



Brabant-Zuidoost



Op weg naar een gezonder Zuidoost- Brabant

Regionaal rapport

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011





Op weg naar een gezonder Zuidoost- Brabant

Regionaal rapport

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011

Op weg naar een gezonder Zuidoost-Brabant

Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011

*M. de Kok (red), A. van Gestel, Y. Meertens, E. van den Dobbelsteen,
K. Spijkers, P. Dijkema*

GGD Brabant-Zuidoost

Postbus 810

5700 AV Helmond

Telefoon 088 0031 100

www.ggdbzo.nl

Copyright © 2011, GGD Brabant-Zuidoost

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de GGD Brabant-Zuidoost.

De redactie besteedt de grootst mogelijke aandacht aan de juistheid van informatie in dit rapport.

Fouten zijn echter niet volledig uit te sluiten. U kunt daarom geen rechten ontleen aan deze teksten.

Voor vragen of opmerkingen kunt u zich richten tot de auteurs via rVTV@ggdbzo.nl

Colofon

Ontwerp en opmaak www.sterdesign.nl

Fotografie Jos Lammers

Oplage 1.000 stuks, juni 2011

Op weg naar een gezonder Zuidoost-Brabant

Het gaat goed met de gezondheid in Zuidoost-Brabant...

Gelukkig leven we steeds langer in Zuidoost-Brabant en ook nog langer met een goed ervaren gezondheid.

...maar er zijn groepen die extra aandacht verdienen.

De keerzijde van langer leven is dat ouderdomsziekten meer kans hebben om op te treden (**hoofdstuk 1**). Een specifieke aandachtsgroep vormen de kwetsbare ouderen, die door een samenloop van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen, ernstige beperkingen en hulpbehoefendheid in het verschiet hebben (**hoofdstuk 2**). Ook mensen met een lage sociaaleconomische status hebben extra aandacht nodig om hun achterstand in gezondheid te verminderen. Door een integrale aanpak met aandacht voor gezondheidsvaardigheden, opleiding en werk, de leefomgeving en zorg kunnen we hun kansen op gezondheid vergroten (**hoofdstuk 3**). Hier kunnen we het beste zo vroeg mogelijk mee beginnen. De jeugd heeft immers de toekomst. Met de meeste kinderen in Zuidoost-Brabant gaat het goed. Er is echter een groeiende groep kinderen die zorg vraagt. In **hoofdstuk 4** kijken we hoe de jeugdgezondheidszorg problemen bij kinderen en ouders vroegtijdig en laagdrempelig kan ondervangen.

Ondersteun bovendien vanuit een integrale benadering de eigen kracht van mensen bij het maken van gezonde keuzes...

Het ongezonde gedrag neemt in Zuidoost-Brabant niet verder toe (**hoofdstuk 5**). De urgentie van verbetering van de volksgezondheid blijft echter hoog. Gezonde burgers zijn beter in staat zelfstandig te leven en doen minder beroep op zorg. Daarnaast is een gezonde bevolking ook de drager van de economie en samenleving. We kunnen ervoor zorgen dat de omgeving de gezonde keuze vergemakkelijkt. Op lokaal niveau liggen mogelijkheden om samen met diverse maatschappelijke organisaties en vanuit de mogelijkheden van andere beleidssectoren maatregelen te nemen die gunstig zijn voor de gezondheid.

...in een gezonde, uitnodigende omgeving.

Niet alleen de eigen leefstijl is bepalend voor ziekte, sterfte en hoe men zich voelt, ook omgevingsfactoren dragen hieraan bij (**hoofdstuk 6**). Een gezonde omgeving is een omgeving waar mensen zich veilig voelen, waar ze graag vertoeven en uitgenodigd worden tot bewegen. Het bevorderen van een gezonde leefomgeving hoort daarom eveneens bij een gezond integraal gezondheidsbeleid.

De beste manier om de toekomst te voorspellen is haar zelf te creëren (Loesje)

Met dit motto hebben we dit Regionale Rapport geschreven. Belangrijke ontwikkelingen die onze regio zullen treffen, hebben we benoemd en voorzien van advies. Gezondheid is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Veel van de factoren die van invloed zijn op gezondheid zijn niet direct vanuit gezondheidsbeleid te beïnvloeden. Hiervoor zijn ook maatregelen nodig vanuit andere beleidsterreinen en organisaties, zoals onderwijs, ruimtelijke ordening, sociale zaken of zorg. Andersom kan gezondheid een bijdrage leveren aan de doelstellingen van andere beleidssectoren: gezonde kinderen kunnen beter leren, gezonde burgers kunnen aan het werk of op andere fronten een waardevolle bijdrage leveren aan de maatschappij.

Laten we samen op weg gaan naar een gezonder Zuidoost-Brabant!



Annelie Stevens-Ruiters,
Directeur GGD Brabant-Zuidoost

Dit rapport is onderdeel van de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 2011 van de GGD Brabant-Zuidoost. De regionale VTV bestaat uit de volgende onderdelen:

Regionaal rapport

'Op weg naar een gezonder Zuidoost-Brabant Regionaal rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011'

Gemeentelijke rapporten

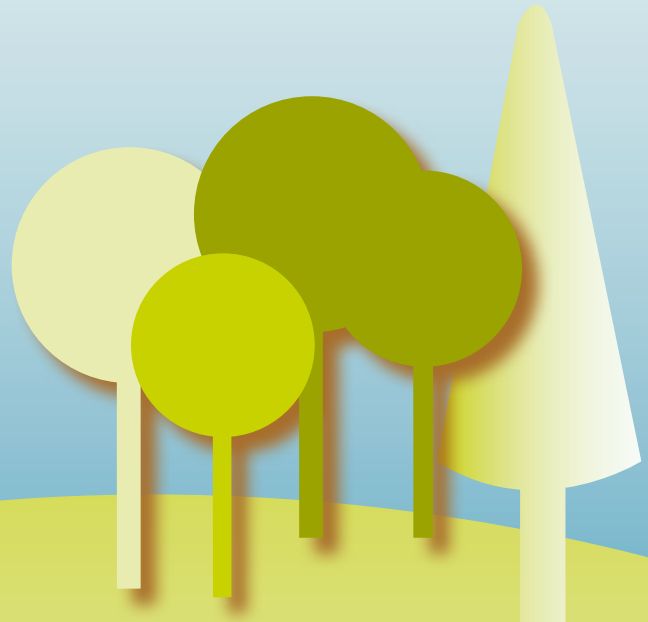
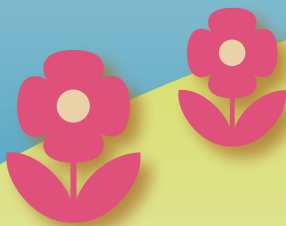
21 gemeentelijke rapporten met de belangrijkste kernboodschappen voor het lokale beleid:

'Op weg naar een gezonder.....'

Asten, Bergeijk, Best, Bladel, Cranendonck, Deurne, Eersel, Eindhoven, Geldrop-Mierlo, Gemert-Bakel, Heeze-Leende, Helmond, Laarbeek, Nuenen, Oirschot, Reusel-de Mierden, Someren, Son en Breugel, Valkenswaard, Veldhoven, Waalre

Regionaal kompas

De website www.regionaalkompas.nl geeft inzicht in de mogelijkheden die we hebben voor gezondheidswinst door lokaal gezondheidsbeleid. Voor meer cijfermatige informatie kunt u terecht op de website www.ggdgezondheidsatlas.nl. De digitale versies van de regionale en gemeentelijke rapporten zijn te downloaden op www.regionaalkompas.nl.



Inhoudsopgave

1	Langer gezond leven	9
2	Kwetsbare ouderen redden het niet alleen	17
3	Gezondheidsachterstanden niet alleen in de steden	27
4	De jeugd: een gezonde investering	37
5	Preventie scoort niet, maar loont wel!	47
6	Een gezonde omgeving: een verademing!	57
	Afkortingen en definities	68
	Bronnen	68
	Auteurs en adviseurs	73





Langer gezond leven

Diabetes, depressie en dementie: een groeiend probleem in een vergrijzende populatie

Door de stijgende levensverwachting en het ouder worden van de grote groep 'baby-boomers' zal het aandeel ouderen in Zuidoost-Brabant in de komende jaren flink toenemen. Gelukkig leven we steeds langer met een goed ervaren gezondheid. Maar de keerzijde van langer leven is dat ouderdomsziekten als diabetes, dementie en een combinatie van aandoeningen meer kans hebben om op te treden. Deze ziekten hebben een grote zorg- en ziektelast. Door de demografische ontwikkelingen in de regio zal ook de ziektelast als gevolg van depressie en angststoornissen toenemen. Houd daarom rekening met een grotere en complexere zorgvraag in de komende jaren. Hierbij zal de focus vooral moeten liggen op het verminderen van beperkingen en het bevorderen van participatie.

Een lang en gezond leven, dat is wat we wensen en waar we naar streven in onze regio. En als de gezondheid toch minder wordt, dan willen we ervoor zorgen dat mensen zo lang mogelijk mee kunnen blijven doen. Want een goede volksgezondheid is lonend voor de samenleving en de economie als geheel. In dit eerste hoofdstuk beschrijven we hoe het ervoor staat met de gezondheid en de levensverwachting in Zuidoost-Brabant. Via het lokale gezondheids- en Wmo-beleid van de gemeenten is er al veel aandacht voor preventie van ziekten en het ondersteunen van mensen met een beperking. Ook andere beleidsterreinen betrekken gezondheid in toenemende mate bij hun plannen. Het is goed om daarbij te kijken naar de langere termijn. Waar moeten we in de komende jaren rekening mee houden?

De situatie in Zuidoost-Brabant

We worden gemiddeld 80 jaar...

In Zuidoost-Brabant is de levensverwachting bij geboorte 78 jaar voor mannen en 82 jaar voor vrouwen. Mannen en vrouwen die de 65 jaar hebben bereikt kunnen gemiddeld nog rekenen op respectievelijk 18 en 21 levensjaren. De levensverwachting in de regio is vrijwel vergelijkbaar met het landelijke beeld. Alleen de mannen in Zuidoost-Brabant leven 0,2 jaar langer dan gemiddeld voor Nederlandse mannen geldt (1).

...en leven 66 jaar in goed ervaren gezondheid

Lang niet alle levensjaren zijn ook levensjaren zonder ziekte of in goed ervaren gezondheid. Chronische ziekten doen al vroeg hun intrede: de levensverwachting zonder chronische ziekte is namelijk 45 jaar. Ondanks deze chronische aandoeningen leven mensen in Zuidoost-Brabant gemiddeld 66 jaar met een goed ervaren gezondheid en 69 jaar zonder ervaren lichamelijke beperkingen. Het aantal levensjaren met een goede geestelijke gezondheid is 72 jaar (1).

De totale en gezonde levensverwachting stijgt...

De levensverwachting in Nederland is al jaren aan het stijgen en stijgt nog steeds. Naar verwachting komen er tot 2050 nog 6 levensjaren bij. Dit zijn niet alleen ongezonde jaren, de levensverwachting in goed ervaren gezondheid stijgt namelijk ook (2). De toename in gezonde levensverwachting tussen 2004 en 2008 is in Zuidoost-Brabant groter dan gemiddeld in Nederland (figuur 1).

...vooral door minder sterfte aan hart- en vaatziekten

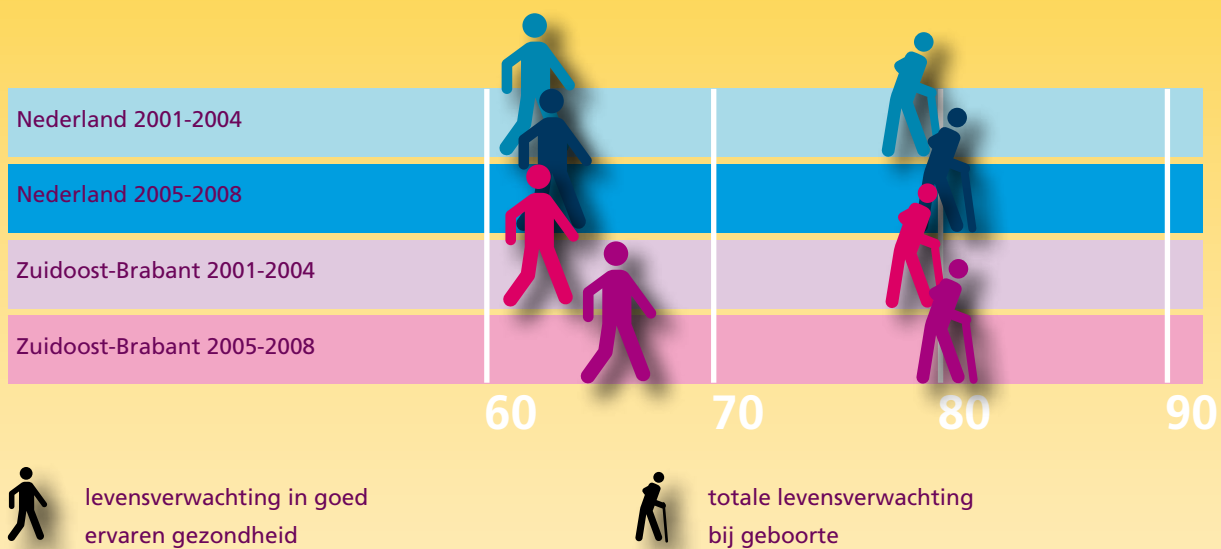
Hart- en vaatziekten, kanker, en ziekten van de ademhalingswegen zijn de belangrijkste groepen van doodsoorzaken in Nederland. De sterfte aan hart- en vaatziekten is de laatste jaren enorm gedaald, waardoor kanker in 2010 doodsoorzaak nummer 1 is geworden (2). Het sterftecijfer in Zuidoost-Brabant is lager dan gemiddeld in Nederland, wat past bij de iets hogere levensverwachting in de regio. De sterfte aan hart- en vaatziekten is vergelijkbaar met Nederland, de sterfte aan kanker is in Zuidoost-Brabant lager dan landelijk (3). De vijf belangrijkste specifieke doodsoorzaken zijn coronaire hartziekten, longkanker, beroerte, dementie en chronische obstructieve longziekten (COPD). Dit geldt zowel voor Nederland als voor de regio Zuidoost-Brabant. De doodsoorzaak dementie komt in de regio echter vaker voor dan landelijk (3). Dit valt niet te verklaren door verschillen in bevolkingsopbouw qua leeftijd en geslacht.

Maar we verliezen veel gezonde jaren aan hart- en vaatziekten, diabetes, depressie en dementie

De top vijf van ziekten met de grootste ziektelast bestaat uit: coronaire hartziekten, beroerte, angststoornissen, depressie en diabetes. Bij mensen van 75 jaar en ouder zorgt dementie voor de grootste ziektelast. De mate van voorkomen van een ziekte is maar één aspect van de totale ziektelast. Psychische stoornissen komen bijvoorbeeld minder vaak voor dan hart- en vaatziekten, maar zorgen al op relatief jonge leeftijd voor een sterk verminderde kwaliteit van leven. Daarom is de maat voor ziektelast opgebouwd uit de mate van voorkomen van een ziekte, de kans op voortijdig overlijden en de impact op de kwaliteit van leven. De ziektelast geeft daarmee het totale verlies aan gezondheid door een ziekte weer (4).

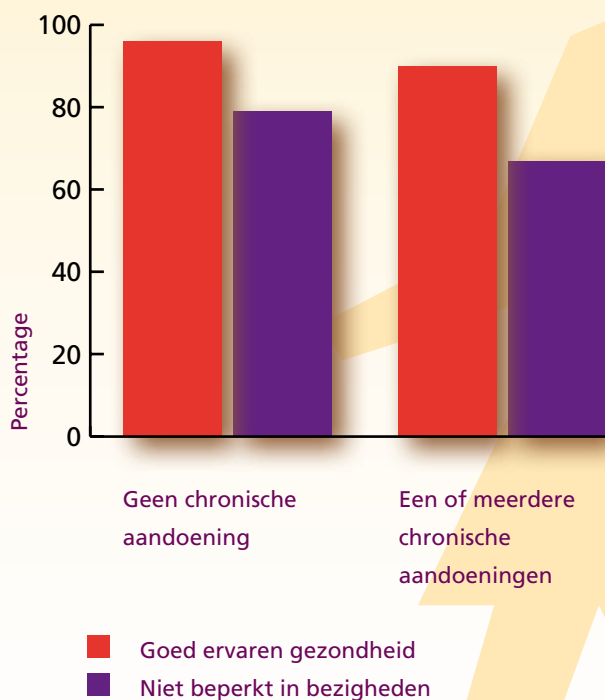
Figuur 1

Levensverwachting in Zuidoost-Brabant en Nederland, gemiddeld over de jaren 2001-2004 en 2005-2008 (1)



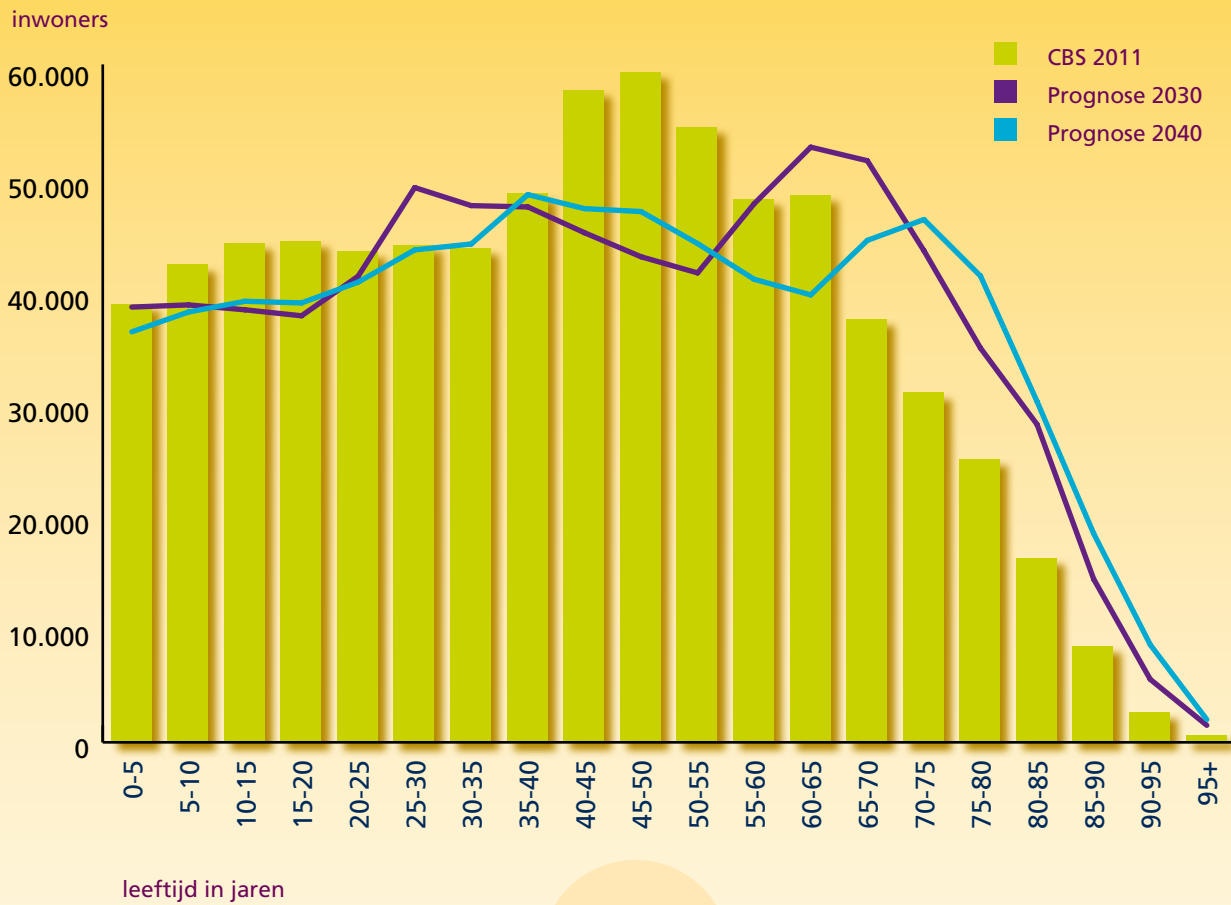
Figuur 2

Ervaren gezondheid en beperkingen bij volwassenen (19 t/m 64 jaar) met of zonder chronische aandoeningen in Zuidoost-Brabant (6)



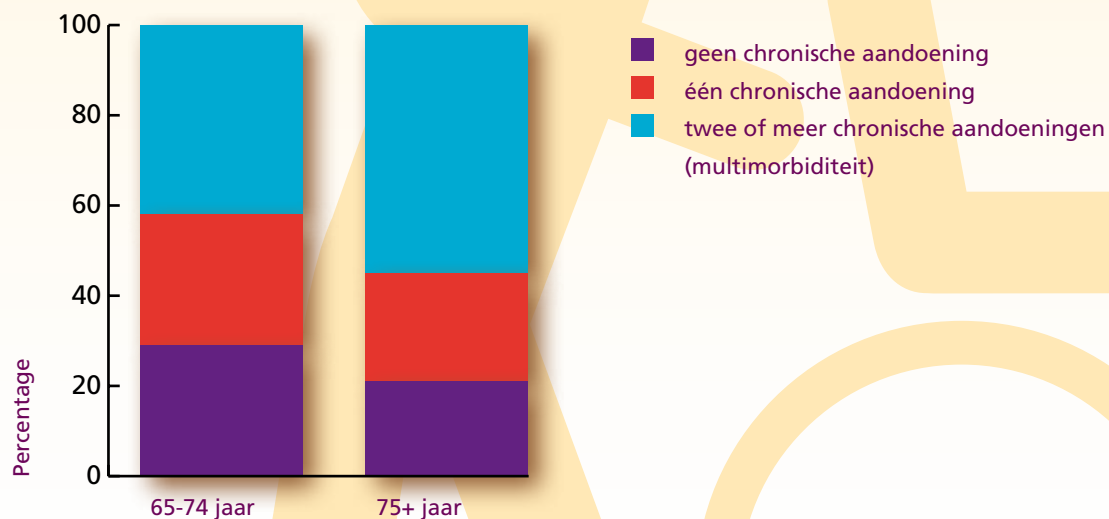
Figuur 3

Bevolkingsopbouw en bevolkingsprognose tot 2030 en 2040 in de regio Zuidoost-Brabant (8, 9)



Figuur 4

Multimorbiditeit bij ouderen in Zuidoost-Brabant (6)



Figuur 5

Het geschatte aantal chronisch zieken in Zuidoost-Brabant in 2020 op basis van demografische ontwikkelingen (6,10)

	Absoluut aantal zieken in Zuidoost-Brabant in 2007*	Absoluut aantal zieken in Zuidoost-Brabant in 2020*	Stijging ten opzichte van 2007
Diabetes mellitus	30.400	38.500	27%
Artrose	29.500	38.600	31%
Coronaire hartziekten	29.300	40.100	37%
Ouderdoms- en lawaaidoofheid	27.700	36.500	32%
Gezichtsstoornissen	24.000	34.300	43%

* aantallen afgerond op 100-tal

Figuur 6

Verwachte stijging in het zorggebruik in Zuidoost-Brabant in de periode 2009-2020 op basis van demografische ontwikkelingen (6, 10)

	Zuidoost-Brabant 2009 tot 2020 (% toename)
Huisartsenzorg (aantal contacten) ¹	9%
Ziekenhuiszorg (aantal klinische opnamen) ¹	13%
Zorg zonder verblijf (aantal personen) ¹	27%
Zorg met verblijf (aantal personen) ¹	37%
Mantelzorg (ontvangen zorg) ²	19%
Mantelzorg (gegeven zorg) ²	9%

¹ Gegevens RIVM

² Gegevens GGD Zuidoost-Brabant

Niet alle chronisch zieken voelen zich ongezond of beperkt

Ongeveer een kwart van de bevolking is chronisch ziek. Leven met een chronische ziekte kan samen gaan met een goed ervaren gezondheid en een leven zonder lichamelijke beperkingen. Vooral de beperkingen vormen obstakels voor een zelfstandig leven (5). Bijna 80% van de volwassenen van 19 tot en met 64 jaar in Zuidoost-Brabant met een chronische aandoening geeft aan een goede gezondheid te hebben en tweederde voelt zich niet beperkt door de lichamelijke gezondheid (**figuur 2**) (6). Diabetes, coronaire hartziekten en artrose zijn de drie meest voorkomende chronische ziekten volgens zorgregistraties. Deze aandoeningen komen in Zuidoost-Brabant even vaak voor als in de rest van Nederland. Andere aandoeningen in de top tien zijn: nek-/rugklachten, problemen met horen en zien, luchtwegaandoeningen als astma en COPD, depressie en eczeem (4). Daarnaast hebben ook veel mensen malaiseklachten, moeheid, slapeloosheid, psychische problemen en migraine of ernstige hoofdpijn. Dit zijn aandoeningen waarvoor men minder vaak medische hulp zoekt en die daardoor minder geregistreerd worden.

Het aantal chronisch zieken neemt toe

In de komende jaren zal het aantal mensen met een chronische ziekte toenemen. Dit komt onder andere door de vergrijzing; mensen worden steeds ouder en het aantal ouderen groeit (**figuur 3**). Maar daarnaast zullen er meer mensen zijn met een chronische ziekte doordat aandoeningen eerder gediagnosticeerd worden en met een betere behandeling niet meer levensbedreigend zijn. Een bijkomend aspect van een langere levensverwachting is een toename van het aantal mensen met meerdere ziekten tegelijk, ook wel multimorbiditeit genoemd (**figuur 4**). Deze multimorbiditeit maakt de zorg complexer. Patiënten krijgen te maken met meerdere zorgverleners tegelijkertijd. Een goede coördinatie en communicatie tussen behandelaars is daarbij van belang (4, 7). Door de groei van het aantal ouderen in de bevolking zal het aantal patiënten met de meest voorkomende chronische ziekten tussen 2007 en 2020 naar verwachting stijgen met 27 tot 43% (**figuur 5**) (2, 4, 6). Deze toekomstverwachting is echter een schatting en dient per aandoening bijgesteld te worden aan de hand van andere factoren, zoals veranderingen in leefstijl, opleiding, sociale en fysieke omgeving en gezondheidszorg.

Mogelijk verdubbeling diabetes in komende tien jaar

De toename van het aantal mensen met diabetes tussen 2007 en 2020 kan oplopen tot 90%, door de vergrijzing, maar ook door de verbeterde opsporing en de toegenomen overlevingskans. Als het percentage mensen met overgewicht verder stijgt, dan neemt het aantal diabetespatiënten zelfs toe met ruim 100%, een verdubbeling (4, 7). In Zuidoost-Brabant lijkt de trend voor overgewicht in de laatste jaren te stabiliseren, echter in de populatie 65-plussers is het aantal mensen met overgewicht licht toegenomen (6).

Toename dementie heeft grote gevolgen voor de zorg

In de regio Zuidoost-Brabant zal het aantal mensen met dementie stijgen van ruim 10.000 patiënten in 2010 naar ruim 18.500 patiënten in 2030, een toename van 85% (11). Deze prognose is gebaseerd op demografische ontwikkelingen en kan iets lager uitvallen door andere ontwikkelingen, zoals meer hoger opgeleiden en minder rokers. De verwachte toename van het aantal mensen met dementie heeft grote gevolgen voor de zorg. De zorg voor mensen met dementie is erg arbeidsintensief, zeker aan het einde van de ziekte. Ongeveer 70 procent van de mensen met dementie woont nog thuis en wordt verzorgd door hun naaste familie of hun omgeving, de mantelzorgers (12). De druk op mantelzorgers zal in de toekomst naar verwachting toenemen, aangezien de vraag waarschijnlijk sneller stijgt dan het aanbod (**figuur 6**).

Zorg bij dementie

Eén kopje welzijn bespaart twee kopjes zorg

Het aantal ouderen in onze regio neemt de komende jaren alleen maar toe. Hoewel we langer gezond leven, zijn lang niet alle levensjaren gezonde jaren. Doordat we met z'n allen ouder worden, neemt het aantal mensen met ouderdomsziekten zoals dementie ook toe. Deze mensen hebben veel zorg nodig en daar moeten we rekening mee houden. Gemeenten besteden gelukkig steeds meer aandacht aan het ondersteunen van mensen met een beperking.

Het Regionale Dementie Ondersteuningsnetwerk Samen voor dementie (RDO) van Deurne, Asten en Someren is bedoeld voor zowel patiënten als mantelzorgers en vrijwilligers. **Tilly Huberts** van Onis Welzijn legt uit hoe het werkt en waarom het zo succesvol is.

‘Toen ik in deze regio kwam werken, kon ik alleen maar diepe bewondering hebben voor alles wat de afgelopen jaren al gedaan was. Wel merkte ik dat de aansluiting van alle goede ontwikkelingen en initiatieven met elkaar en met sommige partners nog wel een duwtje in de rug kon gebruiken. Dat is één van de eerste zaken waar we met het ondersteuningsnetwerk mee begonnen. Mensen en organisaties met elkaar laten kennismaken en laten zien hoe ze elkaar kunnen aanvullen. Zorg is belangrijk, maar juist vanuit welzijn hebben we nog zoveel meer te bieden als het gaat om kwaliteit van leven. Zoals een collega het treffend zegt: ‘Eén kopje welzijn bespaart twee kopjes zorg.’ Mensen die lekker in hun vel zitten, vragen minder zorg. Er is echt veel mogelijk, ook bij zo’n beladen onderwerp als dementie. Maar je kunt het niet alleen. Dat geldt voor organisaties en instellingen, maar ook voor cliënten en hun naasten.

