in de rest van Nederland. Gepaard aan de saamhorigheid die de Brabanders zo kenmerkt, luidt het motto voor de komende jaren dan ook: samen aan de bak voor een gezonder Brabant.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op diverse deelrapportages:

- Eenzaamheid
- Fysieke omgeving
- Genotmiddelen
- Huiselijk geweld
- Infectieziekten
- Jeugd
- Overgewicht en diabetes
- Psychische gezondheid en depressie
- Roken
- Seksueel gedrag
- Sociale veiligheid
- Sociale omgeving en participatie
- Ziekte
- Ziektepreventie

Deze deelrapportages en meer informatie zijn terug te vinden op het Regionale Kompas Volksgezondheid Hart voor

Brabant (www.regionaalkompas.nl). Voor de cijfers is gebruik gemaakt van de informatie uit onder andere de regionale gezondheidsmonitors. De resultaten hiervan zijn terug te vinden op de GGD Gezondheidsatlas Hart voor Brabant (www.ggdgezondheidsatlas.nl).

Referenties

- ¹ Knol AB, Staatsen BAM. Trends in the environmental burden of disease in the Netherlands, 1980-2020. RIVM Rapport 500029001. Bilthoven: RIVM, 2005.
- ² Van der Zee SC et al. GGD richtlijn medische milieukunde. Luchtkwaliteit en gezondheid. RIVM rapport 609330008. Bilthoven: RIVM, 2008.
- ³ Fietsplan 'Tilburg fietst' 2005-2015. Tilburg: gemeente Tilburg, 2006.
- ⁴ WRR ZonMw. Verslag expertmeeting 'De menselijke beslisser; Kiezen voor gezond gedrag'. Den Haag: ZonMw, 2010.
- ⁵ Mohnen SM et al. Neighborhood social capital and individual health. Social Science & Medicine 2011, 72(5): 660-7.



2. Wie voor een dubbeltje geboren is

Gezond zijn we niet zomaar. Uit allerlei onderzoek blijkt dat onze gezondheid in hoge mate samenhangt met onze maatschappelijk positie. Mensen met een lage opleiding hebben aantoonbaar meer problemen met hun gezondheid dan degenen die hoger op de maatschappelijke ladder staan. Daarom is het van belang dat de overheid in haar gezondheidsbeleid niet alleen kijkt naar de gezondheid van mensen, maar ook naar andere factoren die daarop van invloed zijn. Wie voor een dubbeltje geboren is, kan zeker een kwartje worden, maar begint wel met een gezondheidsachterstand.

Verschillen en achterstanden in gezondheid

Gezond? Dan ben je vast niet arm

Met deze titel kopte De Volkskrant begin 2009 een artikel over gezondheidsverschillen in ons land. Daaruit bleek nog eens dat gezondheidsverschillen verband houden met sociale verschillen en de daarbij behorende leefstijlen. Ooit liep Nederland voorop met maatregelen om die verschillen te verkleinen. Inmiddels moeten we constateren dat ondanks alle inspanningen de gezondheidsverschillen de afgelopen decennia zijn toegenomen. Er is bovendien geen reden om aan te nemen dat die verschillen vanzelf afnemen.

Feit is dat de gezondheid van mensen met een lage opleiding op bijna alle fronten het slechtst is. Mensen met een lage opleiding leven 6 tot 7 jaar korter dan hoogopgeleiden. De periode waarin zij zich gezond voelen, is zelfs 20 jaar korter dan bij hoogopgeleiden¹. Figuur 2.1 geeft de levensverwachting, met en zonder lichamelijke beperkingen, naar opleidingsniveau weer voor mannen en voor vrouwen. Doordat mensen met een vergelijkbare sociaaleconomische status vaak bij elkaar wonen, is het verschil in gezondheid ook op de landkaart zichtbaar. Zo worden bijvoorbeeld de inwoners van Oisterwijk gemiddeld 2,5 jaar ouder dan inwoners van het aangrenzende Tilburg. Ook op het Brabantse platteland is er sprake van verborgen armoede. Sommige boeren hebben een grote boerderij en veel land, maar weinig te besteden en soms ook een lage opleiding. De verborgen armoede in onze regio staat letterlijk en figuurlijk nog niet op de kaart. Figuur 2.2 laat zien hoe de verdeling van mensen met een mogelijke gezondheidsachterstand in gezondheid over de regio er uit ziet.

Risicogroepen

Als regio's, gemeenten en wijken gemiddeld goed scoren op gezondheid, wil dat nog niet zeggen dat er geen problemen zijn. Overal wonen groepen mensen van wie de gezondheid risico's loopt vanwege hun lage opleiding of laag inkomen (zie figuur 2.3). Recent kunnen tot de risicogroepen ook inwoners van de nieuwe EU-landen worden gerekend, die hier als seizoenarbeiders werken in de bouw en in de asperges- en aardbeienteelt. Vooral signalen over het alcoholgebruik onder Polen is verontrustend. Terwijl er in ons land steeds minder verkeersongelukken plaatsvinden waarbij alcohol in het spel is, zijn daar steeds vaker Polen bij betrokken.

Aan de ene kant beïnvloedt de zwakke sociaaleconomische positie van mensen hun gezondheid negatief (figuur 2.4); aan de andere kant belemmert een slechte gezondheid hun deelname aan werk en andere vormen van participatie.

Waarom allochtone vrouwen minder werken

Turkse en Marokkaanse vrouwen nemen relatief weinig deel aan het arbeidsproces. Tot nu dachten we dat dat vooral het gevolg is van hun lagere opleiding. Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau blijkt echter dat ook gezondheidsproblemen een rol spelen. Allochtone vrouwen komen vaker dan autochtone vrouwen met chronische klachten bij de huisarts. Ze klagen vooral over hoofdpijn, nekpijn en depressies. Of deze vrouwen ook vaker ziek zijn, is niet duidelijk. Wel dat ze zich vaker dan anderen ziek voelen en denken daardoor geen betaald werk te krijgen. Dat inzicht biedt perspectief om het probleem aan te pakken. Vooral de huisarts en medewerkers van de sociale dienst kunnen in gesprekken met deze cliënten de relatie met werken aan de orde stellen².

Maatschappelijke winst

Diversiteit in opleiding, inkomen en werk zal er altijd zijn. Dat is op zich niet het probleem. Het wordt pas een probleem als dit gezondheidsverschillen veroorzaakt. En dat doet het: via allerlei tussenliggende factoren als een ongezondere woon- en werkomgeving en ongezonde leefstijl. Al deze factoren clusteren zich rond bepaalde groepen die daardoor een grotere kans hebben op een slechtere gezondheid. Om een aantal redenen is het verstandig energie te steken in het terugdringen van die gezondheidsverschillen. De eerste reden is dat doordat gezondheidsproblemen zich concentreren in bepaalde risicogroepen, met een aanpak gericht op die groepen de meeste individuele gezondheidswinst te boeken is.

Bijstandsgerechtigden stoppen met roken

In samenwerking met de GGD en het Platform Minima Uden heeft de gemeente Uden alle ca. 600 bijstandsgerechtigden gratis een cursus Stoppen met Roken aangeboden. Naar een informatiebijeenkomst kwamen 14 mensen, van wie er uiteindelijk tien zijn gestart met de cursus. De cursus duurde van november tot half december 2010. Van de tien deelnemers zijn er na de cursus acht gestopt met roken.

Een andere belangrijke reden is dat op dit moment het aantal niet-werkenden in Brabant voor bijna de helft uit laagopgeleiden bestaat³. Door economische ontwikkelingen en de toenemende vergrijzing zijn deze mensen op afzienbare termijn hard nodig. Voor een bijdrage aan een innovatief Brabant hebben zij een opleiding nodig, voor een zorgzaam Brabant zijn zij nodig om te werken in de zorg, en ook als mantelzorger of vrijwilliger kunnen zij anderen ondersteunen en de zorg ontlasten. Het gaat er niet om dat iedereen hoog wordt opgeleid, maar wel voldoende wordt geschoold voor de arbeidsmarkt. Via gezond werk, een hoger inkomen en participatie verbetert ook de kans op een betere gezondheid.

Krapte op de arbeidsmarkt

De economische ontwikkeling zal in combinatie met de vergrijzing van de bevolking leiden tot krapte op de arbeidsmarkt. Daar liggen kansen voor laagopgeleiden, maar alleen als we in staat zijn de hardnekkige problemen die met een lage opleiding gepaard gaan, aan te pakken³. In de Arbeidsmarktverkenning 2015-2020 adviseert de Sociaal Economische Raad Brabant de betrokken partijen een aantal maatregelen te nemen:

- bedrijven en instellingen moeten investeren in het vitaal houden van personeel en extra aandacht besteden aan laagopgeleiden;
- onderwijsinstellingen moeten het voortijdig schoolverlaten indammen;
- gemeenten moeten zich inspannen voor laaggeschoolden met een uitkering en ervoor zorgen dat zwakke groepen naar vermogen op de arbeidsmarkt worden ingezet;
- de provincie moet stimulerende arrangementen ontwikkelen, die ertoe bijdragen dat 45-plussers en laagopgeleiden aan de bak komen.

Gezondheidsvaardigheden

Bovendien speelt de toegankelijkheid van informatie en zorg een rol. Zo blijkt laaggeletterdheid nauw samen te hangen met een gebrek aan gezondheidsvaardigheden. Het lezen van een etiket, het opvolgen van een gezond advies is moeilijk voor wie niet kan lezen of de gegeven informatie niet begrijpt of kritisch kan beoordelen⁴. Deze problemen kunnen ondergaan worden door onder andere het gebruik van beeldtaal en een andere benadering van de doelgroep. Dat is vooral van belang voor professionals werkzaam in bijvoorbeeld de (preventieve) gezondheidszorg. Tegelijk heeft de gemeente een rol in het voorkomen van laaggeletterdheid en voortijdig schoolverlaten via (volwassenen)educatie.

Brede aanpak

Het meeste succes oogst een aanpak met activiteiten dichtbij en samen met de genoemde risicogroepen. In de wetenschap dat verschillende factoren van invloed zijn op de gezondheid, is het weinig effectief alleen de aandacht op de leefstijl te richten. Het gaat erom ook die beleidsterreinen erbij te betrekken, die zich richten op andere factoren die ook invloed hebben op de gezondheid. Denk bijvoorbeeld aan onderwijs, sociale zaken en ruimtelijke ordening. Via onderwijs kan gewerkt worden aan opleiding, via sociale zaken aan inkomen en via ruimtelijke ordening aan de verbetering van de woonomgeving in de woning (binnenmilieu) en eromheen (wijk-inrichting, geluids- en stankoverlast).

Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) pleit voor een samenhangende bestuurlijke aanpak op lokaal niveau⁵. Daarmee wordt bedoeld dat de gemeente kiest voor een collegebrede aanpak, omdat alleen zo de doelstellingen om gezondheidsverschillen te verkleinen een kans van slagen hebben.

