

RIS.3934

**Emmen Gezond**  
**Nota lokaal gezondheidsbeleid**  
**2010-2015**

gemeente Emmen

november 2009

## **Inhoudsopgave**

Voorwoord		3
Samenvatting		4
Inleiding		5
<b>Deel I</b>	<b>Gezondheid: rijk, gemeente en het gezondheidsbeleid</b>	
1.	Gezondheid	6
2.	Het rijk, de gemeente en de publieke gezondheid	8
3.	Gezondheidsbeleid: kansen voor gezondheid	13
<b>Deel II</b>	<b>Emmen Gezond</b>	
4.	Evaluatie nota volksgezondheid “Gezond Emmen 2000 - 2004”	15
5.	De gezondheidssituatie in de gemeente Emmen	17
7.	Beleidskader lokaal gezondheidsbeleid gemeente Emmen 2010 - 2015	29
8.	Organisatie en Communicatie	39

## **Bijlagen**

Voor de “gerichte” leesbaarheid hebben we de delen van deze nota –naast de bladzijdeverwijzing- van een kleur voorzien.

## Voorwoord

Emmen, een gemeente met ruimte en groen, behoort in Nederland tot de gebieden die op de Gezondheidsindex met “goed” scoren. Een mooi resultaat, dat we graag zo willen houden. Dat zal echter niet vanzelf gaan. Vele factoren, fysiek, economisch en sociaal beïnvloeden de gezondheid van mensen en geconstateerd is dat er verschillende negatieve ontwikkelingen zijn. Actueel is vooral overgewicht, maar een ziekte als depressie mag niet worden onderschat. De gezondheid beschermen en bevorderen is de opdracht voor het preventief gezondheidsbeleid.

De Emmense score “goed” op de Gezondheidsindex mag niet versluieren dat in Emmen groepen mensen zijn die in een gezondheidsachterstand verkeren en die van onze kant een gerichte inzet op verbetering van hun gezondheidssituatie nodig hebben. De onderzoeksgegevens voor Emmen van de GGD Drenthe tonen dit aan.



De definitie van gezondheid door de WHO (zie blz. 6) gaat over meer dan niet ziek zijn. Gezondheid is een hulpbron om in de samenleving mee te doen.

Deze Nota Lokaal Gezondheidsbeleid “Emmen gezond” is opgesteld voor de periode 2010 - 2015. Met deze nota willen we het lokale gezondheidsbeleid verduidelijken door uiteen te zetten wat het inhoudt en vooral door aan te geven wat we gaan doen.

Het gezondheidsbeleid raakt iedere burger van de gemeente Emmen, want we willen graag dat ieder in een goede gezondheid verkeert en dat die goede gezondheid behouden blijft.

Het gezondheidsbeleid raakt vele aspecten, o.a. een gezond leefgedrag, een gezonde leefomgeving, goede en bereikbare gezondheidsvoorzieningen.

Instanties en instellingen als de GGD Drenthe, huisartsen en andere eerstelijns gezondheidsinstellingen, het welzijnswerk, maatschappelijk werk, maatschappelijke opvang, ouderenzorg en de gemeente kunnen daarbij ondersteunen. De gemeente draagt ook de verantwoordelijkheid voor de leefomgeving, voor wonen, het milieu, sport, recreatie, en door middel van de WMO voor de participatie en kan daarmee ook de gezondheid bevorderen en beschermen.

Het lokaal gezondheidsbeleid raakt iedereen en daarom is tijdens de voorbereidingsfase deze nota met velen op interactieve wijze besproken. Het bespreken heeft er vooral toe geleid dat -daar waar keuzes gemaakt moeten worden - de keuzes van een draagvlak worden voorzien en optimaal zijn. Wij willen alle betrokkenen bedanken voor hun constructieve bijdragen aan deze nota.

Een goede gezondheid vormt de basis voor mensen om in de Emmense samenleving mee te doen: aan onderwijs, werk, verenigingsleven, sport, in de buurt, cultuur en in het sociale leven. Voorkomen is beter dan genezen; in dit geval wel heel letterlijk op te vatten als opdracht aan de gemeente Emmen.

Henk Jumelet, wethouder volksgezondheid

## Samenvatting Emmen Gezond 2010 - 2015

Op grond van de Wet Publieke Gezondheid is de gemeente verantwoordelijk voor de lokale preventieve gezondheidszorg. In deze nota geven wij het beleidskader voor de lokale preventieve gezondheid in Emmen.

De door de minister van VWS vastgestelde “speerpunten” voor de preventieve volksgezondheid en de daarvoor bepaalde doelstellingen vormen voor deze nota het vertrekpunt. De “speerpunten” oftewel prioriteiten zijn: overgewicht/obesitas, overmatig alcoholgebruik, depressie, roken en diabetes. Wij voegen hier specifiek aan toe “eenzaamheid”.

Met het lokale gezondheidsbeleid<sup>1</sup> richten wij ons op alle burgers van Emmen. Drie groepen krijgen in het bijzonder aandacht omdat uit het epidemiologisch onderzoek van de GGD Drenthe blijkt dat hun gezondheid kwetsbaar is of een achterstand kent: jeugd, ouderen – in het bijzonder die met een laag inkomen en mensen met een lage sociaal-economische status (Lage SES).

Wij willen een effectieve en efficiënte aanpak om de gezondheidssituatie van de burgers te verbeteren en/of om ziekte te voorkomen. De aanpak richt zich op de leefstijl, de sociaal en fysieke omgeving en de aanwezigheid van gezondheidszorgvoorzieningen (Model van Lalonde).

Methodisch willen wij interveniëren door middel van de wijk- en dorpsaanpak en empowerment.

Organisatorisch zijn hiervoor beschikbaar o.a. Emmen Revisited en Brede School. Methodisch o.a. werkwijze Emmen Revisited, Buurtgerichte Sociale Activering, Communities in Beweging/Nationaal Actieplan Spot en Bewegen (NASB) en EPODE<sup>2</sup>.

Lokaal gezondheidsbeleid is integraal; het raakt en wordt beïnvloed door andere beleidsterreinen.

Deze flankerende beleidsterreinen zijn in beeld gebracht en aangegeven is welke onderlinge afstemming en versterking plaatsvindt.

Lokaal gezondheidsbeleid betekent ook samenwerken met gezondheidsinstellingen in o.a. de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijn, zorg, sport, welzijn, ruimtelijke ordening, milieu, onderwijs en wonen: in de voorbereiding en met de implementatie.

Lokaal gezondheidsbeleid vraagt om betrokkenheid: van de instellingen, van de (functionele) erkende Overlegpartners, van de burgers. Zo verkrijgen we draagvlak en wordt de effectiviteit van het beleid verhoogd.

Om tot een adequate aanpak te komen voor de “speerpunten” is in de nota opgenomen:

- het wettelijk kader van de WPG en de beschrijving van de beleidsomgeving
- de epidemiologische beschrijving van de gezondheidssituatie in Emmen
- het algemeen beleidskader met onze visie, uitgangspunten en wijze van aanpak
- per “speerpunt” een specifiek beleidskader met wat we willen bereiken en hoe we dat willen doen

Jaarlijks stellen we een Uitvoeringsprogramma vast waarin concreet staat beschreven wat in uitvoering is of wordt genomen en wat ook verantwoord zal worden. Het Uitvoeringsprogramma 2010/11 is bijgevoegd.

---

<sup>1</sup> Voor het lokale preventieve volksgezondheidsbeleid hanteren wij verder: lokaal gezondheidsbeleid

<sup>2</sup> Ensemble, Prévenons l'Obésité Des Enfants – aanpak overgewicht

## Inleiding

De gemeente heeft op grond van de WPG specifiek een taak voor de lokale volksgezondheid. Ook op andere beleidsterreinen van het gemeentelijke “werkveld” komen gezondheidsaspecten tevoorschijn. Zo is het handhaven van een goed leefmilieu belangrijk voor een goede gezondheid, onderwijs is belangrijk zodat mensen leren wat een gezonde leefwijze is, is het voorzien van een goede sportvoorzieningeninfrastructuur een wezenlijke bijdrage om mensen gezond te laten bewegen, is de ruimtelijke ordening en de volkshuisvesting van grote invloed op een gezond leefklimaat. Andere sectoren economie, recreatie, verkeer, welzijn, etc. kennen eveneens gezondheidsaspecten.

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Primair is ieder mens zelf verantwoordelijk voor zijn of haar gezondheid. Voorkomen van ongezondheid – ziekte – en het bevorderen van de gezondheid, en dat collectief, dat is kort gezegd de opdracht aan de gemeente. Daar waar ziekte optreedt, zal de eerste en tweedelijns gezondheidszorg werken aan genezing: huisartsen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen, verpleeghuizen, etc. dragen hiervoor verantwoordelijkheden. De preventieve en de curatieve gezondheidszorg vormen geen gescheiden werelden.

Gezondheid is te onderscheiden in de geestelijke en somatische gezondheid. Voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid maakt dit onderscheid geen verschil. Het beleid voor de de geestelijke gezondheid is in het WMO-beleidsplan gemeente Emmen 2008 – 2012 vastgelegd, de prestatievelen 7, 8 en 9. Wij verwijzen daarnaar.

De gemeenten in Drenthe hebben gezamenlijk deel I van deze nota opgesteld. Reden hiervoor is dat de uitvoering van deze nota door organisaties wordt gedaan die op provinciale schaal of regionaal werken. Voorts zijn de wettelijke taken voor de volksgezondheid voor de gemeenten gelijk. Naast dit gezamenlijke deel bevat deze Nota Lokaal Volksgezondheidsbeleid een “eigen” Emmens deel. In het Emmense deel wordt uiteengezet wat de gezondheidssituatie in Emmen is, wat het Emmens beleid zal zijn en hoe daar uitvoering aan gegeven zal gaan worden.

De epidemiologische beschrijving van de gezondheidssituatie in Emmen in hoofdstuk 5 is verzorgd door de GGD Drenthe. Om recht te doen aan het onderzoek is deze bijdrage integraal overgenomen. De bijdrage beschrijft in het bijzonder de uitkomsten voor de wettelijk vastgestelde “speerpunten”.

Naast deze nota stellen wij jaarlijks een uitvoeringsprogramma vast; dat voor 2010/11 is bij deze nota gevoegd.

Met de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid geven we aan welke doelen we nastreven en welke (financiële) middelen en andere instrumenten daarvoor beschikbaar zijn om ze te realiseren. We kunnen op basis van de nota opdrachten verstrekken aan bijvoorbeeld de GGD Drenthe. Andere partijen blijven of zullen we gestructureerd betrekken bij de uitvoering van het beleid.

De raad van de gemeente Emmen heeft de Nota Lokaal Gezondheidsbeleid bij besluit d.d. ...., nr. .... vastgesteld

## Deel I Gezondheid: rijk, gemeente en het gezondheidsbeleid

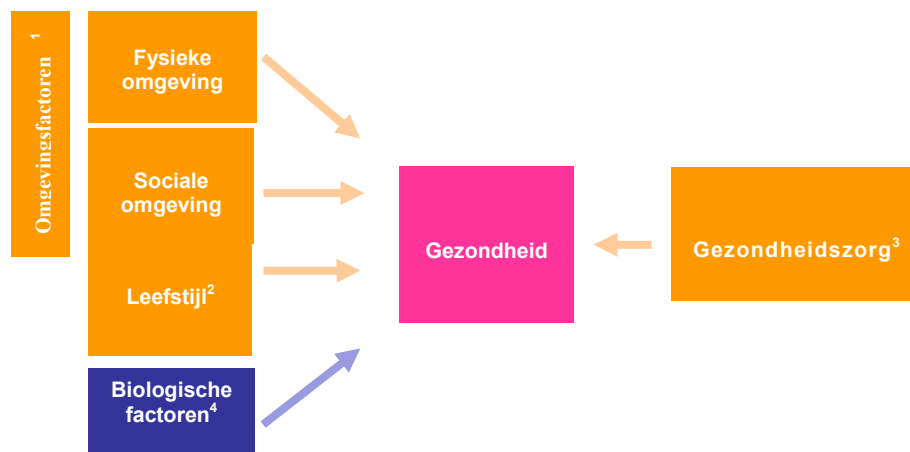
### 1 Gezondheid

*De definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 1948): Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken.*

#### Gezondheid en beïnvloedende factoren

Gezondheid bepaalt in belangrijke mate de kwaliteit van leven. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken meer en langer. Gezondheid is een situatie van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden, die wordt beïnvloed door verschillende factoren. De Canadese minister van Gezondheid Lalonde heeft een model ontwikkeld om gezondheid te 'verklaren' met behulp van de factoren die er op van invloed zijn.

Figuur 1: Model van Lalonde



- 1 Omgevingsfactoren, de fysieke en sociale omgeving:** aspecten van wonen, milieu, veiligheid, inkomen, onderwijs, arbeid, recreatie, welzijn en sociale contacten;
- 2 Leefstijlfactoren:** het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte. Verandering van gedrag kan de gezondheid bevorderen (bijvoorbeeld op het gebied van voeding, genotsmiddelen, lichaamsbeweging en seksualiteit).
- 3 Gezondheidszorg:** het gaat hier vooral over de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.
- 4 Biologische en erfelijke factoren:** de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte.

Gezondheid en gezond gedrag zijn in de eerste plaats een zaak van mensen zelf, maar uit het bovenstaande model blijkt dat ook andere factoren een rol spelen bij het maken van gezonde keuzes en gezondheid van mensen, zoals de omgeving en de aanwezigheid van gezondheidsvoorzieningen.

#### 1.2 De openbare gezondheidszorg

Openbare gezondheidszorg (OGZ) oftewel Public Health is gericht op de bescherming, bevordering en bewaking van de gezondheid van en acute hulpverlening aan de bevolking. Bij openbare gezondheidszorg gaat het om de gezondheid van de gehele bevolking, van risicogroepen en van mensen die tussen wal en schip vallen. Aan de activiteiten op het gebied van openbare gezondheidszorg ligt in principe geen individuele hulpvraag ten grondslag. Het meest karakteristiek aan openbare gezondheidszorg is dat er vooral sprake is van een preventieve insteek en een

maatschappelijke hulpvraag en dat de interventies zich richten op groepen. Het is de overheid die verantwoordelijk is voor de openbare gezondheidszorg.

De openbare gezondheidszorg omvat naast de taken van de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding, ook voorlichting over diverse gezondheidsthema's, de verslavingspreventie en activiteiten die te maken hebben met overheidsverantwoordelijkheid voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorg en het optreden bij (dreigende) ongevallen en rampen.