Als dementie op je pad komt, bepaalt hoe je er mee omgaat de kwaliteit van leven. Op veel manieren kunnen wij daar aan bijdra-

gen. We geven cursussen en gaan in gesprek met anderen, brengen informatie bij elkaar zoals op www.socialewijzerastensomeren.nl. Maar we zorgen ook voor goede, persoonlijke begeleiding. Zo organiseerden we de afgelopen periode voorlichtingsbijeenkomsten en een themabijeenkomst voor vrijwilligers. Het bezoek van schrijfster Janneke Harmsen-de Boer in oktober vorig jaar vind ik zelf nog steeds één van de hoogtepunten. Door haar openhartige manier van vertellen over het leven met haar man Dick die aan Alzheimer leed, wist zij iedereen te raken. Als projectleider breng ik in een betrekkelijk kleine regio het onderwerp onder de aandacht van heel veel mensen en organisaties. Dat zijn gemeenten, welzijnsinstellingen, ouderenbonden, vrijwilligersorganisaties, woningbouwverenigingen, en natuurlijk inwoners zelf. Als je dan na anderhalf jaar ziet dat het onderwerp leeft en zelfs opgenomen is in Wmo-beleidsplannen, dan is dat natuurlijk fantastisch.’



Kwetsbare ouderen redden het niet alleen

2

Zorg voor zorg

De overheid zal de komende jaren steeds meer een beroep doen op de samenleving om de groeiende groep ouderen te ondersteunen, zodat zij langer op eigen benen kunnen blijven staan. De financiële noodzaak, om het toenemende gebruik van kostbare en intensieve zorg te beperken, speelt daarbij ook een rol. Een specifieke aandachtsgroep vormen de kwetsbare ouderen, die door een cumulatie van lichamelijke, psychische en/of sociale problemen, ernstige beperkingen en hulpbehoefte in het verschiet hebben. Zij redden het niet alleen. Gemeenten, zorgverleners en burgers zullen de handen ineen moeten slaan om ook deze groep ouderen dicht bij huis de zorg en ondersteuning te geven. En hen daarmee zo lang mogelijk de regie over het eigen leven te laten behouden.

In hoofdstuk 1 is het toekomstperspectief wat betreft gezondheid en ziekte voor de komende jaren geschetst. Door de vergrijzing en de stijging van de levensverwachting zullen meer mensen in Zuidoost-Brabant chronisch ziek worden en meer mensen zullen meerdere ziekten tegelijkertijd hebben. Daarmee zal ook de groep ouderen toenemen die kwetsbaar is voor ernstige functiebeperkingen en groot risico loopt op opname in verpleging of verzorging. In dit hoofdstuk zoomen we in op deze kwetsbare ouderen in de regio. Hoeveel ouderen zijn kwetsbaar en welke factoren spelen daarbij een rol? Welke behoeften hebben kwetsbare ouderen? En hoe kunnen zij ondersteund worden om zo lang mogelijk op eigen benen te blijven staan?

De situatie in Zuidoost-Brabant

Ouderen blijven langer gezond en maatschappelijk actief

Op 1 januari 2010 telde de regio Zuidoost-Brabant bijna 118.000 inwoners van 65 jaar of ouder. Dit is 16% van de totale bevolking (1). De meerderheid van de ouderen in de regio voelt zich gezond, is betrokken bij het maatschappelijke leven en kan zich prima redden. Door de toename van de gezonde levensverwachting zijn veel ouderen in staat lang sociaal actief te blijven.

En ook met een ziekte zijn veel ouderen zelfredzaam

Desondanks neemt door het stijgen van de leeftijd de kans op het krijgen van één of meer chronische ziekten toe. Echter veel ouderen die ziek zijn, voelen zich niet ongezond en functioneren nog goed (2). Want niet de ziekten zelf, maar vooral de beperkingen die daarmee samenhangen bepalen de mate waarin mensen belemmerd worden in hun zelfredzaamheid. Door het zoveel mogelijk terugdringen van de beperkingen, bijvoorbeeld via hulpmiddelen of medicatie, kunnen veel ouderen voor zichzelf blijven zorgen en een goede kwaliteit van leven ervaren.

Maar bijna een kwart van de zelfstandigwonende ouderen in de regio is kwetsbaar

Echter bij een deel van de ouderen zorgt een opeenstapeling van lichamelijke, psychische en sociale problemen voor toenemende kwetsbaarheid. Deze kwetsbare ouderen hebben een verhoogd risico op ernstige functiebeperkingen, opname in de verpleging of verzorging of zelfs overlijden (3). Het aantal kwetsbaren onder zelfstandigwonende ouderen in de regio wordt geschat op bijna 25.500 mensen (4). Dit is 23% van de totale groep zelfstandigwonende 65-plussers (**figuur 7**). Ouderen zijn als kwetsbaar aangemerkt als er sprake is van een hoge draaglast

in combinatie met een lage draagkracht^a (4,5). Daarnaast zijn ook de circa 3.900 geïnstitutionaliseerde ouderen in de regionale verzorgings- en verpleegverblijven als extra kwetsbaar te beschouwen (6).

Multimorbiditeit en functiebeperkingen zijn de belangrijkste veroorzakers van kwetsbaarheid

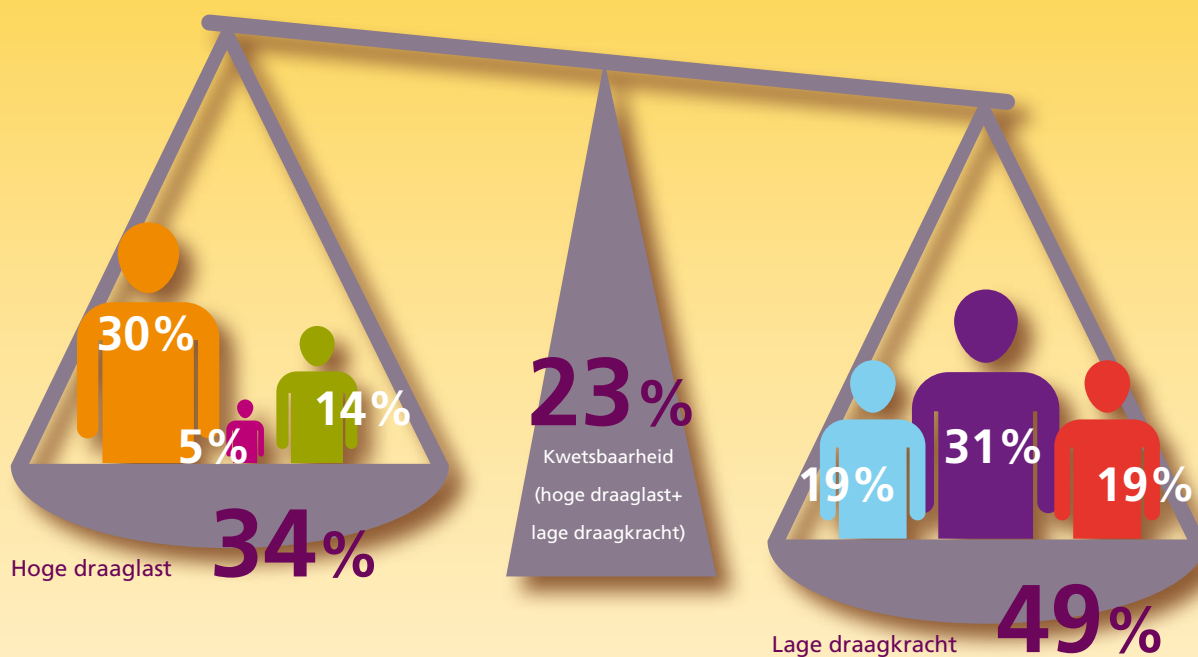
Zoals verwacht neemt kwetsbaarheid toe met het stijgen van de leeftijd. Van de 65- tot en met 74-jarigen in Zuidoost-Brabant is 15% kwetsbaar, terwijl dit percentage bij de 75-plussers op 36% ligt. Ook vrouwen, alleenstaanden en mensen uit lagere sociaaleconomische klassen zijn vaker kwetsbaar. Onderzoek toont aan dat de hogere mate van kwetsbaarheid bij deze groepen vooral wordt veroorzaakt doordat zij vaker meerdere aandoeningen (multimorbiditeit) en matige of ernstige functiebeperkingen hebben (3).

Meeste kwetsbare ouderen voelen zich ook ongezond

Vanwege de lichamelijke en/of geestelijke problemen die kwetsbare ouderen hebben, ervaart tweederde van deze ouderen de eigen gezondheid als matig tot slecht (4). Bijna de helft voelt zich psychisch ongezond (**figuur 8**). Deze percentages liggen aanzienlijk hoger dan bij de niet-kwetsbare ouderen. Bijna 24% van de kwetsbare ouderen heeft in de afgelopen drie maanden één of meer letsels opgelopen terwijl dit bij niet-kwetsbare ouderen slechts 9% is (**figuur 9**). Maar ook op het gebied van overgewicht en leefstijl zijn er grote verschillen. Kwetsbare ouderen hebben bijna twee keer zo vaak obesitas als leeftijdsgenoten die niet kwetsbaar zijn (**figuur 10**) en bovendien roken zij meer. Bijna 6 op de 10 kwetsbare ouderen voldoet niet aan de norm Gezond Bewegen. Lichamelijke aandoeningen en beperkingen staan het bewegen vaak in de weg. Sporten of aangepaste vormen van lichaamsbeweging kunnen echter een positieve invloed hebben op het lichamelijke

Figuur 7

Hoge draaglast, lage draagkracht en kwetsbaarheid bij zelfstandigwonende ouderen (65 jaar en ouder) in Zuidoost-Brabant (4)



Er is sprake van hoge draaglast bij één of meer van de volgende kenmerken

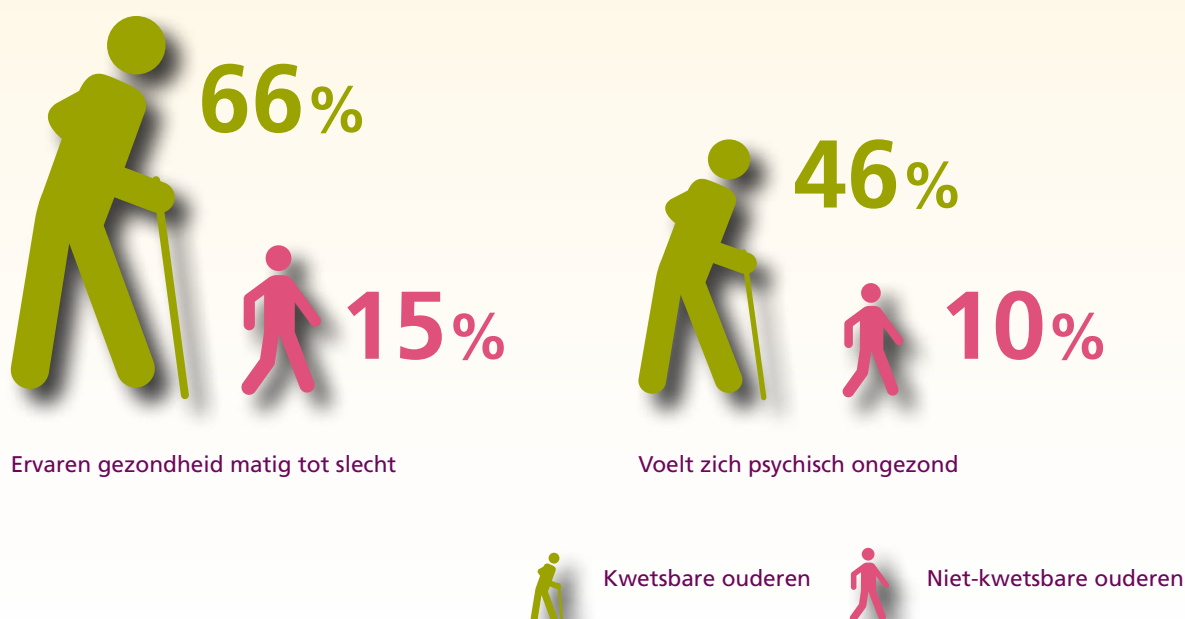
- beperkt in lichamelijke gezondheid
- hoog risico op angststoornis/depressie
- niet zelfredzaam

Er is sprake van lage draagkracht bij één of meer van de volgende kenmerken

- weinig regie over eigen leven
- alleenwonend
- alleen AOW

Figuur 8

Ervaren gezondheid en psychische ongezondheid naar kwetsbaarheid bij zelfstandigwonende ouderen (65 jaar en ouder) in Zuidoost-Brabant (4).



functioneren en de zelfredzaamheid van ouderen met een ziekte of beperking (2).

Het zorggebruik bij kwetsbare ouderen ligt hoog

Door de lichamelijke, geestelijke en sociale problemen is de behoefte aan zorg en hulp bij kwetsbare ouderen groot. Meer dan 50% heeft in de afgelopen twee maanden contact gehad met de huisarts; 20% heeft in die twee maanden de huisarts drie keer of vaker bezocht (4). Bijna zes op de tien kwetsbare ouderen in de regio ontvangt momenteel professionele zorg; veelal in de vorm van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging of medische verzorging. Twee op de drie kwetsbare ouderen heeft in het afgelopen jaar vanwege hun beperking gebruik gemaakt van één of meer Wmo-voorzieningen.

Bijna één op de drie kwetsbare ouderen ontvangt mantelzorg

Veel kwetsbare ouderen krijgen ook zorg of ondersteuning van familie, vrienden of burens. Bijna één op de drie ontvangt momenteel mantelzorg; één op de zes ontvangt dagelijks mantelzorg (4). Deze ondersteuning wordt vooral geboden bij huishoudelijk werk en de dagelijkse verzorging. De meerderheid van de kwetsbare ouderen die mantelzorg ontvangen, krijgen ook professionele hulp. Voor ruim 1.700 kwetsbare ouderen in Zuidoost-Brabant geldt dat de zorg volledig wordt opgevangen door mantelzorgers zonder de ondersteuning van professionals.

Ondanks het hoge zorggebruik is de behoefte aan méér zorg groot

Ondanks het hoge zorggebruik heeft ruim één op de vijf kwetsbare ouderen in Zuidoost-Brabant op dit moment vanwege de gezondheid behoefte aan (meer) zorg (4). Als belangrijkste reden waarom mensen de gewenste hulp nog niet hebben, noemen zij dat er niemand in de omgeving is die deze hulp kan bieden. Eén op de drie kwetsbare ouderen geeft bovendien aan behoefte te hebben aan één of meerdere Wmo-voorzieningen. Daarbij is de meeste behoefte aan een vervoersvoorziening (zoals de Regiotax), hulp in de huishouding of een woningaanpassing. Er is echter nog veel onduidelijkheid over hoe deze hulp kan worden aangevraagd. Want van alle kwetsbare ouderen in de regio die behoefte hebben aan een Wmo-voorziening weet 30% niet waar ze informatie hierover moeten inwinnen. De beschikbaarheid van zorg en hulp dicht bij huis is een belangrijke voorwaarde voor kwetsbare ouderen om langer in hun vertrouwde omgeving op eigen benen te kunnen blijven staan (zie 2.1).

2.1

Zorg in je eigen dorp

Hoogeloon is een dorp met circa 2.150 inwoners en maakt deel uit van de gemeente Bladel. In 2005 is op verzoek van de lokale dorps- en seniorenraad de zorgcoöperatie Hoogeloon opgericht. Doel van deze coöperatie is om belangrijke zorgvoorzieningen in het dorp te behouden, zodat zorgbehoevende mensen minder snel gedwongen worden om voor deze zorg te verhuizen naar een grotere gemeente. Vanaf september 2008 is de zorgcoöperatie gestart met het verlenen van hulp in het huishouden, persoonlijke en verpleegkundige zorg. Daarnaast kunnen mensen gebruik maken van onder meer een eetpunt, vervoersdienst en tuinonderhoud. Sinds vorig jaar is ook de functie van Wmo-loket ondergebracht bij de zorgcoöperatie.

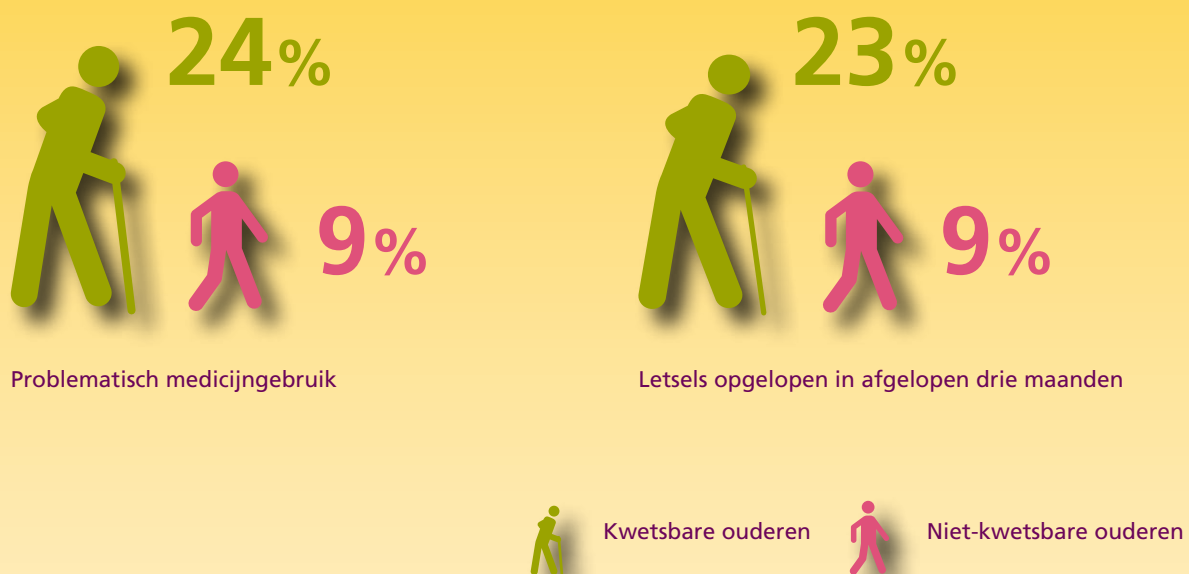
De zorgcoöperatie in Hoogeloon is een succes en het draagvlak onder de bewoners is groot. Begin 2011 zijn ruim 220 inwoners lid van de coöperatie en er zijn meer dan 30 vrijwilligers actief. Opvallend is dat men geen lid hoeft te zijn om zich tot de coöperatie te wenden. Zorgbehoevende ouderen en chronisch zieken kunnen dankzij de zorgcoöperatie in Hoogeloon blijven wonen. Dit heeft een positieve uitwerking op de leefbaarheid in het dorp. Ook de onderlinge solidariteit van de inwoners van Hoogeloon wordt vergroot, door gezamenlijk te zorgen voor een goed sociaal klimaat waar alle inwoners van kunnen profiteren

De coöperatie heeft één coördinator en vier zorgverleners in loondienst. Inwoners van Hoogeloon kunnen in een steunpunt bij de zorgcoördinator terecht voor vragen over de gezondheid, hulp in en rondom huis en persoonlijke zorgverlening. Indien gewenst ondersteunt zij cliënten ook met de financiële verantwoording voor de geleverde zorg vanuit het Persoonsgebonden Budget (PGB). De zorgcoördinator is zelf ook een verzorgende. Cliënten betalen de zorg en het coördinatorwerk, andere uitgaven worden gefinancierd door een kleine ledencontributie. De zorgcoöperatie onderhoudt intensief contact met de gemeente Bladel en de instellingen, die diensten en zorg leveren.

Bron: Samenwerkingsverband Regio Eindhoven (SRE). Zorgcoöperatie Hoogeloon. Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen Brabant 2011. Eindhoven: SRE, 2011.

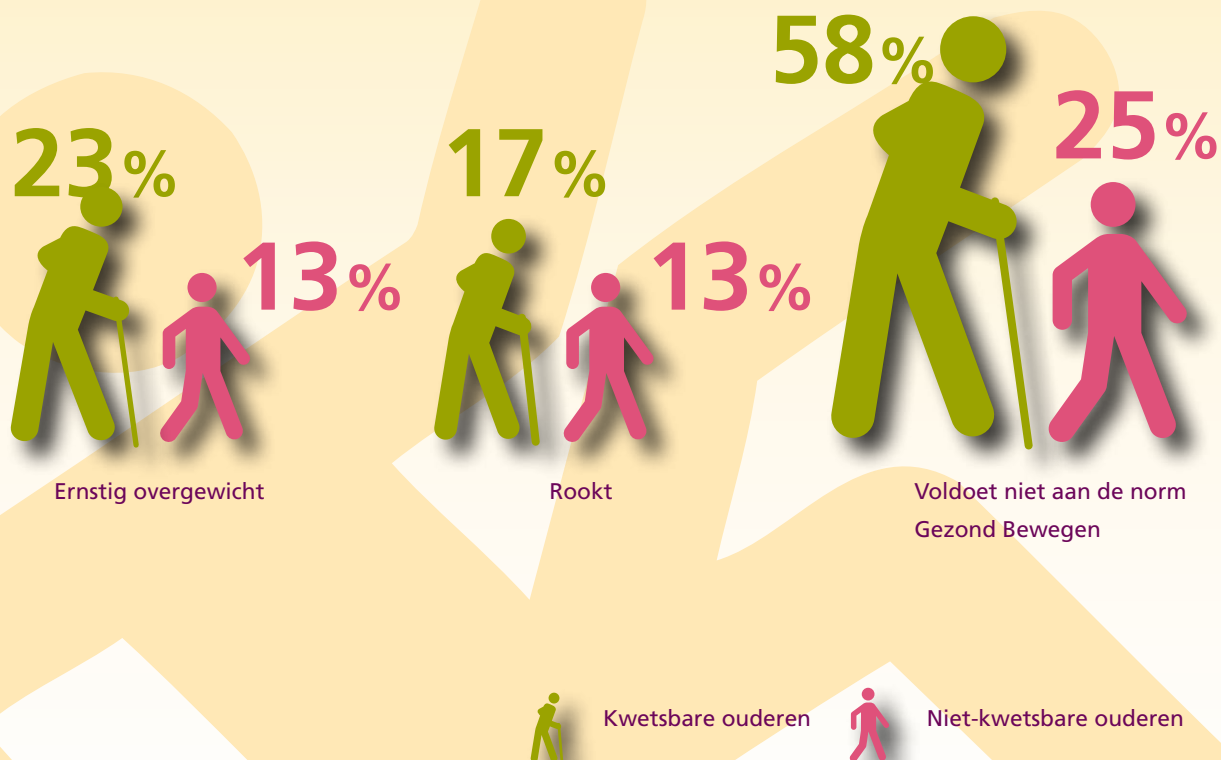
Figuur 9

Problematisch medicijngebruik en letsels naar kwetsbaarheid bij zelfstandigwonende ouderen (65 jaar en ouder) in Zuidoost-Brabant (4)



Figuur 10

Leefstijlfactoren naar kwetsbaarheid bij zelfstandigwonende ouderen (65 jaar en ouder) in Zuidoost-Brabant (4)



Doorverwijzing van kwetsbare ouderen verloopt stroef

Gemeenten hebben, in samenwerking met lokale zorgverleners, de verantwoordelijkheid voor de opsporing en preventie van gezondheidsproblemen bij ouderen. Dit is vastgelegd in artikel 5a van de Wet Publieke Gezondheid. Het vroegtijdig signaleren van problemen is van groot belang om ouderen in een vroeg stadium te kunnen ondersteunen in hun beperkingen en daarmee ook het proces van toenemende kwetsbaarheid te vertragen. In de praktijk herkennen vrijwilligers en professionals, zoals huisartsen en praktijkondersteuners, vaak wel de signalen van kwetsbaarheid. Maar vervolgens is men onvoldoende bekend met het lokale zorgaanbod en weten zij niet waar zij deze signalen kunnen neerleggen. Indien een doorverwijzing wel plaatsvindt, kunnen de verwachtingen voor ondersteuning bij cliënt én doorverwijzer niet altijd worden waargemaakt. Zo leidt bijvoorbeeld een aanvraag bij de lokale Wmo-loketten niet vanzelfsprekend tot de toewijzing van (meer) zorg (8). Gemeenten bekijken steeds meer kritisch of de behoefte van de cliënt gerealiseerd kan worden door het versterken van de eigen kracht of het inzetten van informele (mantel)zorg in plaats van het beschikbaar stellen van voorzieningen.

Aantal kwetsbare ouderen neemt de komende jaren fors toe

De ontwikkeling van het aantal kwetsbare ouderen de komende jaren hangt nauw samen met de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken in de bevolking (zie hoofdstuk 1). Volgens recente prognoses neemt het absolute aantal kwetsbare ouderen in Nederland tussen 2010 en 2030 met ongeveer de helft toe (3). In 2030 zijn er in Nederland meer dan 1 miljoen kwetsbare ouderen. Hierbij is ook rekening gehouden met verwachte trends in opleidingsniveau, huishoudensvorm en multimorbiditeit. De stijging is minder groot dan verwacht; vooral het toenemende opleidingsniveau van ouderen in Nederland heeft een dempende werking. Het aantal kwetsbare ouderen met multimorbiditeit blijft de komende jaren in Nederland verder stijgen. De grootste toename zit in de nog relatief kleine groep kwetsbaren met lichte beperkingen. Deze groep vormt dus een belangrijke risicogroep voor toenemende problematiek.

2.2

Zelf doen, samen doen en meedoen in Gemert-Bakel

De gemeente Gemert-Bakel

stimuleert haar inwoners om zoveel mogelijk zelf, of met hulp van de sociale omgeving, op eigen benen te blijven staan. Zij krijgen daarbij hulp van wijk- en dorpsondersteuners.

Inwoners kunnen bij deze ondersteuners terecht wanneer zij problemen hebben met het zelfstandig wonen of met het meedoen aan de samenleving. Zij helpen ook bij het opbouwen van informele (zorg)netwerken in de wijk of kern. Het doel is dat de informele netwerken zodanig zijn ingericht dat wijken en dorpen steeds meer zelfredzaam zijn. De gemeente en professionele instellingen vormen samen een continue achtervang en bieden ondersteuning waar dat nodig is. Momenteel zijn er al vijf dorpsondersteuners actief. In de loop van 2011 komen daar nog vier ondersteuners bij.

Bron: Zelf doen, samen doen, meedoen. Gemert-Bakel richt zich op "De Kanteling". Persbericht gemeente Gemert-Bakel, 12 april 2011.

Mogelijkheden voor lokaal beleid

1 Investeer in sociale steunstructuren

De komende jaren neemt de nog kleine groep kwetsbare ouderen met lichte beperkingen sterk toe. Om deze ouderen langer op eigen benen te laten staan en het gebruik van (dure) voorzieningen uit te stellen zal steeds meer een beroep gedaan worden op de sociale omgeving.

> Met het oog op de informele zorg is het van belang om ouderen te helpen bij het opbouwen en versterken van hun informele (zorg)netwerk. Wijk- of dorpsondersteuners, zoals in Gemert-Bakel, kunnen hierbij ondersteuning bieden (**zie 2.2**). Gemeenten, zorg- en welzijnsinstellingen kunnen bovendien mantelzorgers en vrijwilligers nog meer faciliteren. Zo kunnen vrijwilligers getraind worden in het herkennen van kwetsbare ouderen. Ook is het van belang om de vrijwilligers- en belangengroepen goed te informeren over het aanbod van professionele organisaties.

2 Optimaliseer de communicatie met kwetsbare ouderen

Voor een deel van de kwetsbare ouderen is onvoldoende duidelijk waar zij voor informatie over Wmo-voorzieningen terecht kunnen. Door de toenemende terughoudendheid van gemeenten worden bovendien de verwachtingen bij ouderen over het toewijzen van individuele voorzieningen minder vaak waargemaakt.

> Gemeenten kunnen de informatievoorziening naar ouderen over Wmo-voorzieningen nog verder verbeteren. De informatie moet meer duidelijkheid geven over het beschikbare aanbod, de toewijzingscriteria voor een voorziening en de procedure die ouderen moeten doorlopen voor de aanvraag.

> Om een goede inschatting te kunnen maken van de werkelijke hulpvraag is het essentieel om de eigen ideeën van ouderen over gezondheid, participatie en zelfredzaamheid te kennen (3). In gesprekken is het van belang om aan te sluiten bij de beleving van ouderen en hun ‘eigen taal’ te spreken. ‘Kwetsbaarheid’ is een term die ouderen niet op zichzelf betrekken en ook anders interpreteren dan professionals. Binnen het ‘Nationaal Programma Ouderenzorg’ van ZonMw worden projecten geïnitieerd die ouderen zelf nadrukkelijk een stem geven in het verbeteren van de zorg voor ouderen met complexe hulpvragen (10).

3 Neem het voortouw in de lokale samenwerking

Het aantal kwetsbare ouderen neemt de komende jaren toe. Een groot deel van deze ouderen zal te maken hebben met meerdere ziekten (multimorbiditeit) of functiebeperkingen tegelijkertijd. Dit zal de zorg, uitgevoerd door veel verschillende zorgverleners, complexer gaan maken. De groeiende groep kwetsbare ouderen verdient optimale zorg, maar tegelijkertijd moet deze zorg betaalbaar blijven. Goede samenwerking is essentieel om in de toekomst voldoende professionele en vrijwillige (mantel)zorg beschikbaar te hebben. De gemeente is de aangewezen partij als kartrekker en verbindende schakel tussen de diverse lokale partners op het gebied van gezondheid, welzijn, zorg en wonen voor (kwetsbare) ouderen.