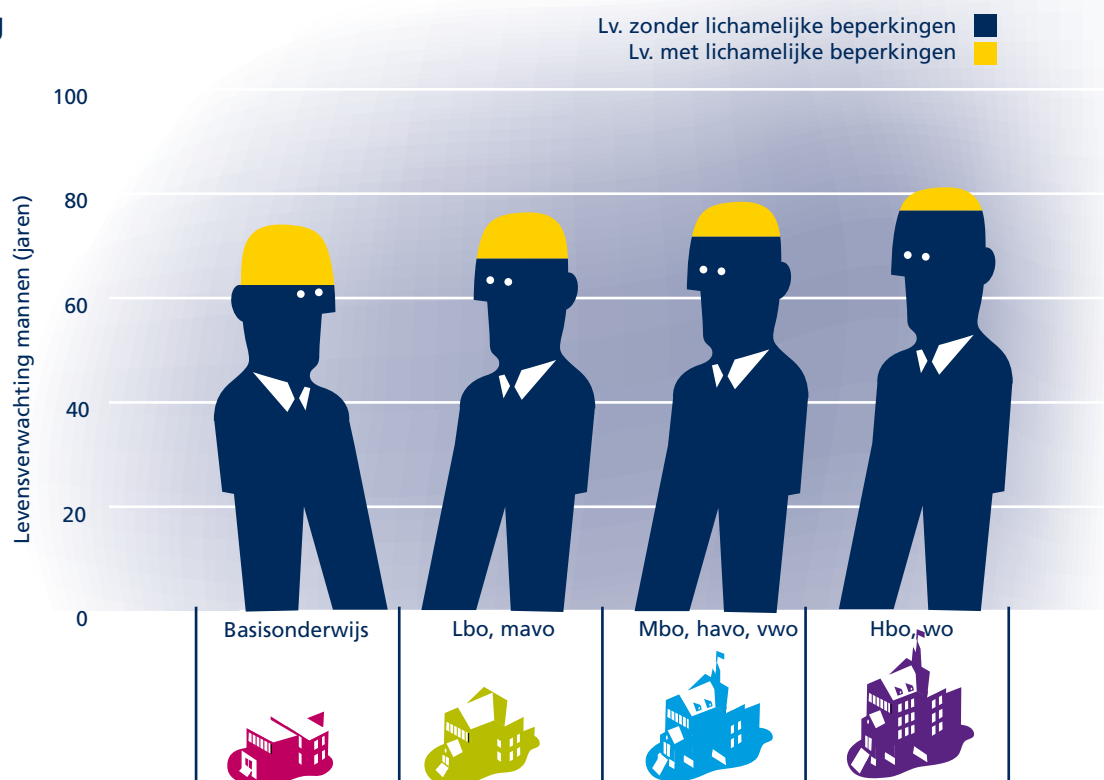
Gezondheidsmakelaar

Om gezondheidsachterstanden effectief terug te dringen moeten verschillende beleidssectoren en maatschappelijke organisaties actief meedoen. De gemeenten 's-Hertogenbosch, Den Haag, Groningen en Heerlen experimenteren daarom met de inzet van een 'gezondheidsmakelaar'. Deze functionaris spoort samen met anderen zogenaamde 'makelpunten' op. Dat zijn ontwikkelingen of situaties die kansen bieden om gezondheidsachterstanden aan te pakken. Een resultaat daarvan is bijvoorbeeld de samenwerking tussen een gezondheidscentrum en een wijkplatform van professionals. In een andere gemeente is gezondheid als thema opgenomen in wijkactieplannen.

2.1

Levensverwachting in Nederland naar opleidingsniveau

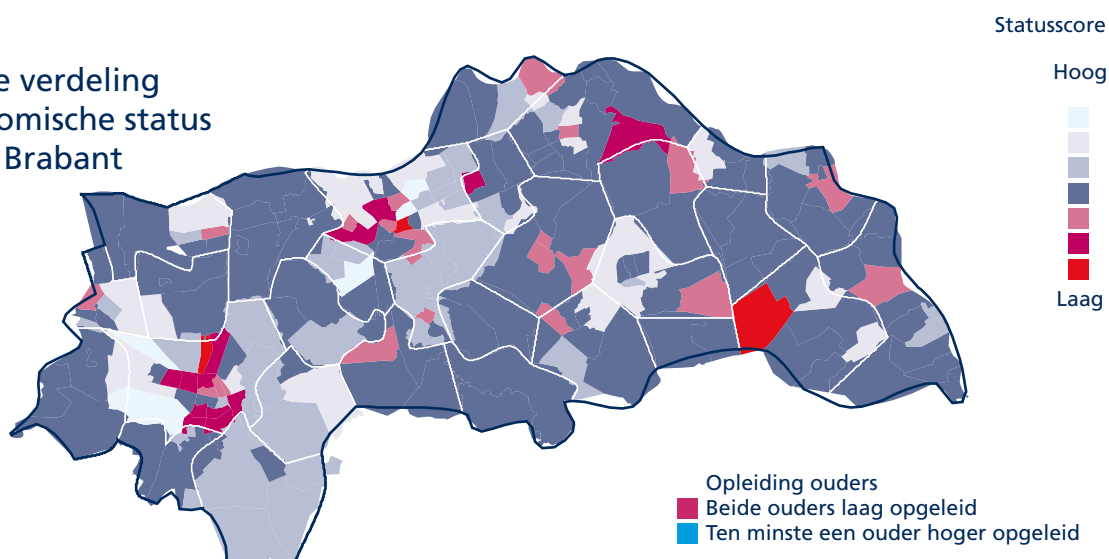
Bron: VTV 2010



2.2

Geografische verdeling sociaal economische status in Hart voor Brabant

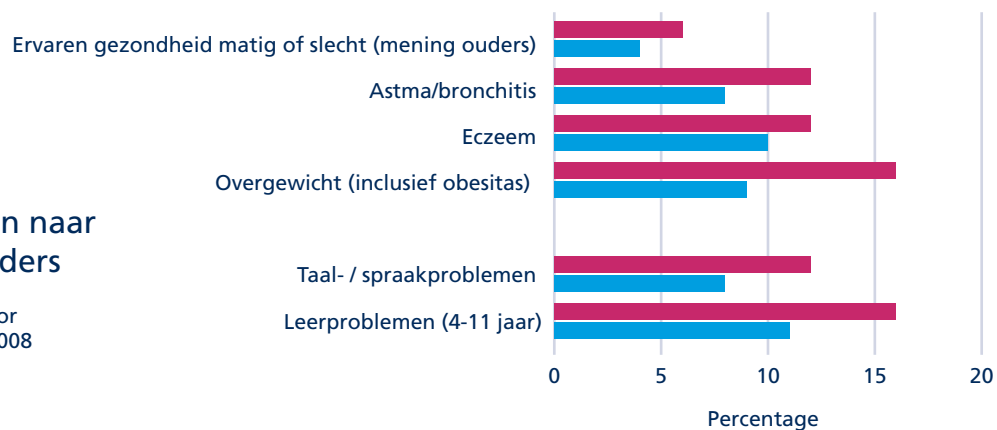
Bron: SCP



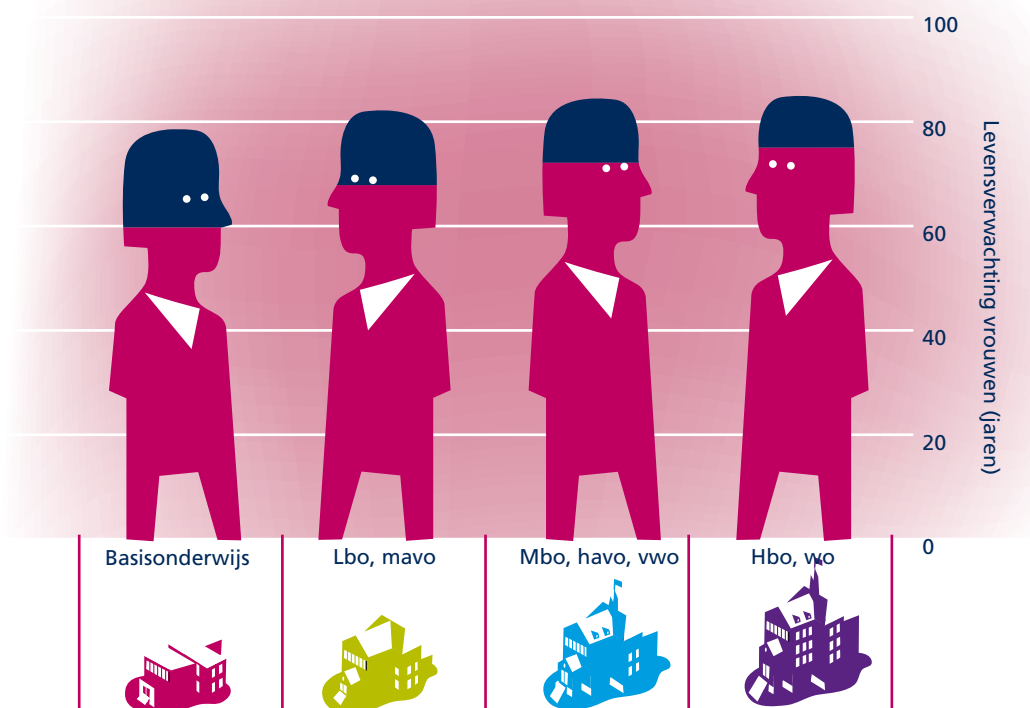
2.4

Gezondheid kinderen naar opleidingsniveau ouders

Bron: GGD Gezondheidsmonitor Hart voor Brabant, 0-11 jaar, 2008



■ Lv. zonder lichamelijke beperkingen
■ Lv. met lichamelijke beperkingen



2.3

Omvang risicogroepen in Hart voor Brabant

Gemeente naar inwonertal	Huishoudens onder of rond sociaal minimum	Huishoudens onder of rond sociaal minimum
	Percentage	Aantal
< 25.000	5%	4.500
25.000-50.000	6%	8.800
> 50.000	8%	16.200

Totaal	7%	29.500
---------------	-----------	---------------

Bron: CBS

Gemeente naar inwonertal	Laagopgeleide jongeren		Laagopgeleide volwassenen		Laagopgeleide ouderen	
	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal	Percentage	Aantal
< 25.000	26%	5.300	3%	4.300	24%	8.000
25.000-50.000	25%	8.700	4%	9.200	22%	12.900
> 50.000	24%	7.800	6%	17.000	23%	13.300

Totaal	25%	21.800	5%	30.500	23%	34.200
---------------	------------	---------------	-----------	---------------	------------	---------------

Bron: Gezondheidmonitors GGD Hart voor Brabant

Actie op achterstand

De bestaande verschillen in gezondheid worden alleen maar groter. Ook in de GGD-regio Hart voor Brabant. Om daar wat aan te doen moeten we de aandacht richten op mensen die vanwege hun lage opleiding een grotere kans lopen op gezondheidsachterstand.

Dat kan op allerlei manieren. Het meest voor de hand liggend is een aanpak die zich richt op de leefstijl, bijvoorbeeld roken. Maar omdat ook andere factoren van invloed zijn op de gezondheid, moet de aandacht breder zijn gericht: op de toegankelijkheid van gezondheidsinformatie, op onderwijs dat beter aansluit, op inkomensverwerving en het verbeteren van de woon- en leefomgeving. Behalve het individuele belang bij een goede gezondheid is er ook een maatschappelijk belang om laag opgeleide mensen vooruit te brengen. Door de toenemende vergrijzing moeten in Brabant straks alle hens aan dek.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op diverse deelrapportages:

- Bevolking
- Genotmiddelen
- Gezondheidsachterstanden
- Integrale aanpak
- Jeugd
- Overgewicht en diabetes
- Psychische gezondheid en depressie
- Roken
- Zorg

Deze deelrapportages en meer informatie zijn terug te vinden op het Regionale Kompas Volksgezondheid Hart voor Brabant (www.regionaalkompas.nl). Voor de cijfers is gebruik gemaakt van de informatie uit onder andere de regionale gezondheidsmonitors. De resultaten hiervan zijn terug te vinden op de GGD Gezondheidsatlas Hart voor Brabant (www.ggdgezondheidsatlas.nl).