Vanwege de samenhang van gezondheidsbeleid met allerlei beleidsterreinen heeft de gemeente de centrale rol in de openbare gezondheidszorg. Daar kan immers het beste het verband worden gelegd tussen de gezondheidsproblematiek in de gemeente, de leefomgeving, de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen en de accenten bij de diverse uitvoeringsorganisaties.

## 2 Het rijk, de gemeente en de publieke gezondheid

Meerdere wetten leggen verantwoordelijkheden bij de gemeente voor de gezondheid van haar burgers.

### 2.1 Wet Publieke Gezondheid (WPG)

De Wet Publieke Gezondheid regelt sinds 2008<sup>3</sup> de relatie tussen het rijk en de gemeenten ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. In de WPG zijn de taken en verantwoordelijkheden van de gemeente en het rijk ten aanzien van collectieve preventie op het gebied van de openbare gezondheidszorg vastgelegd. Artikel 13 verplicht de gemeenteraad elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen waarin wordt aangegeven hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de in de wet vastgelegde taken.

De WPG is de opvolger van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De wet is een samenvoeging van drie wetten: de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Met deze nieuwe wet worden internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding verankerd die betrekking hebben op de sturing bij crisis. Ook het verplichte gebruik van het elektronische kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg wordt met de WPG geregeld.

De wet heeft tot **doel** ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming. In de WPG worden drie deel terreinen onderscheiden: collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg.

### 2.2 Het rijk en de publieke gezondheid

Op grond van artikel 13 van de WPG stelt de minister elke vier jaar -vanaf 2002- een nota landelijke prioriteiten en een landelijk programma vast op het gebied van de publieke gezondheid. Eind 2006 is de tweede landelijke nota vastgesteld, met de titel 'Kiezen voor gezond leven'. Deze nota beoogt richting te geven aan de vierjaarlijkse gemeentelijke nota volkgezondheidsbeleid.

Gezond leven is een keuze. Ondanks de kennis over gezond gedrag nemen ongezonde gedragingen onvoldoende af of nemen soms zelfs toe. Ongezonde leefgewoonten leiden tot verhoogde risico's op verlies van gezondheid. De minister stelt, dat een sterke inzet op gezond leven zeer noodzakelijk is, omdat de gezondheid van Nederlanders de laatste jaren verslechtert, vooral door roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht. Hoewel de gemiddelde levensverwachting de afgelopen decennia absoluut gezien is toegenomen, is Nederland in Europa op de ladder van gezondheid en levensverwachting afgezakt naar de middenmoot.

Het kabinet en de gemeenten streven ernaar dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het bevorderen van de volksgezondheid wordt afgemeten aan:

- het terugdringen van vermijdbare gezondheidsachterstanden, waaronder het verminderen van de sociaal economische gezondheidsverschillen
- de toename van het aantal gezonde levensjaren op de totale levensverwachting

De vorige rijkspreventienota (Langer gezond leven, 2003) bevatte drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Landelijk en lokaal zijn in de afgelopen jaren veel activiteiten ontplooid, maar er is nog veel winst te behalen. De rijkspreventienota 'Kiezen voor gezond leven' is daarom voortgegaan op de ingeslagen weg: het voorkomen en tegengaan van roken, van schadelijk alcoholgebruik en van overgewicht, (voeding en beweging) kan een grote bijdrage leveren aan het beperken van de belangrijkste volksgezondheidsproblemen in Nederland. Naast de drie leefstijlfactoren heeft de preventienota nog twee ziekten als speerpunt benoemd, namelijk diabetes en depressie.

In de rijkspreventienota zijn de volgende doelstellingen geformuleerd:

*Overgewicht:*

- het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);
- het percentage jongeren met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).

*Schadelijk alcoholgebruik:*

---

<sup>3</sup> Voorheen: Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid 1989



- het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;
- minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.

*Depressie:*

- meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden landelijke ongeveer 4.000 personen bereikt).

*Roken:*

- in 2010 zijn er nog 20 procent rokers - (nu: 28 procent);

*Diabetes:*

- het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;
- daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.

### **2.3 De gemeente en de publieke gezondheid**

De WPG verplicht gemeenten continuïteit van en de samenhang binnen de publieke gezondheidszorg tot stand te brengen en deze af te stemmen met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen (artikel 2).

Ter uitvoering van dit artikel draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:

- Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
  - Het elke vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, op landelijke gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie;
  - Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
  - Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering;
  - Het bevorderen van medisch milieukundige zorg;
  - Het bevorderen van technisch hygiënezorg;
  - Het bevorderen van psychosociale hulp bij rampen.
- Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg (artikel 5).
  - Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de algemene infectieziektenbestrijding (artikel 6)
  - De gemeente vraagt de gemeentelijke gezondheidsdienst om advies vóórdat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg (artikel 16)

In de WPG is een aparte artikel (5a) opgenomen over preventie ouderenzorg. De uitwerking van dit artikel wordt in het najaar van 2009 verwacht. Daarnaast is VWS gestart met de 2<sup>e</sup> tranche van de WPG. Voorstel voor de 2<sup>e</sup> tranche is:

- Het verder wettelijk in elkaar weven van WPG en de Wet Veiligheidsregio (WVR)
- Prenatale voorlichting aan aanstaande ouders
- Het versterken van de preventiecyclus en bevorderen van de implementatie van gemeentelijke nota gezondheidsbeleid

Het Besluit Publieke Gezondheid werkt de WPG nader uit voor de jeugdgezondheidszorg, de gemeentelijke taken voor de preventieve volksgezondheid, o.a. infestieziektebestrijding en de GGD.

### **2.4 De gemeentelijke gezondheidsdienst Drenthe (GGD)**

Artikel 14 van de WPG stelt dat de gemeente een gemeentelijke gezondheidsdienst moet instellen en in stand houden. De 12 Drentse gemeenten hebben aan deze verplichting voldaan door via een gemeenschappelijke regeling de GGD Drenthe in het leven te roepen. De GGD voert wettelijke taken uit binnen de WPG en kan daarnaast overige taken uitvoeren die in het verlengde daarvan liggen in opdracht van het bestuur, individuele gemeenten of derden (additionele taken).

Een goede -op de lokale situatie toegesneden- uitvoering van de WPG is van groot belang voor het gemeentelijke volksgezondheidsbeleid.

Voor het gemeenschappelijke basispakket hebben gemeenten in 2008 overeenstemming bereikt, evenals over het gewenste kwaliteitsniveau en de in te zetten formatie. In 2009 beginnen de gemeenten en de GGD op basis van de gemeentelijke nota's volksgezondheid met het opstellen van een nieuw GGD-beleidsplan.

Naast het gemeenschappelijke pakket kan elke gemeente de GGD inzetten om andere opdrachten binnen het volksgezondheidsbeleid uit te voeren. Dit kan gaan om onder andere extra gegevensverzameling voor beleid, ontwikkeling van gezondheidsbevorderende projecten, milieumetingen op scholen, coördinatie van gezondheidsactiviteiten bijvoorbeeld in samenwerking met de eerste lijn, maatwerkactiviteiten in de jeugdgezondheidszorg, projectleiding binnen het jeugdbeleid etcetera.

De basistaken die door de GGD uitgevoerd voor de gemeente Emmen worden uitgevoerd, zijn:

- uitvoering JGZ, 4-19 jaar, uniform en maatwerk
- uitvoering wet infectieziekten, waaronder technische hygiënezorg en soa/aids
- inspectie kinderopvang
- medische milieukunde
- gezondheidsbevordering
- epidemiologie
- beleidsadvisering gemeentelijk beleid
- Actiecentrum ter ondersteuning van GHOR bij crises en rampen.

De additionele taken die in 2009 voor de gemeente Emmen worden uitgevoerd, zijn:

- Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG)
- RAAK (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling)
- meldpunt oggz, voorzitter en secretariaat netwerkoverleggen OGGZ, en verrichtingen OGGZ
- advisering bij totstandkoming lokale nota volksgezondheid
- forensische geneeskunde
- reizigersadvisering en –voorlichting
- technisch hygiënische advisering peuterspeelzalen, prostitutiebedrijven en bijzondere evenementen
- begeleidingstraject voor kinderen met overgewicht
- ROC Drenthe College: deelname ZAT, spreekuren, verzuimbegeleiding, preventief gezondheidsonderzoek voor een deel van de leerlingen.
- CJG: gezinscoördinatie, 123tjes

## **2.5 De Jeugdgezondheidszorg**

De Jeugdgezondheidszorg is onderdeel van de WPG. Voor een landelijk eenduidigheid heeft het rijk regels vastgesteld, waaraan het uitvoeringsprogramma, het basistakenpakket, tenminste moet voldoen.

Taken op dit terrein zijn:

- geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen.
- verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren (signalering);
- ramen van de behoefte aan zorg;
- formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering ligt bij de gemeenten. Binnen het basistakenpakket heeft de gemeente beleidsmatige ruimte om aanvullende inzet te laten plegen op de genoemde aandachtsgebieden. Dit is het zogeheten 'lokaal maatwerk', zoals bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning.

De Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen wordt in Drenthe uitgevoerd door twee uitvoeringsorganisaties, namelijk de GGD en Icare. De belangrijkste uitdagingen waar de 12 gemeenten en de organisaties de komende jaren voor staan zijn:

1. het realiseren van een integrale JGZ 0-19 jaar: opheffen van de ‘knip’ bij 4 jaar, een doorgaande lijn, één samenhangend productenaanbod, het omschrijven en invullen van alle voorwaarden die nodig zijn om dit te bereiken;
2. de positionering van de integrale JGZ 0-19 jaar binnen het veld van het integrale jeugdbeleid (ontwikkeling Centra Jeugd en Gezin).

## **2.6 Relatie Nota Gezondheidsbeleid, Jeugdgezondheidszorg en het Preventief Jeugdbeleid**

Ieder kind moet de kans krijgen gezond en veilig op te groeien, zijn talenten te ontwikkelen, zich goed voor te bereiden op zijn toekomst, waarbij van jongeren een positieve bijdrage aan de maatschappij wordt verwacht. Rijk en gemeenten willen bereiken dat opvoed- en opgroei-ondersteuning voor ouders en kinderen vanzelfsprekend wordt, gemakkelijk te bereiken en voldoende voorhanden is. Centra voor jeugd en gezin dienen daartoe als concept, met als doel bestaande functies en taken op het gebied van opvoeden en opgroeien in een samenhangend pakket van diensten aan te bieden.

Kabinet en VNG zijn het er over eens dat gemeenten een cruciale rol spelen in de ondersteuning, hulp en zorg aan kinderen en gezinnen. Zij constateren dat de afstemming tussen provincies en de gemeenten op het terrein van de jeugdzorg en het jeugdbeleid nog onvoldoende is en dat de positie van gemeenten moet worden versterkt. Het kabinet ondersteunt en stimuleert daarom pilots op lokaal niveau waar nieuwe vormen van samenwerking tussen provincies en gemeenten worden ontwikkeld.

De bij het preventief jeugdbeleid betrokken organisaties zijn veelal op regionaal of provinciaal niveau georganiseerd. De gemeenten staan voor de uitdaging om (op onderdelen) overeenstemming te bereiken over enerzijds het lokale maatwerk, anderzijds het belang van gemeentegrensoverschrijdende en meerjarige afspraken met de uitvoeringsorganisaties.

In het Bestuursakkoord<sup>4</sup> is overeengekomen, dat iedere gemeente gedurende de looptijd van deze nota gezondheidsbeleid tenminste één Centrum voor Jeugd en Gezin in de gemeente realiseert. Het basismodel van de Centra voor jeugd en Gezin omvat de Jeugdgezondheidszorg, prestatieveld 2 van de WMO, een schakel met Bureau Jeugdzorg (met een voorpostfunctie en verankering van samenwerking in het backoffice) en met het Zorgadviesteams.

## **2.7 Relatie tussen de WPG en WMO**

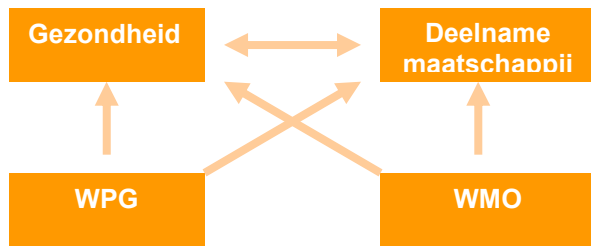
De Wet Maatschappelijke Ondersteuning maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. De WMO is bedoeld voor burgers die drempels ervaren in hun deelname aan de maatschappij. Onder de WMO moeten gemeenten periodiek per prestatieveld aangeven welke doelen ze nastreven, welke activiteiten ze ondernemen, welke resultaten ze daarop behalen en wat de samenhang is tussen de prestatievelden. Dit alles in goed overleg met de relevante organisaties, de burgers en de gemeenteraad. In de doelstellingen van de WMO neemt de realisatie en versterking van een zogenaamde civil society een belangrijke plaats in. Het doel dat daarmee wordt beoogd, is dat burgers zorg en ondersteuning in hun eigen omgeving organiseren.

De relatie tussen de WPG en de WMO kan het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende pijlers, met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers (zie figuur 2). De WPG richt zich op het bevorderen en het beschermen van de gezondheid van groepen uit de bevolking: de (nog) gezonde burgers. De WMO richt zich op de participatie van groepen uit de bevolking en van individuele burgers. De WMO is er voor om burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te ondersteunen om maatschappelijk te kunnen participeren. Gezondheid in brede zin speelt dus ook een belangrijke rol bij de WMO; het is een belangrijke hulpbron. Mensen die deelnemen aan het maatschappelijk leven voelen zich gezonder, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. Andersom maakt een goede gezondheid deelname aan de maatschappij weer mogelijk. Beide wetten hebben uiteindelijk een overstijgend doel in zich, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van leven.

---

<sup>4</sup> Bestuursakkoord Rijk en Gemeenten dd 6 juni 2007

## Kwaliteit van leven



*Figuur 2 : WPG en WMO pijlers voor kwaliteit van leven.*

De relatie tussen de WPG en de WMO geeft inzicht in het belang van preventie. Om problemen met betrekking tot de uitvoering van de WMO te voorkomen, moeten problemen vroegtijdig in beeld worden gebracht en preventief worden aangepakt. Veel gezondheidswinst is te behalen wanneer men vroeg in het (ziekte)proces ingrijpt en de gezondheid bevordert. Om te voorkomen dat te veel inwoners een beroep doen op de WMO-voorzieningen en gemeenten om financiële redenen de aandacht richten op individuele voorzieningen, is het van belang dat gemeenten investeren in de preventietaken binnen de beide wetten, de (collectieve) preventieactiviteiten die voorafgaan aan cure, care en welzijn.

