

Menterwolde Gezond & Wel

Basisnota

Lokaal Gezondheidsbeleid

2014 – 2017

Gemeente Menterwolde

December 2013

Woord vooraf

Gezondheid is ons grootste goed!

Ooit was gezondheidsbeleid voor de gemeente een beleidsarm thema, daar hadden we immers de GGD voor.

Met de nota 'Gezondheid dichtbij', heeft de overheid een flinke koerswijziging ingezet. De eigen verantwoordelijkheid van de burger staat nu centraal. Hiermee wordt tevens het accent verlegd van curatief naar preventief.

Voor ons als gemeente een mooie uitdaging om samen met onze inwoners te werken aan een vitalere en gezondere samenleving.

Het thema gezondheid, zo moeten we erkennen, hangt nauw samen met diverse gemeentelijke beleidsterreinen. Een gezonde leefomgeving, voldoende mogelijkheden tot sport en bewegen en actieve deelname aan de samenleving zijn factoren die onze gezondheid beïnvloeden.

Daarom is een verbinding leggen tussen al deze beleidsterreinen een verantwoordelijke taak die we als gemeente met enthousiasme oppakken.

Samen met vele uitvoerders op deze terreinen, en participerende burgers hebben we de nodige sprankelende ideeën verzameld. Deze bijdragen, samen met een goede basisnota zijn de uitgangspunten om een goed gezondheidsbeleid voor de jaren 2014 t/m 2017 voor de inwoners van gemeente Menterwolde te borgen.

Annelien de Winter

Wethouder volksgezondheid

1. Inleiding

Op je gezondheid!

Dat wensen wij elkaar toe als er iets te vieren valt – want gezondheid is voor vrijwel iedereen een groot goed in het mensenleven. Gezondheid is niet alleen medebepalend voor het gevoel van geluk en welzijn, het is ook een voorwaarde om mee te kunnen doen in de samenleving. En – omgekeerd- is het voor die samenleving van belang dat haar leden gezond, of in elk geval zo gezond mogelijk zijn. Dat geldt ook voor onze gemeente. Want gezonde inwoners maken een gezonde gemeente, of het nu in sociaal-maatschappelijk of in economisch opzicht is.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid doet er dus toe, anno 2014. De Rijksoverheid onderstreepte dit al 12 jaar geleden, toen de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV, nu Wet Publieke Gezondheid/WPG) iedere gemeente opdroeg vierjaarlijks een nota volksgezondheid (inclusief een uitvoeringsprogramma) te maken. In het beleid dient in elk geval aandacht te zijn voor een sluitend netwerk van basisvoorzieningen, voor de collectieve preventie van gezondheidsproblemen en (sinds 2008) ook de beschikbaarheid van een samenhangende ouderenzorg.

De afgelopen jaren heeft Menterwolde geen aparte nota gezondheidsbeleid gemaakt. Daar hadden wij een goede reden voor: gezondheid wordt voor een belangrijk deel bepaald door maatregelen die wij nemen op andere beleidsterreinen, in het bijzonder de WMO. Als je daar voldoende aandacht aan gezondheid besteedt, zo was onze redenering, dan komt dat uiteindelijk ook ten goede aan de gezondheid van onze inwoners. Wij staan nog steeds achter dat uitgangspunt, maar zien ook dat niet alle gezondheidsthema's op deze wijze genoeg tot hun recht komen. Veel van die thema's hebben een sterke verbinding met andere beleidsvelden, zoals opvoeding (jeugdbeleid), eenzaamheid (ouderenbeleid) of bewegen (ruimtelijke ordening). 'Gezondheid' sneeuwt daar echter nog al eens onder. Ook zijn er thema's die dan niet in beeld zijn, zoals overgewicht dat sterk met ons voedings-patroon te maken heeft of alcohol, dat behalve om handhaving ook vraagt om een preventieve aanpak.

Met deze nota maken we van volksgezondheid één van onze reguliere gemeentelijke aandachtsgebieden en geven wij aan hoe wij de komende vier jaar onze inwoners willen helpen om hun gezondheid te verbeteren en te behouden. Dat doen we met overtuiging – omdat wij hen hun gezondheid gunnen, maar ook omdat het bijdraagt aan onze eigen gezondheid als gemeente.

Allereerst gaan we na hoe het staat met de gezondheid van onze inwoners. Dan verkennen we wat er landelijk en lokaal aan ontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid speelt. Dat leidt tot onze visie, waaruit we de speerpunten voor de komende vier jaar destilleren. Enkele korte hoofdstukken over de wijze van monitoring van ons beleid, de communicatie hierover en de financiële aspecten besluiten deze kadernota.

Op basis van deze nota stellen wij vervolgens een Uitvoeringprogramma 2014-2017 op, met daarin onze concrete plannen om het vastgestelde beleid uit te voeren. Want beleid is één ding – maar het komt er uiteindelijk altijd weer op neer hoe dat 'landt' in de praktijk!