Referenties

- ¹ Van der Lucht F, Polder JJ. Kernrapport VTV 2010, Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.
- ² Keizer M, Keuzenkamp S. Moeilijk werken. Gezondheid en arbeidsdeelname van migrantenvrouwen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
- ³ SER Brabant. Arbeidsmarktverkenning 2015-2020. Arbeidsmarkt bottleneck of bron van vernieuwing? 's-Hertogenbosch: SER Brabant, 2011.
- ⁴ Bosch A. Gezondheidsvaardigheden en Informed Consent. Woerden: NIGZ, 2005. IGZ. Staat van de gezondheidszorg. Utrecht: IGZ, 2010.
- ⁵ IGZ. Staat van de gezondheidszorg. Utrecht: IGZ, 2010.



3. Krakende wagens lopen het langst

De ouderdom komt met gebreken. Maar ondanks hun leeftijd zijn ouderen nog tot veel in staat. Hetzelfde geldt voor mensen met een beperking of chronisch zieken. We komen er steeds meer achter dat mensen heel veel kunnen en willen als ze maar het juiste steuntje in de rug krijgen. Ze kunnen dan (aangepaste) arbeid verrichten of anderszins hun talenten ontplooien. In Hart voor Brabant verlenen bijvoorbeeld chronisch zieken ongeveer evenveel mantelzorg als mensen zonder chronische ziekte. Van die inzet heeft de hele samenleving plezier. Als we ook nog kunnen voorkomen dat mensen chronisch ziek worden of overheidssteun nodig hebben, houden we onze gezondheidszorg misschien overeind. Voor het geval de wagen echt begint te kraken.

Voorkomen is beter dan genezen

In Hart voor Brabant worden we steeds ouder. Dankzij onze welvaart, de goede levensomstandigheden en onze moderne gezondheidszorg, gaat ons lichaam steeds langer mee. Dat betekent ook dat we langer met bepaalde aandoeningen moeten leven. Daarnaast is de regio snel aan het vergrijzen. Het aantal ouderen - en onder hen de hoogbejaarden - neemt voorlopig toe. Beide ontwikkelingen zorgen ervoor dat de kosten van onze gezondheidszorg oplopen. Willen we onze gezondheidszorg in de toekomst goed en betaalbaar houden, dan zal het roer om moeten.

Figuur 3.1 laat zien hoe onze regio zich verhoudt tot het land voor wat betreft (gezonde) levensverwachting. In onze regio is de levensverwachting voor mannen nu bijna 78 jaar en voor vrouwen ruim 82 jaar. Die cijfers zijn nagenoeg gelijk aan het Nederlandse gemiddelde. Eerder liepen we achter. We lopen dus in. Maar in onze regio leven mannen en vrouwen gemiddeld 67 jaar zonder beperkingen; dat is twee jaar minder dan het landelijk gemiddelde en dat verschil wordt groter. Door de daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten is kanker inmiddels doodsoorzaak nummer een; ook daarin gaat onze regio gelijk op met Nederland. Maar de sterfte als gevolg van ziekten van de ademhalingswegen ligt hier hoger dan landelijk.

Waar lijden we aan?

Een maat voor de impact van een ziekte op de volksgezondheid is de ziektelast. Deze is gebaseerd op het verlies aan kwaliteit van leven en op vroegtijdige sterfte als gevolg van een ziekte. Zo bekeken vormen de grootste bedreigingen voor de volksgezondheid psychische aandoeningen (22% van alle ziektelast), hart- en vaatziekten (20%) en kanker (15%). Van de afzonderlijke ziekten vormen hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie en diabetes de landelijke top⁵. Diabetes en hartziekten zijn - naast artrose - ook de meest voorkomende chronische ziekten. In figuur 3.2 staan de aantallen patiënten in Hart voor Brabant van de meest voorkomende ziekten. In Hart voor Brabant heeft 16% van de ouderen diabetes. In Tilburg zelfs 22%. Bijna een op de drie ouderen in onze regio ervaart beperkingen in het functioneren als gevolg van problemen met de lichamelijke gezondheid.

Wat is gezonde levensverwachting?

De gezonde levensverwachting is het aantal levensjaren dat mensen mogen verwachten in goede gezondheid door te brengen¹. Lengte en kwaliteit van het leven worden hierin gecombineerd. De 'kwaliteit van het leven' wordt bepaald door vier gezondheidsindicatoren die ieder een bepaald type gezonde levensverwachting opleveren:

- levensverwachting in goed ervaren gezondheid
- levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen
- levensverwachting in goede geestelijke gezondheid
- levensverwachting zonder chronische ziekten

Meer ziek, minder gezond?

Steeds meer mensen zijn ziek. Dat wil zeggen: bij steeds meer mensen is een ziekte medisch vastgesteld. Dat wil echter niet zeggen dat we geleidelijk minder gezond worden. En al helemaal niet dat we ons ongezond voelen. Van alle ouderen met meer chronische ziekten ervaart slechts de helft de eigen gezondheid als matig of slecht. Daarbij blijkt van belang of iemand 'lekker in z'n vel zit', maar ook of iemand 'de dingen kan doen die hij wil doen'. Wanneer aan die twee voorwaarden is voldaan kunnen mensen met een chronische ziekte zichzelf als gezond beschouwen en voelen zij zich niet beperkt³.

Grijze druk

De komende jaren groeit de bevolking in deze regio nog, maar de samenstelling verandert. Zo is het geboortecijfer de afgelopen decennia flink gedaald en zal de grijze druk steeds verder toenemen (figuur 3.3). In het algemeen zal de vraag naar zorg voor ouderen toenemen. Nu al gebruiken de oudste ouderen naast laagopgeleiden de meeste zorg (figuur 3.4). In absolute zin groeit ook het aantal ouderen dat bijvoorbeeld eenzaam is. Terwijl zij een verhoogde kans hebben op fysieke, sociale of psychische problemen, zijn juist deze ouderen moeilijk te bereiken. Het aantal mensen met dementie in onze regio stijgt van 4.300 in 2007 tot 6.400 in 2020. Dat heeft grote gevolgen voor de kosten van de zorg. De zorg voor mensen met dementie is erg arbeidsintensief, vooral aan het einde van de ziekte. In 2030 zal dementie de duurste ziektegroep zijn, met een aandeel van 6,9% van de totale uitgaven in de zorg. Ongeveer driekwart van de kosten wordt gemaakt in het verpleeghuis, terwijl daar maar een klein percentage van de patiënten verblijft. Ongeveer 70% van de mensen woont nog thuis en wordt verzorgd door mantelzorgers. Hierdoor zal de druk op mantelzorgers in de toekomst toenemen.

Halt u valt

Eén op de drie zelfstandig wonende ouderen valt minstens één keer per jaar. Van ouderen boven de 80 jaar is dat zelfs de helft. Bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen lopen nog meer risico. Vallen heeft voor ouderen vaak grote gevolgen, zoals botbreuken, angst om te lopen en gevoelens van hulpeloosheid. Voor zelfstandig wonende ouderen heeft Stichting Consument en Veiligheid 'Halt u valt' ontwikkeld, een praktische en effectieve methode om vallen te voorkomen. Daarmee kan worden bereikt dat in één jaar tijd 30% minder ouderen vallen en dat het aantal gezondheidsklachten als gevolg van vallen met eenzelfde percentage omlaag gaat. En daarmee het beroep op bijvoorbeeld huishoudelijke ondersteuning vanuit de Wmo. Ook verpleeg- en verzorgingshuizen doen aan valpreventie.

Nieuwe organisatievormen

Terwijl de zorgvraag in de toekomst stijgt, zullen er in de samenleving steeds minder mensen zijn die werken. Ook de zorgsector ervaart dat probleem. Daardoor lijkt de zorg niet alleen onbetaalbaar te worden, maar ook nauwelijks meer te organiseren.

Het ligt voor de hand dat de wijk als schaal waarop zorg en ondersteuning wordt geboden, steeds belangrijker wordt. Denk in dat verband ook aan de herwaardering van het begrip 'wijkzuster'. De aansluiting met de eerstelijns gezondheidszorg in wijken wint aan belang, net als digitale communities en verbanden van lotgenoten in of buiten de wijk. De ondersteuning krijgt steeds dichterbij de patiënt vorm.

Al met al ontkomen we er niet aan om anders te kijken naar ziekte en gezondheid, en naar de maatschappelijke betekenis ervan.

Gezonde samenleving

Gezondheid is niet alleen goed voor de mensen zelf. De hele samenleving heeft er baat bij. Natuurlijk is het belangrijk dat mensen niet ziek zijn of lijden. Maar gezondheid is tegelijk een voorwaarde waaronder mensen actief aan de samenleving kunnen (blijven) deelnemen. Dat is van belang voor de sociale cohesie en de onderlinge betrokkenheid. Bovendien moet onze samenleving zich in de toekomst ook economisch kunnen ontwikkelen. Dat wordt allemaal een probleem als het gezonde en werkende deel van onze bevolking steeds kleiner wordt. Volksgezondheid zorgt ervoor dat zoveel mogelijk mensen hun bijdrage kunnen leveren. Dat kan in de vorm van

arbeid, maar ook op andere manieren, zoals vrijwilligerswerk of mantelzorg. En ook door ons te richten op de categorie mensen die als gevolg van gezondheidsproblemen of gebrek aan opleiding nu niet of nauwelijks aan de samenleving deelnemen.

Niet leunen maar steunen

Deelname aan de samenleving is ook het doel van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) die door de gemeenten wordt uitgevoerd. De wet is er voor mensen met beperkingen door ouderdom, handicap, of een chronisch psychisch probleem. Uitgangspunt is 'niet leunen maar steunen'. Het gaat er niet om de beperkingen van mensen weg te nemen of met een uitkering te compenseren. Het doel is juist ervoor te zorgen dat iedereen - ook met beperkingen - kan meedoen aan de maatschappij en zelfstandig kan blijven wonen. Als dat niet lukt zonder hulp, biedt de gemeente ondersteuning.

Samenhangend lokaal beleid

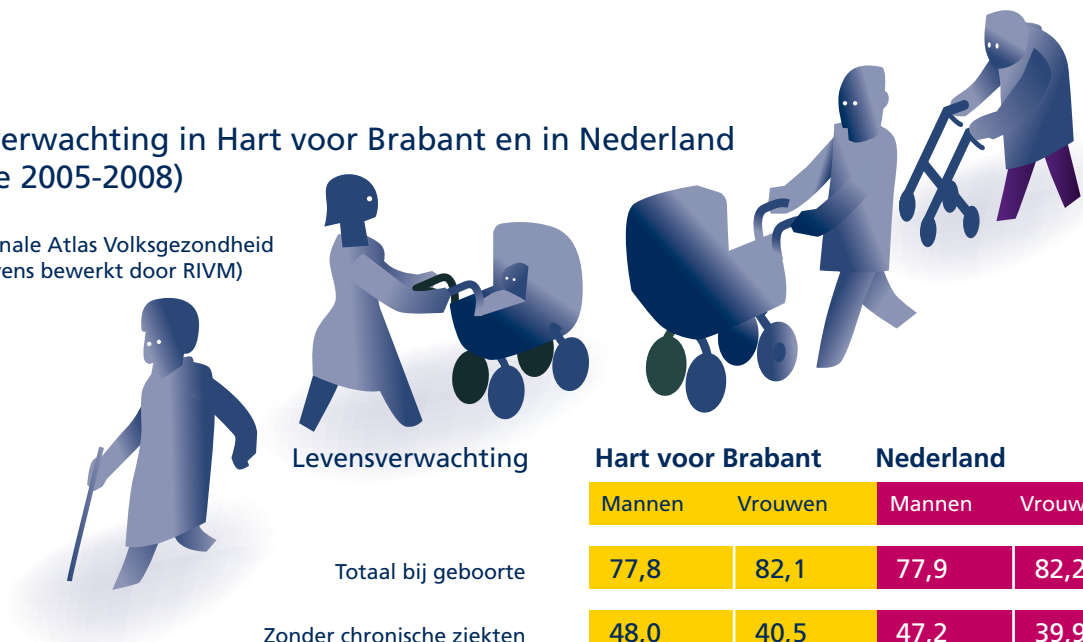
Zo bezien is volksgezondheid niet langer onderwerp van één beleidsterrein. Volksgezondheid is verweven met al die terreinen waar factoren een rol spelen die de gezondheid en dus de maatschappelijke participatie van mensen beïnvloeden. Als bijvoorbeeld blijkt dat allochtone vrouwen om gezondheidsredenen niet aan het werk durven of kunnen, dan wordt het belang van de Wet werk en bijstand zichtbaar in het lokaal gezondheidsbeleid. Als we inderdaad vinden dat gezondheid een voorwaarde is voor deelname aan de samenleving, dan vormen de Wmo en de Wet publieke gezondheid (Wpg) twee pijlers onder hetzelfde beleid. De preventieve invalshoek van het gezondheidsbeleid kan fors worden versterkt door daar op lokaal niveau de eerstelijnszorg bij te betrekken. En met de kabinetsplannen om de jeugdzorg, de AWBZ en de uitkeringen aan de onderkant van de arbeidsmarkt te hervormen, worden gezondheid en participatie sleutelbegrippen van lokaal beleid. Dit is niet alleen een zaak van de overheid.