### **3 Gezondheidsbeleid: kansen voor gezondheid**

#### **3.1 Doel van lokaal volksgezondheidsbeleid**

Het doel van gezondheidsbeleid is het bevorderen en verbeteren van de volksgezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen groepen in de gemeente.

Afgeleide doelstellingen daarvan zijn:

- verlenging van de gezonde levensverwachting;
- optimale kansen op gezondheid voor iedereen;
- verkleinen van gezondheidsverschillen;
- verhoging van de kwaliteit van leven;
- bijdrage aan de oplossing van maatschappelijke problemen;
- meer samenhang in het aanbod, afgestemd op de vraag.

De gemeente heeft een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om de ontwikkeling en uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid. De GGD Drenthe adviseert de gemeente bij de lokale preventiecyclus: van het leveren van (epidemiologische) gegevens, de ondersteuning bij het proces van beleidsvorming tot de beleidsuitvoering, de uitvoeringsplannen en de evaluatie.

#### **3.2 Deelterreinen bij het lokaal volksgezondheidsbeleid**

Binnen het lokale gezondheidsbeleid zijn op basis van het model van Lalonde drie deelterreinen aan te geven: bevorderen van gezonde leefstijl, de integrale aanpak van gezondheidsproblemen en het zorgbeleid. Deze deelterreinen vormen de basis van het beleid en de uitvoeringsplannen.

##### *Gezonde leefstijl (Gezondheidsbevordering)*

Gezondheidsbevordering is gericht op het stimuleren van gezond gedrag bij mensen en het versterken van wat mensen nodig hebben om gezondheidsrisico's te vermijden of te beperken. De gemeente Emmen legt in de nota "Gezond Emmen" 2010 - 2015 de accenten in beleid voor de komende 6 jaren vast. In de uitvoeringsplannen die op basis van dit beleid worden gemaakt, zal veel accent worden gelegd op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

##### *Gezonde omgeving (Integrale aanpak)*

Een integrale aanpak van de speerpunten betekent het in samenhang beïnvloeden van gezondheid of factoren hiervan. In de meest brede zin betekent dit dat de belangrijkste sectoren rondom het volksgezondheidsdomein samenwerken bij de aanpak van de gezondheid. Op basis van de vastgestelde speerpunten en de doelgroepen zal worden gekeken wat dit betekent voor het beleid en de uitvoering van andere gemeentelijke beleidsterreinen zoals bijvoorbeeld WMO, Jeugd, Milieu, Openbare orde & veiligheid, Sociale zaken of Ruimtelijke ordening

Een voorbeeld is de aanpak van het overgewichtprobleem. Bij de aanpak hiervan is een relatie met het jeugdbeleid, het sportbeleid en het beleid op het terrein van de ruimtelijke ordening aan de orde.

Ervaringen hebben geleerd dat de integrale aanpak van dit gezondheidsprobleem effectiever is. Een integrale methode als 'De gezonde school' biedt gemeenten de mogelijkheid om de gezondheidsproblematiek voor jongeren integraal binnen het onderwijs aan te pakken.

Een ander voorbeeld is de aanpak van het overmatig alcoholgebruik bij jongeren. De Vereniging van Drentse Gemeenten heeft het Actieprogramma 'Aanpak schadelijk alcoholgebruik bij jongeren 2009-2013' laten opstellen. Het actieplan gaat uit van een integrale aanpak van de alcoholproblematiek en samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen.

Naast de integrale benadering van gezondheidsproblemen is het ook van belang om volksgezondheidsaspecten mee te laten wegen bij de bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan volksgezondheid.

##### *Gezonde zorg (Zorgbeleid)*

Het zorgbeleid richt zich op het bevorderen en handhaven van zorgvoorzieningen en het bevorderen van zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen op de zorgvraag van burgers.

Aandachtspunten zijn hierbij de bereikbaarheid, toegankelijkheid en spreiding van de gezondheidsvoorzieningen binnen de gemeente Emmen. De gemeente heeft de taak lacunes in de lokale

zorgsituatie te signaleren en te voorkomen door te streven naar voldoende capaciteit. Op het moment dat burgers buiten het reguliere zorgsysteem vallen, moet de gemeente zorgregelend kunnen optreden (vangnetfunctie). De openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en mantelzorg zijn voorbeelden waarin de gemeente haar rol oppakt. Maar ook de afstemming met de eerste lijn daar waar het gaat om aanpak van de speerpunten uit de nota lokaal volksgezondheidsbeleid.

## Deel II “Gezond Emmen”

### 4- Evaluatie nota volksgezondheid “Gezond Emmen 2000 - 2004”

De voorgaande nota “Gezond Emmen” formuleerde een visie op gezondheid, namelijk *het vermogen tot lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk “normaal” functioneren in de samenleving. Dit kan worden ondersteund door een goede fysieke en sociale omgeving, toegang tot een goede gezondheidszorg en bevordering van een goede leefstijl.*

*Het preventief volksgezondheidsbeleid richtte zich op collectieven uit de bevolking met gemeenschappelijke kenmerken in gezondheidssituaties, gezondheidsbeleving, gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's. Extra aandacht ging hierbij uit naar lage SES, jongeren en ouderen (met een laag inkomen).*

In deze evaluatie wordt nagegaan welke resultaten op grond van het preventief volksgezondheidsbeleid in de voorgaande periode zijn geboekt. De resultaten liggen in de sfeer van uitgevoerde activiteiten, ontwikkelen en structureren van samenwerkingsverbanden en ketens. Het belangrijkste resultaat is dat de ketenontwikkeling zich ook over de preventieve gezondheidszorg uitstrekt, waarmee wordt bereikt dat een afgestemde zorg ontstaat met “cure” en “care”. Deze ontwikkeling is nog niet voltooid.

De gemeente en de betrokken instellingen hebben de laatste jaren ingezet op de ontwikkeling van ketens om de samenwerking voor de gezondheidszorg te bevorderen, de soepele overdracht van cliënten in een traject te waarborgen en de afstemming van aanbod zo te organiseren dat lacunes worden uitgesloten. Zo is het Convenant OGGZ afgesloten, het Centrum voor Jeugd en Gezin is tot stand gekomen, is een afstemmings- en overlegstructuur voor de WMO ingesteld en heeft de Coördinatiecommissie Buurtgerichte Sociale Activering haar werkzaamheden opgepakt. Binnen het basis-, speciaal, voortgezet, speciaal voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs zijn de zorg- en adviesteams ingesteld. Onlangs is de keten “Beweeg je leven” als preventieketen voor depressie begonnen. De gemeente heeft voor meerdere ketens een regiefunctie en zal deze ook voor nadere ontwikkelingen nemen. Genoemd kunnen worden die voor ouderen en voor wonen, zorg en welzijn, waarvoor regionaal al wordt samengewerkt. In het kader van de WMO is het initiatief genomen voor gestructureerd overleg met de eerstelijns gezondheidszorg, waar het preventief volksgezondheidsbeleid naadloos ingepast kan worden.

Het instellen van het WMO-loket, de sociale kaart en andere ICT-voorzieningen bieden ook voor het preventief volksgezondheidsbeleid mogelijkheden. Vanuit de eerstelijns gezondheidszorg is gepleit voor een afgestemde geïntegreerde informatievoorziening.

Ter uitvoering van het preventief lokaal volksgezondheidsbeleid zijn naast de wettelijke en basistaken ook activiteiten ontplooid, in het bijzonder voor risicogroepen als ouderen, jongeren, lage SES, verslaafden en dak- en thuislozen. Te noemen zijn acties stoppen met roken, voorlichting drugsgebruik, bestrijden overgewicht door middel van sport en bewegen en voorlichting over voeding, voorkomen psychosociale problematiek, voorlichting en bestrijden overmatig alcoholgebruik, preventief huisbezoek en interventies gezondheidsbevordering lage SES. Binnen andere beleidsterreinen wordt aan het facet gezondheid ook meer en meer aandacht besteed zoals werk en re-integratie, onderwijs (lokale educatieve agenda), wonen en het Grote Stedenbeleid (Gezond en wel in de stad). De activiteiten vinden niet alleen plaats met de inzet van gemeentelijke middelen, maar ook met middelen van ministeries en de provincie Drenthe.

Binnen het Grote Stedenbeleid, Emmen Revisited, Buurtgerichte Sociale Activering (Klazienaveen, Emmermeer, Emmercompasuum) vinden diverse community-gerichte interventies plaats om mensen een gezondere leefstijl (gedrag, voeding, bewegen) te laten hanteren. Binnen BSA richt de interventie zich ook op de besteding van inkomen aan voedsel: vers en zelf te bereiden voedsel is veelal goedkoper en gezonder.

Diverse ontwikkelingen binnen de WMO in relatie tot “Zorgeloos wonen” hebben geleid tot woonservicegebiedontwikkeling, woon-zorg-welzijn accommodatie-ontwikkeling en andere woonvormen voor ouderen. Emmen werkt samen met de provincie Drenthe en de gemeenten

Coevorden en Borger-Odoorn voor wonen-zorg-welzijn ZO Drenthe. Deze ontwikkelingen zijn nog volop gaande.

De GGD ZO Drenthe is in 2002 gefuseerd met de andere Drentse GGD'en tot de GGD Drenthe. Momenteel is de GGD Drenthe doende zich verder te ontwikkelen tot een kwaliteits gezondheidsdienst van de Drentse gemeenten Een belangrijk instrument voor het lokaal gezondheidsbeleid zijn de periodieke onderzoeken van de GGD Drenthe.



## **5. DE GEZONDHEIDSSITUATIE IN DE GEMEENTE EMMEN**

### **5.1 TOELICHTING OP DE GEGEVENS**

De meeste gegevens over Jeugd komen uit het Leefstijlonderzoek van 2004. In heel Drenthe hebben destijds 4589 jongeren aan het onderzoek deelgenomen, waarvan er 475 uit Emmen kwamen. In het najaar van 2008 is een nieuw onderzoek onder jeugdigen op het voortgezet onderwijs gehouden. De resultaten op provinciaal niveau worden na de zomer gepresenteerd en die voor de gemeente Emmen in het najaar. Deze nieuwe cijfers kunnen helaas niet meer worden verwerkt in deze nota.

De resultaten voor volwassenen zijn van 2003. Toen hebben 3914 Drenten meegedaan aan het vragenlijstonderzoek, waarvan er 712 uit Emmen kwamen. De volgende gezondheidsenquête onder volwassenen in Drenthe wordt uitgevoerd in het najaar van 2009.

Voor de doelgroep ouderen stammen de gegevens uit het onderzoek van 2007. In Emmen hebben 547 ouderen meegedaan aan dit onderzoek; de resultaten voor heel Drenthe zijn gebaseerd op de gegevens van 2780 65-plussers.

Bij alle drie de bevolkingsgroepen worden, voor zover mogelijk, de resultaten vergeleken met het daaraan voorafgaande onderzoek.

Ten aanzien van de gegevens die betrekking hebben op overgewicht moet het volgende opgemerkt worden:

In de meeste onderzoeken, ook bij die van de GGD, worden gewicht en lengte door de respondenten zelf gerapporteerd. De gepresenteerde resultaten over overgewicht zijn daardoor mogelijk een onderschatting van de werkelijkheid, omdat mensen geneigd zijn hun eigen gewicht lager in te schatten en hun lengte groter dan ze werkelijk is.

Wanneer gesproken wordt over significante verschillen dan wil dat zeggen dat deze verschillen niet toe te schrijven zijn aan toeval.

In dit hoofdstuk worden eerst enkele demografische gegevens gepresenteerd. Paragraaf 5.3 geeft de resultaten weer voor alcohol, overgewicht, diabetes, psychosociale gezondheid en roken voor de verschillende doelgroepen. In de laatste paragraaf worden conclusies getrokken.

### **5.2 DEMOGRAFISCHE GEGEVENS**

Het voorkomen van (on)gezondheid en de mate van zorgbehoefte verschilt naar geslacht en leeftijd. Daarom is het van belang inzicht te hebben in de opbouw van de bevolking en de ontwikkeling daarvan in de toekomst. Naast het presenteren van de procentuele verdeling zijn er ook andere demografische maten zoals groene en grijze druk. De groene druk is een maat voor de verhouding tussen de beroepsbevolking (20 – 65 jaar) en de niet productieve groep 0 – 19 jarigen. De grijze druk is de verhouding tussen de beroepsbevolking en de 65-plussers.

Verschillen tussen mensen worden niet alleen veroorzaakt door biologische kenmerken, maar ook door sociale kenmerken zoals opleiding, inkomen en/of beroep. Op grond van deze kenmerken wordt de bevolking ingedeeld naar sociale klassen, wat de sociaal economische status (SES) van een persoon wordt genoemd.

Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een lage sociaal-economische status gemiddeld bijna vier jaar korter leven en dat zij negen tot tien jaar korter doorbrengen in goede gezondheid (zonder lichamelijke beperking) dan mensen met een hoge sociaal-economische status. Mensen met een lage SES ervaren hun gezondheid vaak als minder goed en ze hebben vaker chronische aandoeningen en beperkingen.

SES is dus een belangrijk aanknopingspunt voor lokaal gezondheidsbeleid. Het verkleinen van sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) is een continu aandachtspunt in (lokaal) volksgezondheidsbeleid. Voor de verkleining van de verschillen zijn echter ook andere beleidsterreinen nodig, zoals arbeid, huisvesting, onderwijs, welzijn en sport, ruimtelijke ordening.

### 5.2.1 Bevolkingsopbouw

Allereerst enkele gegevens over de opbouw van de bevolking (tabel 1). Te zien is dat het percentage 65+-ers in Drenthe hoger is dan Nederland. Emmen heeft een vergelijkbare opbouw met de provincie. In de tabel staan ook de groene druk en de grijze druk; deze groene druk is de verhouding tussen het aantal personen in de leeftijdscategorie 0-19 en de productieve leeftijdsgroep 20-65 jaar. In Nederland ligt de groene druk op 39. De grijze druk geeft het aantal 65-plussers t.o.v. de productieve groep weer. In Nederland is dit 25. Emmen heeft in vergelijking met Nederland verhoudingsgewijs minder jongeren en meer ouderen.

Tabel 1: Bevolkingsopbouw Emmen, Drenthe en Nederland

	Emmen	Drenthe	Nederland	groene druk	grijze druk
Jonger dan 20 jaar	22,9%	23,8%	23,9%	38,2	
20 tot 65 jaar	60,0%	58,9%	61,2%		
65 jaar of ouder	17,0%	17,4%	15,0%		28,4

© CBS Den Haag/Heerlen

Van belang is hoe de bevolking zich de komende jaren ontwikkelt, zeker met het oog op de vergrijzing in de gemeente. Uit tabel 2 blijkt dat de gemeente Emmen de komende jaren verder vergrijst, dit wordt veroorzaakt door de groep mensen die richting de pensioen gerechtigde leeftijd gaan.