> *Verbeter de afstemming tussen eerstelijnszorg en lokaal loket.*

Op lokaal niveau kan de afstemming tussen de eerstelijnszorg en het lokaal loket of Wmo-loket verbeterd worden. Hierdoor kunnen signalen van kwetsbare ouderen vanuit huisartsen, praktijkondersteuners of wijkverpleegkundigen in een vroeg stadium direct worden gekoppeld aan het lokale preventie-aanbod van onder meer gemeente, welzijnswerk en ouderenbonden. Ook kunnen praktijkondersteuners, wijkverpleegkundigen of medewerkers van de lokale loketten de coördinatie tussen diverse zorg- en hulpverleners op zich nemen. Hierdoor is een geïntegreerde aanpak mogelijk en kan het aanbod beter worden afgestemd op de behoefte van de kwetsbare ouderen (11). Een goed voorbeeld van een dergelijke werkwijze is het project KOMPLEET van PoZoB (**zie Voorbeeld uit de praktijk**) (12). Daarnaast zijn ook landelijke middelen beschikbaar om met de extra inzet van wijkverpleegkundigen de integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn op wijkniveau te vergroten (13, 14).

> *Zet actief in op een goede woon- en zorginfrastructuur, ook in kernen en wijken.*

Goede woon- en zorgvoorzieningen hebben een beschermende en vertragende werking in het proces van toenemende kwetsbaarheid. Gemeenten kunnen zich vanuit een integrale aanpak actief inzetten om voor kwetsbare ouderen dicht bij huis een goede woon- en zorginfrastructuur te realiseren, zeker ook in kleine kernen (15). Hierdoor kunnen ouderen langer op eigen benen blijven staan en ondersteuning ontvangen vanuit hun vertrouwde sociale netwerk. Het gebruik van intensieve zorg of

verpleging kan daarmee worden voorkomen of uitgesteld. De zorgcoöperatie in Hoogeloon is hiervoor een inspirerend voorbeeld uit de regio (**zie 2.1**).

> *Versterk de relatie tussen professionals en vrijwilligers.*

In de regio zijn veel vrijwilligers actief die ouderen in hun gemeente een helpende hand en een luisterend oor bieden. Deze vrijwilligers krijgen een steeds belangrijkere rol in het signaleren en doorgeleiden van kwetsbare ouderen. De samenwerking met de professionals in de zorg is echter nog vaak beperkt en kan aanzienlijk worden verbeterd (11). Gemeenten kunnen deze samenwerking stimuleren. Ook kunnen vrijwilligers en belangenorganisaties een waardevolle inbreng hebben bij het inventariseren van behoeften aan activiteiten en voorzieningen bij ouderen.

Ketenzorg voor kwetsbare ouderen

Omdat zorg maatwerk is

Lokaal worden in Zuidoost-Brabant diverse initiatieven ontwikkeld die de zorg voor kwetsbare ouderen vanuit de huisartsenpraktijk willen verbeteren. Zo startte in maart KOMPLEET, een project van PoZoB. PoZoB (Praktijkondersteuning Zuidoost Brabant) ondersteunt huisartsen in Zuidoost-Brabant bij het geven van kwalitatief goede, gestructureerde zorg aan chronisch zieken.

KOMPLEET staat voor ‘Ketenzorg Ouderen Met Partners in Laagdrempelig Eerstelijns Thuiszorg’. KOMPLEET wil kwetsbare ouderen zo lang mogelijk in optimale gezondheid in hun voorkeursomgeving laten wonen.

Esther van den Hende is de projectleider en werkt nauw samen met Frans Weijers, stafarts Ouderenzorg.

‘Wij verbinden de huisartsvoorzieningen met partners uit de regio die bij de zorg voor kwetsbare ouderen zijn betrokken. Projectleden van KOMPLEET zijn het Gecoördineerd Ouderenwerk De Kempen, de Lumens Groep, SVVE, Stichting Valkenhof, Klinisch geria-ter van de Elkerliek, SIMAC ICT Nederland, SHOKO, Zorgboog en ZuidZorg.

Een deelproject van KOMPLEET is de pilot Ouderenzorg. Begin april van dit jaar startte de eerste groep huisartsen in de regio Zuidoost-Brabant. Dertig huisartsen en 17 praktijkondersteuners krijgen van ons een scholing op maat. Vorig jaar hebben we al vijf praktijkondersteuners opgeleid die de ouderen zorg verkent en in de eigen praktijk opstart. De huidige zorg is erg versnipperd. Dat maakt de kwetsbare oudere alleen maar kwetsbaarder. De patiënt ziet door de bomen het bos niet meer. In de pilot steken we het oude model in een modern jasje. We streven dus naar één dossier, één agenda en één werkwijze. Thuis bij de patiënt liggen drie zorgmappen op tafel met eigen doelen en eigen resultaten.

De huisarts en de praktijkondersteuner Ouderenzorg werken nauw samen met de wijkverpleegkundige. Zij vormen het eerste-lijns kernteam. Ze betrekken de patiënt en diens mantelzorger bij het opstellen van het zorgplan. Afhankelijk van de situatie nodigt de praktijkondersteuner andere disciplines uit. Hun expertise wordt gebruikt bij het opstellen van het zorgplan. De praktijkondersteuner voert hierbij de regie. Het eerstelijns kernteam is proactief en wacht een crisis niet af. Doordat we de zorg weer vanuit de huisartsenpraktijk organiseren en de regie op ons nemen, is de zorg efficiënter en completer.’



Gezondheids- achterstanden niet alleen in de steden

3

*Meeste gezondheidswinst te behalen bij lagere
sociaaleconomische groepen*

Gemeenten kunnen de meeste gezondheidswinst behalen door te investeren in de bestrijding van gezondheidsachterstanden bij lagere sociaaleconomische groepen. Deze groepen hebben vaker een ongezonde leefstijl en ongezonde omgevingsinvloeden. Verschillen in gezondheid tussen lagere en hogere sociaaleconomische groepen bestaan niet alleen in de steden, maar ook in kleinere gemeenten van Zuidoost-Brabant. Gemeenten kunnen door intersectoraal beleid op het gebied van onderwijs, arbeid en inkomen blijven werken aan verbetering van de positie van lagere sociaaleconomische groepen. Hierdoor nemen hun kansen op een goede gezondheid toe. Interventies dienen goed aan te sluiten bij de omstandigheden en gezondheidsbeleving van deze doelgroep.

In hoofdstuk 1 is beschreven dat het goed gaat met de gezondheid in Zuidoost-Brabant. Maar de gezondheid van inwoners in de regio is niet gelijk verdeeld. Er bestaan grote verschillen in gezondheid tussen de lagere en de hogere sociaaleconomische groepen. In dit hoofdstuk staan deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen centraal. Hoe manifesteren deze verschillen zich in de regio en welke factoren zijn hierop van invloed? Hoe groot zijn de bevolkingsgroepen met een verhoogd risico op gezondheidsachterstand? En bovenal: Hoe kunnen we deze gezondheidsachterstanden aanpakken?

De situatie in Zuidoost-Brabant

Aanzienlijke gezondheidsverschillen tussen lagere en hogere sociaaleconomische groepen

Net als in de rest van Nederland bestaan er in de regio Zuidoost-Brabant aanzienlijke verschillen in gezondheid naar sociaaleconomische status (ses), waarbij ses wordt uitgedrukt in opleidingsniveau, hoogte van het inkomen of beroepsstatus. Mensen met een lage opleiding leven in Nederland 6 tot 7 jaar korter dan hoogopgeleiden (*figuur 11*) (1). Bovendien leven laagopgeleiden 20 jaar korter 'in goed ervaren gezondheid' en ruim 14 jaar korter 'zonder beperkingen' dan hoogopgeleiden (2). In de regio Zuidoost-Brabant is een duidelijk verband zichtbaar tussen de gezondheidstoestand van de inwoners en opleidingsniveau: hoe lager het opleidingsniveau is, hoe meer mensen een slechtere gezondheid hebben (*figuur 12*) (3). Gemiddeld gezien zijn de sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Nederland de afgelopen jaren ongeveer gelijk gebleven. Er zijn ook geen concrete aanwijzingen dat deze de komende jaren zullen afnemen (4, 5, 6).

Ook in de dorpen grote sociaaleconomische verschillen in gezondheid

Gezondheidsverschillen tussen lagere en hogere sociaaleconomische groepen bestaan niet alleen in de steden van Zuidoost-Brabant (*figuur 13*). Ook in de grotere en kleinere dorpen (matig tot niet stedelijke gebieden) hebben mensen met een laag opleidingsniveau of een laag inkomen vaker een minder goede (psychische) gezondheid en beperkingen dan mensen met een hogere ses. In de grotere steden Eindhoven en Helmond heeft 41% van de laagopgeleiden een matig tot slecht ervaren gezondheid ten opzichte van 11% bij niet-laagopgeleiden. In de matig tot niet stedelijke gemeenten is dit verschil ook aanwezig, maar kleiner: van de laagopgeleiden heeft 29% een matig tot slecht ervaren gezondheid en bij de niet-laagopgeleiden is dit 8%. Ook psychi-

sche ongezondheid bij laagopgeleide volwassenen komt in de steden meer voor dan in de dorpen, respectievelijk 39% en 29%. Het aandeel laagopgeleide volwassenen dat beperkingen ervaart als gevolg van de lichamelijke gezondheid is in de steden en dorpen vergelijkbaar, respectievelijk 35% en 33% (3).

Gezondheidsachterstand ontstaat vaak al op jonge leeftijd

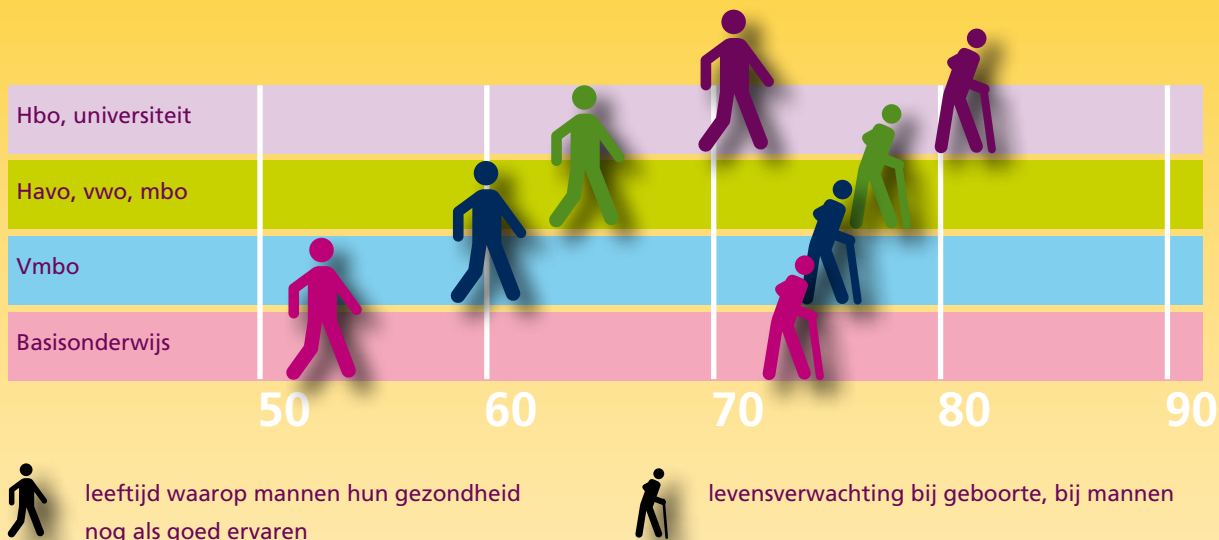
Al op jonge leeftijd is er bij lagere sociaaleconomische groepen meer ongezondheid zichtbaar en zijn er meer risicofactoren voor de gezondheid. Zo komt in Zuidoost-Brabant overgewicht bijna twee keer zo veel voor onder kinderen tot en met 11 jaar van wie beide ouders ten hoogste mbo-kort als opleidingsniveau hebben, als onder kinderen met hoger opgeleide ouders. Laagopgeleide ouders ervaren de gezondheid van hun kinderen vaker als matig tot slecht dan hoger opgeleide ouders. Bovendien rapporteren meer lager opgeleide ouders problemen bij hun kinderen, zoals taal-, spraak- of leerproblemen (3). Bij jongeren van 12 tot en met 15 jaar die vmbo volgen komt meer overgewicht voor dan bij de groep 12- tot en met 15-jarigen die havo of een hoger onderwijstype volgt. Ook zijn er meer rokende jongeren op het vmbo en het mbo dan op de havo of hogere onderwijstypen. Daarnaast zien we dat het drinken van grote hoeveelheden alcohol op één avond, het zogenaamde 'binge drinken', zich meer voordoet onder jongeren die een laag onderwijstype volgen (3).

Veel gezondheidsachterstand bij allochtonen

Gezondheidsachterstanden doen zich vaker voor onder allochtone inwoners in de regio, vooral bij allochtonen met een niet-westerse afkomst (3). Behalve dat veel van hen een lage sociaaleconomische status hebben, zijn erfelijke en sociaal-culturele factoren van invloed op hun gezondheid. Niet alle gezondheidsproblemen of risicofactoren voor de gezondheid doen zich echter vaker voor bij

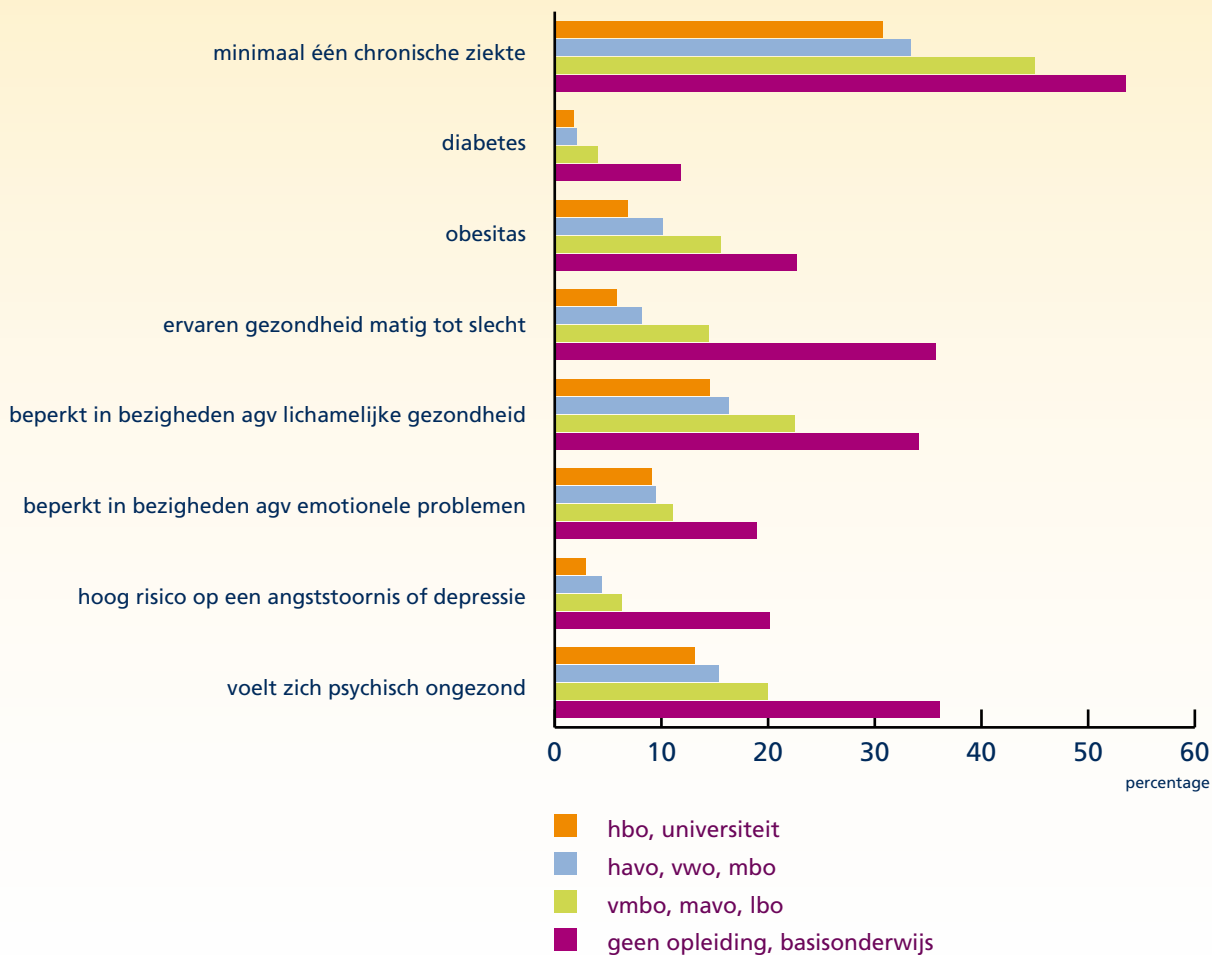
Figuur 11

(Gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau in Nederland (1)



Figuur 12

Zelfgerapporteerde gezondheid naar opleidingsniveau bij volwassenen (19 t/m 64 jaar) in Zuidoost-Brabant, 2009 (3)



allochtonen. Bovendien zijn er verschillen naar herkomstgroep (7, 8).

Ongunstige omgevingsfactoren en een ongezonde leefstijl dragen bij aan gezondheidsachterstanden

De gezondheidsachterstand in lagere sociaaleconomische groepen is deels te verklaren doordat deze groepen vaker in een ongunstige fysieke en sociale omgeving leven en vaker een ongezonde leefstijl hebben. Zo zijn laagopgeleide volwassenen in Zuidoost-Brabant minder tevreden over hun woning en woonomgeving, voelen zij zich vaker onveilig en zijn zij vaker eenzaam. Ook zijn zij minder betrokken in het verenigingsleven en vrijwilligerswerk. Op leefstijlfactoren als roken, ontbijten en sporten scoort deze groep minder gunstig dan hoger opgeleiden. Voor andere gedragingen, zoals bewegen, alcoholgebruik en groente- en fruitconsumptie, doet de groep laagopgeleiden het niet slechter of zelfs beter dan sommige andere opleidingsniveaus (3).

Ongelijke verdeling van maatschappelijke factoren belangrijke oorzaak van gezondheidsachterstanden

Aan de slechtere kansen op gezondheid bij lagere sociaaleconomische groepen liggen allerlei maatschappelijke factoren ten grondslag, zoals de ongelijke verdeling van welvaart en verschillen in afkomst en onderwijskansen. Deze factoren bepalen in welke omstandigheden mensen worden geboren, opgroeien, leven, werken en ouder worden. Dit werkt door in de leefomgeving, leefstijl en gezondheidsvaardigheden van mensen (9, 10). Ongunstige omgeving- en leefstijlfactoren treden ook vaak tegelijkertijd op bij lagere sociaaleconomische groepen. Juist deze clustering verhoogt de kans op gezondheidsachterstand. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar bij inwoners van achterstandswijken in Eindhoven en Helmond. Hier wonen niet alleen veel mensen met een lage ses, maar ook hebben de sociale en fysieke leefomgeving een negatieve invloed op de gezondheid en leefstijl van de inwoners. De wijk is daarmee zowel vindplaats als oorzaak van gezondheidsachterstanden (11).

Ook de toegankelijkheid en de effectiviteit van zorgvoorzieningen spelen een rol bij gezondheidsachterstanden

Verschillende zorgvoorzieningen lijken minder toegankelijk en effectief te zijn voor mensen uit lagere sociaaleconomische en allochtone groepen. Dit is mede een verklaring voor sociaaleconomische en etnische gezondheidsverschillen. De zorginfrastructuur is onvoldoende afgestemd op mensen met een laag

opleidingsniveau en allochtonen. Taal, geletterdheid en sociaal-culturele factoren spelen hierin een rol (10, 12). Lager opgeleiden en niet-westerse allochtonen in Zuidoost-Brabant bezoeken vaker de huisarts of medisch specialist, maar minder vaak de tandarts en sommige andere zorgverleners. Deze groepen zijn bovendien minder tevreden over de aanwezigheid, bereikbaarheid en dienstverlening van een groot aantal zorgvoorzieningen (3).

Gezondheidsproblemen kunnen leiden tot een lagere sociaaleconomische status

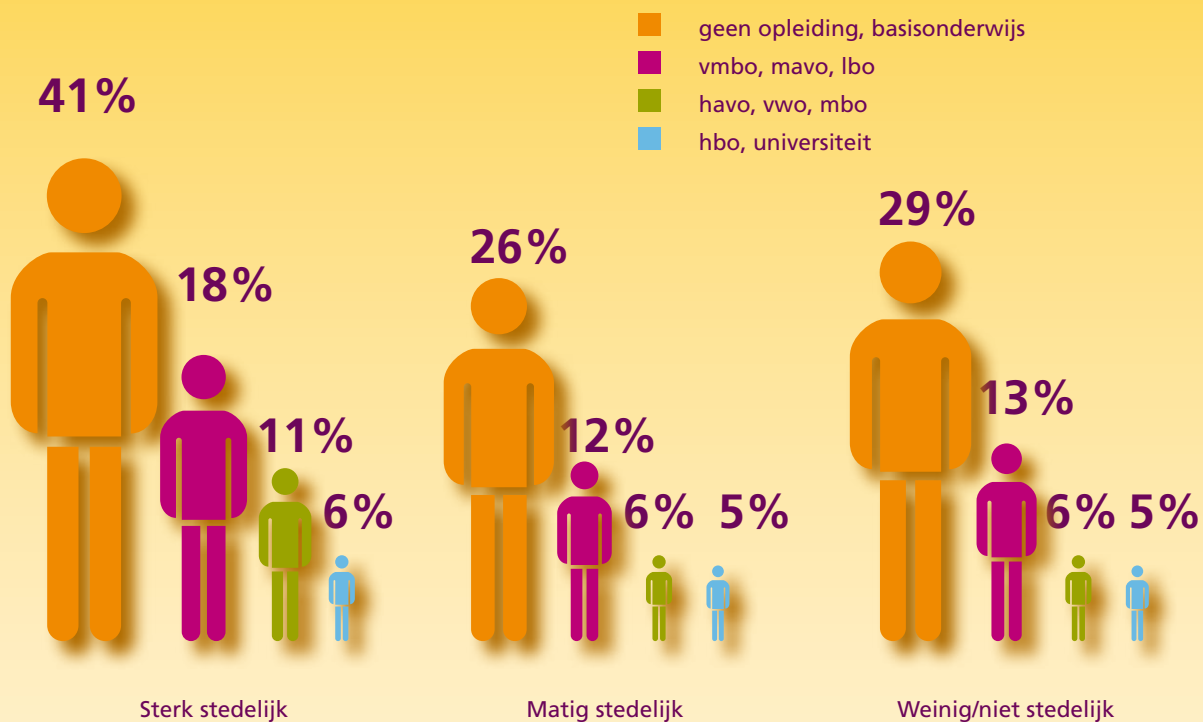
Een lage sociaaleconomische status is niet alleen oorzaak van gezondheidsachterstand, andersom kunnen gezondheidsproblemen ook de oorzaak zijn van een lage sociaaleconomische status. Gezondheidsproblemen leiden bijvoorbeeld vaak tot arbeidsongeschiktheid en een laag inkomensniveau. Ook vormen gezondheidsproblemen bij kinderen en jongeren een belangrijke oorzaak van schoolverzuim en vroegtijdig schoolverlaten. Dit kan leiden tot een lager opleidingsniveau (7, 13). In Zuidoost-Brabant is het aantal vroegtijdige schoolverlaters tussen de schooljaren 2005/2006 en 2008/2009 gedaald van 2.200 (3,8%) naar ongeveer 1.800 (3,2%). In 2009/2010 is dit aantal echter weer gestegen tot bijna 2.000 (3,4%) (14).

Zowel grote als kleine gemeenten hebben omvangrijke risicogroepen voor gezondheidsachterstanden

Hoeveel mensen hebben een verhoogd risico op gezondheidsachterstand omdat zij een lagere sociaaleconomische status hebben? De omvang van deze groep is aanzienlijk, ook in de kleinere, matig of weinig verstedelijkte gemeenten. Zo komen de hoogste percentages volwassenen met een lager opleidingsniveau (ten hoogste mavo, vmbo of lbo) voor in de gemeenten Gemert-Bakel (41%), Cranendonck (40%) en Someren (40%), ofwel ongeveer 4.000 tot 7.000 inwoners per gemeente (**figuur 14**). Voor heel Zuidoost-Brabant gaat het om één op de drie (33%) inwoners van 19 tot en met 64 jaar (15). Ook laaggeletterdheid is van invloed op de gezondheid van mensen. Naar schatting is in Zuidoost-Brabantse gemeenten 10-15% van de inwoners van 15 tot en met 74 jaar laaggeletterd. Zij missen vaardigheden om gezond te worden en te blijven, omdat zij onvoldoende competenties hebben die nodig zijn om gezondheidsinformatie te verzamelen, lezen, begrijpen en toepassen. Laaggeletterdheid hangt nauw samen met een lage opleiding, werkloosheid, niet-werken, een allochtone afkomst en een oudere leeftijd (16, 17, 18).

Figuur 13

Matig tot slecht ervaren gezondheid bij volwassenen (19 t/m 64 jaar) in Zuidoost-Brabant in 2009, naar stedelijkheid en opleidingsniveau (3)



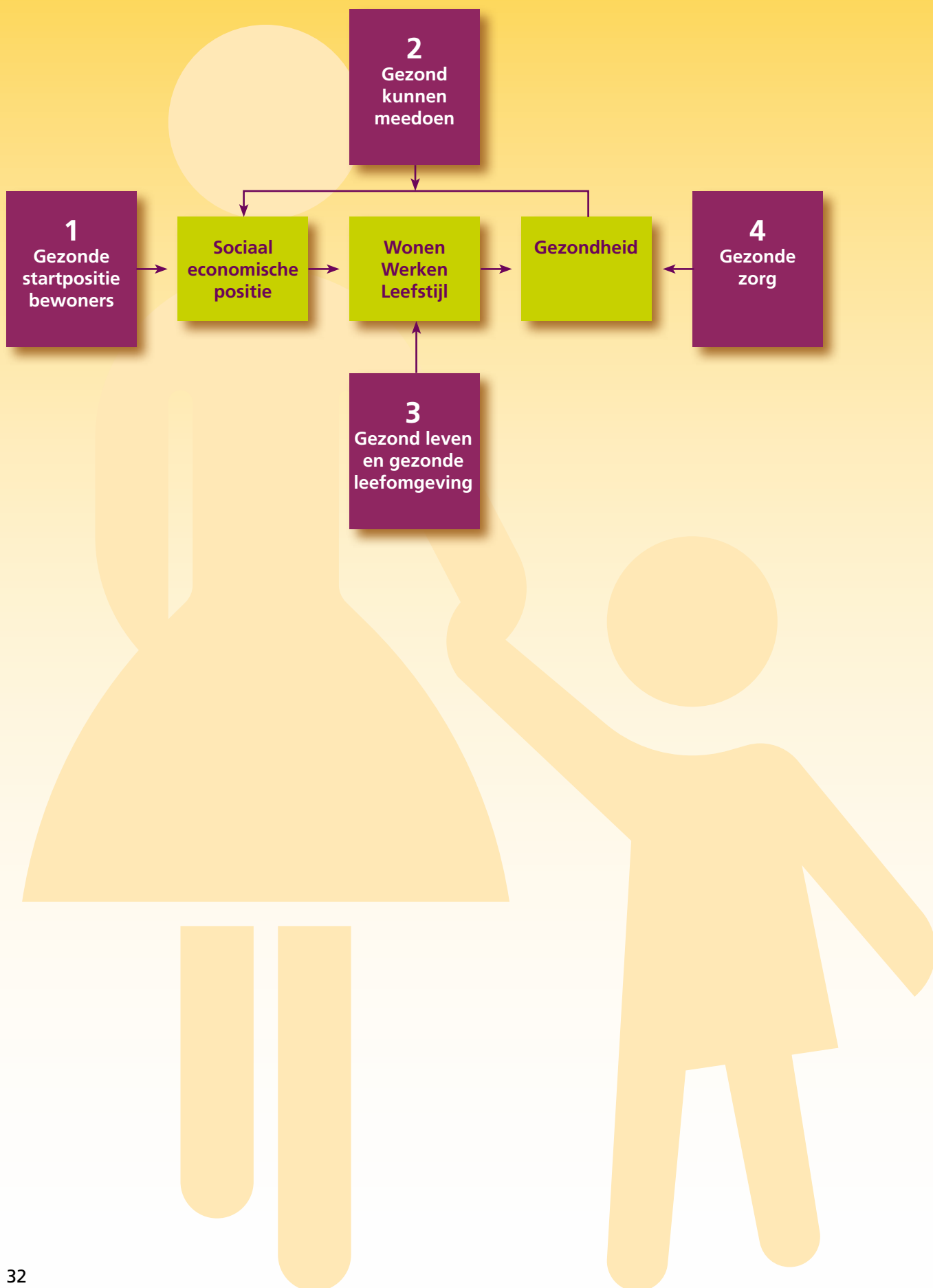
Figuur 14

Percentage volwassenen (19 t/m 64 jaar) met een lager opleidingsniveau (ten hoogste mavo, vmbo of lbo) in gemeenten van Zuidoost-Brabant, 2009 (3)



Figuur 15

Vier aangrijpingspunten voor aanpak sociaaleconomische gezondheidsverschillen van de commissie Albeda (20)



Naast opleidingsniveau is inkomen ook een indicator voor de sociaaleconomische status. Het percentage huishoudens dat moet rondkomen van een inkomen onder of rond het sociaal minimum ligt voor de afzonderlijke regiogemeenten tussen de 5 en 10%. Dit betekent dat in de kleinere gemeenten tussen de 285 en 1.100 huishoudens een verhoogde kans op gezondheidsachterstand hebben. In Eindhoven en Helmond gaat het om ruim 10.500 en 3.500 huishoudens respectievelijk (15).