Zowel gemeenten als zorgverzekeraars hebben belang bij een goede aansluiting van preventie en zorg. Samenwerking tussen beiden staat nog in de kinderschoenen. Om de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars te bevorderen heeft de VNG samen met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) een leidraad uitgebracht met goede voorbeelden, tips en lessen uit bestaande samenwerkingsinitiatieven⁴.

3.1

Levensverwachting in Hart voor Brabant en in Nederland (periode 2005-2008)

Bron: Nationale Atlas Volksgezondheid (CBS, gegevens bewerkt door RIVM)



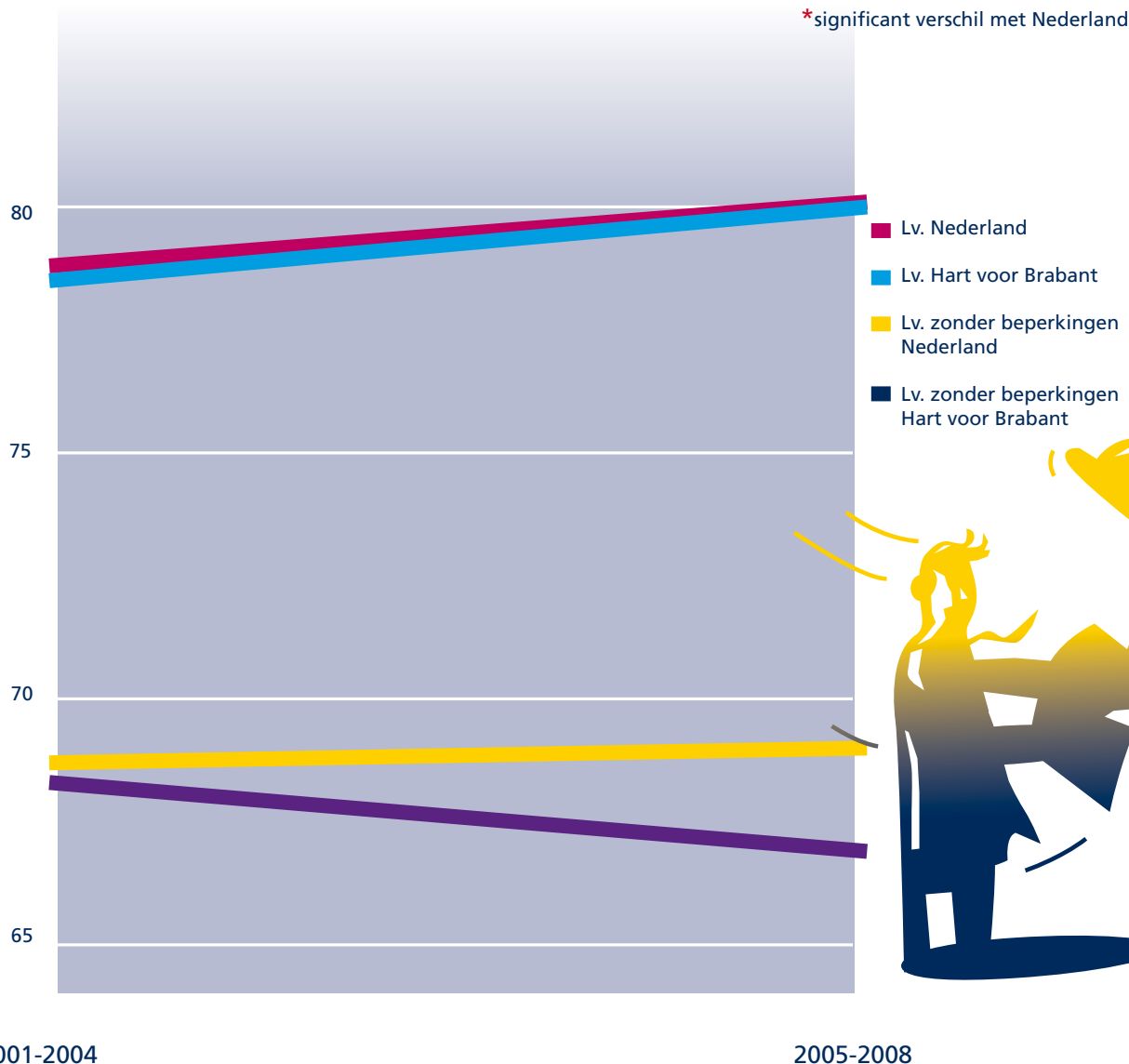
Levensverwachting

Hart voor Brabant

Nederland

	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Totaal bij geboorte	77,8	82,1	77,9	82,2
Zonder chronische ziekten	48,0	40,5	47,2	39,9
In goed ervaren gezondheid	63,4	62,9	63,3	62,7
Zonder lichamelijke beperkingen	67,9*	66,0*	69,8	68,2
In goede geestelijke gezondheid	72,2	71,9	72,7	72,4
Totaal bij 65 jaar	82,3*	85,7*	82,4	85,9

*significant verschil met Nederland



3.2

Meest voorkomende ziekten

Bron: RIVM (toolkit regionale VTV)



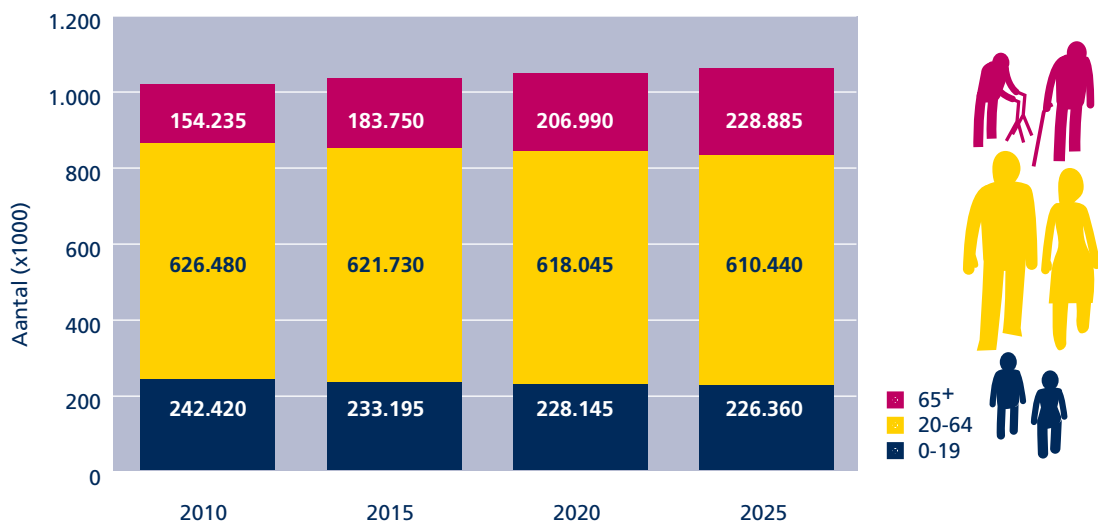
Aantal patiënten in Hart voor Brabant

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Diabetes mellitus	20.000	21.000	41.000
Artrose	15.000	25.000	40.000
Coronaire hartziekten	25.000	14.000	39.000
Ouderdoms- en lawaaidoofheid	21.000	16.000	37.000
Gezichtsstoornissen	13.000	19.000	32.000

3.3

Prognose bevolkingsamenstelling Hart voor Brabant

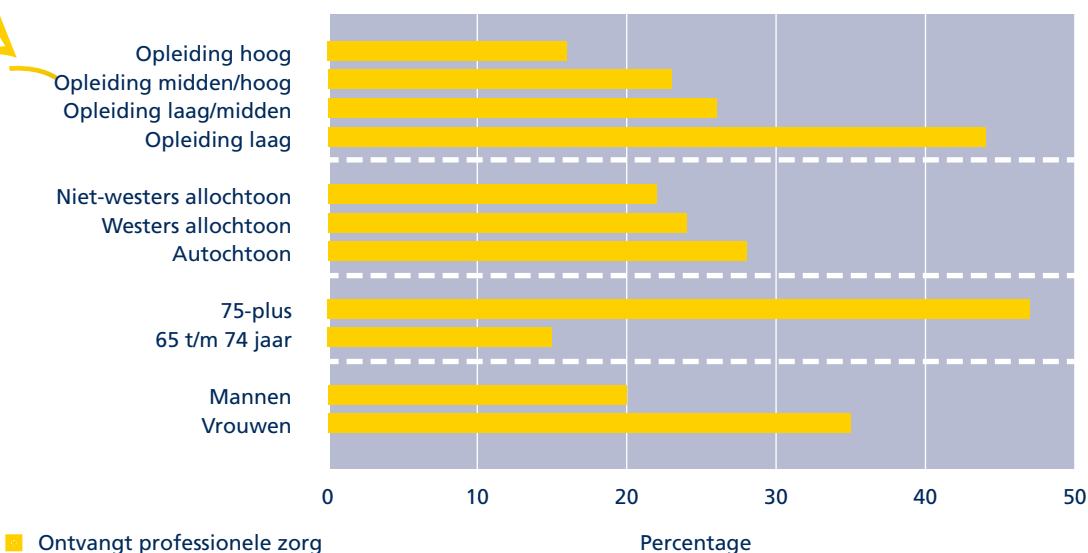
Bron: Provincie Noord-Brabant



3.4

Verschillen in gebruik professionele zorg

Bron: GGD gezondheidsmonitor Hart voor Brabant 65+ 2009



Zorg en welzijn aan elkaar geknoopt

Als het gaat om de zorg voor dementerenden spannen tot nu toe vooral de zorgverzekeraars en zorgverleners zich in om die te verbeteren. In Boxtel realiseerden de gemeente en de welzijnsinstelling zich dat deze AWBZ-benadering slechts een deel van de keten bestrijkt. De welzijnscomponent en de signalering door professionals op andere terreinen werd node gemist. Er ontstond contact en onder de paraplu van Woon Wijsprojecten in Boxtel ging het project 'Woon Wijs met Dementie' van start. In dit project wordt de hele keten van welzijn en zorg aan dementerenden doorgelicht en verbeterd. Een belangrijke verbetering is de signalering van dementie in de fase vóór de diagnosestelling. Onder het motto 'welzijn gaat voor zorg' zorgen vrijwilligers (welzijn) en professionals (zorg) samen voor een naadloze keten op het speelveld van Wmo en AWBZ. Ook de huisartsen zijn inmiddels bij het project betrokken.