Tabel 2: Bevolkingsprognose tot 2025 voor Emmen

	2015	2020	2025
0 tot 20 jaar	23,2%	22,5%	22,3%
20 tot 65 jaar	57,5%	56,2%	54,8%
65 jaar of ouder	19,3%	21,2%	22,9%

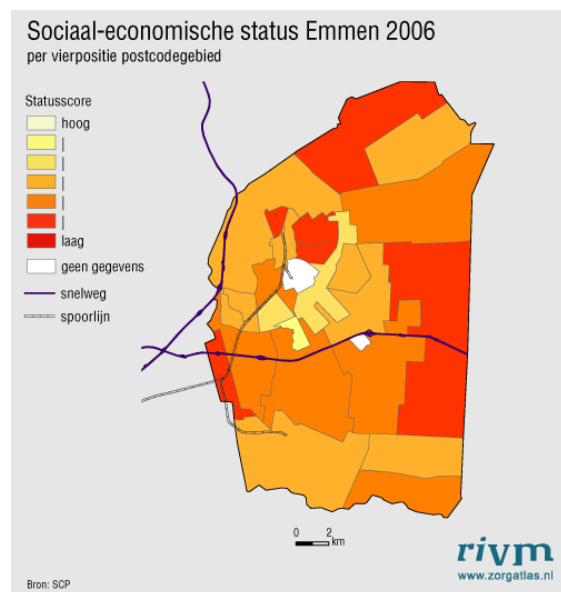
© CBS Den Haag/Heerlen

### 5.2.2 Sociaal economische status

Zoals al werd uitgelegd is de Sociaal Economische Statut (SES) een bepalende factor voor de mate van ongezondheid en ongezonde leefstijl in de bevolking.

Het RIVM heeft op het niveau van 4-cijferige postcode gebieden een beeld van de SES in Nederland gemaakt. De rode gebieden hebben een lage SES, de gele gebieden een hoge SES. Emmen is hier uitgelicht en de gebieden met een lage sociaal economische status zijn Zwartemeer, Bargercompascuum, Nieuw Weerdinge, Veenoord en de wijken Emmerhout, Angelslo en (het noordelijke deel van) Emmermeer.

Figuur 1: Sociaal economische status per wijk in Emmen



In de onderstaande tabellen wordt voor Emmen de SES uit figuur 1 bevestigd. Uit de inkomensgegevens van het CBS zoals weergegeven in tabel 3 komt naar voren dat het gemiddeld besteedbaar inkomen per particulier huishouden in Drenthe lager ligt dan Nederland. Het besteedbaar inkomen per huishouden in Emmen ligt daar nog weer onder.

Tabel 3: Gemiddeld besteedbaar inkomen (\* € 1000,-) per particulier huishouden, in Emmen, Drenthe en Nederland

Nederland	Drenthe	Emmen
31,3	30	28

© CBS Den Haag/Heerlen

Op basis van de gegevens uit de onderzoeken die de GGD doet onder de verschillende bevolkingsgroepen wordt een indruk verkregen van het opleidingsniveau. Uit tabel 4 blijkt dat relatief meer jongeren in Emmen de IVBO/LWOO volgen in vergelijking met Drenthe.

Tabel 4: Onderwijstype van jongeren in klas 2 en 4 van het voortgezet onderwijs in Emmen en Drenthe

	Klas 2 & 4 VO	
	Emmen	Drenthe
Basisvorming	7%	8%
IVBO/LWOO	11%	4%
VMBO beroepsgerichte leerweg	22%	21%
VMBO theoretische leerweg	28%	30%
HAVO	19%	22%
VWO/gymnasium	13%	15%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2004

Voor volwassenen en ouderen is eenzelfde beeld te zien in tabel 5. Meer volwassenen en meer ouderen in Emmen hebben een lagere opleiding voltooid dan in de provincie Drenthe.

Tabel 5: Hoogst voltooide opleiding van volwassenen en ouderen in Emmen en Drenthe

	Volwassenen		Ouderen	
	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe
Hooguit lager onderwijs	11%	8%	42%	33%
LBO / MAVO	44%	36%	34%	36%
MBO / HAVO / VWO	28%	31%	11%	13%
HBO / Universiteit	15%	22%	8%	11%
anders	2%	3%	5%	6%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 2003, Ouderenonderzoek 2007

## 5.3 RESULTATEN VOOR DE LANDELIJKE SPEERPUNTEN

### 5.3.1 Overgewicht

#### Risico's van overgewicht

Overgewicht ontstaat wanneer via de voeding meer energie wordt ingenomen dan er voor lichamelijke activiteiten wordt gebruikt. De mate van overgewicht wordt uitgedrukt in de Body Mass Index (BMI). Wanneer de BMI groter of gelijk is dan 25 en kleiner dan 30, spreken we van overgewicht. Iemand heeft ernstig overgewicht of obesitas wanneer de BMI groter of gelijk is aan 30.

Overgewicht en met name ernstig overgewicht (obesitas) hangt samen met tal van chronische aandoeningen. Dit betreft vooral diabetes mellitus type 2, maar ook hart- en vaatziekten, een aantal soorten kanker en aandoeningen aan galblaas, bewegingsstelsel en ademhalingsorganen. Behalve met ziekten hangt (ernstig) overgewicht ook vaak samen met lichamelijke beperkingen, een slechtere kwaliteit van leven en arbeidsongeschiktheid.

Overgewicht bij kinderen heeft grote gezondheidsgevolgen; ze hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben en ze hebben een verhoogd risico op diabetes. Ook hebben ze vaak te maken met stigmatisering en lopen daardoor meer kans op psychosociale problemen als eenzaamheid, verdriet en gespannenheid.

#### Jeugd

Uit landelijke gegevens komt naar voren dat 15% van de jongens en 18% van de meisjes te zwaar is. Dit percentage neemt nog steeds toe. Daarbij is er de ontwikkeling dat jongeren op jongere leeftijd te dik worden en ook steeds dikker.

Op basis van zelfrapportage komt in tabel 12 naar voren dat in Emmen in het basisonderwijs 12% van de kinderen te zwaar is. In klas 2 van het voortgezet onderwijs is dit 11% en bij 4<sup>e</sup> klassers 10%. De percentages in het voortgezet onderwijs zijn vergelijkbaar met Drenthe, die voor het basisonderwijs zijn hoger.

Bekend is dat zelfrapportage van gewicht en lengte tot een onderschatting van BMI leidt. Uit gegevens van het Periodiek GezondheidsOnderzoek in klas 2 van het voortgezet onderwijs, waar gewicht en lengte worden gemeten, is het percentage jongeren in Emmen met overgewicht 19%.

Tabel 6: Overgewicht in Emmen en Drenthe

	11-12 jarigen		13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe
<b>Ondergewicht</b>	15%	17%	14%	13%	9%	9%
<b>Normaal gewicht</b>	74%	74%	75%	77%	81%	82%
<b>Overgewicht</b>	11%	7%	10%	9%	9%	8%
<b>Obesitas</b>	1%	1%	1%	1%	1%	1%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2004

Voeding en bewegen zijn van invloed op het gewicht. Een indicatie van voedingsgewoonten is het ontbijtgedrag. In tabel 7 is te zien dat het percentage jongeren dat minder dan 5 schooldagen ontbijt stijgt met de leeftijd. Vergeleken met Drenthe is het percentage 13-14 jarigen dat niet ontbijt hoog. Als indicator voor de lichaamsbeweging wordt het lidmaatschap van een sportvereniging getoond. Naar mate de jongeren ouder zijn, zijn ze minder vaak lid van een sportvereniging. In verhouding tot de hele provincie zijn er minder 11-12 jarigen en 13-14 jarigen uit Emmen lid van een sportvereniging.

Tabel 7: Voeding en bewegen in Emmen en Drenthe

	11-12 jarigen		13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe
Minder dan 5 schooldagen <b>ontbijt</b>	11%	10%	30%	21%	24%	28%
<b>Lid van een sportvereniging</b>						
Ja	71%	82%	61%	72%	66%	65%
Niet meer	17%	12%	28%	22%	28%	30%
Nee, nooit lid geweest	12%	6%	11%	6%	6%	5%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2004

### Volwassenen

46% van de Nederlanders heeft overgewicht, daarvan heeft 11% ernstig overgewicht.

In Emmen komt meer overgewicht en obesitas voor dan in de gehele provincie (zie tabel 8).

In 2003 had 41% van de volwassenen in Emmen overgewicht en 14% had ernstig overgewicht. Ten opzichte van 1998 zijn deze percentages gestegen, een beeld dat overeen komt met de landelijke trend.

Tabel 8: Overgewicht in Emmen in 1998 en 2003

	Emmen		Drenthe
	1998	2003	2003
Ondergewicht (BMI < 18,5)	2%	2%	2%
Normaal gewicht (18,5 ≤ BMI < 25)	51%	43%	49%
Overgewicht (25 ≤ BMI < 30)	34%	41%	37%
Ernstig overgewicht (BMI ≥ 30)	13%	14%	12%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 1998 &amp; 2003

Zoals bij de paragraaf met jeugdgegevens al is aangegeven zijn voeding en bewegen van invloed op het gewicht. Een indicatie van voedingsgewoonten is het ontbijtgedrag. Een kwart van de volwassen bevolking in Emmen ontbijt niet regelmatig; dat is ongeveer even hoog als in Drenthe (zie tabel 15).

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) houdt in dat men op minimaal vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week, een half uur tenminste matig intensief lichamelijke actief is. In Nederland voldoet ongeveer 55% aan deze norm. Emmen ligt daar iets onder, maar doet het weer beter in vergelijking met Drenthe, waar 51% voldoet aan de NNGB.

Tabel 9: Percentage ontbijt en lichaamsbeweging in Emmen en Drenthe

	Emmen	Drenthe
Minder dan 5 dagen ontbijt	24%	23%
Voldoet wel aan de NNGB	53%	51%
Voldoet niet aan de NNGB	47%	49%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 2003

### Ouderen

Naar mate mensen ouder worden, verandert de lichaamsbouw. Dat is de reden dat voor mensen ouder dan 65 jaar de afkappunten voor overgewicht bij een BMI van 30 ligt, i.p.v. 25 zoals bij volwassenen. Uit CBS-gegevens komt naar voren dat in Nederland 14% van de 65-plussers overgewicht heeft.

In de onderstaande tabel staan de percentages voor Emmen en Drenthe, daaruit blijkt dat in Emmen relatief meer overgewicht voorkomt bij ouderen dan in Drenthe en ook in vergelijking met Nederland.

Tabel 10: Overgewicht in Emmen en Drenthe

	Emmen	Drenthe
ondergewicht (BMI < 18,5 kg/m <sup>2</sup> )	2%	1%
normaal gewicht ( 18,5 ≤ BMI < 30 kg/m <sup>2</sup> )	82%	85%
overgewicht (BMI ≥ 30 kg/m <sup>2</sup> )	17%	15%

© GGD Drenthe, Ouderenonderzoek 2007

### 5.3.2 Alcohol

#### Risico's van alcoholgebruik

Ten aanzien van alcoholgebruik geldt:

Hoe hoger de totale consumptie van alcohol, hoe groter het risico op schade: hoe meer alcohol per keer wordt gedronken, des te ernstiger de schade (de aandoening of verwonding).

Alcoholgebruik hangt samen met ongeveer zestig verschillende aandoeningen. Het heeft negatieve effecten op bijna alle organen van het menselijk lichaam. Vrouwen zijn gevoeliger voor alcoholgerelateerde schade dan mannen en kinderen zijn gevoeliger dan volwassenen. Alcoholgebruik op jonge leeftijd verstoort de ontwikkeling van de hersenen, wat van invloed kan zijn op de cognitieve en sociale ontwikkeling.

Over de gunstige effecten van alcohol op de gezondheid en in het bijzonder op het ontstaan van hart- en vaatziekten, bestaat geen eenduidigheid. De risicoverlagende effecten van alcoholgebruik gelden namelijk niet alleen voor een klein aantal aandoeningen, maar ook voor een kleine groep mensen.

#### Jeugd

##### Basisonderwijs

De volgende tabel laat zien welk percentage kinderen uit groep 8 van het basisonderwijs wel eens alcohol heeft gedronken. Vergeleken met Drenthe geeft een groter percentage kinderen in Emmen aan nooit alcohol te hebben gedronken. Daarentegen geeft een licht hoger percentage kinderen in Emmen aan wel eens een heel glas alcohol te hebben gedronken.

In 2004 zijn er relatief meer kinderen die nog nooit alcohol hebben gedronken dan in 2000.

Tabel 11: Alcoholgebruik naar Emmen en Drenthe (BO)

	11-12 jarigen		
	Emmen		Drenthe
	2000	2004	2004
Nee, ik heb nooit alcohol gedronken	39%	50%	42%
Ja, maar alleen alcoholvrij bier of kinderlikeur	21%	16%	17%
Ja, ik heb wel eens alcohol gedronken	40%	33%	41%
Ooit een heel glas alcohol gedronken	23%	24%	20%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2000 & 2004

##### Voortgezet onderwijs

Uit het eerder genoemde Trimbos onderzoek komt naar voren dat van de 13-jarigen 66% en van de 14-jarigen 80% ooit alcohol heeft gedronken. Bij de 15- en 16-jarigen is dit respectievelijk 89% en 93%.

In tabel 12 is te zien dat het drinken van alcohol toeneemt met het ouder worden; 64% van de 13-14 jarigen drinkt wel eens tegenover 89% van de 15-16 jarigen. In Emmen liggen de percentages voor jongeren uit klas 2 en klas 4, die aangeven wel eens alcohol te hebben gedronken, hoger in vergelijking met Drenthe en enigszins lager vergeleken met Nederland.

Tabel 12: Alcoholgebruik naar Emmen en Drenthe (VO)

	13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe
Ja, ik drink wel eens alcoholhoudende drank	64%	55%	89%	84%
Nee, ik drink tegenwoordig geen alcohol meer	4%	7%	5%	6%
Nee, ik heb nooit alcohol gedronken	32%	38%	6%	10%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2004

In 2000 is eveneens aan jongeren gevraagd of ze wel eens alcohol drinken (zie tabel 8). In beide leeftijdsgroepen is een stijging t.o.v. 2000 te zien in het percentage dat wel eens alcohol drinkt.