Mogelijkheden voor lokaal beleid

Gerichte en integrale aanpak van sociaal economische gezondheidsverschillen

Veel van de huidige (gezondheids-)maatregelen zijn bestemd voor de hele bevolking. Er is echter behoefte aan een aanpak op maat, vanuit meerdere beleidsterreinen, gericht op de laagst opgeleide groepen. Bij deze aanpak dienen de belevingswereld en de omstandigheden van lager opgeleiden zoveel mogelijk het uitgangspunt te vormen. Bijkomend voordeel van een gerichte aanpak is dat bij de laagst opgeleide groepen de meeste gezondheidswinst behaald kan worden (7). Ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg stuurt hierop aan. Het recent verschenen: ‘Referentiekader voor aanpak van sociaal economische gezondheidsverschillen’ schrijft onder andere voor dat het terugdringen van gezondheidsverschillen een expliciete doelstelling in de lokale nota gezondheidsbeleid dient te zijn (19). De commissie Albeda heeft vier aangrijpingspunten geformuleerd om sociaaleconomische gezondheidsverschillen integraal aan te pakken (figuur 15) (20):

1 Zorg dat iedereen een gelijke startpositie heeft

Dat gezondheidsachterstanden zo groot zijn, hangt voor een groot deel samen met de sociaaleconomische ongelijkheid in onze samenleving. Door deze verschillen bij de basis aan te pakken kan bevorderd worden dat iedereen in de regio eenzelfde startpositie heeft. Hierbij kan onder andere gedacht worden aan extra aandacht voor risicojeugd (zie hoofdstuk 4) en het verminderen van taalachterstanden bijvoorbeeld door voor- en vroegschoolse educatie.

> *Pak schooluitval en schoolverzuim aan.*

Gemeenten hebben een sleutelrol in de aanpak van voortijdig schoolverlaten. ‘Aanval op de Uitval’ is een programma van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap gericht op het terugdringen van schooluitval onder jongeren (21). Aanvullend is het effectief om schoolverzuim als gevolg van ziekte (geoorloofd schoolverzuim) aan te pakken. In Eindhoven en Veldhoven worden leerlingen in het voortgezet onderwijs, die veelvuldig verzuimen, met hun ouders uitgenodigd voor een gesprek met een arts of verpleegkundige van de sector Jeugdgezondheidszorg van de GGD. Afgelopen periode is er op twee basisscholen in Eindhoven in een pilot een vergelijkbaar traject van start gegaan.

> *Blijf gemeentelijke regelingen en voorzieningen onder de aandacht brengen.*

Via gemeentelijke afdelingen zoals Werk en Inkomens en Zorg en Welzijn, kunnen gemeentelijke (subsidie)regelingen en voorzieningen, bijvoorbeeld de voedselbank, meer persoonlijk onder de aandacht gebracht worden bij de mensen die daarvoor in aanmerking komen. In de praktijk blijkt dat veel mensen ondersteuning van hulpverleners nodig hebben bij het aanvragen en gebruiken van deze voorzieningen. Voldoende bekendheid onder hulpverleners en andere sleutelfiguren over deze voorzieningen is dan ook een aandachtspunt. Afgelopen jaren is er in veel gemeenten al aandacht gegeven aan inkomensondersteunende maatregelen. Deze focus mag echter niet verslappen, in het bijzonder voor regelingen zoals sportsubsidies die de gezondheid ten goede komen.

2 Geef iedereen de kans om mee te doen, ongeacht gezondheidsproblemen

Gezondheid heeft invloed op de maatschappelijke positie die mensen bereiken. Door beperkingen (als gevolg van ziekte) zoveel mogelijk te voorkomen of verminderen kan de overheid ervoor zorgen dat mensen zo lang en goed mogelijk deel kunnen nemen aan de maatschappij. Daarbij is er ook aandacht nodig voor gezonde arbeidsomstandigheden.

> *Re-integreer werklozen met gezondheidsproblemen.*

Sociale activering als gezondheidsbevordering is nog een relatieve nieuwe invalshoek. Zorg bij het re-integratie traject voor een persoonlijke benadering met aandacht voor de individuele gezondheids-toestand. Dit heeft een gunstig effect op zowel de maatschappelijke participatie als de instroom naar (betaalde) arbeid (10).

3 Verbeter de woon- en werkomgeving en leefstijl van lager opgeleiden

Gezondheidsachterstanden in lager sociaal economische groepen kunnen positief beïnvloed worden door maatregelen in de fysieke omgeving (zie hoofdstuk 6) en via interventies gericht op een gezonde(re) leefstijl (zie hoofdstuk 5).

> *Pak geclusterde (gezondheids-)problemen in de stad aan via wijkgerichte interventies.*

In grotere gemeenten kunnen (gezondheids-) achterstanden bestreden worden door te focussen op bepaalde deelgebieden van een stad. Deze zogenaamde wijkgerichte interventies worden door heel Nederland steeds vaker toegepast. De aanpak van de zogeheten Krachtwijken en het landelijk experiment 'Gezonde Wijk' hierbinnen, is hier een goed voorbeeld van. Samen met lokale partners en bewoners(organisaties) worden maatwerk oplossingen bedacht. Bijvoorbeeld de eerstelijns gezondheidszorg kan hierin een sleutelrol spelen. Wijkgezondheidsprogramma's zoals 'Gezond in de Buurt' in Eindhoven of 'Helmond Gezond', zijn voorbeelden van wijkgerichte gezondheidsinterventies (22, 23).

> *Zorg voor een individuele benadering in kleinere gemeenten.*

Gezondheidsverschillen in kleinere gemeenten vereisen een andere aanpak dan in de stad. In grote steden is, zoals hierboven beschreven, ervaring met wijkgericht werken. In kleinere gemeenten zijn vaak geen aandachtswijken, maar zijn de gezondheidsverschillen verdeeld over de hele bevolking. Mensen met een achterstand kunnen niettemin bereikt worden via de sociale dienst, re-integratiebedrijven en schuldhulpverlening. Via deze ingangen zou eventueel een cursus zoals 'Goede voeding hoeft niet veel te kosten', aangeboden kunnen worden (24). Gezinnen in een achterstandsituatie kunnen bereikt worden via de jeugdgezondheidszorg van de GGD. Het project 'Armoede en Gezondheid van kinderen' is een project waarbij de

jeugdgezondheidszorg gezinnen met kinderen in achterstandsituaties opspoorde en hen informeert over gemeentelijke regelingen (25). In Veldhoven is hier al ervaring mee opgedaan (**zie Voorbeeld uit de praktijk**).

4 Bevorder de toegankelijkheid en effectiviteit van de zorg voor laaggeletterden en allochtonen

> *Overbrug taal- en cultuurverschillen met goed opgeleide hulpverleners.*

Gezondheidsvaardigheden - vaardigheden om informatie over gezondheid te kunnen lezen, begrijpen en toepassen - zijn de sleutel tot een betere gezondheid en een gezonder leven. Laaggeletterdheid zorgt voor problemen bij het begrijpen van gezondheidsinformatie en andere informatie die vaak schriftelijk wordt verspreid. Er is behoefte aan goed geschoolde professionals die laaggeletterdheid herkennen, weten hoe zij hiermee om kunnen gaan en op de hoogte zijn van mogelijkheden om laaggeletterden door te verwijzen (18). Bij allochtonen is regelmatig sprake van ruis in de communicatie met zorgprofessionals. Ook cultuurverschillen werpen barrières op. Een allochtone zorgconsulent kan deze taal- en culturele verschillen helpen overbruggen (26). In Eindhoven heeft de GGD Brabant-Zuidoost hier al ruime ervaring mee.

‘Armoede en gezondheid’ van kinderen

We willen de mensen vinden en helpen ons te vinden

De interventie Armoede en gezondheid van kinderen wil aan armoede gerelateerde gezondheidsproblemen en gezondheidsrisico's bij kinderen tot 12 jaar verminderen. Dit gebeurt door kinderen die door geldgebrek niet deel kunnen nemen aan gezonde activiteiten financieel te ondersteunen. Jeugdgezondheidszorg grijpt de interventie aan om kinderen die in hun gezondheid en ontwikkeling worden bedreigd, gericht te adviseren. Voor de gemeente Veldhoven is de interventie ook een manier om het gebruik van voorzieningen te stimuleren en gezinnen in beeld te krijgen. De interventie Armoede en gezondheid van kinderen is ontwikkeld en geëvalueerd in samenwerking met de Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant.

Anke van Esch-Raaijmakers, coördinator Vreemdelingenzaken en Minimabeleid uit die gemeente is nauw betrokken bij het in april gestarte project.

‘We werken vooral intensief samen met uitvoerenden van GGD, ZuidZorg en onze afdeling Werk, Zorg en Inkomen. Als gemeente bereiken wij kinderen en hun ouders moeilijk maar zij zien 95% van de kinderen of ouders. Dat is voor ons een mooie kans om bij aan te haken. Samen proberen we nu op een laagdrempelige manier die families een helpende hand te bieden. Er zijn veel landelijke regelingen waar ze namelijk geen gebruik van maken. Omdat ze het niet weten, omdat ze zich schamen of omdat ze er niet om durven vragen.

Wij ondersteunen de ouders bij het krijgen van bijzondere bijstand. Via Zuidzorg of GGD krijgen zij een adviesbrief die zij bij ons kunnen indienen. Wij zorgen dan dat ze binnen 24 uur of maximaal binnen een paar dagen, de gevraagde bijstand krijgen. Eventueel helpen we de ouders bij acties naar andere instanties. Ons belang is dat wij die gezinnen op deze manier in beeld krijgen en even-

tueel kunnen wijzen op andere regelingen die voor hen belangrijk zijn. Hoe het werkt? Ik geef een paar voorbeelden. Via een jeugdverpleegkundige van de GGD horen we dat een moeder geen geld voor eten heeft omdat ze een bedje voor haar kind moet kopen. Wij zorgen dan via die versnelde procedure dat ze dat bedje krijgt zodat ze eten kan kopen. Of we helpen een moeder met het doorverwijzen naar stichting Leergeld voor contributie voor haar kind zodat hij kan sporten. Omdat wij de ouders nu persoonlijk spreken kunnen we meteen kijken of ze wellicht ook andere hulp nodig hebben. En zo snijdt het mes aan twee kanten. Ik ben heel blij met het opgebouwde netwerk en deze methode. Het werkt snel, efficiënt en we vinden elkaar steeds beter. Dit is altijd in het belang van het kind. En daar draait het om!’



De jeugd: een gezonde investering

4

Minder problematiseren, meer normaliseren

Over het algemeen is de jeugd in Zuidoost-Brabant gelukkig en gezond.

Er is echter ook een groeiende groep kinderen die zorg nodig heeft.

De jeugdgezondheidszorg is de organisatie die preventief en proactief bijdraagt aan het gezond en veilig opgroeien van de jeugd. Door alle kinderen in beeld te hebben en de ontwikkeling van kinderen vanaf de geboorte te monitoren, kan de jeugdgezondheidszorg risico's en problemen vroegtijdig signaleren en daarop interveniëren. Hierdoor kan voorkomen worden dat kinderen en hun ouders uiteindelijk een zwaardere vorm van hulpverlening nodig hebben.

Het uitgangspunt is om de ontwikkeling van het kind te benaderen vanuit het kader van normaliseren en niet problematiseren. De ondersteuning moet aansluiten op de vraag, behoefte en de mogelijkheden van kinderen en hun ouders.

Een lang en gezond leven begint bij de jeugd. Alle kinderen moeten de kans krijgen om zich gezond te ontwikkelen, met de juiste hulp en ondersteuning. In eerste instantie hebben ouders of verzorgers een taak in het gezond laten opgroeien van kinderen binnen het gezin. Daarnaast hebben ook andere mensen, zoals familieleden, buurtbewoners, kinderopvang en leerkrachten een belangrijke rol bij het begeleiden van opgroeiende kinderen. De jeugdgezondheidszorg ondersteunt kinderen, ouders en professionals als er problemen dreigen te ontstaan tijdens het opgroeien. Dit hoofdstuk gaat over de jeugd in Zuidoost-Brabant. Hoe gezond zijn de kinderen en jongeren in onze regio? Wat zijn de belangrijkste problemen waar de jeugd en opvoeders mee te maken hebben? Op welke manier kan de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen daarop inspelen?

De situatie in Zuidoost-Brabant

De jeugd is erg gelukkig

De Nederlandse jeugd behoort tot de meest gelukkige jeugd van Europa (1). Dit positieve beeld is ook in Zuidoost-Brabant zichtbaar. De jeugd in de regio voelt zich overwegend gelukkig en heeft een goede relatie met haar ouders en vrienden. Ongeveer 90% van de kinderen tot en met 18 jaar heeft een goede gezondheid en een vergelijkbare groep voelt zich meestal vrolijk. Op de basisschool voelt de overgrote meerderheid van de kinderen zich prettig en ook op het voorgezet onderwijs vinden de meeste jongeren het leuk op school of geven ze aan dat het 'wel gaat'. Ouders krijgen van de jongeren gemiddeld een dikke acht als rapportcijfer. Zo'n 90% van de jongeren heeft het gevoel dat hun ouders van hen houden en dat ze bijna altijd met hen kunnen praten (2). In Zuidoost-Brabant zijn momenteel ongeveer 170.000 kinderen van 0 tot en met 19 jaar. Deze groep neemt tot 2040 met 10% af (3).

Meer kinderen met een goed ervaren gezondheid...

De algemene gezondheid van kinderen in de regio wordt in 2007-2008 door henzelf of hun ouders beter ervaren dan 3 tot 4 jaar geleden. Bij 95% van de 0- tot en met 11-jarigen en 88% van de 12- tot en met 18-jarigen wordt de algemene gezondheid als (heel) goed beoordeeld. Wel heeft bijna één op de vijf kinderen van 0 tot en met 18 jaar in Zuidoost-Brabant een vastgestelde chronische ziekte of aandoening. Dit zijn ruim 30.000 kinderen. Een deel van de jeugd (2% tot 3%) wordt door een langdurige aandoening erg gehinderd bij de dagelijkse bezigheden. De meest voorkomende chronische ziekten bij kinderen zijn eczeem en astma of chronische bronchitis. Hierin is geen stijgende trend waarneembaar (2).

... maar vooral de psychische gezondheid baart zorgen

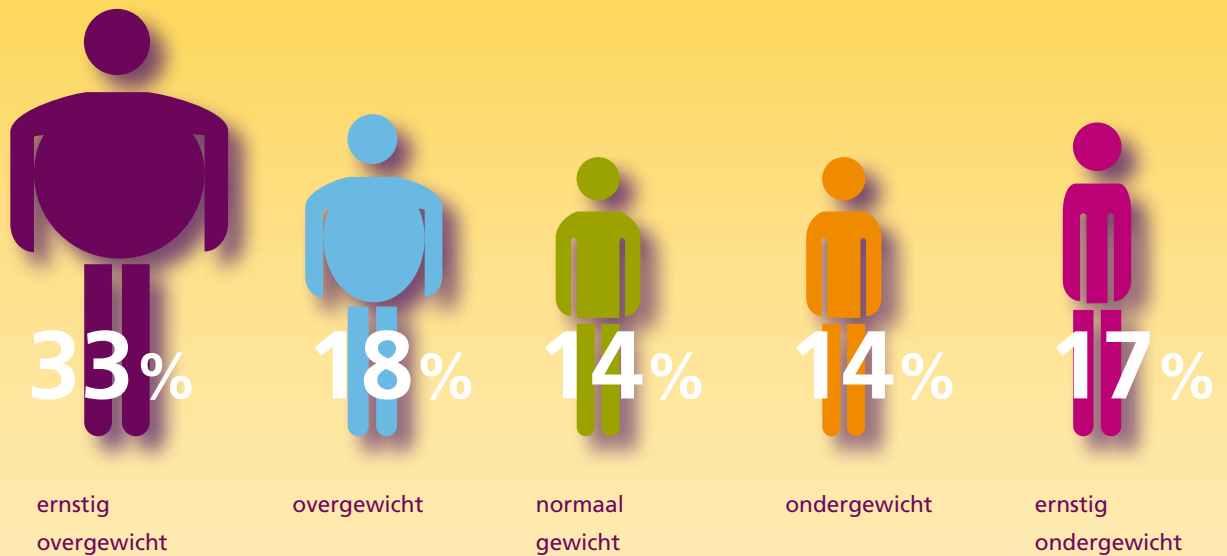
Bij 10% van de 4- tot en met 11-jarigen is er een indicatie voor psychosociale problematiek. Ook de groep jongeren tussen 12 en 18 jaar die psychische problemen ervaart is groot (14%). Bijna één op de tien jongeren in de regio heeft in het voorgaande jaar zelfmoord overwogen en 1% zegt zelfs een zelfmoordpoging te hebben gedaan. De groep jongeren die regelmatig somber is, is tussen 2003 en 2007 van 3% naar 4% gestegen (2). Veel voorkomende psychosomatische klachten als hoofdpijn, buikpijn, rugpijn en algehele malaise, blijven vaak buiten beschouwing in rapporten (4). De groep kinderen met psychische problemen wordt daardoor waarschijnlijk onderschat. Voor de groep kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar wordt nog niet in alle gemeenten een signaleringsinstrument voor psychosociale problematiek gebruikt. In Eindhoven wordt gewerkt met het vroegsignaleringsprogramma Samen Starten. Betrouwbare cijfers zijn echter nog niet voorhanden.

Met overgewicht en overmatig alcoholgebruik neemt de jeugd een voorschat op ongezondheid

Overgewicht en alcoholgebruik zijn bij de jeugd de meest voorkomende risicofactoren voor toekomstige gezondheidsproblemen. Tien procent is te dik en 1 tot 2% heeft zelfs ernstig overgewicht. Kinderen met overgewicht hebben een sterk verhoogd risico op vroeg optredende diabetes type 2 en hart- en vaatziekten. Daarnaast hebben jongeren met overgewicht meer psychische problemen (**figuur 16**) (2). Nog steeds drinken veel jongeren teveel alcohol (zie hoofdstuk 5). De gevolgen van vroegtijdig overmatig alcoholgebruik zijn de rest van het leven merkbaar. Hoe jonger kinderen en jongvolwassenen beginnen met alcohol drinken, hoe groter het risico op

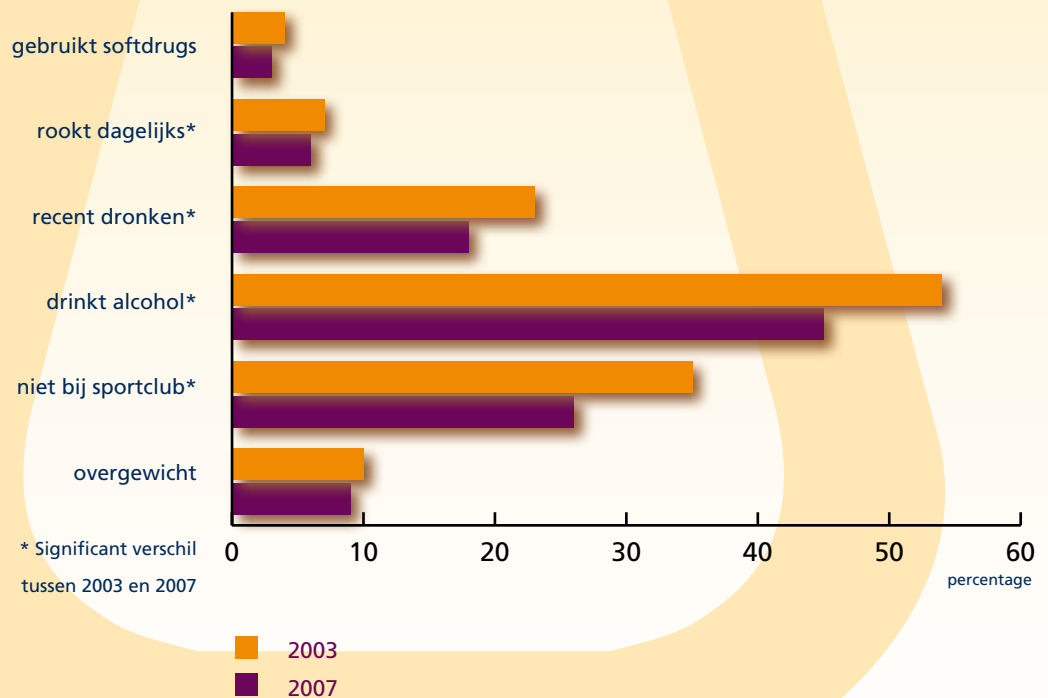
Figuur 16

Psychische ongezondheid bij jongeren (12 t/m 18 jaar) in Zuidoost Brabant, per gewichtsklasse (2)



Figuur 17

Leefstijlfactoren van jongeren (12 t/m 17 jaar) in Zuidoost Brabant^a (2)



a De trends tussen 2003 en 2007 voor de regio Zuidoost-Brabant voor de 12- t/m 17-jarigen zijn exclusief de gemeente Eindhoven

het ontwikkelen van probleemgebruik en alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd. Maar ook de directe gevolgen van alcoholgebruik bij jongeren, zoals concentratieproblemen, gewelddadige gedrag, betrokkenheid bij ongevallen en intoxicaties kunnen zeer ernstig zijn (5, 6).

Gelukkig is de trend in leefstijl niet ongunstig, maar het kan en moet wel beter

De leefstijl van kinderen en jongeren in Zuidoost-Brabant lijkt zich in gunstige zin te ontwikkelen. Het percentage jongeren dat recent alcohol heeft gedronken is sinds 2003 afgenomen, evenals de groep jongeren die meer dan 20 glazen per week drinkt. Ook bij het roken is een gunstige trend zichtbaar. Het soft- en harddruggebruik onder jongeren is in diezelfde periode stabiel gebleven. Zowel bij de kinderen als de jongeren zijn verbeteringen zichtbaar in de groente- en fruitconsumptie. Bovendien zijn steeds meer kinderen en jongeren lid van een sportvereniging. Ook het overgewicht bij de jeugd in de regio is in de afgelopen jaren niet verder toegenomen (**figuur 17**) (2). Recent landelijk onderzoek bevestigt deze trends bij de jeugd (1).

Meer ouders ervaren ontwikkelingsproblemen bij jonge kinderen

Meer ouders van 0- tot en met 11-jarige kinderen in Zuidoost-Brabant ervaren problemen bij de ontwikkeling van hun kind dan enkele jaren geleden (**figuur 18**). Bovendien geven meer ouders aan hulp te hebben gezocht bij een psycholoog, psychiater of orthopedagoog. Terwijl de ervaren problemen met een mogelijk lichamelijke grondslag toenemen, nemen de problemen op sociaal gebied bij schoolgaande kinderen niet toe. Het aantal kinderen dat volgens de ouders problemen heeft met klasgenoten, dat gepest wordt op school of zich niet prettig voelt op school is gelijk gebleven (**figuur 19**) (2).

Ook stress bij het opvoeden komt veel voor

Bijna 40% van de ouders van jonge kinderen heeft wel eens problemen met het opvoeden. Deze groep is tussen 2005 en 2008 wel wat kleiner geworden. Echter de groep ouders die vaak problemen heeft met opvoeden of daarbij veel stress ervaart is even groot gebleven, respectievelijk 2% en 13%. De jeugdgezondheidszorg is de meest genoemde hulpverlener bij opvoedvragen, maar ouders van nu zoeken in toenemende mate hulp bij een psycholoog of opvoedkundige. En hoewel de meeste ouders opvoedondersteuning willen via internet of een centraal punt voor advies, is het aantal ouders dat

persoonlijke begeleiding wil toegenomen. Zes procent van de ouders heeft momenteel behoefte aan professionele ondersteuning. Deze hulp willen zij het liefst van een psycholoog of opvoedkundige, van de jeugdgezondheidszorg of de huisarts. Het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) werd hierbij nog nauwelijks genoemd, maar dat was in 2008 in de regio ook nog minder bekend (2).

Het aantal zorgleerlingen in het onderwijs neemt toe

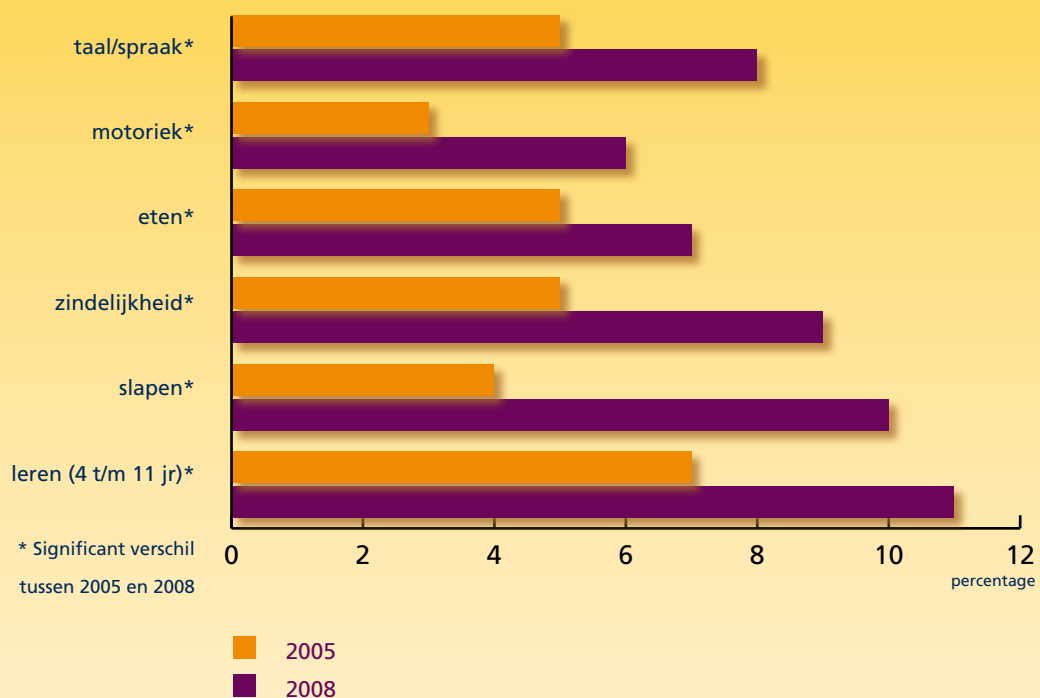
Sinds de invoering van de leerlinggebonden financiering (het rugzakje) in 2003 is het aantal zorgleerlingen met een rugzak in Nederland in zes jaar tijd meer dan drie keer zo groot geworden: van 11.000 naar 39.000 leerlingen (7). De groei tussen 2005 en 2009 is vooral zichtbaar in het voortgezet (speciaal) onderwijs en mbo, in het basisonderwijs is het aantal leerlingen met een rugzak sinds 2007 relatief stabiel gebleven. In het voortgezet speciaal onderwijs is vooral het aantal leerlingen met een indicatie zeer moeilijk lerend, zeer moeilijk opvoedbaar en langdurig psychisch ziek sterk gegroeid (8). In Zuidoost-Brabant volgt 3% van de 4- tot en met 11-jarigen speciaal (basis)onderwijs. Dit is niet veranderd tussen 2005 en 2008. In totaal heeft 3% van de kinderen een rugzakje en 2% van de totale groep volgt daarmee het reguliere basisonderwijs. Deze leerlinggebonden financiering wordt in de regio vooral toegekend bij psychiatrische of gedragsstoornissen. Het aantal kinderen van 4 tot en met 11 jaar in de regio met een vastgestelde vorm van autisme is tussen 2005 en 2008 van 2% naar 3% gestegen (2). Dit betreft ongeveer 2.000 kinderen in de basisschoolleeftijd. Voor de groep kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar wordt nog geen signaleringsinstrument voor gedragsproblematiek gebruikt waardoor over deze groep nog geen gegevens bekend zijn.

Meer etiketten dus meer kinderen met problemen?

Of de groei in geregistreerde gedragsproblemen ook inhoudt dat meer kinderen gedragsproblemen hebben, is nog niet goed vast te stellen. Het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap concludeert dat het huidige stelsel voor onderwijsondersteuning uitnodigt om zoveel mogelijk leerlingen als hulpbehoevend te bestempelen (7). Etiketten plakken is nodig om extra ondersteuning gefinancierd te krijgen. Maar er zijn meerdere verklaringen waarom men in het onderwijs een groei ervaart van kinderen met gedragsproblemen. Een complexere samenleving, kleinere gezinnen,

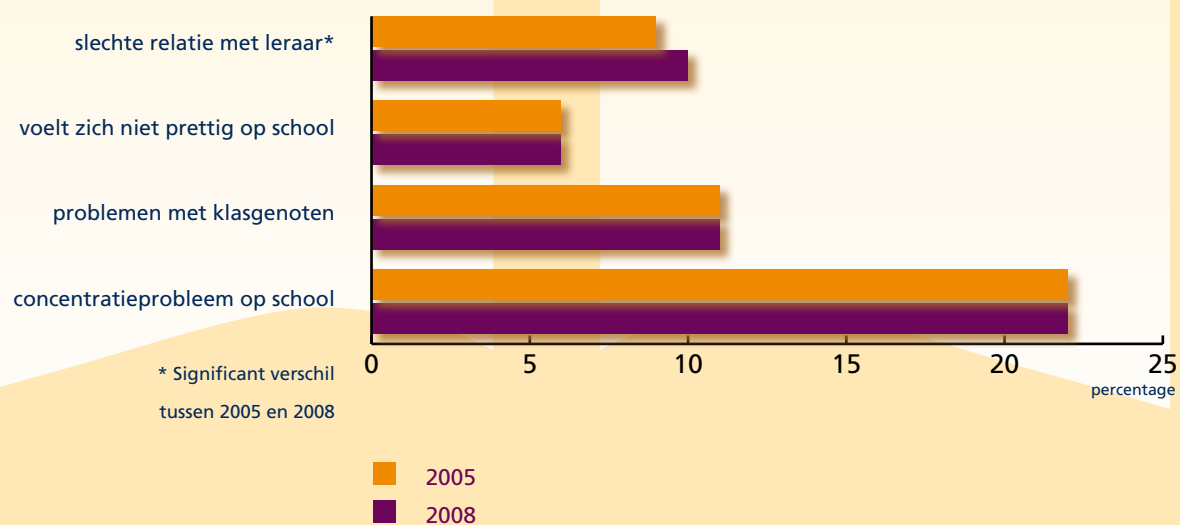
Figuur 18

Door ouders ervaren 'lichamelijke' problemen bij kinderen (0 t/m 11 jaar) in Zuidoost-Brabant^b (2)



Figuur 19

Door ouders ervaren sociale problemen op school bij kinderen (4 t/m 11 jaar) in Zuidoost-Brabant^b (2)



^b De trends tussen 2005 en 2008 voor de regio Zuidoost-Brabant voor de 0- t/m 11-jarigen zijn exclusief de gemeente Eindhoven

andere opvoedmethodes en verfijndere diagnostiek spelen ook een rol (9).