Bij de feitelijke hulpverlening geldt de brede benadering. De vraag van de cliënt en diens sociale omgeving staat centraal. Professionals en vrijwilligers staan voor de opgave om de zorg niet te bezien vanuit zorg of welzijn, maar breed. Een dementerende oudere heeft immers niet alleen behoefte aan zorg, maar ook vaak aan mantelzorgondersteuning of dagopvang. Zorgkantoor en gemeente laten de verschillende wettelijke regimes zo goed mogelijk op elkaar aansluiten. Zij financieren ieder hun deel van de keten.

Het project Woon Wijs met Dementie is een uitwerking van de Toolkit Dementie in het kader van de Leidraad samenwerking gemeenten zorgverzekeraars/zorgkantoren.

Haalbare en betaalbare zorg

Tegen de achtergrond van demografische en economische ontwikkelingen is er de laatste jaren sprake van een kanteling in het volksgezondheidsbeleid. Tot voor kort ging het vooral om de preventie van ziekten en de zorg voor patiënten. Vaccinaties, cholesterolverlagers en screening op kanker hebben flink bijgedragen aan de stijging van de levensverwachting. Inmiddels gaat het steeds meer om preventie van gezondheidsrisico's, en dus om het bevorderen van gezondheid en gezond gedrag.

Door de vergrijzing van onze samenleving neemt het aantal ouderen en daarmee de behoefte aan zorg sterk toe, terwijl er -relatief gezien- steeds minder mensen zijn die deze zorg kunnen leveren.

Daardoor wordt de zorg niet alleen moeilijker betaalbaar, maar ook steeds minder haalbaar. Ook tegen die achtergrond wordt preventie steeds belangrijker. Een omslag van ziekte en zorg naar gezondheid en gedrag is noodzakelijk. Extramurale zorg, geriatrie in de eerste lijn, maar ook het voorkomen van eenzaamheid kunnen ertoe bijdragen dat ouderen langer zonder noemenswaardige beperking zichzelf kunnen redden en aan de samenleving kunnen blijven deelnemen.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op diverse deelrapportages:

- Bevolking
- Eerstelijns gezondheidszorg
- Kwetsbare burgers
- Levensverwachting en sterftcijfers
- Sociale omgeving en participatie
- WPG/Ouderen
- Ziekte
- Ziekte in de toekomst
- Ziektepreventie
- Zorg

Deze deelrapportages en meer informatie zijn terug te vinden op het Regionale Kompas Volksgezondheid Hart voor Brabant (www.regionaalkompas.nl). Voor de cijfers is gebruik gemaakt van de informatie uit onder andere de regionale gezondheidsmonitors. De resultaten hiervan zijn terug te vinden op de GGD Gezondheidsatlas Hart voor Brabant (www.ggdgezondheidsatlas.nl).

Referenties

¹ Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2011.

² Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010, Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.

³ Van der Lucht F, Polder JJ. Kernrapport VTV 2010, Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM, 2010.

⁴ Leidraad voor gemeenten en zorgkantoren. Samenwerken aan zorg en ondersteuning. Den Haag: VNG, Zorgverzekeraars Nederland, 2011.



4. Als het niet uit de lengte kan

Volksgezondheid is een verantwoordelijkheid van veel instanties en organisaties. Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, het bedrijfsleven, het onderwijs, provincies en gemeenten, allemaal dragen ze hun steentje bij. Gemeenten hebben een eigen wettelijk geregelde taak en verantwoordelijkheid. Hun takenpakket neemt zelfs toe terwijl de budgetten over de hele linie afnemen. Toch zijn er nog wel degelijk mogelijkheden om een effectief gemeentelijke gezondheidsbeleid te voeren. Dat kan door inhoudelijk en organisatorisch samenhang aan te brengen. Daarbij zullen de andere partijen betrokken moeten worden of zelf het initiatief moeten nemen. Uit de lengte kan het niet, maar in de breedte is veel te winnen.

Samen aan zet

De voorgaande hoofdstukken schetsten de uitdagingen voor de toekomst van de volksgezondheid in de regio Hart voor Brabant. Maar wat zijn de actuele ontwikkelingen en waar liggen de problemen? We kunnen de toekomst niet voorspellen maar wel helpen invullen. Maar hoe dan? Als alles efficiënter moet, komt het erop aan taken en activiteiten slim en effectief met elkaar te verbinden. Juist in Brabant weten de betrokken instantie en partijen elkaar gemakkelijk te vinden. Op lokaal niveau is het de gemeente die vervolgens samenhang in het beleid kan aanbrengen, de regie voert en concrete maatregelen formuleert voor concrete groepen.

Gemeenten zijn bij wet verplicht periodiek een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. In de regio Hart voor Brabant hebben zij dat al twee keer gedaan. Nu volgt dus de derde. Deze moet gereed zijn uiterlijk twee jaar na het verschijnen van de landelijke nota in het voorjaar van 2011, dus in het voorjaar van 2013. De gemeenten worden verder geacht hun beleid te baseren op de adviezen van de Inspectie voor de Gezondheidszorg die in haar rapport over 2010¹ onder meer de effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid aan de orde stelt. Samen met de informatie over de regionale en gemeentelijke situatie beschikken de gemeenten in Hart voor Brabant over aanknopingspunten voor het te voeren lokale beleid.

Landelijke nota Publieke Gezondheid

De landelijke nota was tijdens het schrijven van dit rapport nog niet beschikbaar. Bekend is wel dat de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport veel belang hecht aan sporten, bewegen en spelen in de eigen buurt. Zij onderstreept de gedachte dat deze activiteiten zowel de sociale samenhang als de veiligheid bevorderen. Geheel in lijn met het kabinetsbeleid is de minister bovendien van oordeel dat burgers zelf verantwoordelijk zijn voor de leefstijl die zij erop nahouden. Daarom zet zij een punt achter de gebruikelijke massamediale campagnes voor een gezonde leefstijl. Maar wie gezond wil leven, moet zich wel gesteund weten. Niet doordat de overheid zaken verbiedt, maar doordat zij bijvoorbeeld de leefomgeving gezonder inricht. Waar van volwassenen wordt verwacht dat zij zelf keuzes kunnen maken, wil de minister wel een bijdrage leveren om jongeren weerbaarder te maken tegen de verleidingen van onze samenleving.

Belangrijke uitdagingen

In onze regio zijn - samenvattend - de volgende ontwikkelingen van belang. In Brabant met zijn (intensieve) veehouderij als belangrijke economische drager, bestaat in toenemende mate het risico op ziekten die van dieren op mensen overgaan. Maar ook de Bourgondische Brabantse leefstijl is een bedreiging voor de gezondheid, zeker onder bepaalde bevolkingsgroepen als bijvoorbeeld jongeren. Tegelijk hebben mensen met een lagere opleiding een achterstand in gezondheid ten opzicht van mensen die hoger op de maatschappelijke ladder staan. Ten slotte wint het inzicht terrein dat investeren in gezondheid loont, zeker nu Brabant vergrijst. Gezonde mensen kunnen langer werken en nemen ook op andere manieren actief deel aan de samenleving.

Kwaliteitscriteria nota Lokaal Gezondheidsbeleid opgesteld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg²

- Aanwezigheid
- Tijdigheid
- Wettelijke vereisten
- Beleidsconsistentie
- Aandacht voor implementatie
- Draagvlak
- Landelijke prioriteiten in de nota
- Facetbeleid
- Aandacht voor gezondheidsachterstanden
- Aandacht voor afstemming preventieve en curatieve gezondheidszorg

Eigen afwegingen

Voor het gezondheidsbeleid bestaan weliswaar landelijke doelstellingen, maar die moeten lokaal worden uitgewerkt, onder regie van de gemeente. Bij het ontwikkelen van gezondheidsbeleid maken alle betrokkenen afwegingen binnen het lokale krachtenveld, met eigen doelen en ambities. Dat geldt bijvoorbeeld voor de kwestie in hoeverre gezondheidsbevordering van overheidswege zich verdraagt met de persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid van de burger. In elke gemeente maken partijen eigen keuzes voor methodieken en maatregelen om het beleid vorm te geven. Een probleem daarbij is dat er voor de effectiviteit van gezondheidsbevorderende maatregelen niet altijd wetenschappelijk bewijs bestaat. Dat wil echter niet zeggen dat een bepaalde methodiek of aanpak niet effectief zou zijn. Daar zijn in de praktijk vaak ook andere aanwijzingen voor. Het is steeds de uitdaging afwegingen en keuzes te maken op basis van het best mogelijke bewijs. En te leren van elkaars ervaringen. Zo kan de meeste gezondheidswinst met de beperkte middelen worden geboekt.

Niet roken en... een helm op

Preventie is niet erg sexy. Maar onderzoekers van het Erasmus Medisch Centrum³ hebben op een rijtje gezet welke preventieve maatregelen in de afgelopen veertig jaar het meest bijdroegen aan de vermindering van het aantal zieken en doden.

Het allergrootste succes is bereikt met de bestrijding van tabaksgebruik: minder roken heeft geleid tot veel minder hartinfarcten, minder gevallen van longkanker, en een derde minder sterfgevallen als gevolg hiervan. Samen met de opsporing en behandeling van hoge bloeddruk, voorkomt betere verkeersveiligheid jaarlijks duizenden doden en tienduizenden ziektegevallen. Dat komt in belangrijke mate door het verplicht dragen van een bromfietshelm en de aanleg van rotondes. Minder bekende successen zijn de preventie van wiegendoed en de verwijdering van ongezonde transvetzuren uit de voeding.

De genoemde maatregelen zijn samen goed voor minstens 16.000 sterfgevallen en honderdduizenden ziektegevallen minder per jaar.

Meer met minder

Nu al hebben gemeenten een belangrijke rol in het bevorderen van de gezondheid van hun inwoners. De verantwoordelijkheid en taken van gemeenten op dit terrein zijn de laatste jaren uitgebreid. Denk alleen maar aan de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Op korte termijn komen daar de taken op het terrein van de jeugdzorg bij. En als gevolg van de beoogde stelselherforming voor mensen aan de onderkant van de arbeidsmarkt worden maatregelen voor verschillende groepen tot één gemeentelijke regeling samengevoegd. Deze verbreding van het takenpakket van gemeenten vindt plaats in een tijd waarin tegelijk op gemeentelijke budgetten wordt bezuinigd.

In alle gevallen is het van belang dat gemeenten zich concentreren op hun eigen lokale situatie of - in het geval van samenwerking - op de (sub)regio. Spring niet verder dan de polsstok lang is en zorg voor heldere afstemming met lokale, regionale en landelijke partners.

Gedeelde belangen, gedeelde verantwoordelijkheden

Hoe belangrijk afstemming en samenwerking is, blijkt onder meer uit het onderzoek van het Erasmus Medisch Centrum (zie tekstkader). Effectief preventiebeleid krijgt ook gestalte in landelijke maatregelen als geboden (valhelm) en verboden (rookverbod). In hoeverre kan lokaal beleid daar nog extra

effect aan toevoegen? Duidelijk is dat de successen bereikt zijn door een samenhangend pakket van maatregelen, waarvan de genoemde geboden en verboden deel uitmaken. Wetgeving kan niet zonder handhaving. Het handhaven van verboden op alcoholverkoop aan jongeren onder de 16 gaat behoren tot het takenpakket van gemeenten. Voorlichting, signalering en ondersteuning dragen bij aan het succes van het verbod.