Tabel 13: Percentage jongeren dat alcohol drinkt in Emmen in 2004 vergeleken met 2000

	13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	2000	2004	2000	2004
Ja, ik drink wel eens alcoholhoudende drank	52%	64%	79%	89%
Nee, ik drink tegenwoordig geen alcohol meer	9%	4%	6%	5%
Nee, ik heb nooit alcohol gedronken	39%	32%	15%	6%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2000 & 2004

Uit het Trimbos onderzoek blijkt dat minder dan 1% van de 13-jarigen 21 of meer glazen heeft gedronken en bij de 14-jarigen is dit 2%. Voor de oudere jongeren zijn deze percentages 7% bij de 15-jarigen en 11% bij de 16-jarigen.

De onderstaande tabel geeft weer hoeveel glazen alcohol jongeren hebben gedronken in de week voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst. Door leerlingen in het voortgezet onderwijs wordt vooral in het weekend gedronken. In Emmen heeft van de jongeren die wel eens alcohol drinken in de 2<sup>e</sup> klas 3% wel eens gemiddeld meer dan 21 glazen gedronken. Voor jongeren in de 4<sup>e</sup> klas is dit percentage 8%. De cijfers voor Emmen zijn vergeleken met de resultaten uit het Trimbos onderzoek aan de hoge kant.

Tabel 14: Totaal aantal glazen alcohol in de afgelopen 7 dagen in Emmen en Drenthe

	13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe
Geen alcohol	44%	39%	24%	27%
1-7 glazen	46%	52%	49%	43%
8-21 glazen	8%	8%	19%	22%
>21 glazen	3%	2%	8%	8%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2004

Ten opzichte van 2000 is er in 2004 een lichte stijging te constateren bij beide groepen van het percentage dat 21 of meer glazen heeft gedronken, zoals uit tabel 15 naar voren komt.

Tabel 15: Totaal aantal glazen alcohol in de afgelopen 7 dagen in Emmen in 2000 en 2004

	13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	2000	2004	2000	2004
Geen alcohol	38%	44%	28%	24%
1-7 glazen	52%	46%	43%	49%
8-21 glazen	9%	8%	23%	19%
>21 glazen	1%	3%	5%	8%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2000 & 2004

## Volwassenen

In Nederland drinkt gemiddeld 19% van de bevolking van 12 jaar en ouder geen alcohol. Omdat de leeftijdsgroep in dit landelijke onderzoek niet geheel overeenkomt, is dit een zeer globale indicatie voor de gegevens van Emmen. Er is een verschil met Drenthe: relatief meer volwassenen in Emmen drinken geen alcohol.

Ten opzichte van het onderzoek in 1998 zijn in 2003 in Emmen relatief meer mensen matige en excessieve hoeveelheden alcohol gaan drinken.

Tabel 16: Alcoholgebruik in Emmen en Drenthe

	Emmen		Drenthe
	1998	2003	2003
drinkt geen alcohol	27%	25%	15%
licht	55%	51%	61%
matig	14%	17%	18%
(zeer) excessief	4%	7%	6%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 1998 & 2003

## 5.3.3 Psychosociale problematiek

### Jeugd

#### *Voortgezet onderwijs*

In de Jeugdenquête van GGD Drenthe is met behulp van een aantal vragen een score berekend, waarmee een indicatie voor psychosociale problematiek wordt verkregen. In tabel 17 zijn de resultaten hiervan voor jongeren uit de 2<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> klas van het voortgezet onderwijs uit Emmen te zien.

Vergeleken met Drenthe is het percentage jongeren met psychosociale problematiek in Emmen iets lager. Echter in beide groepen is een stijging te zien ten opzichte van het vorige onderzoek in 2000.

Tabel 17: Indicatie voor psychosociale problematiek in Emmen en Drenthe

	13-14 jarigen			15-16 jarigen		
	Emmen 2000	Emmen 2004	Drenthe 2004	Emmen 2000	Emmen 2004	Drenthe 2004
<b>Ja</b>	19%	22%	27%	22%	31%	35%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2000 & 2004

## Volwassenen

Ook voor de volwassenen is aan de hand van een vragenlijst een indicatie verkregen van de psychische gezondheid. Uit het onderzoek van 2003 komt naar voren dat 27% van de volwassenen in Emmen psychische problemen zou ervaren. Dit is vergelijkbaar met Drenthe.

Tabel 18: Psychische gezondheid in Emmen en Drenthe

	Emmen	Drenthe
geen psychische problematiek	73%	72%
wel psychische problematiek	27%	28%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 2003

## Ouderen

*Eenzaamheid* is een veel voorkomend probleem bij ouderen, ook in Emmen. Eenzaamheid kan zich op verschillende manieren uiten. Sociale eenzaamheid kenmerkt zich door het ontbreken van contacten met mensen waarmee men bepaalde gemeenschappelijke kenmerken deelt, zoals vrienden. Emotionele eenzaamheid treedt op als iemand een hechte, intieme band mist met een ander persoon, in de meeste gevallen een levenspartner. Tabel 19 toont de percentages over het voorkomen van eenzaamheid bij ouderen in Emmen en Drenthe. Meer ouderen in Emmen voelen zich eenzaam dan in de provincie.



Hetzelfde verschil treedt op bij sociale eenzaamheid, ook dit komt meer voor in Emmen dan in Drenthe.

Tabel 19: Voorkomen van eenzaamheid in Emmen en Drenthe

	Emmen	Drenthe
<b>eenzaamheid</b>		
niet eenzaam	53%	58%
matige eenzaamheid	39%	35%
sterke eenzaamheid	6%	5%
zeer sterke eenzaamheid	3%	2%
<b>sociale eenzaamheid</b>		
geen sociale eenzaamheid	66%	71%
wel sociale eenzaamheid	34%	29%
<b>emotionele eenzaamheid</b>		
geen emotionele eenzaamheid	83%	86%
wel emotionele eenzaamheid	18%	14%

© GGD Drenthe, Ouderenonderzoek 2007

*Angst en depressie* zijn gemeten aan de hand van enkele korte vragen. Hieruit komt naar voren dat evenals Drenthe in Emmen 4% van de ouderen een hoog risico op angst- en depressiestoornissen heeft (tabel 20).

Tabel 20: Voorkomen van angst en depressie in Emmen en Drenthe

	Emmen	Drenthe
<b>risico op angst en depressiestoornissen</b>		
weinig of geen risico	70%	72%
matig risico	26%	24%
hoog risico	4%	4%

© GGD Drenthe, Ouderenonderzoek 2007

### 5.3.4 Diabetes

#### Volwassenen

Landelijke cijfers wijzen uit dat ongeveer 3,5% van de volwassen bevolking diabetes heeft. In tabel 21 is te zien dat in 2003 3% van de volwassenen heeft aangegeven dat er bij hen door een arts diabetes is vastgesteld. Dat is iets meer dan in 1998, toen het percentage op 2% lag.

Tabel 21: Percentage volwassenen met diabetes in Emmen in 2003 en 1998

	1998	2003
Diabetes, door arts vastgesteld	2%	3%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 1998 & 2003

#### Ouderen

Uit landelijke onderzoek blijkt dat 13% van de ouderen diabetes heeft. In Emmen zijn de percentages vergelijkbaar met landelijke gegevens, zo blijkt uit tabel 22. Ook ten opzicht van Drenthe is het verschil niet groot.

In het onderzoek is naast diabetes ook nog van een aantal andere chronische aandoeningen gevraagd of deze door een arts zijn vastgesteld. Het percentage ouderen in 2007 dat geen enkele chronische aandoeningen heeft is iets hoger dan in Drenthe. Ten opzichte van het vorige onderzoek uit 2002 is het percentage ouderen met één of meer chronische aandoeningen gedaald.

Tabel 22: Voorkomen van diabetes in Emmen en Drenthe

	Emmen 2002	Emmen 2007	Drenthe 2007
diabetes mellitus / suikerziekte	15%	13%	15%
<b>samenvatting chronische aandoeningen</b>			
geen chronische aandoening	22%	35%	33%
minimaal 1 chronische aandoening	78%	65%	67%

© GGD Drenthe, Ouderenonderzoek 2002 & 2007

### 5.3.5 Roken

#### Risico's van roken

Roken is nog steeds een van de belangrijkste veroorzakers van verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten en chronische luchtwegklachten. Jaarlijks sterven ongeveer 20.000 mensen aan ziekten die te wijten zijn aan roken. Roken gaat behalve met een slechtere kwaliteit van leven ook gepaard met meer ziekteverzuim en een hoger zorggebruik. Behalve rokers lopen ook mensen die meeroken (passief roken) meer risico op onder meer longkanker en hart- en vaatziekten. Wanneer moeders tijdens de zwangerschap (passief) roken, lopen hun kinderen eveneens meer risico op gezondheidsproblemen.

#### Jeugd

Het Trimbos-Instituut doet met regelmaat onderzoek onder scholieren op het voortgezet onderwijs naar riskante leefgewoonten zoals roken en alcoholgebruik. Het laatste onderzoek dateert van 2007 en daaruit komt naar voren dat 2% van de 13-jarigen en 7% van de 14-jarigen in Nederland dagelijks rookt. Bij 15- en 16-jarigen is dit respectievelijk 12% en 11%.

In tabel 23 komt naar voren dat het percentage jongeren in Emmen dat rookt vergelijkbaar is met Drenthe. In Emmen liggen de percentages dagelijkse rokers voor 13-14 jarigen lager en voor 15-16 jarigen hoger ten opzichte van de landelijke Trimbos gegevens.

Tabel 23: Rokers in Emmen en Drenthe

	11-12 jarigen		13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe	Emmen	Drenthe
Ik heb nooit gerookt	87%	86%	58%	62%	41%	42%
Ik heb 1 of 2 keer gerookt	8%	9%	22%	16%	20%	18%
Ik heb wel eens gerookt, maar nu niet meer	4%	4%	13%	11%	11%	13%
Ik rook af en toe, maar niet elke dag	<1%	1%	4%	5%	9%	10%
Ik rook nu elke dag	-	<1%	2%	6%	18%	18%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2004

In vergelijking met het voorgaande Jeugdonderzoek uit 2000 (tabel 24) is het percentage basisschoolleerlingen dat nog nooit gerookt heeft gestegen.

Uit de cijfers is verder te halen dat voor jongeren op het voortgezet onderwijs het percentage dat nog nooit heeft gerookt gedaald is t.o.v. het Jeugdonderzoek in 2000. In de groep 13-14 jaar is ook het percentage dagelijkse rokers gedaald, maar lijkt het erop dat er meer zijn gaan experimenteren.

Tabel 24: Jeugdige rokers in Emmen in 2004 vergeleken met 2000

	11-12 jarigen		13-14 jarigen		15-16 jarigen	
	2000	2004	2000	2004	2000	2004
Ik heb nooit gerookt	84%	87%	60%	58%	47%	41%
Ik heb ooit wel eens gerookt	15%	12%	24%	35%	28%	31%
Ik rook af en toe, maar niet elke dag	<1%	<1%	7%	4%	8%	9%
Ik rook nu elke dag	-	-	9%	2%	17%	18%

© GGD Drenthe, Jeugdonderzoek 2000 & 2004

### Volwassenen

In 2004 rookte ongeveer 28% van de Nederlanders. Zowel in Drenthe als in Emmen was dit in 2003 30%. In overeenstemming met de landelijke trend daalt ook het percentage rokers in Emmen (zie tabel 25).

Wel ligt het percentage rokers in Emmen iets hoger in vergelijking met Nederland.

Tabel 25: Roken in Emmen en Drenthe naar geslacht

	Emmen		Drenthe
	1998	2003	2003
Rookt	35%	30%	30%
Rookt niet	65%	70%	70%

© GGD Drenthe, Volwassenonderzoek 1998 & 2003

## 5.4 Nationaal actieplan Sport en Bewegen (NASB)<sup>5</sup>

Voor het NASB is een nulmeting uitgevoerd om de lichamelijke activiteit van volwassenen (18 – 79 jaar) te meten. Enkele cijfers uit de nulmeting treft u hieronder aan.

### Lichaamsbeweging

Uit de monitor blijkt dat 43% van de inwoners van de gemeente Emmen voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). 39% haalt de Fitnorm en daarmee voldoet 63% aan de Combinorm. 4% is inactief, wat betekent dat zij op geen enkele dag in de week 30 minuten matig intensief bewegen.

### Sportparticipatie

60% van de inwoners van de gemeente Emmen neemt deel aan sport en 24% is lid van een sportvereniging. 40% van de bevolking sport in ongeorganiseerd verband. De meest populaire sporten zijn fitness (conditie), wandelen en wielrennen (hieronder vallen ook mountainbiken en toerfietsen). Gemiddeld beoefent de inwoner 1,7 sporten.

### 65-plussers

48% van de 65-plussers in de gemeente Emmen neemt deel aan sport. 14% doet dit regelmatig en 18% neemt zelfs intensief deel aan sport. 46% voldoet aan de NNGB. 7% van de 65-plussers is inactief, 18% heeft obesitas. 58% van de 65-plussers heeft een beperking en/of chronische aandoening. Wanneer gekeken wordt naar de sociaal economische status (SES), dan heeft 75% van de 65-plussers een lage SES. 39% van de 65-plussers is in meer of mindere mate eenzaam.

<sup>5</sup> SportDrenthe 2008

### **Mensen met een beperking**

13% van de inwoners van de gemeente Emmen met een beperking en/of chronische aandoening sport in georganiseerd verband. Het percentage met een beperking en/of chronische aandoening in dit onderzoek is 41%. Van de mensen die aangeven een beperking en/of chronische aandoening te hebben heeft 69% een chronische aandoening, 13% een lichamelijke beperking, 10% een auditieve beperking, 5% een psychische beperking, 2% een visuele beperking en 1% een verstandelijke beperking.

### **Gezondheidskenmerken**

46% van de inwoners heeft overgewicht en 15% obesitas. Het percentage overgewicht en obesitas wordt hoger met het toenemen van de leeftijd. 56% van de bevolking heeft een lage SES en 44% een midden of hoge SES. 39% van de inwoners is in meer of mindere mate eenzaam. 35 t/m 64-jarigen zijn vaker matig eenzaam dan de andere twee leeftijdscategorieën.

## **5.5 CONCLUSIES**

### **Conclusie speerpunten:**

- Overgewicht: vergeleken met Nederland zijn in Emmen meer volwassenen en ouderen te zwaar.
- Ook is het percentage te zware volwassenen gestegen in de loop der tijd.
- Alcohol: Het percentage jeugdigen dat drinkt is in Emmen gestegen. Ook wordt door jongeren en volwassenen meer alcohol gedronken.
- Roken: vergeleken met Nederland roken in Emmen meer jeugdigen en volwassenen.

### **Conclusie doelgroepen:**

- Jeugdigen in Emmen roken meer, drinken meer alcohol en teveel jongeren hebben overgewicht
- Ouderen: door de hoge en toenemende vergrijzing zal met name aan de psychosociale problematiek, waaronder eenzaamheid, bij deze groep aandacht besteed moeten worden.
- Lage sociaal-economische status: Emmen is een gemeente met een gemiddeld lage SES. De groepen met gezondheidsachterstanden zijn daardoor relatief groter.