Ook op andere terreinen zijn steeds meer kinderen in de zorg

In de afgelopen jaren is het gebruik van jeugdzorg en GGZ voor jeugdigen in Nederland sterk gegroeid. Bij de GGZ stonden er eind 2009 landelijk ruim 150.000 jeugdigen en/of hun ouders als cliënt ingeschreven. Tussen 2007 en 2009 was de groei bij de hele GGZ 12% en bij de jeugd-GGZ zelfs 18%. Bij 40% van de jonge cliënten is er sprake van een stoornis in hun ontwikkeling of gedrag en bij 35% betreft het vooral opvoed- en gezinsproblematiek (10). Jeugdzorg Nederland signaleert tussen 2005 en 2010 een groei van 7% per jaar. De jeugdzorg verklaart de toegenomen vraag uit het feit dat mensen eerder besluiten om hulp te zoeken en beter weten dat er hulp beschikbaar is. Daarnaast nemen ook de meldingen door anderen toe, bij signalen dat het met een jongere niet goed gaat (11). De politie Brabant-Zuidoost signaleert dat het aantal minderjarige verdachten dat in de regio met politie en/of justitie in aanraking komt, de laatste jaren redelijk constant blijft (circa 2.400). Het beleid van het korps is erop gericht om problemen bij jongeren en hun gezinnen tijdig te signaleren en hen over te dragen aan de jeugdhulpverlening (12).

Problemen clusteren zich bij gezinnen met een lage sociaaleconomische status

Psychosociale problematiek komt relatief vaker voor bij kinderen uit éénoudergezinnen of nieuwgevormde gezinnen, bij allochtone kinderen, bij kinderen van lager opgeleide ouders en kinderen uit gezinnen die moeten rondkomen van een minimuminkomen (2). Allochtone jongeren hebben vaker een minder goed ervaren gezondheid en meer overgewicht dan autochtone jongeren, maar zij roken en drinken minder (1). Een ongezonde leefstijl, psychische problemen en ongewenst gedrag gaan vaak samen. Jongeren die roken en jongeren die softdrugs gebruiken hebben de meeste risicofactoren voor problemen, zoals agressief en delinquent gedrag en schoolproblemen. In de regio Zuidoost-Brabant komt een combinatie van risicofactoren vaker voor bij jongens, bij 16- tot en met 18-jarigen en jongeren met een (v)mbo-opleiding. Ook bij jongeren uit éénouder- of nieuwgevormde gezinnen, jongeren met laagopgeleide ouders en jongeren uit sterk verstadelijkste gemeenten clusteren risicofactoren relatief vaak (2).

Mogelijkheden voor lokaal beleid

Het zorgbeleid voor jeugd wordt lokaal beleid

In 2015 krijgen de gemeenten de verantwoordelijkheid voor het gehele jeugdbeleid, inclusief de provinciale jeugdzorg, justitiële jeugdzorg, jeugd-GGZ en de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen (jeugd-LVG) (13). Deze transitie biedt gemeenten de kans om het jeugdbeleid samenhangend vorm te geven en met instellingen het gesprek te voeren over een gezamenlijke visie en de mogelijke aanpak.

Een sterke preventieve jeugdgezondheidszorg kan de zorgvraag verminderen

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) wil graag haar bijdrage leveren aan de vormgeving van het nieuwe jeugdbeleid en als preventieve jeugdgezondheidszorg goed aansluiten op de partners binnen dit beleid. In de afgelopen jaren heeft de JGZ samen met gemeenten al de nodige interne veranderingen in gang gezet, passend bij de nieuwe ontwikkelingen in de jeugdzorg. Om alle kinderen zo gezond en veilig mogelijk op te laten groeien is het nodig dat de JGZ haar preventieve rol kan blijven vervullen en daarbij zowel vraaggericht als aanbodgericht blijft werken. Het streven is daarbij om de signalen tijdig op te pakken waardoor grotere problemen voorkomen kunnen worden, zodat uiteindelijk de zorgvraag zo beperkt mogelijk kan blijven. Een gezonde jeugdgezondheidszorg voldoet aan de volgende kenmerken:

1 Aandacht voor alle kinderen

Elk kind maakt een ontwikkeling door en deze verschilt per kind. Soms verloopt deze lichamelijke, geestelijke of sociale ontwikkeling zorgelijk. Het is van belang om dit vroegtijdig te signaleren zodat ernstigere problemen in de toekomst voorkomen worden. Hiermee zijn het kind en de ouders gebaat en het bespaart kosten van zwaardere (en duurdere) zorg.

> De JGZ wil de ontwikkeling van alle kinderen blijven volgen. Ze kijkt daarbij naar het kind en naar het functioneren van het kind in het gezin en de omgeving waarin het opgroeit. De JGZ richt zich niet alleen op mogelijke risico's en problemen, maar wil ouders ook blijven ondersteunen bij alledaagse vragen of twijfels over de opvoeding. De JGZ ziet het kind en de ouders hiertoe op vaste contactmomenten, op inloopmomenten en tussentijds op

verzoek van ouders of na een signaal uit de omgeving van het kind. De aangeboden zorg is laagdrempelig en dichtbij de vindplaatsen zoals scholen en kinderopvang. De ouders, medewerkers van de voorschoolse voorzieningen, kinderopvang en scholen hebben een belangrijke rol in het signaleren van stagnatie in de ontwikkeling van kinderen. De JGZ kan bovendien zaken signaleren die ouders en anderen in de omgeving van het kind niet zomaar opmerken of onderschatten (14). Denk bijvoorbeeld aan gezondheidsrisico's op de langere termijn of mogelijkheden die kinderen in hun ontwikkeling hebben ondanks hun ziekte of beperking. In overleg met de voorschoolse voorzieningen, de kinderopvang, de scholen, de zorg(advies)teams (ZAT) en de Centra voor Jeugd en Gezin speelt de JGZ een rol in het vervolgtraject. Dat kan uiteenlopen van individuele ondersteuning en collectieve voorzieningen tot beleidsadvisering.

2 Extra aandacht voor de jeugd met een risico

Met de meeste kinderen gaat het goed, maar met zo'n 10-15% van de kinderen niet. Deze kinderen en hun ouders hebben hulp op maat nodig. Waar mogelijk streeft de JGZ naar 'niet overnemen, maar ondersteunen' vanuit de behoefte en mogelijkheden van kind en gezin. Alleen waar dat nodig is, wordt extra hulp geboden en doorverwezen.

> ZuidZorg, De Zorgboog en GGD Brabant-Zuidoost geven gezamenlijk extra aandacht aan kinderen die risico lopen op een verstoring in hun ontwikkeling. De JGZ selecteert kinderen op basis van signalen en gegevens van kind, ouders, voorschoolse voorzieningen en school. Hierdoor krijgen alle kinderen basiszorg en kunnen kinderen met een verhoogd risico extra hulp krijgen. Ook op schoolniveau kunnen de resultaten van de individuele kinderen aanleiding geven tot extra ondersteuning door de GGD bij het schoolgezondheidsbeleid. Al in de voor- en voerschoolse fase heeft de JGZ via de consultatiebureaus een belangrijke rol bij het signaleren van achterstanden en het zo nodig toelieden van kinderen naar de Voor- en Voerschoolse Educatie (VVE). Hiermee krijgen jonge kinderen met een taalachterstand de kans om deze achterstand tijdig in te halen. JGZ werkt daarom nauw samen met de voorschoolse voorzieningen (15). De wet Oké is hierin richtinggevend.

3 Meer normaliseren via ondersteuning van kind en gezin

Het aantal kinderen in Zuidoost-Brabant met een gediagnosticeerd probleem, 'een etiket', groeit. Kinderen die niet geheel voldoen aan de huidige maatschappelijke eisen krijgen al snel een etiket (16). Er is behoefte aan een relativerende kijk op de hulpvraag van kind en ouders en een passende ondersteuning daarbij. In de landelijke preventienota geeft het ministerie van VWS aan om in overleg met ouders, maatschappelijke organisaties en gemeenten het 'gewone' opvoeden en opgroeien te agenderen (17).

> Binnen het Centrum Jeugd en Gezin dienen hulpverleners onderscheid te maken in wat afwijkend is en wat hoort tot de normale variatie in de ontwikkeling van een kind. Zij kunnen daarbij voorkomen dat er te snel in diagnoses wordt gedacht. Als begeleiding of behandeling nodig is, kunnen zij gericht verwijzen en volgen of het kind de benodigde zorg krijgt. De focus ligt hierbij op het beantwoorden van de hulpvraag. Hulp moet gegeven worden vanuit de behoefte van het kind en de ouders, waarbij toegevoerd wordt naar het herstel van het gewone leven (18).

4 Sociaal geneeskundige expertise benutten

De sociaal geneeskundige JGZ-artsen opereren op het snijvlak van de maatschappelijke, sociale omgeving en de invloeden die deze kan hebben op opvoeding en kindontwikkeling.

> De JGZ kan haar preventieve taak versterken door de analytische rol van haar sociaal geneeskundigen verder uit te bouwen. Zij kunnen signalen uit de praktijk bundelen om zo te komen tot een goed en overall plan van aanpak voor de jeugd in de regio. Daarnaast hebben sociaal geneeskundigen de benodigde expertise om een goede inschatting te maken van de ontwikkeling van individuele kinderen. Het gebruik daarbij van evidence-based instrumenten kan de analyse en daardoor de juiste diagnose verstevigen.

5 Integrale aanpak van gezondheidsproblemen optimaliseren

Een integrale aanpak is nodig om de nieuwe problemen van de jeugd te verminderen, zoals overgewicht, diabetes, depressie, chronische ziekten, kindermishandeling en ongezond gedrag. Veel problemen hangen immers met elkaar samen en zijn ook niet los te zien van de context waarin het kind woont en opgroeit.

- > Deze integrale aanpak kenmerkt zich door:
- Een goede balans en verbinding tussen de individuele en collectieve aanpak van problemen (19). Collectief ondersteunende maatregelen in de fysieke en sociale omgeving van een kind kunnen daaraan een bijdrage leveren.
- Een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines in de keten (**zie 4.1**) (19). Wanneer de situatie van een kind en diens ouders vraagt om verdere ondersteuning met meerdere ketenpartners kan door een aanmelding in het digitale signaleringssysteem Zorg voor Jeugd de ketensamenwerking snel en doelmatig opgepakt worden met goede afspraken over wie de zorg coördineert. De JGZ 0-4 vervult de zorgcoördinatie voor de kinderen van 0 tot 4 jaar wanneer Bureau Jeugdzorg en Maatschappelijk Werk niet betrokken zijn. JGZ 0-4 coördineert dan de zorg en bewaakt de gezamenlijk gemaakte zorgafspraken.
- Een goede verbinding met en een goede doorverwijzing naar de eerste en tweede lijn vanuit de Centra voor Jeugd en Gezin.

4.1

Onwijs Fit

In de gemeente Eindhoven start in het schooljaar 2011-12 het project Onwijs Fit!, na een pilot in het afgelopen schooljaar. Onwijs Fit! maakt schoolgaande jeugd bewust van gezond bewegen en een gezonde leefstijl. Onwijs Fit! is een samenwerking tussen de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), Sportformule Eindhoven, SportMax (onderdeel van Máxima Medisch Centrum) en de GGD Brabant-Zuidoost.

In groep 2 en 7 van de basisschool en klas 2 van het voortgezet onderwijs voert een combinatiefunctionaris sport van de gemeente Eindhoven een fitheidstest uit. De individuele resultaten van de fitheidstest bespreekt een arts of verpleegkundige jeugdgezondheidszorg van de GGD met ouder en kind tijdens het preventief gezondheidsonderzoek. Indien nodig krijgen de kinderen een advies op maat. De groepsresultaten van de fitheidstest bespreekt de GGD en de combinatiefunctionaris met de school. Samen bekijken zij of dit aanleiding geeft tot het opzetten van een schoolgezondheidsbeleid. De GGD kan daarbij ondersteunen en de combinatiefunctionaris van de gemeente Eindhoven werkt in de gymlessen aan de resultaten en stimuleert de kinderen positief in de lessen en na school.

Bron: intern document GGD Brabant-Zuidoost

Jeugdgezondheidszorg in het belang van kinderen

Kijken naar het totale kind

Het lijkt soms wel of er steeds minder ‘normale’ kinderen in de regio Zuidoost-Brabant rondlopen. Kinderen die niet helemaal voldoen aan de huidige maatschappelijke eisen krijgen tegenwoordig al snel een etiket opgeplakt. Regelmatig wordt hierbij te smal naar de problematiek gekeken en komen kinderen en hun ouders niet direct bij de juiste instantie terecht.

Annemiek Brugman kijkt als jeugdarts Jeugdgezondheidszorg naar de totale ontwikkeling van het kind. Zij kan daarom als geen ander onderscheid maken in wat echt afwijkend is en wat hoort bij de normale ontwikkeling van een kind.

‘Ik wil voorkomen dat verkeerd wordt ingestoken op de voorliggende problematiek. Een brede analyse van de jeugdarts heeft als voordeel dat we signalen soms duiden als behorend bij een normale ontwikkeling. In het geval van belemmeringen in het dagelijks functioneren kunnen we gericht doorverwijzen voor verdere medische of gedragsmatige diagnostiek. Het problematiseren van kindgedrag zonder breed te kijken naar het kind, het gezin en de opvoedingsvaardigheden van ouders, is volgens mij een valkuil. De hulpvraag van de ouder of het kind moet leidend zijn.

Ik geef een voorbeeld. Ik krijg een meisje van bijna zes op het spreekuur met slaapproblemen. Ik zie een motorisch onrustig, impulsief, ongeduldig, spontaan meisje met een zeer korte spanningsboog. Ze is sterk visueel ingesteld, friemelt aan al mijn spullen en vindt binnen 30 seconden weer iets anders om haar aandacht op te richten. De assistente JGZ doet een gehoortest die onbetrouwbaar is terwijl ze drie maanden geleden oorbuisjes kreeg van de kno-arts. Haar gezichtsvermogen is goed. Ze kan moeilijk alleen spelen en roept thuis soms dat haar hoofd vol is. Het meisje heeft nachtelijke angstdromen maar staat om zeven uur weer

vrolijk naast haar bed. Haar moeder vindt haar moeilijk opvoedbaar en twijfelt enorm aan haar eigen pedagogische capaciteiten. Ze wijt haar dochter’s concentratieproblemen op school aan niet fit zijn.

Ik twijfel aan haar gehoor maar denk ook aan ADHD. Daarnaast articuleert ze niet goed. Ik geef de moeder informatie mee over de angstdromen en over het verschil tussen druk gedrag, gedrag na slaapttekort en ADHD. Ik bel met de leerkracht die aangeeft dat het meisje vorderingen maakt sinds de buisjes er in zitten. Ze herkent de ADHD-kenmerken echter ook. Maar haar concentratie is toegenomen. We spreken gedrieën af dat de interne begeleidster het kind observeert en dat het meisje nogmaals een gehoortest krijgt en start met logopedie. In juni volgt dan een nadere analyse. Dit is typisch zo’n situatie met veel puzzelstukjes. Als jeugdarts probeer ik eerst medische problematiek die kan leiden tot afwijkende gedragingen te normaliseren. Pas in tweede instantie indiceer ik in overleg met de ouder of een gedragsstoornis moet worden uitgesloten.’



Preventie scoort niet, maar loont wel!

5

*Investeren in preventie is een gezamenlijke
verantwoordelijkheid*

Het ongezond gedrag in Zuidoost-Brabant neemt, mede dankzij intensieve preventie-maatregelen, niet verder toe. De urgentie van preventie blijft echter hoog. Preventie levert niet alleen individuele gezondheidswinst op. Gezonde burgers zijn ook de dragers van de economie en samenleving. Burgers, (lokale) overheid, zorgverleners, maatschappelijke organisaties en (semi-)private partijen hebben daarom een gezamenlijke verantwoordelijkheid om te investeren in preventie.

Leefstijlfactoren zijn nog altijd de belangrijkste veroorzakers van de meest voorkomende doodsoorzaken in Zuidoost-Brabant. Desondanks is leefstijlpreventie momenteel niet zo populair. Want is het individu niet grotendeels zelf verantwoordelijk voor het eigen (on)gezonde gedrag? En wat zijn de opbrengsten nou eigenlijk van leefstijlpreventie? In de afgelopen jaren hebben GGD en gemeenten samen met diverse regionale partijen zich intensief ingezet om een gezonde leefstijl in Zuidoost-Brabant te bevorderen. In dit hoofdstuk bekijken we wat deze inspanningen ons hebben opgeleverd. Hoe gezond leven we momenteel in Zuidoost-Brabant? En welke kansen hebben we om via preventie van ongezond gedrag nog meer winst te boeken?

Situatie in Zuidoost Brabant

De urgentie van preventie blijft hoog

In hoofdstuk 1 is beschreven dat het in veel opzichten goed gaat met de gezondheid in Zuidoost-Brabant. Maar het kan nog beter. Want ongeveer een kwart van de bevolking in de regio is chronisch ziek en het aantal mensen met (meerdere) ziekten neemt toe. Leefstijlfactoren, vooral roken en overgewicht, zijn nog steeds voor een groot deel verantwoordelijk voor de belangrijkste doodsoorzaken, zoals coronaire hartziekten, longkanker, beroerte, dementie en COPD. Tegelijkertijd is gezondheid een belangrijke voorwaarde om deel te kunnen nemen aan het economische en maatschappelijke leven (1). De urgentie om te blijven investeren in preventie en het terugdringen van ongezond gedrag blijft daarmee onveranderd hoog.

Vooral roken en overgewicht veroorzaken veel vermijdbaar gezondheidsverlies

Zoals gezegd hebben leefstijlfactoren grote invloed op ziektebelasting en levensverwachting. Roken blijft de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en sterfte in Nederland (1, 2). Individuele rokers brengen ruim 4 jaar door in een minder goede gezondheid dan niet rokers én ze leven uiteindelijk 4 jaar korter (**figuur 20**). De levensverwachting voor Nederland als totaal is twee jaar korter door het roken van een deel van de bevolking. Naast het roken is ook overgewicht een belangrijke risicofactor. Vooral extreem overgewicht (obesitas) zorgt voor een relatief groot verlies van gezonde levensverwachting. Dit komt omdat overgewicht een risicofactor is voor ernstige, maar minder dodelijke ziekten zoals diabetes. Daarnaast draagt ook alcoholgebruik sterk bij aan de totale ziektebelasting. Alcohol heeft negatieve effecten op bijna alle organen van het menselijk lichaam (3).

Vooral de laag opgeleiden in Zuidoost-Brabant blijven roken

In de regio Zuidoost-Brabant is het percentage rokers in de volwassen bevolking tussen 2006 en 2009 gedaald van 29% naar 25% (4). De meeste rokers bevinden zich in de leeftijdsgroep van 19- tot en met 24 jaar. Ook bij jongeren is het roken de afgelopen jaren licht afgenomen. In totaal rookt 12% van de 12- tot en met 18-jarigen in de regio wel eens. De afname van het aantal rokers is ook in de rest van Nederland zichtbaar (2). Deze daling is bij de hoger opgeleiden sterker dan bij lager opgeleiden. Daarmee nemen de sociaaleconomische verschillen in roken in Nederland toe. Ook in Zuidoost-Brabant is alleen bij inwoners zonder opleiding of met alleen basisonderwijs geen significante daling van het percentage rokers zichtbaar (**figuur 21**).

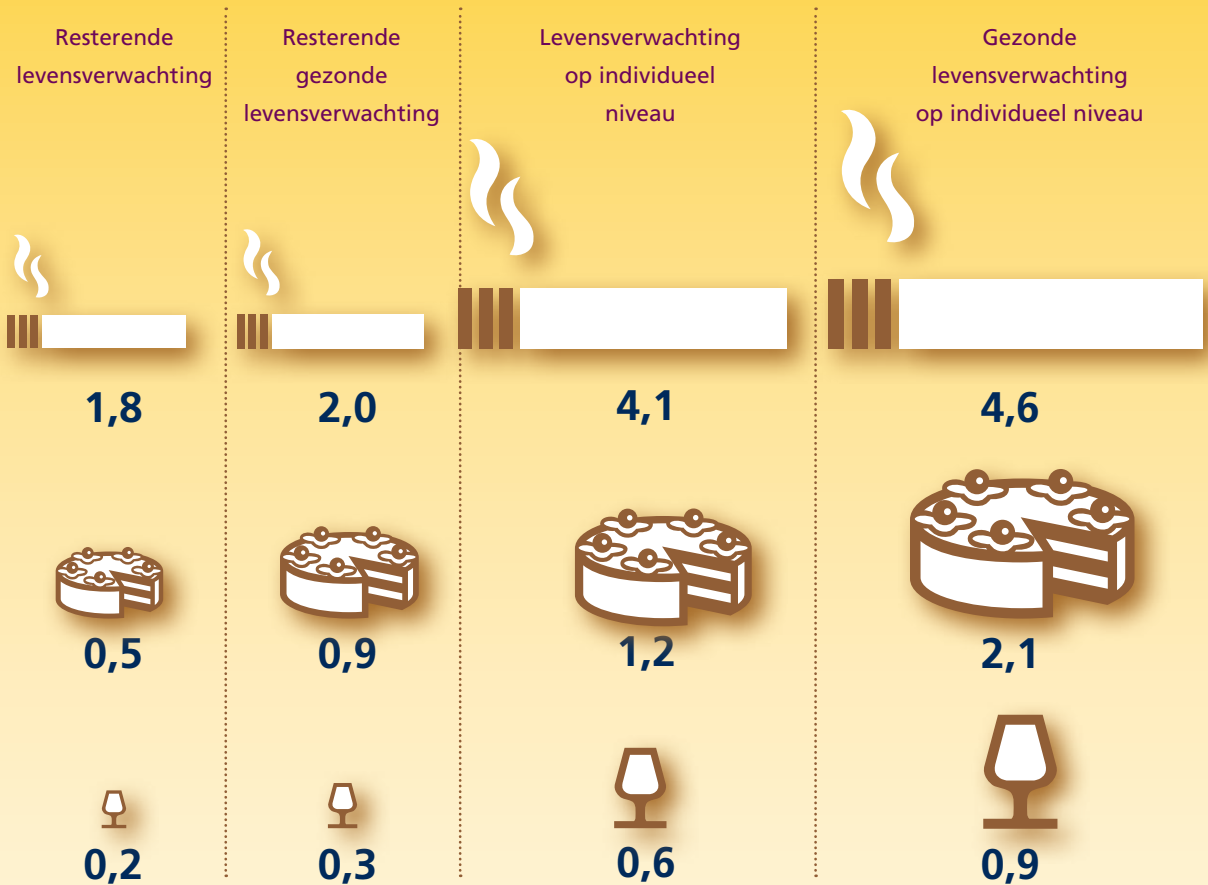
Naast de rokers lopen ook de meerokers meer risico op hart- en vaatziekten en longkanker. In de regio is één op de zeven kinderen in de leeftijd van 0- tot en met 11-jarigen de afgelopen week thuis blootgesteld aan (sigaretten)rook.

Ondanks gunstige trends blijft het alcoholgebruik in de regio zorgwekkend

Zoals in hoofdstuk 4 werd aangegeven, is alcohol voor jonge mensen in de groei extra schadelijk (5, 6). Ten opzichte van 2003 is het aantal drinkers onder de 16 jaar afgenomen (**figuur 22**) (4). Ook het alcoholgebruik door zwangere vrouwen is de afgelopen jaren gedaald. Desondanks blijft het alcoholgebruik bij de jeugd in de regio zorgwekkend. Eén op de tien kinderen van 8 tot en met 11 jaar in Zuidoost-Brabant heeft wel eens alcohol gedronken. Daarnaast heeft een kwart van de 14-jarigen, ruim de helft van de 15-jarigen en 80% van de 16- tot en met 18-jarigen in de afgelopen vier weken gedronken. De 16-plussers drinken bovendien grote hoeveelheden: 63% van de 16- tot en met 18-jarigen is binge-drinker.

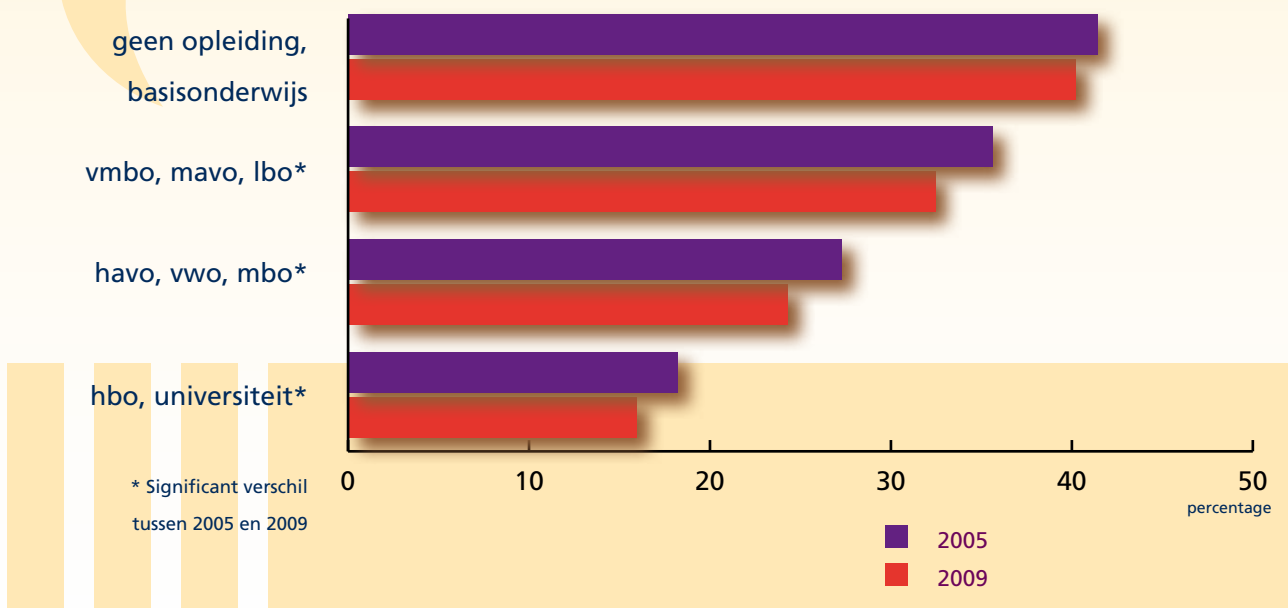
Figuur 20

Toename van de (gezonde) levensverwachting in jaren bij eliminatie van roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik in de totale Nederlandse bevolking (1).



Figuur 21

Percentage rokers (19 t/m 64 jaar) naar opleidingsniveau in Zuidoost-Brabant (4)



Dat wil zeggen dat zij in de afgelopen maand bij één gelegenheid vijf glazen alcohol of meer hebben gedronken. Het binge-drinken door jongeren in de regio is de laatste jaren niet gedaald.

Ook voor volwassenen en ouderen in de regio geldt dat ze nog steeds te vaak en te veel drinken: 67% van de volwassenen en 52% van de ouderen voldoet niet aan de norm voor aanvaardbaar alcoholgebruik^b. Over de periode 2005-2008 lag het percentage overmatige drinkers in Zuidoost-Brabant hoger dan gemiddeld in Nederland (7).

Aantal mensen met overgewicht in Zuidoost-Brabant stabiliseert

Tussen 2005 en 2009 is het percentage volwassenen met overgewicht in de regio niet verder toegenomen (4). Ook bij kinderen en jongeren in de regio is het percentage overgewicht stabiel gebleven. Alleen bij de 65-plussers is een stijging zichtbaar (**figuur 23**).

De situatie blijft desondanks in alle leeftijdsgroepen zorgwekkend. Van alle kinderen en jongeren in de regio heeft circa 10% overgewicht. Naarmate de leeftijd stijgt, neemt ook het aantal te dikke mensen toe. Van de volwassenen van 19-64 jaar is 45% te zwaar en bij de 65-plussers is dit zelfs 59%. Het overgewicht bij mannen en vrouwen in de regio is vergelijkbaar met het landelijke beeld (8). Overgewicht veroorzaakt veel verlies aan gezondheid, onder andere doordat overgewicht een belangrijke risicofactor is voor diabetes, hart- en vaatziekten en kanker (1,2).

5.1

Preventie van ongezond gedrag in Zuidoost-Brabant. Wat heeft het opgeleverd en waar liggen nog kansen?