2. De gezondheid van Menterwolde

Beleid begint met cijfers, en de analyse daarvan. Wat de volksgezondheid betreft vinden we veel gegevens in het *Gezondheidsprofiel Groningen 2012* van de GGD Groningen, de vierjaarlijkse scan van de staat van de publieke gezondheid in de provincie Groningen. Het gezondheidsprofiel levert de onderbouwing voor keuzes in het lokaal gezondheidsbeleid, op gemeentelijk en regionaal niveau. Vooral leeftijd en welvaartsniveau zijn daarbij bepalend voor de gezondheid. In de bijlagen treft u een uitgebreidere weergave aan van de gegevens.

Maar er is méér dan cijfers alleen. Het gaat ook om hoe de inwoners van Menterwolde zelf aankijken tegen hun gezondheid, en waar ze zich zorgen over maken. In dit hoofdstuk kijken we naar beide bronnen: de beschikbare gezondheidscijfers van de regio Centrum-Oost Groningen, en de uitkomst van gesprekken met een aantal 'stakeholders'. Samen levert dat een doorsnee op van de gezondheidssituatie in onze gemeente, de basis voor ons voorgenomen beleid.

Levensverwachting, ziekte en zorg

De levensverwachting van de Menterwolmers is de afgelopen twee jaar met 2 maanden toegenomen tot gemiddeld 80 jaar. Dit is zeven maanden minder dan landelijk. Deze trend zien we al meerdere decennia en heeft met name te maken met betere en ruimer beschikbare gezondheidszorg waardoor de mortaliteit daalt, maar juist het aantal chronisch zieken groeit. Verwacht wordt dat het eind van de stijgende lijn in zicht is. Vele decennia waren hartvaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak maar sinds 2009 neemt kanker de eerste plaats in. De top-3 van specifieke doodsoorzaken (hartinfarct, longkanker en beroerte) zijn alle gerelateerd aan roken. De sterfte rond de geboorte ligt 10% hoger dan landelijk het geval is, hier ligt ook een verband met roken. Opvallend is het hoge aantal mensen met één of meer chronische ziekten. Onder volwassenen is dat 52%, tegen 45% gemiddeld in de provincie Groningen. Van 65-plussers hebben ruim 4 op de 5 hier mee te maken. Dit kan worden verklaard uit een combinatie van de bevolkingssamenstelling (relatief veel ouderen) en leefstijl, waar we hieronder nader op ingaan.

Het aantal volwassenen dat op dit moment mantelzorg geeft ligt op 14%, iets hoger dan in de provincie. Iets lager ligt echter het aantal mensen dat vrijwilligerswerk verricht (27%), waarbij met name de groep boven de 50 achterblijft. Ook het aantal volwassenen dat bereid zegt te zijn informele zorg te verlenen is lager dan provinciaal, in Menterwolde is dat 53% tegen 60% gemiddeld. In Menterwolde gaan mensen vaker naar de huisarts en bezoeken ze vaker het ziekenhuis dan gemiddeld. Zorg zonder verblijf (huishoudelijke hulp en thuiszorg) is na correctie voor leeftijd ook hoger dan landelijk. Het valt op dat gebruikers van zorg in Menterwolde over het algemeen tevreden zijn over de bereikbaarheid van de zorg.

Leefstijl

Leefstijl vormt een belangrijke indicator voor het ontstaan van (chronische) ziekten. Daarom is het goed nieuws dat voor het eerst het aantal jongeren onder de 16 dat alcohol drinkt iets is gedaald, ook in Menterwolde. Maar áls jongeren drinken, drinken ze ook vaak en veel: 31% van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar doet aan dit zogenaamde 'bingedrinken', onder lager opgeleide jongeren is dit (soms aanzienlijk) meer. Bijna 10% van de inwoners van Menterwolde kan worden aangemerkt als zware drinker.

Alcohol en roken, ook van cannabis gaan vaak samen. Het aantal jongeren dat rookt ligt met 18% iets onder het provinciaal gemiddelde, terwijl het aantal jeugdige cannabisgebruikers met ruim 9% in Menterwolde daar iets boven ligt – waarbij bedacht moet worden dat de stad Groningen zorgt voor een wat vertekend beeld.

Tenslotte overgewicht, een groeiend probleem dat wordt veroorzaakt door te weinig beweging in combinatie met te veel en ongezond eten. 56% van de volwassenen in Menterwolde heeft overgewicht, waarvan 14% vetzucht of obesitas. 63% van de volwassenen voldoet aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen tegen gemiddeld in Nederland 70%. Overgewicht begint steeds vaker op jonge leeftijd. Van de 9- en 10-jarigen in Menterwolde had in 2009 30% overgewicht, tegen 20% gemiddeld in de provincie.

Psychische gezondheid

Tenslotte nog enkele gegevens over de mate van psychische en psychosociale gezondheid.

Anno 2013 rapporteert 9.9% van de bewoners dat ze te kampen hebben met gevoelens van (zeer) ernstige eenzaamheid. Dit percentage ligt boven het provinciale gemiddelde van 8.4%. Van de volwassenen zegt 55% zich meestal of altijd gelukkig te voelen, 45% heeft een andere beleving. 8% van de inwoners loopt een verhoogd risico op een angst- of depressiestoornis, gemiddeld is dat in de provincie 5.2%.