### **Conclusie nulmeting NASB – GGD Drenthe inzake NNGB:**

NASB wijst een lagere score voor bewegen voor Emmen dan de cijfers van de GGD Drenthe; beide ondersteunen de conclusie dat ingezet moet worden op het stimuleren van het dagelijks bewegen. De nulmeting van het NASB toont dat eenzaamheid ook een aandachtspunt is bij de leeftijdscategorie 35 – 64 jaar.

## 6. Beleidskader gemeente Emmen - lokaal gezondheidsbeleid 2010 - 2015

### 6.1 Visie, doelstellingen en uitgangspunten volksgezondheid

Onze visie op de lokale gezondheid uit “Emmen gezond 2000 - 2004” handhaven we:

*“het vermogen tot lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk “normaal” functioneren in de samenleving. Dit kan worden ondersteund door een goede fysieke en sociale omgeving, toegang tot een goede gezondheidszorg en bevordering van een goede leefstijl.*

*Het preventief volksgezondheidsbeleid richt zich op collectieven uit de bevolking met gemeenschappelijke kenmerken in gezondheidssituaties, gezondheidsbeleving, gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico 's.*

*Extra aandacht gaat hierbij uit naar lage SES, jongeren en ouderen (met laag inkomen).*

Wij hebben als algemene doelstellingen voor het lokaal gezondheidsbeleid:

- het verbeteren van de gezondheidssituatie van de burgers van Emmen zodat zij een langere levensverwachting in goede gezondheid mogen ervaren;
- het verkleinen van de gezondheidsverschillen tussen burgers door de kwetsbare groepen extra te stimuleren en te ondersteunen
- de kwaliteit van het leven te verbeteren.

Emmen draagt bij aan het bereiken van de landelijk vastgestelde doelstellingen, zoals verwoord op blz. 9 van deze nota.

#### *Integraal, optimaal en samenwerking*

Wij zullen vanuit onze verschillende beleidsverantwoordelijkheden bijdragen aan deze doelstellingen: *integraal en optimaal*. En in *samenwerking*, want meerdere maatschappelijke organisaties vervullen taken op de genoemde terreinen, die van belang zijn voor een goede gezondheid. Zo kunnen voorwaarden worden geschapen voor een effectieve en efficiënte preventieve volksgezondheid.

#### *Wijkgericht en empowerment*

Centraal staat de burger zelf met de eigen verantwoordelijkheid voor zijn of haar gezondheid. Gelukkig verkeren vele burgers van de gemeente Emmen in een goede gezondheid. Maar daar waar een tekort aan een goede gezondheid wordt ervaren, wordt de burger gestimuleerd en ondersteund. Dat geschiedt op twee basismanieren:

- met *wijkgericht werken* wil de gemeente Emmen met haar samenwerkingspartners deze burgers actief opzoeken. Hiervoor zijn de netwerken en samenwerkingsverbanden als Emmen Revisited, Brede School, Buurtgerichte Sociale Activering, wijk- en dorpsplatforms, (functionele) Erkende Overlegpartners uitstekende “voertuigen”
- empowerment*, dat is het versterken van de eigen vermogens van mensen om op positieve wijze weer o.a. hun gezondheid te verbeteren en daarmee hun leven weer van kwaliteit en welbevinden te voorzien.

### 6.2 Het algemene beleidskader preventief volksgezondheidsbeleid

In de Wet Publieke Gezondheid staan de taken van de gemeente voor het preventief volksgezondheidsbeleid. Deze taken vormen de randvoorwaarden voor dit beleidskader.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op grond van WPG in de Nota Kiezen voor gezond leven, 2007-2010 bepaald dat de preventieve volksgezondheid vijf “speerpunten” kent, te weten overgewicht, overmatig alcoholgebruik, depressie, roken en diabetes. Het preventieve volksgezondheidsbeleid van de gemeente Emmen zal zich specifiek hierop richten.

In hoofdstuk 1.2. is een uiteenzetting gegeven over het lokaal gezondheidsbeleid. Het model van Lalonde maakt duidelijk dat vanuit verschillende invalshoeken de gezondheid kan worden bevorderd

en ziekte kan worden voorkomen. Tevens maakt het model duidelijk dat vanuit dezelfde invalshoeken invloeden optreden, die de gezondheid schaden of tot ziekte leiden. In de onderscheiden factoren “leefstijl”, “sociale omgeving”, “fysieke omgeving” en “de aanwezigheid van gezondheidszorgvoorzieningen” liggen de aangrijpingspunten voor het te voeren gezondheidsbeleid.

Wij willen met het lokaal gezondheidsbeleid de gezondheidssituatie verbeteren door:

- de leefstijl, in het bijzonder voor de vijf “speerpunten”, positief te beïnvloeden en de stijgende negatieve trends om te buigen in de lijn van de landelijke doelstellingen. Voor ons zijn de “speerpunten” in volgorde van prioriteit: overgewicht, overmatig alcoholgebruik, eenzaamheid, depressie, roken en tenslotte diabetes
- de sociale omgeving te versterken, met als bijzondere aandachtspunten: eenzaamheid, opvoedingsondersteuning en de wijk- en dorpsaanpak/lage SES
- de fysieke omgeving te versterken, met als bijzondere aandachtspunten gezonde groene omgeving met gezonde woningen, bewegingsvriendelijke wijken en dorpen, speelruimte, frisse scholen en milieu.
- de samenwerking verbeteren door de inzet van de betrokken partijen af te stemmen en te regisseren
- de gezondheidsvoorzieningen aanwezig, bereikbaar en toegankelijk te houden

Wij willen –als ‘aanhoudende zorg’- bereiken dat de gezondheidssituatie van burgers verbetert, zeker op die gezondheidsspeerpunten waar geconstateerd moet worden dat Emmen slechter “scoort” in vergelijking met Drenthe of Nederland.

Uit landelijk onderzoek is inmiddels veel bekend geworden over oorzaken die tot een verslechterende gezondheidssituatie leiden. Echter ook is duidelijk geworden dat er veelal meerdere oorzaken spelen; in de aanpak zal hier rekening mee gehouden moeten worden.

Wij hebben in zeven bijeenkomsten<sup>6</sup> een diversiteit aan eerste en tweedelijns gezondheids- of aan gezondheid gerelateerde instellingen en de functionele Erkende Overlegpartners geraadpleegd over hun bevindingen over de gezondheidssituatie in Emmen. Eenduidig werd de zorg over de jeugd uitgesproken voor overgewicht, roken en overmatig alcoholgebruik. Tevens kwam als zeer nadrukkelijk aandachtspunt “eenzaamheid” naar voren o.a. in relatie tot depressie. Andere aandachtspunten waren opvoedingsondersteuning, valpreventie, drugsgebruik, bepaalde chronische ziekten als COPD, depressie bij jeugd (overstap voortgezet onderwijs) en jonge moeders, en lage SES. Eenzaamheid is als Emmens speerpunt toegevoegd.

Het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Emmen richt zich –mede op basis van de GGD-onderzoeken en de uitkomsten van de zeven bijeenkomsten- in het bijzonder op enkele kwetsbare groepen, waarvoor geconstateerd is dat hun gezondheidssituatie meer aandacht behoeft:

- de jeugd,
- ouderen met een laag inkomen en
- volwassenen behorend tot lage SES (laag inkomen, lage opleiding).

Bij deze groepen is een grotere gezondheidswinst te boeken. Uitgangspunt blijft dat het lokale gezondheidsbeleid ten goede moet komen aan elke burger van de gemeente Emmen om zijn of haar gezondheidssituatie te bevorderen en ziekte te voorkomen.

Wij voeren op diverse flankerende terreinen beleid dat van invloed is op de gezondheidssituatie van de burgers. Lokaal gezondheidsbeleid staat dus niet op zich, maar is deel van een grotere inzet. Het lokale gezondheidsbeleid beïnvloedt de flankerende beleidsterreinen op haar beurt, op zijn minst door helder de vraag te stellen wat het flankerende beleid kan bijdragen aan de gezondheidssituatie van de bewoners van Emmen. Deze wisselwerking en afstemming dragen er aan bij dat een integraal beleid tot stand komt.

---

<sup>6</sup> april – mei 2009

Wij willen in samenwerking het lokale gezondheidsbeleid implementeren, daarvoor partijen betrekken, enthousiasmeren en in ieder geval overtuigen dat de gezondheid van mensen hun inzet waard is. De gemeente voert hiertoe regie, schept voorwaarden, faciliteert en subsidieert.

In de volgende hoofdstukken zal dit beleidskader worden uitgewerkt voor de vijf “speerpunten” en “eenzaamheid”, en eerst de sociale en fysieke omgeving en de gezondheidszorgvoorzieningen. De concrete interventies worden opgenomen in het Uitvoeringsprogramma Gezondheid 2010/11 gemeente Emmen, dat is bijgevoegd.

### **6.3 Specifieke beleidskaders lokaal gezondheidsbeleid gemeente Emmen**

#### **6.3.1 Leefstijl**

Leefstijl is het gedrag waarmee mensen hun gezondheid beïnvloeden, ten positieve en ten negatieve<sup>7</sup>.

Roken, overmatig alcoholgebruik, te veel en te vet eten, roekeloosheid en te weinig bewegen, deelnemen aan activiteiten en contacten zoeken met andere mensen, etc. al dit gedrag beïnvloedt de gezondheid. Het preventieve volksgezondheidsbeleid is er op gericht mensen te stimuleren en ondersteunen om gezond gedrag te vertonen oftewel een gezonde leefstijl te hanteren, in het bijzonder voor de vijf “speerpunten”.

Om de leefstijl een gezond gedrag te laten zijn, zullen mensen soms ondersteuning nodig hebben. Wij willen dit doen door o.a. **empowerment**, dat is het versterken van het zelfbeeld en de eigen vermogens van mensen om op positieve wijze weer o.a. hun gezondheid te verbeteren en daarmee hun kwaliteit van leven te bevorderen en van welbevinden te voorzien.

Wij hebben de GGD Drenthe opdracht gegeven op basis van de wijk- en dorpsaanpak (Buurtgerichte Sociale Activering) een empowerment-interventie te ontwikkelen in het Meerveld. Deze pilot heeft waardevolle kennis opgeleverd wat deze aanpak moet inhouden, zodat nu een grotere aanpak in Emmermeer kan plaatsvinden in het kader van het Budget 40+ wijken. Het plezier in bewegen en de ideeën van wijkbewoners over het werken aan een goede gezondheid worden hierin meegenomen.

Leefstijl is nadrukkelijk thema binnen de Brede Scholen van Emmen met weerbaarheidstrainingen, sociale veiligheid, voorlichting “niet-roken is norm” voor ouders en kinderen”, voorlichting alcohol, gezonde voeding en bewegen.

Leefstijl raakt vele aspecten van gezond gedrag waar vele instellingen een bijdrage aan kunnen leveren, met empowerment (GGD, Sedna), met opvoedingsondersteuning (CJG), met voorbeeldgedrag (sport, cultuur), voorlichting (GGD, VNN), en eventueel normstelling (politie, HALT, huisarts).

#### **6.3.2 Sociale omgeving**

De sociale omgeving is van invloed op de gezondheid: overlast, onveiligheid, en stress zijn factoren die ziek kunnen maken. Vriendschap, familie, burenhulp, mantelzorg, aandacht, etc. zijn factoren met een positieve invloed op de gezondheid en kunnen eventueel ziekte draaglijker maken. Tevens maken voorzieningen (huisarts, thuiszorg, apotheek, etc., maar ook openbaar vervoer, informatiepunten als WMO-loket, ontmoetingsactiviteiten) deel uit van de sociale omgeving en de ondersteuningsstructuur voor hulp, informatie, ondersteuning en sociale contacten.

Emmen kent nog een hoge mate van sociale cohesie, zeker in het landelijke gebied. Hulp uit de sociale omgeving wordt nog “normaal” gevonden, maar dat is wel een gemiddeld beeld. Dat betekent ook dat er mensen zonder familie, vrienden, burens etc. zijn. Bekend is dat in het bijzonder ouderen vereenzamen en daardoor een slechtere gezondheid ervaren.

---

<sup>7</sup> SEGV plan van aanpak, 16 december 2008, VWS – hierin wordt aangegeven dat “Ongezondheid deels vermijdbaar is”. Belangrijk element hierbij is het inwisselen van ongezond gedrag in meer gezond gedrag -

Wij zetten met partners als Sedna, wooncorporaties, Erkende Overlegpartners, en vele anderen binnen (o.a.) Emmen Revisited, Buurtgerichte Sociale Activering, Communities in Beweging, etc. in op het versterken van de sociale cohesie in wijken en dorpen.

Wij voeren een uitgebreid WMO-ondersteuningsprogramma uit op de negen prestatievelden, die niet alleen de participatie van mensen bevordert, maar ook de sociale omgeving van mensen versterkt. In de betreffende documenten is volksgezondheid een thema.

### **6.3.3 Fysieke omgeving**

Voor de preventieve volksgezondheid was een van de eerste maatregelen met grote betekenis de aanleg van riolering en de vuilafvoer. De maatregelen voor fysieke omgeving zijn voornamelijk “gezondheidsbeschermend” van aard en liggen op het terrein van het milieu, verkeersveiligheid, gezonde woningen (licht en lucht) en veilige producten. De fysieke omgeving heeft ook gezondheidsbevorderende factoren als natuur, groen- en speelvoorzieningen en de bewegvriendelijkheid van de wijk (wandelen en fietsen).

Emmen heeft ruimte met veel groen in de wijken en dorpen om te spelen, natuur op wandelafstand en prachtige routes voor “op fietse”. Deze “groenkwaliiteit” is niet alleen voor de eigen bewoners van betekenis, maar ook voor vele mensen van buiten, die als toerist naar Emmen komen om te recreëren.

Wij willen de groene ruimte verder benutten om het bewegen te stimuleren (NASB, Gezond Groen – GGD/Staatsbosbeheer), speelruimte te creëren (bij brede scholen), mensen rust te laten vinden en mooi te wonen. In de Structuurvisie 2020 gemeente Emmen wordt ingegaan op de relatie fysieke (groene woon-) omgeving en gezondheid. Ook in andere beleidskaders is volksgezondheid thema, zoals het Lokaal Akkoord (in voorbereiding).