Roken

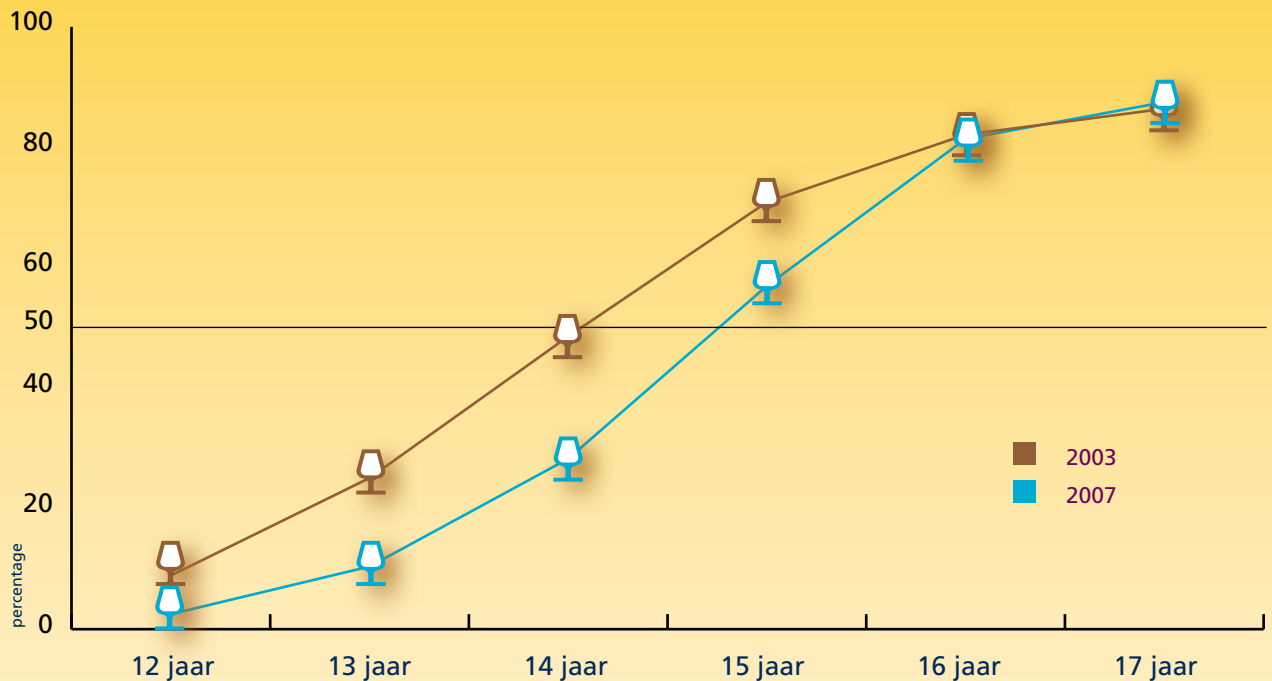
De daling van het aantal rokers is het resultaat van jarenlange inspanningen en is één van de meest succesvolle voorbeelden van preventie in de afgelopen decennia (9,10). Het tabaksontmoedigingsbeleid bestaat uit een combinatie van verschillende type maatregelen, zoals accijnsverhogingen, rookverboden, massamediale campagnes en individuele stopondersteuning. In Zuidoost-Brabant wordt de persoonlijke ondersteuning bij stoppogingen vooral gegeven door de huisartsen, ziekenhuizen en de twee thuiszorgorganisaties De Zorgboog en Zuidzorg. Deze ondersteuning is individueel of in groepsverband georganiseerd. De gezamenlijke inspanningen om het roken verder terug te dringen moeten zich de komende tijd ook specifiek gaan richten op de lager opgeleiden in de regio. Juist in deze bevolkingsgroep wordt nog veel gerookt. De recente opname van stopondersteuning in het basispakket van de zorgverzekering was daarin een goede stap. Deze ondersteuning verdwijnt echter al na een jaar weer uit het basispakket. Ook het recente versoepelen van het rookverbod is teleurstellend en illustreert de noodzaak om te blijven investeren in het maatschappelijk draagvlak voor tabaksontmoediging.

Alcohol

Ook de integrale alcoholpreventie lijkt zijn vruchten af te werpen. Zo werken bijvoorbeeld in het SRE-project 'Laat je niet flessen!' onder meer gemeenten, GGD, Novadic-Kentron en politie samen aan interventies. Het gaat dan om zowel educatie als draagvlak, beleid en regelgeving en handhaving (11). De regionale en lokale interventies worden ondersteund door de landelijke campagnes, wetgeving en handhavinginstrumenten. Het exacte effect van 'Laat je niet flessen' is niet bekend. Wel is duidelijk dat het draagvlak bij ouders in Zuidoost-Brabant voor de norm 'onder 16 jaar geen alcohol' de afgelopen jaren groter is geworden. Ook het alcoholgebruik bij jongeren onder 16 jaar is afgenomen. Het streven is om in 2014 het project structureel in te bedden als taak van de diverse regionale organisaties. Want ook hier geldt dat een lange adem en continue aandacht een voorwaarde is voor resultaat.

Figuur 22

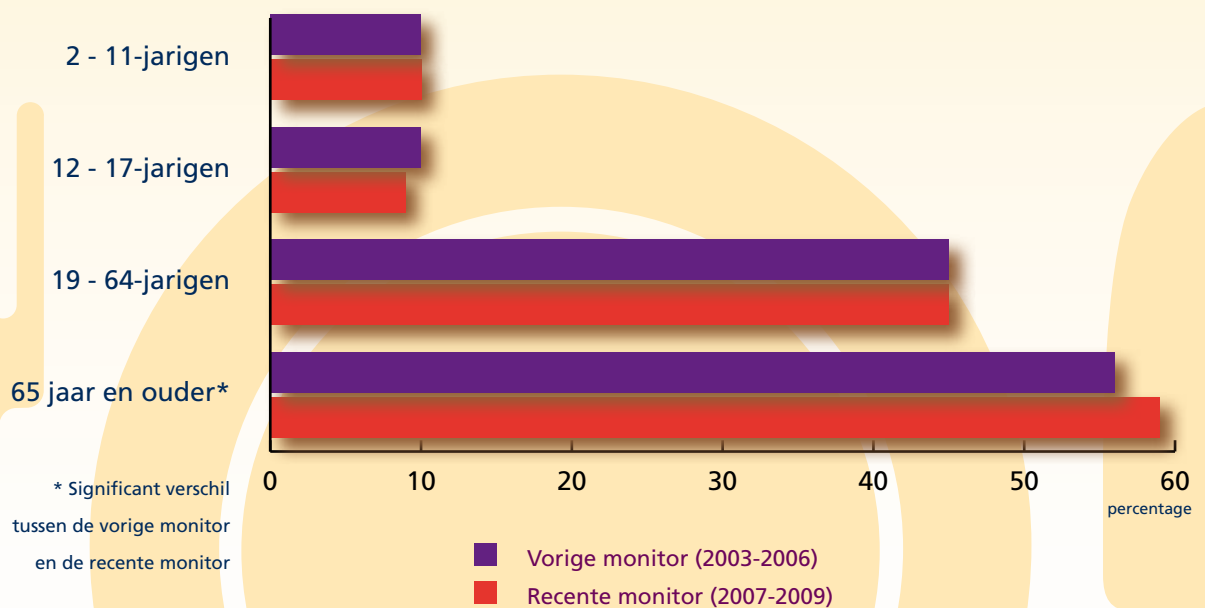
Percentage jongeren (12 t/m 17 jaar) in Zuidoost-Brabant dat in de afgelopen maand één of meerdere glazen alcohol heeft gedronken naar leeftijd^a (4).



a De trends tussen 2003 en 2007 voor de regio Zuidoost-Brabant voor de 12- t/m 17-jarigen zijn exclusief de gemeente Eindhoven

Figuur 23

Trends in overgewicht naar leeftijd in Zuidoost-Brabant^b (4)



b De trends voor de regio Zuidoost-Brabant voor de 2- t/m 11-jarigen en de 12- t/m 17-jarigen zijn exclusief de gemeente Eindhoven

Overgewicht

De preventie van overgewicht is complexer dan bij roken en alcohol (9). Maatregelen in prijs- en regelgeving zijn tot op heden op het gebied van voeding en beweging niet genomen. De vrijheid van de burger staat voorop. De collectieve preventie is vooral gericht op het veranderen van het voedings- en beweeggedrag van mensen. Veel gemeenten in de regio hebben de afgelopen jaren interventies uitgevoerd om het overgewicht terug te dringen. Eén van de projecten van de GGD Brabant-Zuidoost is 'De familie Lekkerbek in balans' in Eindhoven. Deze campagne ondersteunt kinderen, ouders, scholen en kinderdagverblijven om het eet- en beweeggedrag van kinderen beter in balans te krijgen (12). Voor gedragseffecten op lange termijn lijkt ook hier de integrale aanpak de meest aangewezen methode (9). Hiervoor zijn zowel landelijke als regionale inspanningen nodig. Daarbij liggen onder meer nog kansen op het terrein van wetgeving en prijsmaatregelen (bijvoorbeeld 'vettax'), individuele (geïndiceerde) preventie van mensen met overgewicht (bijvoorbeeld via ondersteuning vanuit de huisartsenpraktijk) en aanpassingen in de fysieke en sociale omgeving (bijvoorbeeld het realiseren van een wijkrichting die uitnodigt tot meer bewegen en veilig samen buitenspelen).

5.2

Eén jaar langer leven is € 50.000 waard

Het investeren in preventie kost geld. De effecten van deze investeringen vertalen we veelal in termen van het gewonnen aantal levensjaren of het aantal levensjaren in goede kwaliteit van leven (QALY). Zo neemt de levensverwachting van een roker na een succesvolle stop-poging met 4 jaar toe. Kunnen deze baten ook uitgedrukt worden in geld? Econoom Marc Pomp heeft berekend dat de economische waardering van één extra levensjaar circa € 50.000 bedraagt. Vanuit dit oogpunt is volgens Pomp via preventie nog veel gezondheidswinst te boeken tegen een relatief lage prijs. Met name de preventie van roken noemt Pomp 'spotgoedkoop'. Want een investering van € 10.000 in de preventie van roken levert één extra levensjaar van € 50.000 op.

Bron: Pomp M (2010).

Risicofactoren liggen nog steeds op een hoog niveau en clusteren vaak

De regionale trends in de leefstijlfactoren roken, alcohol en overgewicht zijn niet langer ongunstig (4). Dit is mede het resultaat van de intensieve inzet op gezondheidsbevordering in de afgelopen jaren. Maar de huidige situatie geeft allerm minst reden tot tevredenheid. Nog altijd rookt een kwart van de volwassen bevolking in de regio en we gebruiken te jong, te vaak en teveel alcohol. Bijna de helft van de inwoners heeft overgewicht en bijna één op de negen kampt zelfs met ernstig overgewicht. Ongezonde leefgewoonten komen bovendien ook vaak in combinatie voor (1). Vooral mensen met een lagere opleiding vertonen vaak meerdere vormen van ongezond gedrag tegelijk (zie hoofdstuk 3).

Burgers zijn zelf verantwoordelijk voor hun eigen gezondheid....

'Een goede gezondheid is het allerbelangrijkst'. De meeste burgers in onze regio zullen deze uitspraak volmondig beamen. Daarnaast is men steeds meer van mening dat de gezondheid en leefstijl de verantwoordelijkheid is van de burger zelf (13). Bemoeienis van de overheid wordt al snel als betutteling ervaren. Maar ondanks het feit dat de risico's van een ongezonde leefstijl bekend zijn en mensen daar zelf daadwerkelijk invloed op hebben, zijn ze vaak niet bereid of in staat om die wetenschap om te zetten in gezond gedrag.

...maar gedragsverandering is een complex proces

Veranderen van gedrag is een complex proces, waarbij kennis en motivatie alleen niet voldoende garantie geven voor succes. De behoefte en gevoeligheid voor bijvoorbeeld alcohol en tabak worden mede bepaald door persoonsgebonden of genetische factoren. Ongezond gedrag, zoals het dagelijkse pakje sigaretten of flesje wijn, is vaak een (onbewust) ingesleten gewoonte die moeilijk te doorbreken is. De leefstijl staat bovendien niet op zichzelf, maar is ingebed in zowel de fysieke als sociale omgeving. Er is veel wilskracht en volharding nodig om dagelijks de ongezonde verleidingen in supermarkten, horeca en schoolkantines te weerstaan. Of om toch de trap te nemen wanneer collega's met de lift gaan. Want ook de sociale leefwereld is van invloed op onze keuzes. Tot slot is het kiezen voor gezond gedrag een langdurig proces in de samenleving als geheel. Het heeft bijvoorbeeld decennia geduurd voordat er voldoende maatschappelijk draagvlak was voor het rookverbod in de horeca. En ook het alcoholverbod onder de 16 jaar wordt door de samenleving

langzaam aan steeds meer als norm geaccepteerd en vanzelfsprekend bevonden.

Vele partijen hebben baat bij een goede volksgezondheid

Een goede volksgezondheid levert de samenleving veel op (1). Gezondheid is van grote invloed op schoolprestaties, arbeidsverzuim en arbeidsproductiviteit. Het vergroot ook de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie via bijvoorbeeld vrijwilligerswerk en mantelzorg. Een betere volksgezondheid draagt bovendien bij aan de economische groei en vermindert de kosten van zorg, arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. De opbrengsten van preventie komen dus ook terecht bij zorgverzekeraars, zorgverleners, werkgevers, onderwijsinstellingen, overheid en de samenleving als geheel. Dit vormt een legitieme reden om ook de investeringen in de volksgezondheid meer over deze gezamenlijke partijen te verdelen (*zie 5.2*).

Mogelijkheden voor lokaal beleid

1 Maak preventie een gezamenlijke verantwoordelijkheid

De burger is voor een groot deel zelf verantwoordelijk voor de eigen gezondheid en die van hun kinderen. Maar ook de (lokale) overheid, zorgverleners, zorgverzekeraars, onderwijsinstellingen, werkgevers en andere (semi) private partijen hebben baat bij een goede volksgezondheid.

> Gemeenten en GGD kunnen deze partijen op lokaal niveau nog meer stimuleren om de verantwoordelijkheid voor preventie gezamenlijk op te pakken. En daarmee de kosten en baten van een goede volksgezondheid meer samen te delen. Publiek private samenwerkingsverbanden kunnen activiteiten versterken en (financiële) middelen bundelen (13). Dit vraagt echter ook om een duidelijke visie op de regierol van de (lokale) overheid in het totale veld van preventie-spelers. In deze rol past de verantwoordelijk om de win-win kansen ten aanzien van gezondheid meer inzichtelijk te maken bij bijvoorbeeld werkgevers en scholen. Maar ook de curatieve zorg kan verder gestimuleerd worden om te investeren in preventie. Tegelijkertijd vraagt deze regierol ook om moed en standvastigheid. Bijvoorbeeld als het gaat om het handhaven van vergunningen of het durven kiezen voor de volksgezondheid ondanks de druk vanuit economische belangen.

2 Benut de fysieke en sociale omgeving als aangrijpingspunt voor preventie

Mensen moeten zo min mogelijk drempels ondervinden wanneer zij er voor kiezen om gezond te leven (13). Gemeenten, GGD en andere lokale partijen kunnen burgers nog meer faciliteren bij het makkelijker maken van gezonde leefstijlkeuzes. Zowel de fysieke als de sociale omgeving bieden daarin nog volop kansen.

> De fysieke omgeving kan bijvoorbeeld via meer groen in de wijk, veiligere verkeerssituaties voor fietsers en meer sport- en speelvoorzieningen stimuleren tot gezond gedrag. Het realiseren van een passend sport- en beweegaanbod voor mensen in de eigen buurt is ook een speerpunt in het landelijke gezondheidsbeleid (13). Naast de fysieke omgeving biedt ook de sociale omgeving aanknopingspunten voor gezondheidsbevordering. Enerzijds kunnen de leefstijlkeuzes beïnvloed worden via de heersende waarden en normen binnen sociale netwerken. Omgekeerd kan de participatie aan onderwijs en arbeid bijdragen aan de gezondheid en de (financiële) mogelijkheden voor mensen om gezonde keuzes te kunnen maken.

3 Vijf tips voor effectievere preventie

De afgelopen jaren is in het landelijke, regionale en lokale preventiebeleid veel aandacht geweest voor onder meer de leefstijlthema's roken en overgewicht. Dit heeft (mede) tot gevolg gehad dat de regionale trends in deze leefstijlfactoren niet ongunstig zijn. De ervaringen van de afgelopen decennia hebben ook inzicht gegeven in de elementen die van belang zijn bij het bevorderen van gezond gedrag. Vijf tips voor effectievere preventie:

> *Zorg voor inbedding in brede programma's op diverse niveau's.*

Een deel van de effectieve preventie maatregelen, zoals wettelijke verboden en prijsmaatregelen, zijn de verantwoordelijkheid van de landelijke overheid. Op regionaal en lokaal niveau hebben gemeenten in samenwerking met andere betrokken partners de verantwoordelijkheid voor de lokale invulling van preventieve interventies. Kortdurende leefstijlinterventies gericht op individuele gedragsveranderingen hebben veelal geen blijvend effect. Combinaties van maatregelen, variërend van wettelijke verboden, accijnzen, omgevingsgerichte maatregelen tot massamediale campagnes en lokale leefstijlinterventies (met name specifiek voor risicogroepen), hebben echter goede papieren voor succes. 'Laat

je niet flessen' is een succesvol voorbeeld van een regionaal project met een integrale aanpak, dat op lokaal niveau wordt uitgevoerd (**zie 5.1**).

> *Geef ruimte om de resultaten in een langer tijdsperspectief te behalen.*

Preventiemaatregelen sorteren op korte termijn weinig succes. Ook de enkelvoudige inzet van een losse interventie levert geen blijvend resultaat op. Het politieke tijdsperspectief (veelal maximaal 4 jaar) werkt vaak belemmerend om goede preventieprogramma's op lokaal niveau te implementeren. Want een investering die over 10 jaar zijn rendement zal opleveren, scoort niet. Het vraagt politieke visie en moed om te investeren in preventieprogramma's. In de regio hebben we hier onlangs mee te maken gehad bij de keuze om Baby Extra, een programma voor jonge moeders met vooral geestelijke problemen, al dan niet te blijven financieren. Baby Extra is effectief gebleken, maar de vruchten worden pas jaren later geplukt. Het besluit over voorzetting van het programma is per gemeente verschillend genomen; de potentiële winst op langere termijn lag hieraan niet ten grondslag.

> *Steek de aanpak in vanuit diverse beleidsterreinen.*

Volksgezondheid staat niet op zich. Veel determinanten van gezondheid zijn onderling verweven en liggen op diverse beleids-terreinen. Zo hangen gezondheidsachterstanden samen met volkshuisvesting, onderwijs, armoede en werkgelegenheid. De gevolgen van onverantwoord alcoholgebruik raken de veiligheid en openbare orde in een gemeente. Beleidsplannen voor sport, verkeer en wijkinrichting hebben invloed op de mogelijkheden voor lichaamsbeweging en de preventie van overgewicht. Dit alles betekent dat er een integrale aanpak nodig is met doelstellingen die over beleidsterreinen heen worden geformuleerd.

> *Sluit aan bij de aanwezige missie en kerntaken van instellingen.*

Op lokaal niveau voelen ook scholen, sportverenigingen, werkgevers en andere partijen zich verantwoordelijk voor de gezondheid in hun organisatie. Deze verantwoordelijkheid vloeit mede voort uit het feit dat ongezondheid een remmende werking heeft op het behalen van de doelstellingen van de betreffende organisatie. Te denken valt aan het verbeteren van leerprestaties, een hoge arbeidsproductie of het willen behalen van een kampioenschap. Het ondersteunen van deze organisaties in

hun bijdrage aan de preventie van ongezond gedrag levert voor alle partijen een winsituatie op. Een goed voorbeeld in deze regio is de ondersteuning vanuit de GGD aan scholen en kinderdagverblijven, waar medewerkers zich verantwoordelijk maken voor een gezonde omgeving. Dit alles vanuit het doel om de groei, ontwikkeling en leerprestaties van de kinderen te optimaliseren.

> *Kies voor een dialooggestuurde aanpak gericht op het versterken van de eigen kracht van mensen.*

De burger is in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor zijn eigen gezondheid. Echter de gezonde keuzes zijn nog altijd niet gemakkelijk om te maken. Mensen hebben vaardigheden en kennis nodig om die keuzes goed te kunnen maken. Het is daarom van belang om de sociale weerbaarheid en zelfredzaamheid van mensen te versterken. Ook het verder ontwikkelen van gezondheidsvaardigheden blijft noodzakelijk. Bovendien is het van belang om meer aan te sluiten bij de beleving van de doelgroep. Mensen zijn bijvoorbeeld vaak minder makkelijk te motiveren om hun voedingsgedrag aan te passen, maar ze willen wel gezellig samen sporten. Het perspectief is dan niet in eerste instantie de preventie van overgewicht, maar meer sociale cohesie, vrijetijdsbesteding en participatie. Betrek ook bij het vormgeven van preventieactiviteiten de doelgroep zelf en maak hen mede verantwoordelijk voor de doelen, opzet, werving en uitvoering van preventie-activiteiten. De kracht ligt bij het individu en zijn directe woon-, werk- en leefomgeving (13). Via deze werkwijze heeft de gemeente Laarbeek op succesvolle wijze de 'Gezondheidsrace' ontwikkeld (**zie Voorbeeld uit de praktijk**) (15).

Gezondheidsrace Laarbeek

Meer dan een eenmalige actie

De gezondheidsrace Laarbeek is een uniek initiatief, bedacht door de inwoners Jan Dekkers en Henrie Bouwmans. Zij zetten in samenwerking met gemeente, twee sportscholen en enkele verenigingen de schouders onder het project. Doel was om inwoners enthousiast te maken voor een gezonde leefstijl, een gezond eetpatroon en voldoende beweging. Vier teams, bestaande uit 11 personen uit de vier Laarbeekse kernen, streden om de titel 'Fitste kern van Laarbeek'. De deelnemers van elk team werden begeleid door een captain en een team van deskundigen, die op aanvraag beschikbaar waren. Alle deelnemers van elk team kregen een nulmeting en een daaraan gekoppeld persoonlijk streefplan. Er konden punten worden verdiend met afvallen, conditieverbetering maar ook met deelname aan sportieve activiteiten of het aanzetten van anderen tot een gezondere leefstijl en activiteiten om dit te bevorderen.

Het duurde even voor het balletje goed en wel begon te rollen maar toen was er ook geen houden meer aan en liep het project als een trein. **Jan Dekkers:** 'Het begon allemaal in juni 2009. De gemeente nodigde me uit voor haar burgerpanel. Samen met nog zo 'n twintig burgers dachten we actief na over manieren om mensen aan een gezondere levensstijl te krijgen. Zo is eigenlijk de gezondheidsrace geboren! Mede door de inzet van vier enthousiaste captains werd het thema gezondheid in alle kernen een speerpunt. De gemeente faciliteerde ons met budget en ondersteuning. Ook organiseerden we om de drie maanden een gezondheidsmarkt op kosten van de gemeente. Die gezondheidsmarkt vond telkens in een andere kern plaats. Wat het project extra leuk maakt, is dat sommige onderdelen een jaarlijkse traditie lijken te worden. Zo organiseren we dit jaar weer een vierdaagse wandeltocht vanuit elke kern die ook voor mindervaliden en ouders met kleinere kinderen geschikt is. We kijken verder of we nog andere activiteiten uit het oorspronkelijke project voort

kunnen zetten. Het is dus zeker meer dan een éénmalige actie. Nadrukkelijk zoeken we daarbij contact met sport-, buurt- en gehandicaptenverenigingen. Want we willen deze activiteiten voor iedereen toegankelijk maken. Je kunt wat mij betreft gerust spreken van een succes en ik kan het iedere gemeente aanraden! Het kost wel de nodige kruim want je hebt vrijwilligers nodig die de kar kunnen en willen trekken. Het was voor mij op een gegeven moment bijna een part-time baan en dat moet je wel willen.'



Een gezonde omgeving: een verademing!

6

Ruimtelijke ontwikkeling biedt kansen
voor gezondheid

De lokale overheid kan de gezondheid van burgers positief beïnvloeden via de ruimtelijke ontwikkeling in de regio. Houd bij de bouw van gevoelige bestemmingen zoals woonwijken, scholen en verzorgingstehuizen, afstand van bronnen die zorgen voor luchtverontreiniging, geluid- en stankoverlast. Leg wijken aan met groen dat uitnodigt tot spelen en mensen ontmoeten in de buitenlucht. Dit stimuleert de lichamelijke en psychische gezondheid van burgers en eveneens de sociale cohesie in de buurt. Betrek burgers bij nieuwe plannen voor ruimtelijke ontwikkeling en de afwegingen daarbij, luister naar problemen, maak een goede klachtenanalyse en zoek samen naar oplossingen.

Hoofdstuk 5 geeft inzicht in de kansen die er nog zijn om ongezond gedrag in de regio verder terug te dringen. En hoewel de eigen leefstijl het sterkst bepalend is voor ziekte en sterfte, dragen in Zuidoost-Brabant ook omgevingsfactoren hieraan bij. Bij een gezonde omgeving denkt men al gauw aan frisse lucht. Maar een gezonde omgeving is ook een omgeving waarin mensen zich veilig voelen, waar ze graag vertoeven en mensen ontmoeten en waar ze geen overlast ervaren. Ook dat is een verademing. Op het terrein van de leefomgeving kan de overheid een belangrijke rol spelen. Daarom zoomen we in dit hoofdstuk in op de fysieke leefomgeving in Zuidoost-Brabant. Wat zijn de belangrijkste gezondheidsbedreigingen in onze omgeving? Hoe kunnen we de risico's verkleinen? En welke kansen biedt de omgeving voor onze gezondheid?

De situatie in Zuidoost-Brabant

Zuidoost-Brabant: platteland en grotere steden

De regio Zuidoost-Brabant kenmerkt zich door dorpen met veel landbouw naast de grotere en bedrijvige steden Eindhoven en Helmond. De stedelijkheid varieert van 'niet stedelijk' met nog geen 500 adressen per km² (Bergeijk) tot 'sterk stedelijk' met ruim 2.100 adressen per km² (Eindhoven). De meeste gemeenten zijn echter 'weinig stedelijk' met tussen de 500 en 1.000 adressen per km² (1). De mate van verstedelijking bepaalt voor een belangrijk deel de fysieke leefomgeving door de nabijheid van drukke wegen, vliegvelden, industrie, maar ook van bedrijven met intensieve veeteelt. Deze omgevingsfactoren kunnen de gezondheid direct of indirect beïnvloeden. Ziekteverwekkers of verontreinigde deeltjes in de lucht kunnen directe gezondheidseffecten hebben, terwijl geluids- en stankoverlast indirect de gezondheid bedreigen.

De hoge mens-dier dichtheid in de regio verhoogt het risico op zoönosen

Zoönosen zijn ziekten die van dier op mens worden overgedragen. De regio Zuidoost-Brabant heeft een hoge mens- en veedichtheid waardoor de kans op een zoönose relatief groot is. Eén derde van het aantal varkensbedrijven in Nederland is gevestigd in de provincie Noord-Brabant. Samen zijn zij goed voor 45% van het aantal varkens in Nederland. In 2010 waren er gemiddeld 2,3 varkens per inwoner in Noord-Brabant, ruim drie keer zoveel als landelijk (1). Varkens zijn gevoelig voor zowel vogelgriepvirussen als varkens- en menselijke griepvirussen. Omdat griepvirussen (Influenza A) snel kunnen veranderen, kunnen er bij varkens nieuwe gecombineerde virussen ontstaan die gevaarlijk zijn voor de mens. De Nieuwe Influenza A (H1N1), de 'Mexicaanse griep',

bleek bijvoorbeeld bestanddelen te bevatten van reeds bekende varkens-, vogel- en menselijke griepvirusstammen (2).

In 2010 minder mensen besmet met Q-koorts

Ook Q-koorts is een zoönose. Vanaf 2007 tot en met 2009 nam het aantal mensen met Q-koorts in de regio sterk toe (zie Voorbeeld uit de praktijk). Q-koorts wordt veroorzaakt door de bacterie *Coxiella Burnetii*. Deze bacterie komt vooral voor bij melkgeiten en melkschappen. In 2010 waren er in de provincie Noord-Brabant 121 bedrijven met melkgeiten. Hoewel het aantal bedrijven in de provincie in de afgelopen tien jaar daalde, nam het aantal dieren per bedrijf toe. Het gemiddeld aantal melkgeiten per bedrijf is meer dan verdubbeld, van 113 in 2001 naar 263 in 2010 (1). In een gebied met besmette melkgeiten- en melkschappenbedrijven kunnen mensen besmet raken door inademing van de bacterie via de lucht. In 2010 is het aantal besmette mensen duidelijk verminderd, na uitgebreide veterinaire maatregelen als vaccinatie van melkgeiten en ruiming van drachtige geiten (figuur 24) (3, 4).

Meer kans op uitbraak infectieziekte

In de toekomst zullen er naar verwachting meer en nieuwe infectieziekten voorkomen in Nederland. Dit komt onder andere door de intensieve veehouderij, de toegenomen mondialisering en de klimaatverandering. Er komen ook steeds meer antibiotica-resistente bacteriën als gevolg van het grootschalige antibioticagebruik in de veeteelt. Infecties met resistente bacteriën zijn vooral een risico voor personen met een lage weerstand in bijvoorbeeld verpleeg- en ziekenhuizen. Wereldwijd is er een toename van multiresistente tuberculose. Onder mensen uit voormalige Oostbloklanden die in onze regio werken komt (resistente) tuberculose relatief vaak voor (5).