De preventie van roken en het geven van voorlichting en hulp bij het stoppen met roken is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, huisartsen en zorgverzekeraars. Ook werkgevers hebben belang bij het bevorderen van de gezondheid van hun medewerkers; zo houden zij in de toekomst voldoende personeel en kunnen zij verzuim terugdringen. Als het gaat om de gezondheid van de jeugd vervult ook het onderwijs een belangrijke rol. Zo hebben de verkeerslessen op school en het gezonde school beleid zeker een rol vervuld in de successen. Het aanleggen van rotondes is weer een specifieke gemeentelijke taak. Bij het verwijderen van vetten in producten neemt de voedingsindustrie haar verantwoordelijkheid.

Uit al deze voorbeelden blijkt dat het gaat om gedeelde belangen en een gedeelde verantwoordelijkheden. Alleen door samenwerking zijn resultaten te boeken.

Innovatiekracht in Hart voor Brabant: slim verbinden

Tegelijk zullen gemeenten de beperkt beschikbare middelen voor gezondheid effectief en efficiënt willen inzetten. Dat betekent dat tevoren moet worden nagedacht over de meest effectieve aanpak. Er is al enige tijd een landelijke database van het Loket Gezond Leven (RIVM) waarin talrijke interventies op het gebied van leefstijlen zijn opgenomen en deels beoordeeld op hun effectiviteit. Maar de gezondheidproblematiek vraagt ook om nieuwe, innovatieve manieren van denken en doen. Zo is er ook steeds vaker kennis nodig over wanneer en in welke context een maatregel effectief is. Het programma Gezonde Slagkracht van ZonMw biedt daarin ondersteuning. De Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant in onze regio biedt eveneens kansen om innovatief aan de slag te gaan en kennis te ontwikkelen over de effectiviteit van interventies en beleid.

Ook in regionale economische programma's is volop aandacht voor gezondheid en zorg. Economisch kansrijk lijken vooral innovaties op het snijvlak van onderzoek, industrie en domeinen met een hoge maatschappelijke urgentie als energie, gezondheidszorg, voeding en mobiliteit. 'Slim verbinden' is hier het sleutelwoord. SER Brabant noemt investeren in zorg en toerisme ook kansrijk omdat deze bedrijfssectoren aan relatief veel laagopgeleiden werk kunnen bieden en kansen bieden op ondernemerschap in een vergrijzende samenleving⁴⁺⁵.

Nieuwe vormen van communicatie

Het ontwikkelen van een effectief en samenhangend beleid vraagt om nieuwe vormen van communicatie, die aansluiten bij de leefwereld van de doelgroepen. Net als de commerciële marketing gaat social marketing ervan uit dat elke doelgroep van communicatie vraagt om een eigen benadering, een aanpak op maat gericht op het veranderen of juist versterken van het gedrag. Social marketing kan ook in gezondheidsbeleid worden benut, als we uitgaan van verschillende doelgroepen. Social media als Twitter, Hyves en Facebook, waarmee vooral jongeren dag in dag uit onderling contact houden, bieden ook kansen om het gedrag van bepaalde groepen te beïnvloeden ten gunste van hun gezondheid. Voor (samenwerkende) gemeenten en hun partners is het de uitdaging om slim en effectief gebruik te maken van deze nieuwe media.

Toekomstbestendig beleid

De gemeente is een van de spelers in het lokale gezondheidsbeleid. Maar wel een met een specifieke wettelijke verantwoordelijkheid. Daarom is het van belang dat elke gemeente een gezondheidsbeleid ontwikkelt dat er aan de ene kant echt toe doet doordat het inzet op essentiële thema's en dat

Drinkt het tot je door?

Uit onderzoek blijkt dat groepsdruk een rol speelt bij drinkgedrag van jongeren. De campagne 'Drinkt het tot je door' die in april 2011 van start ging, wil jongeren bewust maken van de rol van groepsdruk en steunen bij het 'nee' zeggen tegen alcohol. De campagne, die aansluit bij de belevingswereld van jongeren, is grotendeels bedacht en uitgewerkt door leerlingen van het SintLucas in Boxtel. Voor het eerst worden in dit regionale alcoholproject social media als Hyves, Twitter en Facebook gebruikt om jongeren te bereiken. Via deze media nodigt de GGD Hart voor Brabant jongeren uit om op de actiesite: www.wineenschoolfeest.nl een interactieve stapavond te beleven. Op de site kunnen jongeren ook hun eigen school aanmelden en kans maken op een schoolfeest met topartiesten. De bedoeling is dat jongeren zoveel mogelijk vrienden en vriendinnen uitnodigen het filmpje te bekijken en te stemmen op hun school.

Bestuurlijke aanpak gezondheidsachterstanden

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in de 'Staat van de gezondheidszorg 2010' een referentiekader gezondheidsachterstanden opgenomen, bestaande uit tien aandachtspunten:

Lokaal gezondheidsbeleid:

1. Opname van expliciete doelstellingen in nota Lokaal Gezondheidsbeleid;
2. Cijfermatige onderbouwing welke groepen en gebieden meer ongezond gedrag vertonen;
3. Concrete doelstellingen vaststellen om gezondheidsachterstanden te verminderen voor minimaal de speerpunten van de landelijke preventienota: diabetes, overgewicht, roken, depressie en overmatig alcoholgebruik;

Pakket van maatregelen:

4. De gemeente geeft de GGD of een andere instelling opdracht voor een plan van aanpak om de vastgestelde doelstellingen te realiseren;
5. De gemeente betreft doelgroepen actief in haar aanpak;
6. Er zijn schriftelijk vastgelegde bestuurlijke samenwerkingsafspraken met relevante maatschappelijke instellingen. Dit geldt minimaal voor de eerstelijnszorg instellingen en onderwijs;
7. Er is collegebreed aandacht voor gezondheidsachterstanden en welke bijdragen vanuit welke sector verwacht kan worden;

Financiering:

8. De gemeente is op de hoogte van landelijke subsidies en ondersteuning en zet zich in hier aan deel te nemen;
9. De gemeente maakt structureel budget vrij voor de gekozen aanpak;

Zicht op effect activiteiten:

10. Er vindt op inhoud en proces een tussentijdse evaluatie plaats van het geformuleerde gezondheidsbeleid. Minimaal eindevaluatie als input voor nieuwe nota.

tegelijk een tijdje meekan doordat het inzet op langjarige veranderingen. Een dergelijk duurzaam gezondheidsbeleid komt tot stand door aandacht te besteden aan de volgende drie uitgangspunten.

1. Denken in samenhang

De verschuiving van curatie naar preventie in het gezondheidsbeleid leidt ertoe dat gezondheid niet langer op zichzelf wordt beschouwd, maar steeds in relatie tot de omgeving en andere factoren die erop van invloed zijn. Voor gemeenten betekent dit dat zij in het beleid de relatie moeten leggen met bijvoorbeeld ruimtelijke ordening. Bij de aanpak van zoonosen bijvoorbeeld is de landbouwsector gesprekspartner. Met het oog op de betaalbaarheid van de zorg ligt er een verband met het participatiebeleid. En als het gaat om gezondheidsverschillen en -achterstanden liggen er vanzelfsprekende relaties met bijvoorbeeld de Wet maatschappelijke ondersteuning, gemeentelijke afdeling voor sociale zaken en werkgelegenheid, het onderwijs en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Met de bestuurlijke aanpak van gezondheidsverschillen zoals beschreven in het tekstkader kunnen deze relaties concreet invulling krijgen.

Uiteindelijk gaat het erom dat gezondheid één van de criteria wordt waarop de effectiviteit van uiteenlopend gemeentelijk beleid kan worden beoordeeld: levert het een bijdrage aan de gezondheid van de inwoners?

Regisseur met visie

De regierol van de gemeente in het lokale volksgezondheidsbeleid is die van de visionaire regisseur. Deze regisseur stippelt zelf het beleid uit, maar is voor de uitvoering ervan afhankelijk van anderen. Dat is een complicatie bij het invullen van de regierol. Toch kan de gemeente de gewenste rol verwerven. Wie niet altijd de formele bevoegdheid heeft en ook niet altijd zelf een actieve speler is, moet extra bouwen aan een goede reputatie bij andere partijen en zo de regierol verdienen.

2. Regie

De gemeente is vervolgens verantwoordelijk voor de uitvoering van de taken voor de publieke gezondheidszorg. Samen met andere partijen op en grenzend aan het terrein van volksgezondheid moeten de doelen worden gerealiseerd. Dat betekent onder meer dat er onder regie van de gemeente duidelijke afspraken met samenwerkingspartners moeten worden gemaakt over wie wat doet. De omvang en verdeling van

het budget moet transparant zijn. En heldere afspraken zijn nodig over monitoring en evaluatie. Afhankelijk van de visie en ambitie zal elke gemeente haar regierol verder invullen en inkleuren.

3. Aanpak op maat

Een samenhangend beleid onder gemeentelijke regie biedt de mogelijkheid om doelgericht met gezondheidsbeleid aan de slag te gaan. Dat betekent een aanpak, gemaakt op de maat van de gekozen doelgroepen en passend bij de ambities en mogelijkheden van de gemeente en haar samenwerkingspartners. Met enerzijds een op elke doelgroep afgestemde doelstelling, strategie, uitvoering en methodiek; en anderzijds een keuze voor de juiste schaal: regionaal, subregionaal, gemeentelijk of op het niveau van wijk en buurt.

Alcohol 16min geen goed begin

Jongeren drinken om verschillende redenen (teveel). Wie daar iets aan wil doen moet kijken naar de omgeving waarin het gedrag ontstaat. Alcoholgebruik is namelijk niet alleen een persoonlijke keuze, maar wordt ook bepaald door de (sociale) omgeving. Op die omgeving kunnen interventies het beste worden gericht. Tegen deze achtergrond en met het doel alcoholgebruik onder de 16 jaar te voorkomen voeren sinds 2008 alle 21 gemeenten in Brabant Noord het project 'Alcohol 16min geen goed begin' uit. Samen werken de gemeenten niet alleen efficiënter en effectiever, zij voorkomen zo ook dat jongeren makkelijk naar buurgemeenten uitwijken. Doordat de gemeenten op een lijn zitten, kunnen ook andere instanties zoals de GGD, de verslavingszorg en de politie in elke lokale situatie zoveel mogelijk dezelfde werkwijze hanteren. In 2010 spitsten de activiteiten zich toe op school en vrije tijd (onderwijs en sport). Gemeenten hebben samen met scholen onder meer het project 'De Gezonde School en Genotmiddelen' uitgevoerd en samen met sportverenigingen thema-avonden over 'Alcohol en Sport' en Instructies Verantwoord Alcohol Schenken georganiseerd. In 2011 richt het project zich op vrije tijd en thuis: vroegsignalering, jongeren- en ouderparticipatie, activiteiten met en voor de horeca en de samenwerking met ziekenhuizen. Ook is er extra aandacht voor de handhaving van wet- en regelgeving.

Samenhang en samenwerken

In onze regio vormen omgevingsfactoren als de (intensieve) veehouderij een bedreiging voor de gezondheid. Ook de Bourgondische leefstijl van bepaalde bevolkingsgroepen is niet bevorderlijk voor de gezondheid. En verder hebben mensen met een lage opleiding een achterstand in gezondheid ten opzichte van mensen die hoger op de maatschappelijke ladder staan.

Inmiddels wint het inzicht terrein dat investeren in gezondheid loont, zeker nu Brabant vergrijst. Gezonde mensen kunnen langer werken en nemen ook op andere manieren actief deel aan de samenleving.

Tegen die achtergrond blijkt de preventie van gezondheidsproblemen te werken. Op het terrein van gezondheidszorg en gezondheidspreventie zijn tal van actoren actief, ieder met hun belangen en verantwoordelijkheden. De gemeente is één van de actoren, maar wel een met specifieke wettelijke taken. Die brengen de gemeente in de positie om samenhang aan te brengen in de agenda's van de verschillende partijen en instanties. Met het doel lokaal de energie te richten en effectieve maatregelen te treffen. Samenhang en samenwerken zijn dus de sleutelbegrippen in de komende periode.