### **6.3.4 Gezondheidszorgvoorzieningen**

Emmen heeft een goed voorzieningenniveau voor de gezondheidszorg, zowel in de 1<sup>e</sup> (huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen, psychologen, thuiszorg) als de 2<sup>e</sup> lijn (ziekenhuis, GGZ) zowel in de stad als in het omliggende buitengebied. De 2<sup>e</sup>-lijns voorzieningen hebben ook een regionale functie.

De bereikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen is een belangrijk onderdeel voor de preventieve gezondheidszorg, inclusief het ambulancevervoer. Tevens moet aan o.a. het openbaar vervoer worden gedacht voor ouderen, jongeren onder 18, mensen met een laag inkomen. Het gaat niet alleen om cliënten en patiënten, maar ook mantelzorgers, zorgvrijwilligers en ziekenbezoek. Ander aspect is het verkeer- en vervoersbeleid, dat kan bijdragen aan het gebruik van de fiets of het lopen (in relatie tot de ruimtelijke ordening). Voldoende parkeermogelijkheden zijn tenslotte ook voor de bereikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen essentieel, in het bijzonder voor mensen met een beperking.

De 1<sup>e</sup>-lijns gezondheidszorg kent een ontwikkeling met “huisartsen onder een dak”, eventueel gecombineerd met andere disciplines als apotheek, tandartsen, fysiotherapie tot een medisch centrum. Ook in Emmen vindt deze ontwikkeling plaats. Deze ontwikkeling biedt mogelijkheden om ook andere voorzieningen als een consultatiebureau (ambulant) te huisvesten. Wij willen deze ontwikkeling verder mogelijk maken.

Zorg is wel dat in het bijzonder het aantal huisartsen in de nabije toekomst onder druk kan komen te staan. Een aantal huisartsen zal vanwege de leeftijd er mee stoppen en de vestiging van nieuwe artsen vraagt aandacht. Wij zijn bereid om mee condities te scheppen voor een goed vestigingsklimaat.

Ook voor andere voorzieningen vinden ontwikkelingen plaats. Het Scheper Ziekenhuis, de thuiszorg, intramurale zorg en verpleging, woon-zorg-welzijn en woonservicegebieden waar nieuwe functies komen, zijn gremia waar in nieuwe settings wordt samengewerkt



## 6.4 De landelijke “speerpunten”

In hoofdstuk 5 is de gezondheidssituatie voor de gemeente Emmen beschreven. Tevens is bij de “speerpunten” beschreven welke risico’s in de vorm van aandoeningen of schade bestaan.

Op basis hiervan hebben wij voor de “speerpunten” kaders ontwikkeld met wat we per “speerpunt” willen bereiken, met welke preventie-inzet, welke ontwikkelingen er zijn voor de “speerpunten” en wat we op andere beleidsterreinen voorstaan ter ondersteuning van de preventie-aanpak.

### 6.4.1 Overgewicht/obesitas

In het preventiebeleid voor **overgewicht/obesitas** willen we dat:

- mensen gezond en voldoende bewegen volgens Nederlandse Norm Gezond Bewegen
- mensen een gezond voedingspatroon hanteren
- we met elkaar gezond gedrag laten zien dat als voorbeeld dient voor anderen (met name jongeren).
- gezondheids/bewegingsinclusief denken facetbeleid is van al het gemeentelijk beleid.

#### *De preventie-aanpak*

Bewezen is dat het beste resultaat wordt bereikt met een aanpak van overgewicht/obesitas, waarin preventie-activiteiten niet op zichzelf staan maar elkaar ondersteunen.

Gezond bewegen betekent, dat je tenminste voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB). Deze norm is in 1998 vastgesteld en werd afgeleid van internationale richtlijnen. De NNGB stelt dat gunstige effecten op de gezondheid worden bereikt als volwassenen een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit verrichten op tenminste vijf dagen van de week. Voor kinderen onder de 18 jaar geldt een norm van dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).

Gezond eten, een gezond voedingspatroon, betekent kennis hebben van richtlijnen van gezonde voeding en bewuste keuzes maken.

Een gecombineerde aanpak van overgewicht is de wijk- en dorpsaanpak met een mix van interventies. Dit gebeurt o.a. via de methodiek van communities in beweging (CIB), een werkwijze die gericht is op inactieven met een lage sociaal-economische status. De deelnemers ervaren plezier in bewegen, hun zelfvertrouwen neemt toe, ze ontwikkelen initiatieven, leren over gezonde voeding en vormen van laagdrempelig bewegen. Het einddoel is om de deelnemers structureel meer te laten bewegen met een gezonde en actieve leefstijl.

De combinatiefunctionarissen (brede school) gaan in deze context bewegingsactiviteiten uitvoeren voor nog niet actieven en te dikke kinderen. Ook worden beïnvloedingsprogramma’s op scholen uitgevoerd die gaan over gezond bewegen en gezonde voeding. In een aantal wijken worden wandel- en fietsroutes aangegeven om het dagelijks bewegen ‘om de hoek’ te stimuleren. Bekeken gaat worden of en hoe hierbij een ‘local hero’ ingezet kan worden (EPODE-methode).

Overgewicht is een dusdanig complex en groot probleem, dat integraal beleid nodig is, dat wil zeggen dat vanuit ander beleid “bewegen” wordt bevorderd of (omgekeerd) dat bewegen bijdraagt aan het doel van dat beleid. Zo willen we bijvoorbeeld binnen de WMO ‘bewegen’ gebruiken bijvoorbeeld om de participatie van de wijkbewoner te vergroten. Dit bezien we ook voor ander beleid.

Ten slotte zal sterker worden ingezet op gezonde voeding, o.a. via programma’s van de GGD en Icare, via de wijk- en dorpsaanpak en brede school. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) heeft een interventie ontwikkeld voor “Meer met minder geld”, speciaal voor mensen met uitkeringen of anderszins een laag inkomen, waarin gezonde voeding tegen lagere kosten wordt aangeleerd.

### *Ontwikkelingen*

- Uitvoering NASB/EPODE
- Ontwikkeling brede school/combinatiefunctionaris
- pilot Rietlanden De nieuwe leefstijl – overgewicht/obesitas – brede school

### *Verbindingen andere sectoren*

- ruimtelijke ordening: specifiek aandacht voor de ruimtelijke inrichting die uitnodigt om te bewegen
- sport: het bieden van mogelijkheden tot deelname aan (informele) sportactiviteiten
- WMO: het bieden van ondersteuning, voorlichting en informatie
- ouderenbeleid o.a. met Consultatiebureau voor ouderen
- onderwijs: brede school met specifieke activiteiten voor kinderen met overgewicht en voedings- en gedragsvoorlichting voor ouders

## **6.4.2 Overmatig alcoholgebruik**

In het preventiebeleid voor **overmatig alcoholgebruik** willen we dat:

- het gebruik van alcohol door jeugd wordt uitgesteld tot na 16 jaar
- het alcoholgebruik wordt teruggedrongen
- het verbod op verkoop van alcoholische dranken aan jongeren onder 16 jaar strikt wordt gehandhaafd
- er “stimulerende” afspraken komen met verenigingen, stichtingen, clubs, scholen, evenementen, etc. over dat gezond gedrag een verantwoord gematigd gebruik van alcohol vraagt,
- maatschappelijke ondersteuning wordt geboden aan gedeprimeerde mensen ter voorkoming van overmatig alcoholgebruik, in het bijzonder ouderen.

### *De preventie-aanpak*

Risicofactoren voor alcoholgebruik zijn in te delen in omgevingsfactoren en persoonsgebonden factoren. Voorbeelden van omgevingsfactoren zijn de betaalbaarheid van alcohol en het te besteden budget van jongeren, de status van alcohol in de omgeving van jongeren, de verkrijgbaarheid van alcohol in de omgeving van jongeren.

Voorbeelden van persoonsgebonden factoren die het schadelijk gebruik van alcohol vergroten bij jongeren zijn overige middelengebruik (roken en alcoholgebruik gaan vaak hand in hand), jongeren met psychische problemen, leeftijd en geslacht, sociaaleconomische status en opleiding, school-dropout.

Ouders spelen daarnaast een belangrijke rol bij het alcoholgebruik van jonge kinderen. Uit landelijk en Drents onderzoek blijkt dat kinderen vaak binnen het gezin beginnen met drinken. Kinderen drinken meer als ouders hier positief of neutraal tegenover staan. Als ouders niet toestaan dat kinderen op jonge leeftijd alcohol drinken, dan beginnen kinderen later met drinken en gaan ze ook minder drinken op latere leeftijd

In onze aanpak werken we aan:

- publiek draagvlak voor het uitdragen van de norm “ geen alcohol drinken onder 16”
- het terugdringen van overmatig alcoholgebruik bij o.a. doelgroepen als jongeren in samenwerking met partijen als VNN, GGD Drenthe, politie, horeca, Sedna
- in het bijzonder jongeren bewust worden van de gevaren van alcoholgebruik
- ouders nadrukkelijk worden betrokken bij het terugdringen van het alcoholgebruik en eventueel ondersteund worden bij het handhaven van de normstelling en het eigen alcoholgebruik (voorbeeldfunctie).

### *Ontwikkelingen*

- veiligheids- en volksgezondheidsbeleid met o.a. met VDG- plan “Aanpak schadelijk alcoholgebruik jongeren 2009-2013”. Emmen opteert voor “Vroegsignalering Voortgezet Onderwijs” en de aanpak van zuipketen.

### *Verbindingen andere sectoren*

- veiligheid en openbare orde: het handhaven van het verbod op de verkoop van alcohol aan jongeren onder 16 jaar en het gebruik van alcohol in de openbare ruimte
- sport, welzijn, cultuur, onderwijs hanteren:
  - geen alcohol aan jongeren onder 16 jaar
  - een verantwoord gematigd gebruik van alcohol bij hun activiteiten
- onderwijs: de zorgadviesteams, Interne schoolbegeleiders en het schoolmaatschappelijk werk signalering vroegtijdig problematiek rondom jongeren in relatie tot overmatig alcoholgebruik.

Overmatig alcoholgebruik, roken en drugsgebruik gaan vaak samen. Bij de interventies voor het bestrijden van overmatig alcoholgebruik en roken wordt zeker ook aandacht besteed aan het terugdringen van het drugsgebruik.

### **6.4.3 Eenzaamheid**

In het preventiebeleid voor **eenzaamheid** willen we bereiken dat:

- mogelijkheden tot sociale contacten en ontmoeting beschikbaar zijn
- mogelijkheden tot mobiliteit om contacten te kunnen leggen (WMO) beschikbaar zijn en ondersteuning bij mobiliteit
- de samenwerking tussen zorginstellingen, welzijn, cultuur en bewegen geoptimaliseerd wordt
- vrijwilligerswerk ter ondersteuning (WMO) optimaal kan functioneren

### *De preventie-aanpak*

Effectieve interventies bij eenzaamheid zijn schaars. Op het gebied van eenzaamheid en bewegen is sprake van een tweetal ontwikkelingen die mogelijk interessant zijn. Als eerste heeft de Stichting in Beweging een beweegprogramma ontwikkeld voor eenzame ouderen: ACTOR. Daarnaast zijn bij SportDrenthe ook ideeën om een beweegprogramma voor eenzame ouderen te ontwikkelen. Ontmoeten – zeker met betekenisvolle mensen- is voor de bestrijding van eenzaamheid belangrijk. Hier schuilt voor de preventie een moeilijk punt, want betekenisvolle mensen bestaan veelal uit familieleden, vrienden en kennissen. Het (laten) ontmoeten zal gericht moeten zijn op het maken van vrienden en kennissen. Katalysator hiertoe kunnen de ontmoetingsactiviteiten zijn, o.a. georganiseerd vanuit welzijn/ouderenwerk, SKW (door vrijwilligers geleid), de zorg, cultuur en sport. Vroegsignalering van eenzaamheid kan ergere situaties, o.a. depressie voorkomen. Ouderenbezoekers en de wijk- en dorpsaanpak kunnen hieraan bijdragen (vinden en verwijzen).

### *Ontwikkelingen*

- het toekomstige accommodatiebeleid<sup>8</sup> is gericht op bundeling van functies, zodat een breed aanbod van ontmoeten, activiteiten (welzijn, cultuur, bewegen, ontspanning) geboden wordt
- Raamovereenkomst met welzijngroep Sedna – nieuwe periode

### *Verbindingen andere sectoren*

Zie depressie

### **6.4.4 Depressie**

In het preventiebeleid voor **depressie** willen we dat:

- mensen met aankomende depressieverschijnselen vroegtijdig worden onderkend
- er een adequate samenwerking zich verder ontwikkelt zodat een keten ontstaat van vroegsignalering – preventieve hulpverlening – curatieve hulpverlening – nazorg over geheel Emmen (Beweeg je leven)
- bij jeugd: “Werken aan het bewustzijn van signalen (bij jezelf) van een depressie” en het inzetten van een aanpak bij de groep jeugd met een hoogrisico voor psychosociale problematiek (aanbieden van een weerbaarheidstraining jongeren).

---

<sup>8</sup> Accommodaties geaccommodeerd

- ouders van Jeugd: “Ondersteunen van en werken aan de communicatie in het gezin”.
- Lage SES groep via de wijk- en dorpsaanpak in hun leefstijl worden ondersteund, mede om depressie te voorkomen
- met ouderen wordt gewerkt aan bewustzijn van de eigen mogelijkheden om met moeilijke situaties om te gaan en zich te beschermen tegen een depressie (leeflijn depressiepreventie-consultatiebureau voor ouderen)

#### *De preventie-aanpak*

Het doel van preventie van depressie is voorkomen dat iemand een depressieve stoornis ontwikkeld. Verschillende onderzoeken tonen aan dat preventie op het juiste moment effectief is bij het voorkomen van depressie. Preventie van depressie kan al starten bij (kleine) kinderen, goede hechting en basisvertrouwen is een belangrijke basis in het voorkomen van depressie. Ook sociale en emotionele waarbaarheid is van belang zodat kinderen beter bestand zijn tegen bedreigende situaties. Kinderen in de basisschool leeftijd kunnen hierin getraind worden. Vervolgens is gedurende de puberteit identiteitsvorming en groei in zelfstandigheid van belang. Tijdens de volwassenheid is het van belang om overbelasting door werk of zorg te voorkomen. Voor ouderen is het behoud van kwaliteit van leven en zingeving belangrijk.

Voor depressie richt een effectieve aanpak zich op een combinatie van de volgende elementen:

- voorlichting
- signalering en advies beginnende depressie
- preventieve ondersteuning
- maatregelen veilige omgeving
- ketenvorming/samenwerking hulpverlening
- vergroten weerbaarheid

#### *Ontwikkelingen*

“Beweeg je leven”, de samenwerking tussen 1<sup>e</sup> lijnsgezondheidszorg en GGZ heeft een succesvol begin gemaakt in Emmen en breidt inmiddels uit naar andere delen van Emmen.