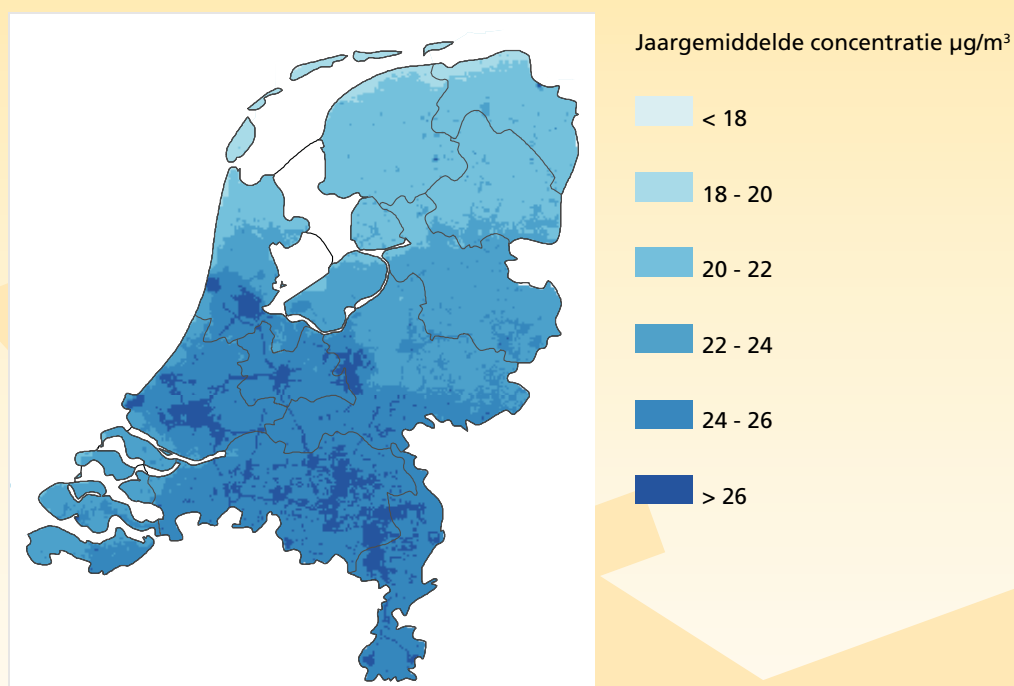
Figuur 24

Aantal inwoners in Zuidoost Brabant met acute Q-koorts (4)



Figuur 25

Concentratie fijnstof in Nederland, jaargemiddelde 2010 (9)



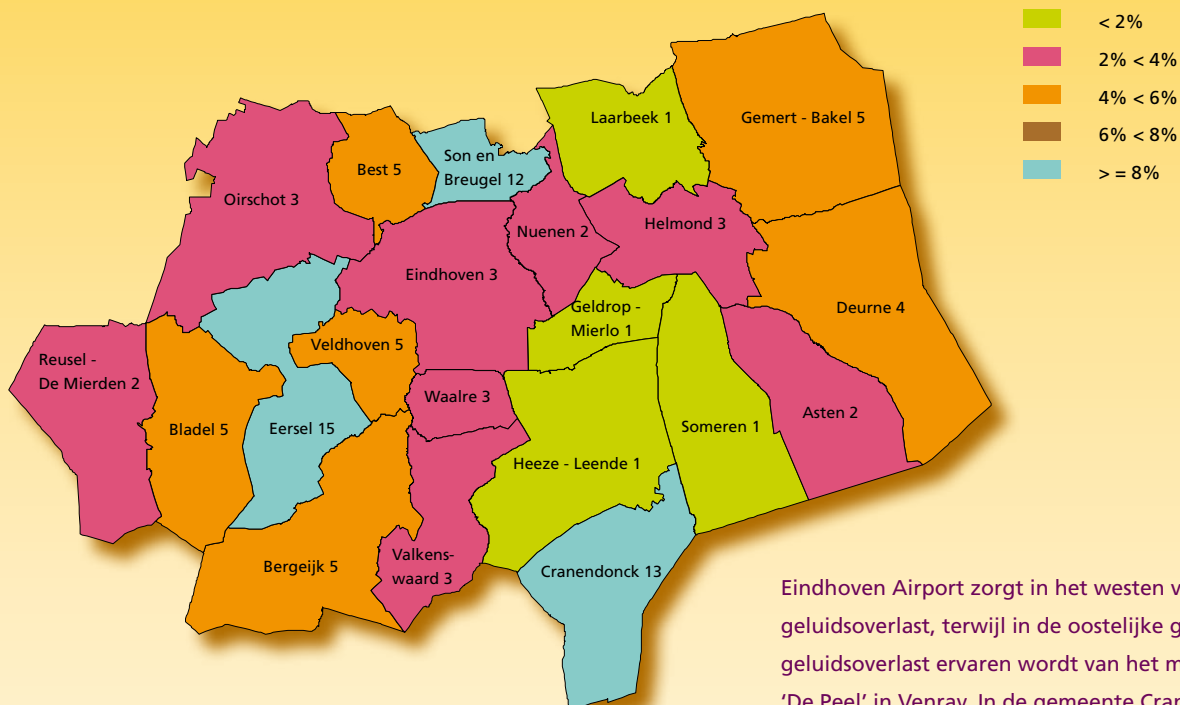
Figuur 26

Geluids- en geurhinder bij volwassenen (19 t/m 64 jaar), gemiddelde en range van de gemeenten in Zuidoost-Brabant in 2009 (14)



Figuur 27

Percentage volwassenen (19 t/m 64 jaar) dat ernstige geluidshinder ervaart van vliegverkeer in Zuidoost-Brabant in 2009 (14)



Eindhoven Airport zorgt in het westen van de regio voor geluidsoverlast, terwijl in de oostelijke gemeenten vooral geluidsoverlast ervaren wordt van het militaire vliegveld 'De Peel' in Venray. In de gemeente Cranendonck ervaren mensen geluidsoverlast van een militair vliegveld net over de grens in België.

Figuur 28

Geschatte geluidscontouren (alleen civiel verkeer) voor het business case scenario voor uitbreiding van het civiele vliegverkeer van Eindhoven Airport naar 42.750 vliegtuigbewegingen (16)



Als Eindhoven Airport een volledig civiele luchthaven zou zijn, geven de buitenste gekleurde lijnen (47 dB (A) Lden geluidscontouren) een indicatie van het gebied waarbinnen een afweging gemaakt moet worden over de ruimtelijke ontwikkeling van het gebied in relatie tot het (toekomstig) gebruik van de luchthaven. De binnenste lijnen (55 dB (A) Lden geluidscontouren) geven dan een indicatie van het gebied waarbinnen geen geluidgevoelige bestemmingen en functies mogen worden gerealiseerd. Blauwe lijnen: business case; Rode lijnen: huidige situatie. Als Eindhoven Airport een militaire luchthaven blijft, gelden vooralsnog niet de Lden contouren als maat voor ruimtelijke ordening en dient bovendien de geluidbelasting vermeerderd te worden met de geluidbelasting van het militaire verkeer.

- Bedrijventerrein
- Wonen
- Zoekgebied Het Nieuwe Woud

Zij komen echter niet in aanmerking voor de wetelijke screeningsmogelijkheden die er voor andere hoogrisicogroepen, zoals voor Somaliërs, wel zijn.

De luchtkwaliteit in onze regio is slechter dan gemiddeld

Naast een hoge mens-dier dichtheid, is er in onze regio ook sprake van een slechtere luchtkwaliteit. In het zuiden van Nederland en met name in Zuidoost-Brabant, is de gemiddelde concentratie fijnstof in de buitenlucht hoger dan in de rest van Nederland (**figuur 25**). Dit komt door bronnen in het buitenland maar ook door lokale bronnen zoals verkeer, landbouw en veeteelt. Fijnstof, ozon en stikstofoxiden zijn stoffen die bepalend zijn voor de luchtkwaliteit. Deze stoffen hebben invloed op de gezondheid. Ze kunnen leiden tot hoesten, irritatie van de ogen, verergering van bestaande luchtwegklachten, maar ook tot hart- en vaatziekten. Door langdurige blootstelling aan luchtverontreiniging met fijnstof is de gemiddelde levensduur in Nederland ongeveer één jaar korter dan wanneer er geen fijnstof in de lucht aanwezig zou zijn. Verhoogde blootstelling aan ozon gebeurt vooral tijdens smogperiodes in de zomer. Een piekbelasting aan ozon kan leiden tot vroegtijdige sterfte (6). In de regio Zuidoost-Brabant is de ozonconcentratie op een tiental dagen in het jaar boven de streefwaarde. Dit valt wel binnen de huidige richtlijn van de Europese Unie van maximaal 25 dagen per jaar (7). Ondanks de slechtere luchtkwaliteit in de regio komen chronische luchtwegklachten in Zuidoost-Brabant niet vaker voor dan gemiddeld in Nederland (8).

Schadelijke luchtverontreiniging concentreert zich rond drukke wegen

In de afgelopen jaren is de luchtverontreiniging in Nederland afgenomen. Dit komt vooral door een verminderde schadelijke uitstoot van auto's en industrie. Schonere brandstof, katalysatoren en filters hebben daaraan bijgedragen. De Europese Unie heeft grenswaarden opgesteld voor de blootstelling aan fijnstof in de lucht, waarbij een gemiddelde dagconcentratie van 50 µg/m³ niet vaker dan 35 keer per jaar mag worden overschreden. Uit onderzoek blijkt echter dat er waarschijnlijk geen drempelwaarde is aan te geven, waaronder geen gezondheidseffecten optreden (10). Ook zonder normoverschrijding van de luchtkwaliteit lopen bewoners risico in gemeenten met drukke wegen langs gevoelige bestemmingen als woningen en scholen. De invloed van een snelweg op de luchtkwaliteit is tot op een afstand van circa 1.000 meter merkbaar, met de hoogste

concentraties binnen de eerste 100 meter vanaf de wegrand. Ook rondom andere drukke wegen is schadelijke luchtverontreiniging meetbaar (11).

Overlast in de woonomgeving vooral door geluid van verkeer

Geluidsbelasting is een hardnekkig en groeiend milieuprobleem. Diverse geluidsbronnen zoals verkeer, burenen en industrie, kunnen leiden tot ernstige hinder, slaapverstoring en een verminderd prestatievermogen. Blootstelling aan geluid kan via lichamelijke stressreacties leiden tot een verhoogde bloeddruk en hart- en vaatziekten (12). Wegverkeer, burenlawaai en vliegverkeer geven achtereenvolgens de meeste geluidshinder in de woonomgeving. In Zuidoost-Brabant ondervindt 22% van de volwassenen ernstige hinder van geluid (**figuur 26**). De belangrijkste bron van deze geluidshinder is de bromfiets (8%) en daarna het andere lokale wegverkeer (<50 km/uur) (7%) (6). Ook landelijk zorgen bromfietsen van al het wegverkeer voor de meeste geluidshinder (13).

Verwachte toename geluidshinder door uitbreiding Eindhoven Airport

De geluidshinder van vliegverkeer varieert sterk tussen gemeenten in de regio, van 1% tot 15%, afhankelijk van de ligging ten opzichte van aanvliegroutes van vliegvelden (**figuur 27**). Een deel van de geluidshinder uit zich in slaapverstoringen: in de regio Zuidoost-Brabant geldt dat voor 11% van de volwassenen, met een uitschieter van 18% in de stad Eindhoven (14).

Het civiele vliegverkeer van Eindhoven Airport mag met 25.000 jaarlijkse vliegbewegingen uitbreiden. Dit zal geleidelijk ingevoerd worden in de periode 2010-2020. Hierdoor verdubbelt naar verwachting het gebied met een hoge geluidbelasting (**figuur 28**) en zal het aantal ernstig geluid gehinderde mensen toenemen. Dat geldt vooral voor inwoners van gebieden in Eindhoven, Best, Son en Breugel, Veldhoven en Eersel. In deze gemeenten staan bovendien enkele nieuwbouwprojecten gepland aan de rand van of binnen de zone waar geluidsoverlast van vliegverkeer te verwachten is. Dat zijn de projecten Sonnispark in Son en Breugel, Oerle Zuid in Veldhoven, Duizel-Noord in Eersel en mogelijk in de toekomst Het Nieuwe Woud in Son en Breugel (15).

Meeste inwoners tevreden met de eigen leefomgeving

Ondanks lokale geluid- of geurhinder zijn de 19- tot en met 64-jarigen in Zuidoost-Brabant over het algemeen tevreden met hun buurt: 91% geeft de eigen

buurt een voldoende, met een gemiddeld cijfer van 7,8. De meeste mensen zijn tevreden over de fiets- en wandelmogelijkheden en de plantsoenen, parken, bossen en natuurgebieden in de omgeving. Het merendeel van de volwassen inwoners voelt zich medeverantwoordelijk voor de leefbaarheid van de buurt (14).

Mogelijkheden voor lokaal beleid

Integraal beleid kan ongezonde omgevingsinvloeden verminderen

Mensen moeten zo min mogelijk drempels ondervinden wanneer zij ervoor kiezen om gezond te leven (17). Integraal gezondheidsbeleid is een effectief middel om een gezonde leefomgeving te bevorderen. Zo is in de afgelopen decennia veel gezondheidswinst geboekt met het woonbeleid en verkeersveiligheidsbeleid. In Brabant is een aantal ruimtelijke ontwikkelingen gaande of in planvorming die voor het lokale gezondheidsbeleid de komende jaren van belang zijn om mee te wegen. Voorbeelden zijn de uitbreiding van het wegennet (onder andere ruit om Eindhoven), de uitbreiding van Eindhoven Airport en de ontwikkeling van landbouwontwikkelingsgebieden (LOG's) met een andere schaalgrootte van bedrijven op het platteland. Bij besluiten die gevolgen kunnen hebben voor de volksgezondheid hebben gemeenten volgens de WPG de taak om hierover advies te vragen aan de GGD (18).

1 Tref maatregelen op het gebied van de intensieve veehouderij

Provinciale Staten hebben in maart 2010 besloten om de uitbreidingsmogelijkheden voor de intensieve veehouderij in Brabant te beperken totdat meer duidelijkheid bestaat over het effect op de volksgezondheid. Uit recent onderzoek naar de gezondheidseffecten van veeteeltbedrijven op omwonenden blijkt dat Q-koorts meer voorkomt in de omgeving van geitenbedrijven (19). Rondom pluimvee- en geitenbedrijven komt ook vaker longontsteking voor. Astma en COPD komen echter minder voor in de nabijheid van veehouderijbedrijven. Op basis van dit onderzoek is geen duidelijke afstand tot veehouderijbedrijven, een relatie met megastallen of dierdichtheid te benoemen waarbij gezondheidseffecten bij mensen vaker optreden (19).

> Laat de mogelijke gezondheidseffecten meewegen in de vergunningverlening, bestemmingsplannen en bij het handhavingsbeleid. Voldoende afstand tussen bedrijven kan verspreiding van dierziekten en zoonosen van het ene naar het andere bedrijf voorkomen. Het is belangrijk om veehouderijbedrijven niet alleen individueel te toetsen op milieufactoren, maar ook de milieu-, hinder- en risicofactoren in een gebied als totaal te beoordelen. Dit kan met een Gezondheidseffectscreening (GES). Door het uitvoeren van een klachtenanalyse wordt duidelijk wat mensen als hinderlijk ervaren. De geurbelasting is te verlagen door bijvoorbeeld het gebruik van luchtwassers (zie 6.1).

2 Houd afstand van gevoelige bestemmingen tot drukke wegen zo groot mogelijk

Drukke wegen zorgen voor veel luchtvervuiling, geluid- en stankoverlast in de directe omgeving. De gezondheid van omwonenden kan daardoor schade oplopen, vooral bij kwetsbare groepen als ouderen, chronisch zieken en kinderen.

> Een inventarisatie van gevoelige bestemmingen in de nabijheid van drukke wegen is nodig. In het kader van het gemeentelijk luchtkwaliteitsplan (zie 6.2) kan een kaart ontwikkeld worden met de contouren van verontreiniging en de ligging van de gevoelige bestemmingen. Stem maatregelen af met andere afdelingen binnen de gemeente. Mogelijke oplossingen om de overlast te beperken zijn: een verminderde verkeersintensiteit in de nabijheid van de gevoelige bestemmingen, een geluidsarm wegdek en geluidsschermen. Bij nieuwe planvorming kan ervoor gezorgd worden dat de afstand tot de drukke weg groter is (20). Een Gezondheidseffectscreening of het Beoordelingskader milieu en gezondheid zijn instrumenten die kunnen helpen om mogelijke gezondheidsrisico's te inventariseren. De GGD heeft hier ervaring mee en deskundigen in dienst om gemeenten hierbij te ondersteunen.

3 Beperk de geluidshinder die de uitbreiding van Eindhoven Airport met zich mee zal brengen

Door de uitbreiding van het civiele vliegverkeer van Eindhoven Airport verdubbelt naar verwachting het gebied met een hoge geluidsbelasting. Hierdoor neemt het aantal mensen toe dat ernstige geluidshinder ervaart. Dat geldt vooral voor inwoners van gebieden in Eindhoven, Best, Oirschot, Son en Breugel, Veldhoven en Eersel.

> Hans Alders benoemt in zijn advies aan de minister van Verkeer en Waterstaat een aantal hinderbeperkende maatregelen als voorwaarde voor de gefaseerde uitbreiding van Eindhoven Airport (15). In deze periode van groei is monitoring van de geluidsbelasting en de geluidshinder bij omwonenden van belang om de gezondheidsrisico's in kaart te brengen. In opdracht van de gemeente Eindhoven wordt in 2011 en 2014 een belevingsmonitor uitgevoerd in wijken en dorpen rondom Eindhoven Airport. Hieruit zal blijken of de geluidsoverlast toeneemt (zie 6.3).

Integraal beleid kan gezond leven zelfs bevorderen

Veel bebouwing, weinig groen, druk verkeer, geluid en stank zorgen ervoor dat mensen hun omgeving minder positief ervaren. Als mensen daardoor meer binnen blijven, kan dat ten koste gaan van voldoende frisse lucht, voldoende lichaamsbeweging en goede contacten in de buurt. Een gezonde omgeving kan door gemeente of provincie beïnvloed worden door het treffen van maatregelen of door het faciliteren van initiatieven. Hierbij ligt vaak de nadruk op sociale aspecten van de woonomgeving, zoals de bevolkingssamenstelling, sociale cohesie, criminaliteit en gevoelens van (on-)veiligheid. Maar voor de gezondheid zijn ook ruimtelijke kenmerken belangrijk, bijvoorbeeld de indeling van woningen in de buurt, de hoeveelheid groen, de afstand tot voorzieningen en het parkeerregime. Ten slotte speelt de kwaliteit van het woonmilieu een rol, zoals de aanwezigheid van rustige plekken in de buurt en schone lucht.

4 Ontwikkel groene, gezonde wijken

De hoeveelheid bos en natuur per inwoner in Nederland is sinds 1900 sterk gedaald. Vooral in dichtbevolkte gebieden is de groene ruimte beperkt. Een groene, rustige en veilige omgeving is belangrijk voor een goede beleving van de eigen buurt. De omgeving kan uitnodigen tot meer lichaamsbeweging door bijvoorbeeld goede fietsroutes naar het werk, uitdagende speelvoorzieningen, mooie wandelpaden en veilige oversteekplaatsen. Bovendien kan de natuur in de woonomgeving de gezondheid beïnvloeden (6, 17). Bewoners in wijken met veel groen voelen zich gezonder dan bewoners in wijken met weinig groen. Deze mensen voelen zich niet alleen gezonder, ze bezoeken ook minder vaak de huisarts. Dit komt vooral door het stress-reducerende effect van groen (21-24).

6.1

Toezicht op luchtwassers met elektronisch monitoringssysteem

Met elektronisch monitoren is het mogelijk om te volgen hoe luchtwassers op veehouderijen functioneren. Relevante parameters worden continu en automatisch geregistreerd. De veehouder kan daarmee het wasproces in de gaten houden, zo nodig bijsturen en aantonen hoe de wasser gedurende een bepaalde periode heeft gedraaid. Uit controles blijkt dat luchtwassers in de veehouderij soms niet aanwezig zijn, niet goed geïnstalleerd zijn of niet goed functioneren. In de publieke opinie wordt gesuggereerd dat veehouders de luchtwassers vaak uitzetten (om energiekosten te besparen of de stalventilatie te bevorderen). Het ministerie van I&M (voorheen VROM) is voornemens het elektronisch monitoren verplicht te stellen in de aankomende wijziging van het Activiteitenbesluit van 2011.

Bron: www.sre.nl, 08-03-2011

6.2

Luchtkwaliteitsplan op z'n 'Best'

In september 2009 heeft de gemeente Best haar luchtkwaliteitsplan vastgesteld. Op basis van een gezondheidkundig advies van bureau Gezondheid, Milieu & Veiligheid van de GGD'en Brabant/Zeeland zijn hierin beperkingen opgenomen voor het bouwen van gevoelige bestemmingen zoals woningen of scholen langs drukke wegen. Er zijn namelijk aanwijzingen dat bij een grotere afstand tot de weg minder gezondheidsrisico's optreden. De grote Brabantse gemeenten Eindhoven, Helmond, Den Bosch, Tilburg en Breda onderzoeken in 2010/2011 of ze in samenwerking met de provincie dit voorbeeld kunnen volgen en ook aanvullend 'gezond luchtkwaliteitsbeleid' gaan formuleren.

Bron: tijdschrift Lucht, augustus 2010, nr.4

> Gemeenten kunnen zorgen voor een gezonde wijkrichting die uitnodigt tot wandelen, fietsen, spelen en ontmoeten. Denk hierbij aan: kwalitatief hoogwaardig groen afgestemd op de wensen van de verschillende gebruikers, veilige fiets- en wandelpaden naar school, snelheidsbeperkende maatregelen en veilige oversteekplaatsen, woonerven, brede stoepen, kindvriendelijke routes naar scholen, goede straatverlichting en aantrekkelijke speelruimtes en ontmoetingsplekken (zie 6.4). Bij de inrichting van een woonwijk kan ook door gebruik te maken van onder andere groen, water en wind gezorgd worden dat de temperatuur in deze wijken op hete dagen minder hoog oploopt dan in wijken waarin alles bebouwd is. In de wijk Doornakkers in Eindhoven is een onderzoek gestart naar het beweegvriendelijker maken van de fysieke leefomgeving. Gemeente en GGD gaan daarbij na welke aanpassingen in de openbare ruimte effect hebben op het beweeggedrag van kinderen en volwassenen.

Integraal beleid betekent ook plannen maken met burgers

5 Zoek samen naar de beste oplossing

De risicobeleving van mensen komt niet altijd overeen met de gehanteerde milieunormen of de berekende gezondheidsrisico's. Zij betrekken ook andere overwegingen bij hun beoordeling van de risico's. Voorbijgaan aan deze ervaren risico's schaadt het vertrouwen van de bevolking in de overheid.

> Gemeenten kunnen burgers al vroeg betrekken bij plannen rondom bijvoorbeeld aanleg van wegen, uitbreiding van vliegveld, landbouwwontwikkelingsgebieden, industriegebieden of windmolenparken. Het is belangrijk om duidelijk te bespreken wat de afwegingen zijn voor de besluitvorming en goed te luisteren naar de bezwaren. Een goede klachtenanalyse is nodig om duidelijkheid te krijgen welk aspect van het plan voor burgers het zwaarste weegt. Vervolgens kan er samen naar de beste oplossing gezocht worden. Blijf steeds helder communiceren en zorg voor duidelijkheid rondom de klachtenafhandeling. Zorg dat burgers ook weten waar ze goede informatie kunnen krijgen. De Atlas Leefomgeving is een website waarin inwoners en professionals informatie kunnen vinden over hun leefomgeving op het gebied van milieu en gezondheid. De eerste versie van de Atlas Leefomgeving met de thema's lucht, geluid en groen wordt medio 2011 opgeleverd (25).

6.3

In 2011 belevingsmonitor bij omwonenden Eindhoven Airport

Eindhoven Airport mag groeien. Tot 2015 met jaarlijks 10.000 extra vliegtuigbewegingen, daarna mogelijk met 15.000 vliegbewegingen extra. Daarvoor moet de luchthaven wel kunnen aantonen dat er voldoende is gedaan aan hinderbeperking en verduurzaming. Om te kunnen monitoren of de hinder daadwerkelijk beperkt wordt, zet het Bureau GMV en GGD Brabant-Zuidoost in opdracht van de gemeente Eindhoven en in samenwerking met het RIVM en de betrokken gemeenten een belevingsmonitor in. In 2011 vindt de nulmeting plaats en in 2014 zal deze herhaald worden. De monitor zal inzicht geven in de beleving van de leefomgeving in relatie tot Eindhoven Airport, bij inwoners van de gemeenten die in de invloedssfeer van de luchthaven liggen (onder andere Eindhoven, Best, Eersel, Oirschot, Son en Breugel, St Oedenrode en Veldhoven).

Bron: projectbeschrijving GGD Brabant-Zuidoost

6.4

Nieuw in Helmond: de Beweegtuint

De Beweegtuint biedt mensen van alle leeftijden de gelegenheid om in beweging te komen in de buitenlucht, samen met anderen en onder deskundige begeleiding. De Beweegtuint bestaat uit een serie toestellen waar telkens twee mensen tegelijk gebruik van kunnen maken. Goed voor je gezondheid en nog gezellig ook. En je hoeft er geen sportief type voor te zijn. De Beweegtuint ligt binnen de speeltuint Leonardus zodat (groot)ouders samen met hun (klein) kinderen kunnen genieten. De Beweegtuint is een initiatief van de gemeente in het kader van Helmond Gezond.

Bron: Folder Helmond Gezond, september 2010

Aanpak Q-koorts effectief We moeten alert blijven!

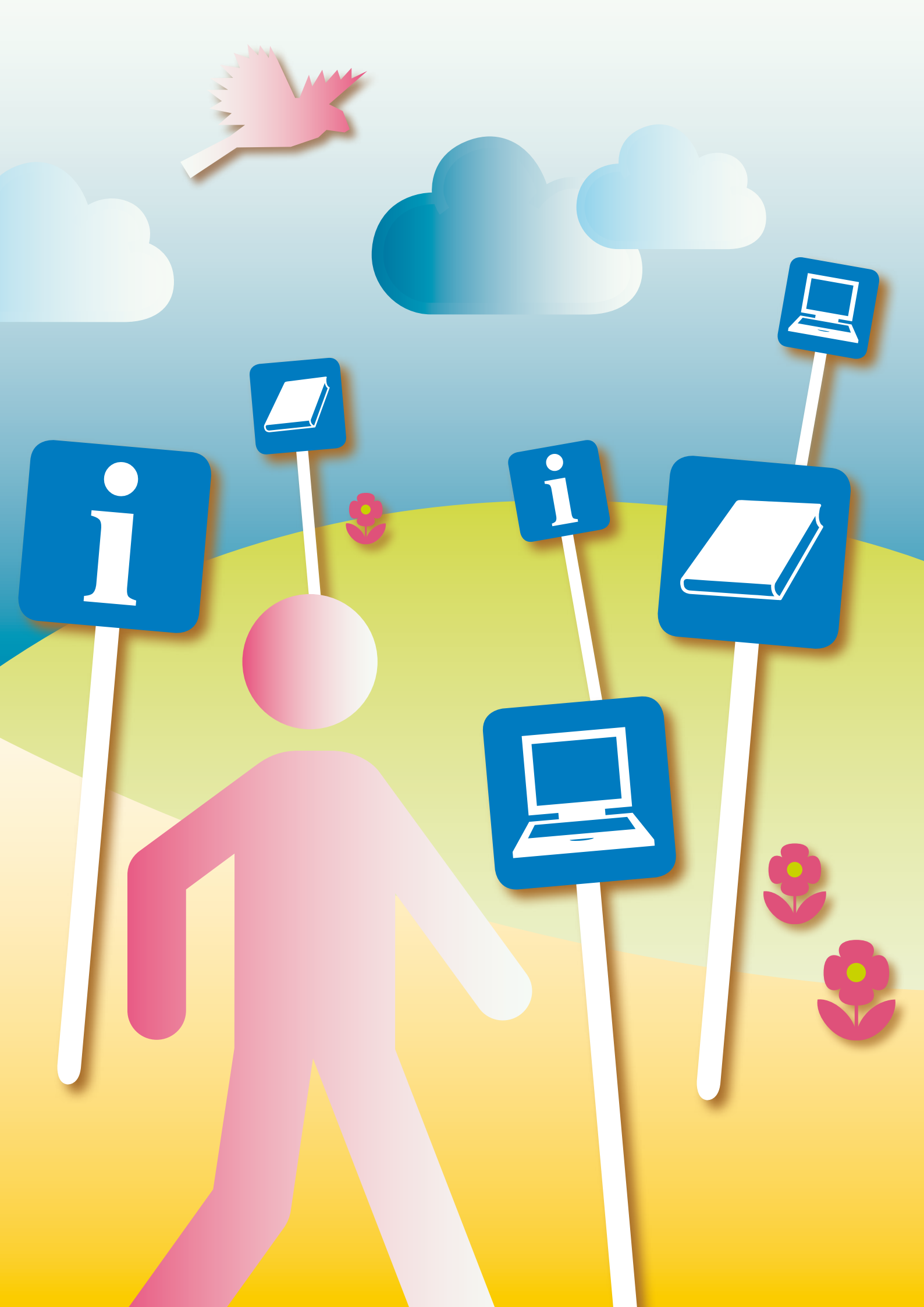
Q-koorts is een infectieziekte die mensen kunnen krijgen van dieren, vooral van melkgeiten en melkschapen. De oorzaak van de ziekte was lang onbekend. Daarom kreeg het de naam ‘query fever’ wat zoveel betekent als ‘vraagteken koorts’. Dit werd later Q-koorts. Q-koorts hield de gemoederen in de regio Zuidoost-Brabant vanaf 2007 flink bezig. Het duurde een paar seizoenen voor de overheid zich realiseerde dat Q-koorts tot een serieus probleem uit aan het groeien was. Mede dankzij de alerte en niet aflatende druk van de GGD artsen infectieziekten nam de overheid drastische maatregelen om de Q-koorts in te dammen. Die maatregelen werpen nu duidelijk hun vruchten af.

Ronald ter Schegget, arts infectieziekten bij de GGD Brabant-Zuidoost, kan er over meepraten. Hij was vanaf het begin nauw betrokken bij de aanpak van de Q-koorts.