Meer informatie

Raadpleeg voor meer informatie over het ontwikkelen van gemeentelijk beleid ook de gemeentelijke rapporten 'Gezondheid telt!' en de volgende websites:

www.regionaalkompas.nl

Geeft inzicht in de gezondheidsproblematiek in de regio en belicht de mogelijkheden voor het lokale beleid.

www.ggdgezondheidsatlas.nl

Ontsluit onderzoeksgegevens over volksgezondheid in de regio voor lokale beleidsmakers en professionals.

www.gezondleven.nl

Bevat de Handreiking Gezonde Gemeente die helpt bij de vormgeving van verschillende fasen in de vierjaarlijkse beleids-cyclus, van voorbereiding tot en met evaluatie.

Verder lezen

Dit hoofdstuk is mede gebaseerd op de deelrapportages:

- Gezondheidsbeleid
- Integrale aanpak

Deze deelrapportages en meer informatie zijn terug te vinden op het Regionale Kompas Volksgezondheid Hart voor Brabant (www.regionaalkompas.nl). Voor de cijfers is gebruik gemaakt van de informatie uit onder andere de regionale gezondheidsmonitors. De resultaten hiervan zijn terug te vinden op de GGD Gezondheidsatlas Hart voor Brabant (www.ggdgezondheidsatlas.nl).

Referenties

¹ IGZ. Staat van de gezondheidszorg. Utrecht: IGZ, 2010.

² SGB0. Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid. Onderzoeksresultaten 2009. Den Haag: SGB0, 2010.

³ Mackenbach JP. Successen van preventie 1970-2010. Rotterdam: Erasmus publishing, 2011.

⁴ SER Brabant. Arbeidsmarktverkenning 2015-2020. Arbeidsmarkt bottleneck of bron van vernieuwing? 's-Hertogenbosch: SER Brabant, 2011.

⁵ SER Brabant. MLT-advies 2011-2015. Slim verbinden. 's-Hertogenbosch: SER Brabant, 2011.



Bijlage 1

Gezondheidsprofiel regio Hart voor Brabant

Een groot deel van de cijfers in de tabel is afkomstig van de Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl). Dit is een website van het RIVM waarop een geografisch beeld van de gezondheid in Nederland wordt gegeven. Zo bevat deze Atlas de kerncijfers van de landelijke gezondheidsenquête van het CBS (POLS) per GGD regio. Het gaat hierbij om gemiddelde cijfers over de periode 2005-2008. Deze cijfers vindt u in de kolom '2011'. De cijfers uit de voorgaande periode (2001-2004) staan weergegeven in de kolom '2006'. Voor de meest recente periode (2005-2008) is getoetst of het verschil tussen de GGD Hart voor Brabant en het gemiddelde van Nederland significant¹ is. Een gekleurd bolletje betekent een significant verschil tussen de GGD regio Hart voor Brabant en Nederland (groen is gunstig, rood is ongunstig voor de regio). Bij deze vergelijking is gecorrigeerd voor verschillen tussen Hart voor Brabant en Nederland in de bevolkingsamenstelling (leeftijd en geslacht).

Ook vindt u in de tabel cijfers uit de GGD Gezondheidsmonitor Hart voor Brabant. Deze monitor bestaat uit vier deelmonitors: 0 t/m 11 jaar (kinderen), 12 t/m 18 jaar (jongeren), 19 t/m 65

jaar (volwassenen) en 65 jaar en ouder (ouderen). Om de vier jaar verzamelt de GGD via een schriftelijke enquête informatie over de gezondheid van deze vier leeftijdsgroepen. De laatste uitgevoerde monitors vonden plaats in 2009 voor volwassenen en ouderen, in 2008 voor kinderen en in 2007 voor jongeren. Deze cijfers vindt u in de kolom '2011'. In de kolom '2006' staan cijfers uit de voorgaande monitors (kinderen 2005, jongeren 2003, volwassenen 2005 en ouderen 2004).

Voor enkele onderwerpen zijn de cijfers uit de regionale monitor naast landelijke cijfers gezet, bijvoorbeeld van de landelijke gezondheidsenquête POLS of het landelijk Peilstationonderzoek van het Trimbosinstituut. Aangezien deze cijfers uit verschillende bronnen afkomstig zijn, kan niet worden getoetst of er een verschil is tussen Hart voor Brabant en Nederland. Daarom staat bij deze cijfers 'gt' (geen toets) vermeld.

¹ Statistisch significant betekent dat de kans dat de bevinding op toeval berust heel klein is (kleiner dan 5%)

		Hart voor Brabant			Nederland	
		2006	2011		2006	2011
Levensverwachting en sterfte						
Levensverwachting (LV) in jaren ¹						
LV mannen bij geboorte		76,0	77,8		76,3	77,9
LV vrouwen bij geboorte		80,7	82,1		81,1	82,2
Levensverwachting in goede ervaren gezondheid ¹						
Mannen		62,3	63,4		62,2	63,3
Vrouwen		62,1	62,9		61,7	62,7
Levensverwachting in goede geestelijke gezondheid ¹						
Mannen		68,2	72,2		68,9	72,7
Vrouwen		67,6	71,9		67,1	72,4
Levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen ¹						
Mannen		68,5	67,9	●	69,0	69,8
Vrouwen		67,8	66,0	●	68,3	68,2
Levensverwachting zonder chronische ziekte ¹						
Mannen		NB	48,0		NB	47,2
Vrouwen		NB	40,5		NB	39,9
Sterfte (aantal per 10.000 inwoners per jaar) ¹						
Totale sterfte		90	73	●	87	72
Sterfte kanker		24	22		24	22
Sterfte hart- en vaatziekten		30	22		29	22

		Hart voor Brabant		Nederland	
		2006	2011	2006	2011
Lichamelijke gezondheid	Leeftijd	%	%	%	%
Kwaliteit van Leven					
Personen met één of meer lichamelijke beperkingen ¹	12+	13	14	●	12 13
Personen met beperkingen in bewegen ¹	12+	9	9		8 8
personen met één of meer malaiseklachten moeheid, hoofdpijn, slapeloosheid, spier- en gewrichtspijn en rugpijn ¹	4+	68	66	●	71 72
Functioneel beperkt door problemen met lichamelijke gezondheid ²	65+	31	30		NB NB
Langdurige leefstijlgerelateerde aandoeningen					
Beroerte vastgesteld door arts (afgelopen 12 maanden) ²	65+	5	5		NB NB
Hartinfarct vastgesteld door arts (afgelopen 12 maanden) ²	65+	6	5		NB NB
Diabetes vastgesteld door arts ²	65+	13	16		NB NB
Artrose (gewrichtsslijtage) vastgesteld door arts ²	65+	26	29		NB NB
Diabetes ¹	0+	3	3		3 4
Artrose (gewrichtsslijtage) ¹	0+	9	10		9 10
Astma of COPD ¹	0+	8	7		7 8
Ervaren gezondheid¹					
Ervaren gezondheid minder dan goed	0+	19	19		19 19
Psychische gezondheid	Leeftijd	%	%	%	%
Personen met psychische klachten ¹	12+	11	9		10 10
Overgewicht	Leeftijd	%	%	%	%
Overgewicht kinderen van 2 t/m 19 jaar ¹	2 t/m 19	NB	11		NB 12
Obesitas kinderen van 2 t/m 19 jaar ¹	2 t/m 19	NB	2		NB 3
Overgewicht totaal (incl obesitas) ¹	20+	45	45		45 46
Ernstig overgewicht (obesitas) ¹	20+	8	10		10 11
Obesitas ²⁺³	65+	14	17	gt	13 15
Leefstijl	Leeftijd	%	%	%	%
Bewegen					
Voldoet niet aan de norm gezond bewegen ¹	12+	46	46		48 45
Voldoet niet aan de norm gezond bewegen ²⁺³	65+	41	37	gt	43 42
Roken					
Rookt dagelijks (2007) ²⁺⁴	12 t/m 18	NB	8	gt	NB 7
Roker ¹	12+	31	29		32 29
Zware roker (20 sigaretten of meer) ¹	12+	10	9	●	9 7
Alcohol					
Alcohol gedronken laatste 4 weken (2007) ²⁺⁴	12 t/m 18	NB	49	gt	NB 51
Personen die minstens 1 dag in de week > 6 glazen alcohol drinken ³	12+	NB	14	●	NB 11
Overmatig en of zwaar alcoholgebruik gemiddeld > 3 glazen/dag (man) of > 2 glazen/dag (vrouw) of > 1 keer/week > 6 glazen/dag ¹	12+	21	20	●	19 18
Drugs					
Softdrugs afgelopen 4 weken (2007) ²⁺⁴	12 t/m 18	NB	4	gt	NB 8
Seksueel risicogedrag²					
Heeft wel eens onveilig gevreeën	12 t/m 17	8	8		NB NB

		Hart voor Brabant			Nederland	
		2006	2011		2006	2011
Fysieke omgeving	Leeftijd	%	%		%	%
Leefomgeving²						
Is ontevreden over eigen woonomgeving (rapportcijfer < 6)	12 t/m 17	12	8		NB	NB
	19 t/m 64	6	7		NB	NB
	65+	NB	4		NB	NB
Buitenmilieu²						
Wordt ernstig gehinderd door geluid	19 t/m 64	NB	24		NB	NB
Wordt ernstig gehinderd door geur	19 t/m 64	NB	9		NB	NB
Binnenmilieu²						
Vocht/schimmel in de woning	19 t/m 64	25	23		NB	NB
Sociale omgeving en veiligheid	Leeftijd	%	%		%	%
Sociale veiligheid²						
Wordt gepest op school	4 t/m 11	0,3	0,5		NB	NB
Voelt zich wel eens onveilig op school	12 t/m 17	3	7		NB	NB
Huiselijk geweld²						
Laatste vijf jaar slachtoffer geweest van huiselijk geweld	19 t/m 64	NB	2		NB	NB
	65+	NB	0,5		NB	NB
Eenzaamheid²						
Is (zeer) ernstig eenzaam	19 t/m 64	6	7		NB	NB
	65+	NB	7		NB	NB
Preventie	Leeftijd	%	%		%	%
Opvoedingsondersteuning²						
Ouder ervaart soms tot vaak problemen bij opvoeding	0 t/m 11	44	41		NB	NB
Preventie aanbod speerpunten²						
Maakt gebruik van preventieactiviteiten (roken, alcohol, diabetes en/of depressie)	19 t/m 64	NB	11		NB	NB
Heeft behoefte aan preventieactiviteiten (roken, alcohol, diabetes en/of depressie) maar ontvangt deze niet	19 t/m 64	NB	13		NB	NB
Vaccinaties¹⁺⁶						
DKTP vaccinatie basis imumm (2010)	0		98	●		95
BMR basis imuum (2010)	0		98	●		96
Griepvaccinatie (2009-2010)	60+		78	●		76
Screening¹						
Cervix uitstrijkje in de afgelopen 5 jaar	30+	70	68		68	67
Mammografie in de afgelopen 2 jaar	50+	78	78		76	77
Zorg	Leeftijd					
Huisartsenzorg⁵						
Aanbod huisartsenzorg (in FTE) 2009	0+	NB	355*			7025
Mogelijk tekort (-) aan huisartsenzorg (in FTE)	0+	NB	24,1*			nvt