#### *Verbindingen andere sectoren*

- ruimtelijke ordening: specifieke aandacht voor de ruimtelijke inrichting die uitnodigt om te bewegen, die het mogelijk maakt om elkaar te ontmoeten, die mogelijkheden biedt voor ontspanning en het vinden van rust
- welzijn: specifiek aandacht voor kwetsbare groepen met vroegsignalering (school/maatschappelijk werk) en het bieden van verwijzing, ondersteuning en activering en bewegen (‘running Therapy’)
- sport: het bieden van mogelijkheden tot deelname aan (informele) bewegingsactiviteiten
- Centrum voor jeugd en gezin, o.a. voor opvoedingsondersteuning
- MO o.a. voor psycho-sociale hulpverlening, mantelzorg, maatschappelijke opvang, voorlichting en informatie
- ouderenbeleid o.a. met Consultatiebureau voor ouderen
- onderwijs met zorgteams, brede school (evt. specifieke naschoolse activiteiten)

#### **6.4.5 Roken**

In het preventiebeleid voor **roken** willen we dat:

- voorlichting wordt gegeven om het bewustzijn over de schadelijkheid van roken en meerroken –met name onder jongeren en jonge (rokende) ouders- te vergroten
- “stimulerende” afspraken worden gemaakt met instellingen die gemeentelijk subsidie ontvangen over het uitdragen van “Niet-roken is norm” met de daaraan te verbinden verplichting tot ontmoediging van roken
- een afgestemd aanbod “stoppen met roken” ontstaat

### *De preventie-aanpak*

De kans dat iemand begint met roken wordt sterk bepaald door omgevingsfactoren. Hierin schuilen risicofactoren voor het beginnen met roken. Voorbeelden van deze omgevingsfactoren zijn de mate waarin rookgedrag sociaal is geaccepteerd in de leefomgeving van iemand (gezin, school, vrienden), of ouders zelf roken en de opvoeding door ouders zijn van invloed op of een jongere gaat roken. Andere omgevingsfactoren zijn verkrijgbaarheid van tabak, rookvrije openbare ruimte en rookbeleid op school.

Effectieve preventie van roken richt zich op een gecombineerde aanpak met de volgende drie elementen:

1. ervoor zorgen dat de jeugd niet gaat roken
2. rokers die willen stoppen ondersteunen
3. meer roken voorkomen.

Daarom zetten we in op

- “Niet-roken is norm” uitdragen, o.a. door gerichte voorlichting vooral aan jeugd
- leefstijl via wijk- en dorpsaanpak, brede school, welzijn-jeugdwerk, sport
- bevorderen niet-roken door positieve stimuli: verbonden aan subsidies
- “niet roken waar de kleine bij is” o.a. door gerichte voorlichting aan jonge ouders
- het afstemmen van aanbod “Stoppen met roken” en dit bekend maken binnen de 1<sup>e</sup> lijns gezondheidszorg (o.a. huisartsen)

### *Ontwikkelingen*

Roken wordt als onderdeel van een integrale leefstijlbenadering opgepakt.

### *Verbindingen andere sectoren*

- sport: het bieden van mogelijkheden tot deelname aan (informele) sportactiviteiten en uitdragen “Niet-roken is norm”
- WMO: het bieden van ondersteuning, voorlichting en informatie en uitdragen “Niet-roken is norm”
- ouderenbeleid o.a. met Consultatiebureau voor ouderen
- onderwijs: brede school met voorlichting en uitdragen “Niet-roken is norm”  
welzijn/jeugdwerk: voorlichting en en uitdragen “Niet-roken is norm”

Zoals bij het tegengaan van het overmatig alcoholgebruik zal bij de interventies voor het terugdringen van het roken nadrukkelijk aandacht besteed worden aan het terugdringen van het drugsgebruik.

## **6.4.6 Diabetes**

In het preventiebeleid voor **diabetes** stellen we ons tot doel dat:

- mensen met diabetes zo vroeg mogelijk worden bereikt en worden verwezen, o.a. door middel van de wijk- en dorpsaanpak
- mensen met diabetes ondersteuning en advies krijgen, in het bijzonder over voeding en beweging
- samenwerking en eventueel ketenvorming van de betreffende eerstelijns hulpverlening tot stand komt.

### *De preventie-aanpak*

Diabetes kent twee typen, namelijk 1 en 2. Type 1 is het gevolg van biologische factoren. Type 2 is het gevolg van ernstig overgewicht..

Indien diabetes wordt geconstateerd, is de ziekte ingetreden en is herstel (bijna) niet mogelijk. Bij de aanpak van diabetes is er sprake van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie. Voor de preventie liggen er op drie vlakken mogelijkheden voor een effectieve aanpak:

- bestrijden van overgewicht, zodat geen diabetes type 2 intreedt
- het leren omgaan met diabetes: zelfmanagement en zelfcontrole zijn belangrijk doelen
- het voorkomen van een verslechterende gezondheid.

Het omgaan en het voorkomen van een verslechterende gezondheid met diabetes vraagt een zorgvuldige en afgewogen levenswijze, waarbij beweging en voeding een duidelijke rol spelen.

#### *Ontwikkelingen*

Vanwege de grote toename van het aantal mensen met overgewicht en dien tengevolge diabetes is vanuit de volksgezondheid de aandacht nu in het bijzonder gericht op:

- jeugd en ouders voor meer en beter bewegen (NASB-programma) en een gezondere voeding, o.a. met voorlichting, een groter bewegingsaanbod, gezonde voedingsactie waaronder gruiten
- wijk- en dorpsaanpak door “outreaching” te werken, dit is mensen actief benaderen en activeren op het gebied van o.a. gezondheid. In het kader van Emmen Revisited – Emmermeer zal dit jaar een project beginnen, dat een vervolg is op de succesvolle aanpak in het Meerveld.
- ketenvorming zodat vroegsignalering, behandeling in de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnsgezondheidszorg en in de nazorg (met bewegen, voeding) vloeiend verloopt. De beweegkuur en de ontwikkeling van pilot in de Rietlanden (in samenwerking met de Universiteit van Wageningen en brede school) zijn hiervan voorbeelden.

#### *Verbindingen andere sectoren*

- ruimtelijke ordening: specifiek aandacht voor de ruimtelijke inrichting die uitnodigt om te bewegen
- sport: het bieden van mogelijkheden tot deelname aan (informele) sportactiviteiten
- WMO: het bieden van ondersteuning, voorlichting en informatie
- ouderenbeleid o.a. met Consultatiebureau voor ouderen
- onderwijs: brede school met specifieke activiteiten voor kinderen met obesitas of diabetes

## **7. Organisatie en Communicatie**

Deze nota “Emmen gezond ” heeft een looptijd voor de periode 2010 – 2015. In 2011 zal de nieuwe planperiode ingaan op basis van de vooraf te verschijnen nieuwe landelijke nota voor de preventieve volksgezondheid van het ministerie van VWS. Voor deze derde periode zal de nota “Emmen gezond” geactualiseerd worden aan de hand van de nieuwe inzichten van het ministerie van VWS, RIVM en onderzoeksmateriaal van de GGD Drenthe.

De nota “Emmen gezond” is het beleidskader op basis waarvan jaarlijks uitvoeringsprogramma’s worden opgesteld. Het uitvoeringsprogramma 2010 – 2011 is het programma tot aan de actualisatie van 2011. In 2011 komt op grond van de WPG de minister van VWS met een nieuwe nota voor de preventieve volksgezondheid. Het beleid per 2011 zal naar verwachting grotendeels overeenkomen met het huidige; reden waarom wij onze nota willen actualiseren. De uitvoeringsprogramma’s voor 2012 en volgende jaren zijn gebaseerd op de geactualiseerde nota “Emmen gezond”.

De nota “Emmen gezond ” is interactief opgesteld met vertegenwoordigers van betrokken instellingen voor de gezondheidszorg c.a. en de (functionale) Erkende Overlegpartners. Na het vaststellen van het ontwerp zijn bijeenkomsten gehouden met betrokkenen en heeft toezending aan belangstellenden plaatsgevonden om reacties te verkrijgen. In de nota Reacties “Emmen gezond” zijn de reactie verzameld en is aangegeven hoe ze zijn verwerkt.

Het uitvoeringsprogramma voor 2010 – 2011 geeft weer wat er in de betreffende periode wordt gedaan. Om de voortgang te bewaken, nieuwe ontwikkelingen tijdig te signaleren en de betrokkenheid zo groot mogelijk te houden, zullen met Het Trefpunt voor WMO en volksgezondheid tussentijds bijeenkomsten worden georganiseerd.

Wij zullen bij de uitvoering van de activiteiten intensief communiceren, met de betrokken partners en richting de doelgroepen, de wijken en dorpen, en andere belanghebbenden. De communicatie moet bijdragen aan de effectiviteit van onze preventie-activiteiten voor de lokale volksgezondheid.

Zoals in het beleidskader is aangegeven zal de gemeente een regisserende, stimulerende en faciliterende rol spelen. In het bijzonder voor de wijk- en dorpsaanpak (bijvoorbeeld via Emmen Revisited) worden instellingen, erkende overlegpartners en bewoners betrokken. Emmen revisited kent georganiseerde kaders; daar waar deze niet beschikbaar zijn, zal bekeken worden of andere georganiseerde kaders beschikbaar zijn of dat een kader moet worden georganiseerd. Binnen functionele kaders als die van bijvoorbeeld de brede school liggen ook goede mogelijkheden.

Met de GGD Drenthe wordt op meer gestructureerde wijze overlegd. De GGD Drenthe heeft zelf hiervoor een traject in gang gezet. De wettelijke taken, de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de preventieve volksgezondheid en de wettelijke positie die de GGD daarin bekleed en de gemeenschappelijke regeling voor de GGD vereisen een dergelijke intensieve communicatie waarin “Emmen gezond” een “sturingsinstrument” vormt.

De uitvoeringsprogramma’s voor 2012 en volgende jaren, die ter kennisname aan de raad worden gezonden, kunnen vergezeld gaan van een rapportage over de voorgaande periode. Zo blijft de raad geïnformeerd over de resultaten en de voortgang. Nagegaan wordt of de horizontale verantwoording van de WMO tevens als “voertuig” kan worden gebruikt voor de preventieve volksgezondheid.

## **Bijlage 1      Wetgeving die raakt aan de WPG - taken**

### **Wetten**

Naast de WPG vormen een aantal andere wetten de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid van burgers: de Grondwet en de Gemeentewet. Daarnaast zijn er vele wetten en besluiten die verbinding hebben met de collectieve preventietaak van gemeenten. Hieronder is een kort overzicht.

### **Medische milieukunde**

#### *Besluit Luchtkwaliteit*

Wettelijke normen voor luchtkwaliteit in Nederland, regels voor het vaststellen van en rapporteren over de luchtkwaliteit en het maken van actieplannen indien normen worden overschreden;

### **Infectieziekten**

#### *Infectieziektewet*

Er is een verplichting tot melding aan de GGD van een aantal in wet genoemde infectieziekten. De wet geeft de burgemeester de bevoegdheid tot vrijheidsbeperkende maatregelen gericht op individu. Ook is vastgelegd hoe de registratie moet plaatsvinden en welke adviestaken de GGD-directeur heeft.

#### *Quarantainewet*

Wettelijke bevoegdheden en voorschriften in geval van besmettelijke ziekten bij immigranten.

#### *Destructiewet*

Gemeentelijke verantwoordelijkheid en regels bij destructie van kadavers.

#### *Waterleidingswet*

Verantwoordelijkheden gemeenten voor instandhouding waterleidingnet, gekoppeld aan preventie van infectieziekten.

#### *Wet op de geneesmiddelenvoorziening*

Voor infectieziektebestrijding is het Besluit immunologische farmaceutische producten van belang; aan een aantal instellingen kunnen in het kader van de infectieziektebestrijding direct vaccins en dergelijke geleverd worden; er zijn regels voor bewaring, administratie en toezicht door apothekers.

### **Jeugdgezondheidszorg**

#### *Wet op het primair onderwijs en Wet op het voortgezet onderwijs*

Onder andere regels voor logopedie, interne begeleiding, specifieke zorg voor leerlingen (rugzakjes), onderwijshuisvesting en lokaal onderwijsachterstandsbeleid.

#### *Leerplichtwet en de RMC-wet*

Gemeenten houden toezicht op nakoming van de leerplicht. In aanvulling op de Leerplichtwet geldt de RMC-wet (regionale meld- en coördinatiefunctie): het in regionaal verband aanpakken van de problematiek van het voortijdig schoolverlaten van niet-meer plichtige deelnemers tot 23 jaar.

#### *Wetgeving buitengewoon onderwijs*

Verplichte GGD-advisering over toelating van kinderen tot het buitengewoon onderwijs.

#### *Zorgverzekeringswet*

Logopedie, jeugdfysiotherapie

### **Overige**

Wet geneeskundige hulpverlening bij Ongevallen en Rampen; Rampenwet; Wet op de lijkbezorging; Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten; Algemene Bijstandswet



Wet ambulancevervoer; Wet tarieven gezondheidszorg; Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging; Kwaliteitswet zorginstellingen; Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg; Wet bescherming persoonsgegevens; Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst; Wet bevolkingsonderzoek; Wet medisch Wetenschappelijk onderzoek bij mensen; Wet klachtenrecht cliënten zorgsector; Koppelingswet

## Afkortingenlijst

BMI	Body Mass Index (verhoudingscijfers gewicht – lengte)
BSA	Buurtgerichte sociale activering
CJG	Centrum jeugd en gezin
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease' een verzamelnaam voor chronische bronchitis en longemfyseem
EKD	electronisch kinddossier
EPODE	Ensemble, prevenons l'obesite des enfants (Samen obesitas bij kinderen voorkomen)
GGD Drenthe	Gemeentelijke Gezondheidsdienst Drenthe
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
IVBO	Individueel voorbereidend beroepsonderwijs
LWOO	Leerwegondersteunend onderwijs
MBO	Middelbaar beroepsonderwijs
MO	Maatschappelijke opvang
NASB	Nationaal Actieplan Sport en Bewegen
NIGZ	Nationaal instituut voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut Sport en Bewegen
NNGB	Nationale Norm Gezond Bewegen
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
RMC	Regionaal Meld- en Coördinatiepunt
ROC	Regionaal Opleidingscentrum
SEGV	Sociaal economische gezondheidsverschillen
SES	Sociaal-economische status
VDG	Vereniging Drentse Gemeenten
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
VNN	Verslavingszorg Noord Nederland
VO	Voortgezet Onderwijs
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (nu WPG)
WHO	World Health Organization
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WPG	Wet Publieke Gezondheid