‘Voor het team Infectieziektebestrijding is een uitbraak van deze omvang uniek. De Q-koorts uitbraak was daarnaast bijzonder omdat de bron gezocht moest worden bij geiten en schapen. We moesten dus nauw samenwerken met de veterinaire partners, zoals de Voedsel en Waren Autoriteit (VWA) en de Gezondheidsdienst voor Dieren (GD). Over en weer was sprake van een leerproces waarin helder werd wat ieders taak was. Langzaam groeide het vertrouwen. Door de Q-koorts crisis hebben we nu veel meer aandacht voor de relatie tussen de humane en veterinaire wereld. Er zijn veel initiatieven ontwikkeld om de samenwerking te bevorderen.

Ook de media aandacht tijdens de Q-koorts uitbraak is leerzaam geweest. In 2007 en 2008 schonken de media niet veel aandacht aan de ziekte. Maar daarna werkten tv programma’s als Zembla en NOVA als een catalysator bij het nemen van effectieve maatregelen. Het was voor mij als GGD-arts een hele uitdaging om in dit mediageweld de nuance te blijven zoeken en toch duidelijk

te communiceren. De samenwerking met de gemeenten was daarnaast heel belangrijk. Aanvankelijk ging het vooral om het geven van informatie over wat er aan de hand was. Hoeveel patiënten zijn er, wie is geïnformeerd en wie doet wat. Ook bij de communicatie naar het publiek werkten we nauw samen met de gemeenten en de provincie. We plaatsten artikelen in de huis-aan-huis bladen en informatie op de gemeentelijke websites. Tijdens informatiebijeenkomsten voor geïnteresseerden, liepen de emoties soms hoog op. Daar kwamen veelal mensen die een Q-koorts infectie hadden doorgeemaakt. Het was een hele kunst om dan de hoofdlijnen van de boodschap over te dragen. Ondertussen is het aantal nieuwe Q-koorts patiënten drastisch afgenomen en daarmee ook de (media) aandacht voor het onderwerp. Alertheid blijft echter van belang.’



Afkortingen en definities

Bronnen

Auteurs en adviseurs

Afkortingen en definities

COPD	Chronische obstructieve longziekten
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
PoZoB	Praktijkondersteuning Zuidoost Brabant
QALY	Quality Adjusted Life Years
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ses	Sociaaleconomische status
SRE	Samenwerkingsverband Regio Eindhoven
VNG	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning

- a Het SCP heeft in februari 2011 een nieuwe definitie met conceptueel model van kwetsbaarheid bij ouderen gepresenteerd (2). Hierbij hoort een nieuw ontwikkelde vragenlijst (Tilburg Frailty Indicator), die met behulp van 15 korte vragen meet in hoeverre een oudere kwetsbaar is. In de Ouderenmonitor 2006 en 2009 van de GGD Brabant-Zuidoost zijn we nog uitgegaan van de oude definitie van kwetsbaarheid, zoals deze in 2004 door het SCP is geformuleerd (4). Kwetsbaarheid is toen gedefinieerd als een situatie waarin de draaglast (ziektelast) voor een persoon te zwaar is in verhouding tot diens draagkracht (sociaal netwerk, inkomen).
- b Norm aanvaardbaar alcoholgebruik: Vrouwen maximaal 5 glazen/week, maximaal 1 glas/drinkdag, maximaal 5 drinkdagen/week; Mannen maximaal 10 glazen/week, maximaal 2 glazen/drinkdag, maximaal 5 drinkdagen/week.

Bronnen

Hoofdstuk 1

- 1 RIVM, (Gezonde) levensverwachting. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/-gezonde-levensverwachting (geraadpleegd 19 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- 2 Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 3 RIVM, Sterfte. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte (geraadpleegd 19 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- 4 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 5 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS, mei 2011.
- 6 GGD Brabant-Zuidoost. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen (2008-2009), Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen (2007-2008), Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen en Ouderenmonitor 65 jaar en ouder (2009-2010). www.GGDgezondheidsmonitor.nl. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2007-2009.
- 7 Luijben AHP, Kommer GJ. Tijd en toekomst. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 8 CBS, StatLine. statline.cbs.nl (geraadpleegd 17 mei 2011). Voorburg: CBS, 2011.
- 9 Provincie Noord-Brabant, Bevolkingsprognose 2008, www.brabant.nl/dossiers/dossiers-op-thema/bouwen-en-wonen/feiten-en-cijfers-wonen/bevolkingsprognose-2008.aspx (geraadpleegd 17 mei 2011). 's-Hertogenbosch: provincie Noord-Brabant, 2008.
- 10 RIVM, data voor regionale analyses. Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 11 Horizonline, Grip op wonen, zorg en welzijn in uw gemeente. www.horizonline.nl (geraadpleegd 19 april 2011). Delft: TNO, 2009.
- 12 Alzheimer Nederland. Cijfers en feiten over dementie. www.alzheimer-nederland.nl/media/38133/feiten%20en%20cijfers.pdf (geraadpleegd 19 april 2011). Bunnik: Alzheimer Nederland, 2010.

Hoofdstuk 2

- 1 Provincie Noord-Brabant, Bevolkingsprognose 2008, www.brabant.nl/dossiers/dossiers-op-thema/bouwen-en-wonen/feiten-en-cijfers-wonen/bevolkingsprognose-2008.aspx (geraadpleegd 10 mei 2011). 's-Hertogenbosch: provincie Noord-Brabant, 2008.
- 2 Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG (redactie). Gezond ouder worden in Nederland. RIVM-rapport nr. 270462001. Bilthoven: RIVM, 2011.
- 3 Campen van C (red.). Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2011.
- 4 GGD Brabant-Zuidoost. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen (2008-2009), Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen (2007-2008), Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen en Ouderenmonitor 65 jaar en ouder (2009-2010). www.GGDgezondheidsmonitor.nl. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2007-2009.
- 5 Klerk M de. Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau, 2004.
- 6 CBS Statline, Personen in institutionele huishoudens 2009. statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?DM=SLNL&PA=71488NED&D1=1,11&D2=0&D3=0,14-20&D4=52&D5=9&HDR=T&STB=G1,G2,G3,G4&VW=T
- 7 Samenwerkingsverband Regio Eindhoven (SRE). Zorgcoöperatie Hoogeloon Zorgcoöperatieve Ontwikkelingen Brabant 2011. Eindhoven: SRE, 2011.
- 8 VNG, ministerie van VWS, MO-groep. De Kanteling van de Vereniging Nederlandse Gemeenten. www.invoeringWmo.nl/content/de-kanteling-van-de-vereniging-nederlandse-gemeenten (geraadpleegd 10 mei 2011). Den Haag: VNG, 2009.
- 9 Zelf doen, samen doen, meedoen. Gemert-Bakel richt zich op "De Kanteling". Persbericht gemeente Gemert-Bakel, 12 april 2011.
- 10 ZonMw, Nationaal Programma Ouderenzorg. www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl (geraadpleegd 10 mei 2011). Den Haag: ZonMw, 2010.
- 11 Advies werkgroep Preventief ouderenbeleid De Kempen, 2011
- 12 POZOB. Factsheet KOMPLEET. Veldhoven: POZOB, 2011.
- 13 ZonMw. Zichtbare schakel. www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/zichtbare-schakel/ (geraadpleegd 7 juni 2011). Den Haag: ZonMw, 2009.
- 14 VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn

en Sport. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS, 2011.

- 15 Samen werken aan dementievriendelijk Brabant. Brief Programmaraad Zorgvernieuwing Psychogeriatric, 2011.

Hoofdstuk 3

- 1 Verweij A, Lucht F van der. Wat is de omvang van sociaaleconomische gezondheidsverschillen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl Gezondheidsachterstanden\Sociaaleconomische status, 7 december 2010.
- 2 De Volkskrant, 18 november 2008.
- 3 GGD Brabant-Zuidoost. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen (2008-2009), Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen (2007-2008), Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen en Ouderenmonitor 65 jaar en ouder (2009-2010). www.GGDgezondheidsmonitor.nl. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2007-2009.
- 4 Dotinga A, Picavet HSJ. Ontwikkelingen in sociaaleconomische gezondheidsverschillen. In: Monitor Gezondheidsachterstanden. Bilthoven: RIVM, www.gezondheidsachterstanden.nl Monitor Gezondheidsachterstanden, 23 juni 2006.
- 5 Lucht F van der, Bruggink JW, Kardal M, Lodder BJH. Zijn er verschillen naar sociaaleconomische status? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Levensverwachting, 8 december 2010.
- 6 Kunst A, Droomers M. Evaluatie van schattingen van sociaaleconomische verschillen in de gezonde levensverwachting in Nederland. Document opgesteld in opdracht van Ministerie van VWS. www.parlement.com/9353000/1/j4nvgs5kkg27kof_j9vwhy5i95k8zxl/vi9j8o3w7hyc/f=/blg21526.pdf (geraadpleegd 19 april 2011). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam; Bilthoven: RIVM, 2009
- 7 Lucht F van der en Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. RIVM-rapport nr. 270061005. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 8 Lucht F van der, Foets M. Etniciteit en gezondheid. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl Bevolking\Etniciteit, 20 september 2010.
- 9 Hoeymans N, Melse JM en Schoemaker CG (redactie). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM-

- rapport nr. 270061006. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 10 Berg M van den en Schoemaker CG (redactie). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. Bilthoven: RIVM, 2010.
 - 11 Geografische verschillen in gezondheid. In: VTV-2006. Bilthoven: RIVM, www.vtv2006.nl Dwarse thema's Gezondheidsachterstanden , 24 juni 2006.
 - 12 Seeleman C, Essink-Bot M, Stronks K. Toegankelijkheid en kwaliteit van de somatische zorg. Literatuurstudie. Programmeringstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw. Amsterdam: Academisch Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam, 2008.
 - 13 Huygen A, Vliet K van, Nederland T. Onderbouwing van indicatoren voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Literatuuronderzoek. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2009.
 - 14 OC&W, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. VSV-verkenner Zoom in op schooluitval. www.vsvverkenner.nl (geraadpleegd 21 maart 2011). Den Haag: OC&W, 2011.
 - 15 Dijkema P, Spijkers K. Wat is de huidige situatie in de regio? In: Regionale VTV, Regionaal Kompas Volksgezondheid Brabant-Zuidoost, www.regionaalkompas.nl/brabant-zuidoost/bevolking/mensen-met-een-lage-ses/, Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 19 mei 2011.
 - 16 CINOP. Schattingen van laaggeletterdheid in Zuidoost Brabant (diverse gemeenten; 2008). www.taalkrachtvoorgemeenten.nl (geraadpleegd 9 juni 2011). 's-Hertogenbosch: CINOP, 2008.
 - 17 Kickbush I et al. Navigating health. The role of Health Literacy. Londen: Alliance for Health and the Future, zonder datum.
 - 18 NIGZ, Stichting Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie. Gezondheidsvaardigheden. www.nigz.nl - Programma's - Gezondheidsvaardigheden www.nigz.nl/index.cfm?act=project.details&prog=3&proj=19 (geraadpleegd 18 maart 2011). Woerden: NIGZ, 2011.
 - 19 IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. Referentiekader voor aanpak van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Staat van de Gezondheidszorg 2010. Utrecht: IGZ, 2010.
 - 20 Programmacommissie SEGV-II. Sociaal economische gezondheidsverschillen verkleinen. Eindrapportage en beleidsaanbevelingen van de programmacommissie SEGV-II. Den Haag: ZonMw, 2001.
 - 21 OC&W, Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap. Aanval op de Uitval. www.aanvalop-schooluitval.nl (geraadpleegd 22 maart 2011). Den Haag: OC&W, 2011.
 - 22 GGD Brabant-Zuidoost. Gezond in de Buurt. www.ggdbzo.nl/gezondindebuurt (geraadpleegd 22 maart). Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2011.
 - 23 Spijkers K, Dijkema P. Wat gebeurt er al in de regio? In: Regionale VTV, Regionaal Kompas Volksgezondheid Brabant-Zuidoost, www.regionaalkompas.nl/brabant-zuidoost/bevolking/mensen-met-een-lage-ses/, Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 23 mei 2011.
 - 24 Loket Gezond Leven. Goede voeding hoeft niet veel te kosten. www.loketgezondleven.nl -Interventies- Goede voeding hoeft niet veel te kosten (geraadpleegd 20 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
 - 25 Loket Gezond Leven. Armoede en Gezondheid van kinderen. www.loketgezondleven.nl -Interventies- Armoede en gezondheid van kinderen (geraadpleegd 22 maart 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
 - 26 GGD Brabant-Zuidoost. Allochtone Zorgconsulent. www.ggdbzo.nl/allochtonezorgconsulent (geraadpleegd 22 maart). Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2011.

Hoofdstuk 4

- 1 Dorsselaer S van, Looze M de et al. HBSC 2009. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- 2 GGD Brabant-Zuidoost. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen (2008-2009), Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen (2007-2008), Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen en Ouderenmonitor 65 jaar en ouder (2009-2010). www.GGDgezondheidsmonitor.nl. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2007-2009.
- 3 Provincie Noord-Brabant, Bevolkingsprognose 2008, www.brabant.nl/dossiers/dossiers-op-thema/bouwen-en-wonen/feiten-en-cijfers-wonen/bevolkingsprognose-2008.aspx (geraadpleegd 28 april 2011). 's-Hertogenbosch: provincie Noord-Brabant, 2008.
- 4 Wijga AH, Scholtens S, Oeffelen AAM van, Beckers M. Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland. Omvang en gevolgen geïnventariseerd. RIVM-rapport nr. 260136001. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 5 Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. RIVM-rapport nr. 270232001. Bilthoven: RIVM, 2008.

- 6 Trimbos-instituut, Alcoholinfo.nl. www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=116 (geraadpleegd 26 mei 2011). Utrecht: Trimbos-instituut, 2011.
 - 7 OC&W, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Kamerbrief 266319 'naar passend onderwijs', 31 januari 2011, M van Bijsterveldt-Vliegthart, minister van OC&W. Den Haag: OC&W, 2011.
 - 8 OC&W, Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Kerncijfers 2005-2009. Den Haag: OC&W, 2010.
 - 9 Onderwijsraad. De school en leerlingen met gedragsproblemen. Den Haag: De Onderwijsraad, 2010.
 - 10 GGZ Nederland. Zorg op waarde geschat. update. Sectorrapport ggz 2010. Amersfoort: GGZ Nederland, 2010.
 - 11 MOgroep jeugdzorg. Brancherapportage jeugdzorg 2009. www.jeugdzorgnederland.nl (geraadpleegd 28 april 2011), Utrecht: MOgroep jeugdzorg, 2010.
 - 12 Politie Brabant Zuid-Oost. Korpsjaarverslag 2009, www.politie.nl/Brabant-Zuid-Oost/Images/jaarverslag2009160310versiedefinitief_tcm27-577539.pdf (geraadpleegd 28 april 2011). Eindhoven: Politie Brabant Zuid-Oost, 2010.
 - 13 Tweede Kamer, Algemene Commissie voor Jeugdzorg. Stelselherziening jeugdzorg: www.tweedekamer.nl/kamerleden/commissies/jg/index.jsp#TitleLink1 (geraadpleegd 28 april 2011). Den Haag: Algemene Commissie voor Jeugdzorg, 2011.
 - 14 Verhaar K, Smets J, Bosmans M. Vraag in kaart. Tilburg: Het PON, Kennis in uitvoering, 2010.
 - 15 Brouwer D. VVE & CB; de rol van het consultatiebureau bij de Voor- en Vroegschoolse Educatie. Veldhoven: ZuidZorg, 2011.
 - 16 De Volkskrant: Interview Hoogleraar Pedagogiek Micha de Winter 'Kind krijgt veel te snel een etiket', 22 maart 2011.
 - 17 VWS, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS, 2011.
 - 18 Hermans J. Het opvoeden verleerd. Rede. Amsterdam: UvA, 2009.
 - 19 Buitendijk S. Nederlandse kinderen hebben recht op gezonder zijn. Jeugd in onderzoek: de kracht van preventie in de jeugdketen. Congresbundel. Nieuwegein: NBC, 13 maart 2009.
- Hoofdstuk 5**
- 1 Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. RIVM-rapport nr. 270061005. Bilthoven: RIVM, 2010.
 - 2 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG (redactie). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061006. RIVM: Bilthoven, 2010.
 - 3 Kuunders MMAP, Laar MW van. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van alcoholgebruik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Alcoholgebruik, 24 maart 2010.
 - 4 GGD Brabant-Zuidoost. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen (2008-2009), Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen (2007-2008), Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen en Ouderenmonitor 65 jaar en ouder (2009-2010). ggd-bzo.gezondheidsatlas.nl
 - 5 Schrijvers CTM, Schoemaker CG (2008). Spelen met gezondheid: leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. RIVM-rapport nr. 270232001. Bilthoven: RIVM, 2008
 - 6 Trimbos-Instituut, Alcoholinfo.nl. www.alcoholinfo.nl/index.cfm?act=esite.tonen&pagina=116
 - 7 Mulder M. Overmatige en zware drinkers 2005-2008. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.zorgatlas.nl Zorgatlas\Beïnvloedende factoren\Leefstijl\Alcoholgebruik, 22 juni 2010.
 - 8 Bakel AM van. Zijn er binnen Nederland verschillen naar regio? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Persoonsgebonden\Lichaamsgewicht, 22 maart 2010.
 - 9 Berg M van den, Schoemaker CG (redactie). Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr. 270061007. RIVM: Bilthoven, 2010.
 - 10 Mackenbach JP (eindredactie). Successen van preventie 1970-2010. Erasmus Publishing: Rotterdam, 2011
 - 11 Stuurgroep Alcohol en Jongeren (2009). Projectplan 'Laat je niet flessen!' 2010-2013. www.ljnf.nl
 - 12 GGD Brabant-Zuidoost. Familie Lekkerbek in Balans. www.ggdbzo.nl/lekkerbek
 - 13 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Gezondheid dichtbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: VWS, mei 2011.

- 14 Pomp M. Een beter Nederland – De gouden eieren van de gezondheidszorg. Amsterdam: Uitgeverij Balans, 2010
- 15 GGD Brabant-Zuidoost. Gezondheidsrace Laarbeek. www.ggdbrzo.nl/GGDbrzo_C01/default.asp?comid=1&modid=1306&itemid=0&time=1
- Hoofdstuk 6**
- 1 CBS, StatLine. statline.cbs.nl (geraadpleegd 1 juni 2011). Voorburg: CBS, 2011.
- 2 WHO. Characteristics of the emergent influenza A (H1N1) viruses and recommendations for vaccine development, www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/H1N1Vaccinevirusrecommendation26May2009.pdf (geraadpleegd 7 juni 2011). Geneve: WHO, 2009.
- 3 RIVM. Themapagina Q-koorts voor professionals. www.rivm.nl/cib/themas/Q-koorts/q-koorts-professionals.jsp (geraadpleegd 21 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- 4 GGD Brabant-Zuidoost. Cijfers afdeling infectieziekten. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2011.
- 5 World Health Organization. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth Global Report. The WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance 2002-2007. Geneve: WHO, 2008.
- 6 Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010: Van gezond naar beter. RIVM-rapport nr: 270061006. Bilthoven: RIVM, 2010.
- 7 RIVM. Ozon in de buitenlucht 2005-2007. www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/fysieke-omgeving/ozon-in-de-buitenlucht-2005-2007/#breadcrumb (geraadpleegd 20 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- 8 RIVM. Chronische klachten aan luchtwegen 2005-2008. www.zorgatlas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ademhalingswegen/chronische-klachten-aan-luchtwegen-2005-2008/#breadcrumb (geraadpleegd 20 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- 9 RIVM. Grootschalige Concentratie- en Depositiekaarten Nederland (GCN en GDN). geodata.rivm.nl/gcn/ (geraadpleegd 20 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2011.
- 10 Planbureau voor de Leefomgeving. pbl.nl/dossiers/fijn-stof/veelgestelde_vragen#vraag1 (geraadpleegd 20 april 2011). Den Haag: PBL, 2011.
- 11 Fischer PH, Marra M, Wesseling J, Cassee FR. Invloed van de afstand tot een drukke verkeersweg op de lokale luchtkwaliteit en de gezondheid: een quick scan. In opdracht van: Directoraat-generaal Milieu van het Ministerie VROM. Den Haag: VROM, 2007.
- 12 Passchier-Vermeer W (TNO Inro). Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van geluid? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. www.nationaal-kompas.nl/gezondheidsdeterminanten/omgeving/milieu/geluid/wat-zijn-de-mogelijke-gezondheidsgevolgen-van-geluid/ (geraadpleegd 20 april 2011). Bilthoven: RIVM, 2005.
- 13 Compendium voor de Leefomgeving. www.compendiumvoordeleefomgeving.nl/indicatoren/nl0294-Geluidhinder%3A-ernstige-hinder.html?i=13-45 (geraadpleegd 20 april 2011). Den Haag: PBL, 2011.
- 14 GGD Brabant-Zuidoost. Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen (2008-2009), Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen (2007-2008), Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen en Ouderenmonitor 65 jaar en ouder (2009-2010). www.GGDgezondheidsmonitor.nl. Helmond: GGD Brabant-Zuidoost, 2007-2009.
- 15 Alders H. Advies over de luchthavenontwikkeling van Eindhoven. Juni 2010. Tafel van Alders. In opdracht van het ministerie van V&W. www.alderstafel.nl/eindhoven (geraadpleegd 20 april 2011). Den Haag: 2010.
- 16 To70. Milieuanalyses Eindhoven Airport. Effect op geluid en externe veiligheid bij verdere ontwikkeling van het civiel gebruik. In opdracht van de gemeente Eindhoven. Den Haag: To70, 2009.
- 17 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid dichterbij. Landelijke nota gezondheidsbeleid. Den Haag: Ministerie van VWS, 2011.
- 18 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Inhoud en kwaliteit nota's lokaal gezondheidsbeleid. Onderzoeksresultaten 2009. Den Haag: Ministerie van VWS, 2009.
- 19 Heederik DJJ, IJzermans CJ et al. Mogelijke effecten van bedrijven met intensieve veehouderij op de gezondheid van omwonenden: onderzoek naar blootstelling en gezondheidsproblemen. Interimrapportage 21 januari 2011. Utrecht: IRAS, 2011.
- 20 Zee SC van der, Walda IC. GGD-richtlijn medische milieukunde. Luchtkwaliteit en gezondheid. RIVM-rapport nr. 609330008/2008. Bilthoven: RIVM, 2008.
- 21 Berg AE van den, Ronde K de. Groen en gezondheid van stadsbewoners: samenvatting van het Vitamine G2 onderzoek. Wageningen: Alterra, 2009.

- 22 Maas J, Verheij RA, Groenewegen PP, Vries S de, Spreeuwenberg P. Green space, urbanity and health: how strong is the relation? *J of Epidemiology and Community Health*, 60 (7): 587-592, 2006.
- 23 Gezondheidsraad en Raad voor Ruimtelijk, Milieu- en Natuuronderzoek. *Natuur en gezondheid: invloed van natuur op sociaal, psychisch en lichamelijk welbevinden*. Den Haag: Gezondheidsraad en RMNO, 2004.
- 24 Van Wetten J et al. Een groene gezonde wijk. *Inspiratie voor de praktijk*. Brochure, 2010.
- 25 Atlas Leefomgeving. www.atlasinfo.nl/ (geraadpleegd 20 april 2011).

Auteurs en adviseurs

Auteurs

Hoofdstuk 1

- Drs. A.M. van Gestel, onderzoeksfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.J.H. van Niekerk, beleidsfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. P.W.M. van Nierop, teammanager onderzoek en preventie GGD Brabant-Zuidoost
- P.G.H. van den Dobbelsteen, sectormanager gezondheidsbevordering GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.E. de Kok, projectleider rVTV GGD Brabant-Zuidoost

Hoofdstuk 2

- Drs. Y.E.G. Meertens, onderzoeksfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- P.G.H. van den Dobbelsteen, GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. P.F.J. van Bree, beleidsfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- Dr. A. Eugster, onderzoeksfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. P.W.M. van Nierop, teammanager onderzoek en preventie GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.E. de Kok, projectleider rVTV GGD Brabant-Zuidoost

Hoofdstuk 3

- Drs. K.F.J. Spijkers, functionaris gezondheidsbevordering GGD Brabant-Zuidoost
- Ir. P.M.T. Dijkema, onderzoeksfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. P.W.M. van Nierop, teammanager onderzoek en preventie GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.J.H. van Niekerk, beleidsfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost

Hoofdstuk 4

- Drs. A.M. van Gestel, onderzoeksfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. Y.E.G. Meertens, onderzoeksfunctionaris GGD Brabant-Zuidoost
- P.G.H. van den Dobbelsteen, sectormanager gezondheidsbevordering GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.J.F. Blom, sectormanager jeugdgezondheidszorg GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.E. de Kok, projectleider rVTV GGD Brabant-Zuidoost

Hoofdstuk 5

- Drs. Y.E.G. Meertens, onderzoeksfunctaris
GGD Brabant-Zuidoost
- P.G.H. van den Dobbelsteen, sectormanager
gezondheidsbevordering GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. P.F.J. van Bree, beleidsfunctionaris
GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.E. de Kok, projectleider rVTV
GGD Brabant-Zuidoost

Hoofdstuk 6

- Drs. A.M. van Gestel, onderzoeksfunctaris
GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. I. van den Broek, adviseur gezondheid en
milieu Bureau Gezondheid, Milieu en Veiligheid
- Drs. R. Nijdam, adviseur gezondheid en milieu
Bureau Gezondheid, Milieu en Veiligheid
- Drs. W.J.A. Lamers, sectormanager algemene
gezondheidszorg GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. M.E. de Kok, projectleider rVTV GGD
Brabant-Zuidoost

Interviews

Drs. C.J.M. Klaasen, communicatieadviseur
GGD Brabant-Zuidoost

Adviseurs

Stuurgroep regionale VTV

- Drs. L.G.M. Bisschops, portefeuillehouder welzijn
gemeente Best (tot mei 2010)
- T.C.W. Maas, portefeuillehouder welzijn
gemeente Someren (vanaf mei 2010)
- M. van der Put, ZuidZorg
- Drs. A.H.H. Stevens-Ruiters, directeur
GGD Brabant-Zuidoost
- J.M.M. Tils, portefeuillehouder welzijn
gemeente Bergeijk
- P. Venema, portefeuillehouder welzijn
gemeente Veldhoven (tot mei 2010)
- Ir. C.E.P. van der Weijden-van Brakel, portefeuil-
lehouder welzijn gemeente Veldhoven (vanaf mei
2010)
- Drs. M.E. de Kok, projectleider rVTV,
GGD Brabant-Zuidoost

Begeleidingsgroep regionale VTV

- Drs. J. H. ten Caten, waarnemend onderzoekscoör-
dinator BIO, gemeente Eindhoven
- Drs. J. A. Dekker, MPH, beleidsfunctionaris infec-
tieziektebestrijding, GGD Brabant-Zuidoost
- Ir. A.J. Hazebroek, projectleider digitaal dossier
JGZ, GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. L. Heurman, beleidsontwikkelaar openbare

gezondheidszorg, gemeente Eindhoven

- A.J.T. Kellenaers-Clement, beleidsmedewerker De
Zorgboog, tevens in opdracht van ZuidZorg
- Drs. M. E. de Kok, projectleider rVTV, GGD
Brabant-Zuidoost
- Ir. C. J. Kooijmans, coördinator maatschappelijk
beleid, gemeente Heeze-Leende
- Drs. W. J. A. Lamers, sectormanager algemene
gezondheidszorg, GGD Brabant-Zuidoost
- Dr. J. G. Marsman, coördinator onderzoek en
statistiek, gemeente Helmond
- Drs. P.W.M. van Nierop, teammanager onderzoek
en preventie, GGD Brabant-Zuidoost
- Drs. R. Nijdam, adviseur milieu en gezondheid,
Bureau Gezondheid, Milieu en Veiligheid

Referenten

Dr. F. van der Lucht en Prof. dr. J.J. Polder van het
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu



Brabant-Zuidoost

Op weg naar een gezonder Zuidoost- Brabant

Regionaal rapport

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2011

Het gaat goed met onze gezondheid in Zuidoost-Brabant! We leven langer en we blijven langer gezond. Ook laten we ons minder verleiden tot ongezond gedrag. De gezamenlijke inspanningen van de afgelopen jaren beginnen dus hun vruchten af te werpen. 'Kunnen we nu in onze stoel achterover leunen en tevreden zijn?' Nee, helaas. In dit rapport schetsen wij u enkele zorgwekkende ontwikkelingen waar de regio Zuidoost-Brabant de komende jaren mee te maken krijgt. Zo staan we samen voor de uitdaging om zorg te dragen voor de toenemende groep ouderen, die te maken krijgt met ziekten als diabetes, dementie en depressies. Maar ook maken we ons zorgen over de grote gezondheidsachterstanden bij de lagere sociaaleconomische groepen in de regio en de toename van het aantal kinderen dat zorg nodig heeft. Door verandering in leefstijl, milieu en klimaat liggen bovendien nieuwe infectieziekten op de loer. Maar ook de ontwikkelingen in de fysieke omgeving, zoals de uitbreiding van Eindhoven Airport, vormen

een bedreiging voor de gezondheid. We kunnen deze ontwikkelingen afwachten. Maar wij geven er de voorkeur aan om actief deze problemen aan te pakken en samen met u te blijven investeren in de gezondheid van onze regio. Dit rapport biedt hiervoor aanknopingspunten en daarmee kunnen we weer verder op weg naar een gezonder Zuidoost-Brabant.

Dit rapport 'Op weg naar een gezonder Zuidoost Brabant' is één van de drie producten binnen de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) van de GGD Brabant-Zuidoost. Naast dit regionale rapport bevat de rVTV 21 gemeentelijke rapporten met de belangrijkste kernboodschappen voor het lokale beleid. Het Regionaal Kompas Volksgezondheid (www.regionaalkompas.nl) geeft inzicht in de mogelijkheden die we hebben voor gezondheidswinst door lokaal gezondheidsbeleid.



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