		Hart voor Brabant		Nederland		
		2006	2011		2006	2011
Zorg	Leeftijd	%	%		%	%
Mantelzorg²						
Ontvangt dagelijks mantelzorg	65+	NB	5		NB	NB
Zorggebruik afgelopen jaar²						
Bezoek huisarts	0+	NB	72		NB	73
Specialist	0+	NB	40		NB	41
Tandarts	0+	NB	77		NB	78
Fysiotherapie	0+	NB	19		NB	18
Alternatieve genezer(s)	0+	NB	6		NB	7
RIAGG	0+	NB	0,8	●	NB	1,3
Ziekenhuisopname	0+	NB	6		NB	7
Voorzieningen²						
Heeft afgelopen jaar gebruik gemaakt van één of meer Wmo voorzieningen	65+	NB	29		NB	NB
Medicijngebruik afgelopen 14 dagen²						
Voorgeschreven medicijn gebruikt	0+	NB	36	●	NB	38
Niet voorgeschreven medicijn gebruikt	0+	NB	34	●	NB	39
Participatie	Leeftijd	%	%		%	%
Werksituatie²						
Verricht betaald werk	19 t/m 64	73	76		NB	NB
Participatie²						
Geeft momenteel mantelzorg	19 t/m 64	7	10		NB	NB
	65+	NB	9		NB	NB
Verricht vrijwilligerswerk	19 t/m 64	23	25		NB	NB
	65+	NB	27		NB	NB

Integrale veiligheid (Leeftijd 15+) ⁷				
	Brabant Noord	Brabant Midden West	Nederland	
Sociale cohesie (schaal score 0-10)	6,6	6,2	6,3	
Goede speelplekken voor kinderen (%)	63	54	57	
Woonbuurt is achteruit gegaan (%)	14	13	14	
Rapportcijfer woonomgeving	7,5	7,4	7,5	
Rapportcijfer leefbaarheid	7,5	7,4	7,4	
Rapport cijfer veiligheid	7,1	6,9	7,0	
Gemeente betreft buurt bij aanpak leefbaarheid (% helemaal mee eens)	39	37	39	
Voelt zich vaak onveilig (%)	3	3	2	
Voelt zich vaak onveilig in eigen buurt (%)	3	1	2	

¹ Bron: zorgatlas, cijfers over 2001-2004 en 2005-2008.

² Bron: gezondheidsmonitors GGD Hart voor Brabant. De cijfers in kolom '2006' zijn afkomstig uit de monitors: kinderen 2005, jongeren 2003, volwassenen 2005 en ouderen 2004. De cijfers in kolom '2011' zijn afkomstig uit de monitors: kinderen 2008, jongeren 2007, volwassenen 2009 en ouderen 2009.

³ Bron: CBS, POLS enquête, cijfers over dezelfde jaren als cijfers voor Hart voor Brabant.

⁴ Bron: Peilstation onderzoek Het Trimbosinstituut 2007.

⁵ Bron: Nivel, VAAM, gegevens bewerkt door de GGD.

⁶ Bron: RIVM, bewerkt door de GGD op ggd-hvb.buurtmonitor.

⁷ Bron: Centrum Criminaliteitspreventie en Veiligheid, Integrale Veiligheidsmonitor 2010.

⁸ Groen bolletje betekent hier significante verschillen tussen politieregio en Nederland.

* Cijfers voor regio Hart voor Brabant exclusief Boekel
NB= niet bekend.

Bijlage 2

Producten regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011

Regionaal rapport

Gezondheid Telt! In Hart voor Brabant
2011

Deelrapportages

- Ambulancezorg
- Bevolking
- Eerstelijns gezondheidszorg
- Fysieke omgeving
- Geestelijk Hulp bij Ongevallen en Rampen
- Genotmiddelen
- Gezondheidsachterstanden
- Gezondheidsbeleid
- Huiselijk geweld
- Integrale aanpak
- Jeugd
- Kwetsbare burgers
- Levensverwachting en sterftcijfers
- Overgewicht en diabetes
- Psychische gezondheid - Depressie
- Roken
- Seksueel gedrag
- Sociale omgeving en participatie
- Sociale Veiligheid
- WPG en Ouderen
- Ziekte
- Ziekten in de toekomst
- Ziektepreventie
- Zoönosen
- Zorg

Gemeentelijke rapporten

Gezondheid telt! In:

Bernheze
Boekel
Boxmeer
Boxtel
Cuijk
Dongen
Gilze en Rijen
Goirle
Grave
Haaren
's-Hertogenbosch
Heusden
Hilvarenbeek
Landerd
Loon op Zand
Maasdonk
Mill en St. Hubert
Oisterwijk
Oss
Schijndel
Sint Anthonis
Sint-Michielsgestel
Sint-Oedenrode
Tilburg
Uden
Veghel
Vught
Waalwijk

Websites

Regionaal Kompas Volksgezondheid
(www.regionaalkompas.nl)

GGD Gezondheidsatlas
(www.ggdgezondheidsatlas.nl)

Meer informatie

GGD Hart voor Brabant
(www.ggdhvb.nl)

Bijlage 3

Projectgroep, stuurgroep en redactie

Projectgroep

Mr. E.F.M. van den Heuvel MPH, GGD Hart voor Brabant (projectleiding)
Drs. J. Piek, GGD Hart voor Brabant
Dr. M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, GGD Hart voor Brabant
Drs. L.R.F. van Waardenburg, GGD Hart voor Brabant
W.T.A.C. Vervoort-Steenbakkers, arts M&G MPH, GGD Hart voor Brabant
Drs. B.E.M. Schouten, GGD Hart voor Brabant
I.H. Bodeutsch, GGD Hart voor Brabant (projectondersteuning)

Stuurgroep

Dr. H.A.M. Backx, GGD Hart voor Brabant (voorzitter)
Mr. E.F.M. van den Heuvel MPH, GGD Hart voor Brabant (secretaris)
Drs. M.J.H. van Bon-Martens, GGD Hart voor Brabant, Tranzo-Universiteit van Tilburg
J.C.A.M. van de Sande, arts M&G, GGD Hart voor Brabant
J. Ketelaars, Gemeente 's-Hertogenbosch
Dr. M. Paes, Provinciale Raad Gezondheid
Drs. A.W.L. van den Dungen, Provinciale Raad Gezondheid
Dr. F. van der Lucht, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Prof. dr. J.J. Polder, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Tranzo-Universiteit van Tilburg
I.H. Bodeutsch, GGD Hart voor Brabant (projectondersteuning)

Auteurs

Mr. E.F.M. van den Heuvel MPH, GGD Hart voor Brabant
Dr. M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, GGD Hart voor Brabant
Drs. A.S.G. van Dam, GGD Hart voor Brabant
Drs. R.J. Nijdam, GGD Hart voor Brabant
W.T.A.C. Vervoort-Steenbakkers, arts M&G MPH, GGD Hart voor Brabant
Drs. L.R.F. van Waardenburg, GGD Hart voor Brabant
Drs. E. Hendriks, GGD Hart voor Brabant
A.T.M. van den Broek, gemeente Boxtel
Drs. E. Poort, De Onderzoekerij

Redactie

Mr. E.F.M. van den Heuvel MPH, GGD Hart voor Brabant
Dr. M.A.M. Jacobs-van der Bruggen, GGD Hart voor Brabant
Dr. F. van der Lucht, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Prof. dr. J.J. Polder, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Tranzo-Universiteit van Tilburg
Drs. M.J.H. van Bon-Martens, GGD Hart voor Brabant, Tranzo-Universiteit van Tilburg

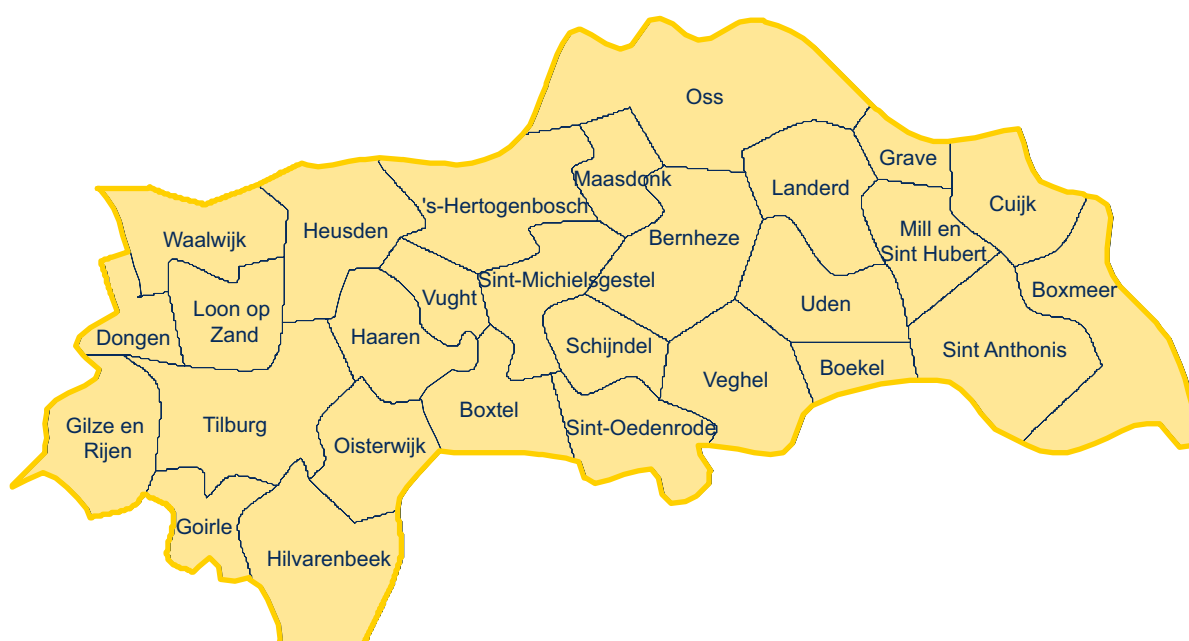
Referent

Prof. dr. ing. J.A.M. van Oers, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Tranzo-Universiteit van Tilburg
Drs. A. Hermans, GGD Hart voor Brabant
Drs. C.J.M. Schaerlaeckens-Rutten MPM, GGD Hart voor Brabant

GGD-regio Hart voor Brabant



Gemeenten in GGD-regio Hart voor Brabant





Hart voor Brabant

Gezondheid telt!

In Hart voor Brabant 2011

Dit rapport 'Gezondheid telt! In Hart voor Brabant 2011' brengt landelijke, regionale en lokale informatie samen over gezondheid en ziekte, oorzaken van ongezondheid, preventie en zorg in de regio Hart voor Brabant.

Drie thema's staan centraal in dit rapport: 1. De invloed van de (fysieke en sociale) omgeving op gezondheid; 2. Het verminderen van de verschillen in gezondheid tussen groepen met een hoge en lage sociaal economische status; 3. De relatie tussen zorg, gezondheid, participatie en preventie.

De GGD Hart voor Brabant adviseert gemeenten om deze drie thema's te zien als de belangrijkste uitdagingen voor effectief lokaal gezondheidsbeleid voor de komende periode. Met de toenemende vergrijzing en een groeiende levensverwachting hoort het onderwerp 'goede volksgezondheid' hoog op de agenda te staan.

Het bereiken van goede resultaten vraagt inzet van partijen binnen en buiten het klassieke speelveld van de publieke gezondheid. Dit is een uitdaging voor alle actoren. Vooral van de gemeente, als regisseur vanuit haar specifieke wettelijke taken in de publieke gezondheid. Dat is de rode draad in deze regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

Dit rapport is onderdeel van de tweede regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning van de GGD Hart voor Brabant. Andere onderdelen zijn de gemeentelijke rapporten 'Gezondheid telt!' voor de 28 gemeenten in de regio en de websites www.regionaalkompas.nl en www.ggdgezondheidsatlas.nl.

GGD Hart voor Brabant

Postbus 3166

5203 DD 's-Hertogenbosch

T 0900-4636443

I www.ggdhvb.nl