Waar maken de Menterwolmers zich zorgen over?

Deze vraag is gesteld aan een aantal representatieve 'stakeholders' (voor een overzicht zie de bijlagen). Inhoudelijke gezondheidsthema's die worden genoemd zijn het alcohol- en druggebruik onder jongeren, overgewicht bij kinderen in combinatie met weinig beweging, voedingsproblematiek en eenzaamheid bij ouderen en psychische en psychosociale problemen, samengevat met de woorden 'somer en gespannen'. Deze indruk wordt deels onderstreept door de hierboven (en in de bijlage) genoemde onderzoeksgegevens. Aan de andere kant blijkt ook dat de 'beleving' soms ook problemen uitvergroot. Zo is het alcoholgebruik onder jongeren weliswaar hoog, maar nauwelijks afwijkend van provinciale gemiddelden; het beeld wordt mede bepaald door een kleine groep overlastgevende drinkers. De cijfers voor Menterwolde zijn globaal vergelijkbaar met landelijke gemiddelden, met de kanttekening dat de lage sociaaleconomische score hier relatief sterk is vertegenwoordigd. De trend is dat 16-minners later beginnen met drinken, en steeds vaker niet drinken. Dit is gerelateerd aan een hoge sociaaleconomische status. Bij 16-plussers neemt niet zozeer de totale hoeveelheid geconsumeerde alcohol toe, maar vooral het aantal glazen per keer. Overgewicht wordt kennelijk 'normaler' gevonden maar is in Menterwolde wel degelijk bovengemiddeld hoog. Ook opvallend is dat de stakeholders niet chronische ziekten noemen als belangrijk probleem, terwijl dit nou juist significant vaker voorkomt.

Een interessant beeld komt uit de gesprekken als het gaat om de achtergronden van de genoemde 'zorgen'. Dan ontstaat een beeld van een samenleving waar problemen vaak van generatie op generatie worden 'overgeërfd', van mensen die er niet in slagen om de slag van kansarm naar kansrijk te maken, die moeilijk zijn te motiveren om hun leefpatroon te veranderen. Een beeld van een laag gemiddeld opleidings- en inkomensniveau, van relatieve armoede en gemis aan startkwalificaties. Daaruit vloeit een gebrek aan toekomstperspectief voort, versterkt door een passief 'in het leven staan' en een wat lagere participatiegraad dan gemiddeld in de provincie. Er bestaat een wederkerige relatie met veel genoemde zaken als psychische- en psychosociale problematiek, opvoedingsonmacht en zwakke gezinscohesie.

Tegenover dit wat 'zware' beeld staan gelukkig ook positieve noties. Hierboven werd al genoemd dat nogal wat inwoners van Menterwolde bereid zijn om elkaar te helpen of vrijwilligerswerk te doen ('sociaal kapitaal'). En er gebeurt al heel wat. Zo is in vrijwel alle dorpen een actieve ouderencommissie die activiteiten in de sfeer van educatie, cultuur en ontspanning organiseert. Er zijn beweeggroepen, zwemgroepen voor ouderen en ook participeert Menterwolde in het Healthy Ageing programma. Dorpen hebben hun eigen dorpsadviesraad, die zelf werkt aan de oplossing van problemen. De kerk speelt hier en daar een belangrijke rol. En –ook niet onbelangrijk– er liggen stevige beleidskaders op een aantal voor gezondheid relevante beleidsterreinen. **3. Gezondheid speelt overal een rol**

Binnen onze gemeente is de afgelopen jaren intensief gewerkt op beleidsterreinen waar gezondheid direct of indirect een rol speelt. Een korte impressie:

Kanteling WMO

Zeer relevant is de kanteling van de WMO en het Welzijn Nieuwe Stijl, te beschouwen als de paraplu voor beleid in het gehele sociaal domein.

Het gaat om een andere manier van denken: niet de overheid, maar de burger zelf is aan zet. Verantwoordelijkheid voor elkaar staat centraal.

Doordat hierin nadrukkelijk uitgegaan wordt van 'de actieve burger' biedt dit beleid ook kansen voor 'de gezonde burger'. Het omgekeerde is even waar: een gezonde burger participeert actiever in de samenleving – een mooi voorbeeld van onderlinge afhankelijkheid, ofwel 'parallele belangen'. In de aanloop naar de overheveling van de AWBZ-gefinancierde zorg naar de gemeente (1 januari 2015) wordt gezondheid daarmee een factor van betekenis. Tegelijkertijd kan het compensatiebeginsel ook positief uitwerken op de gezondheid. De gelijktijdige overdracht van de sturing op de Jeugdzorg biedt de gemeente de kans om effectiever en efficiënter zorg te bieden als dat samengaat met meer preventie 'aan de voorkant'. Kinderen en jongeren komen daarbij minder snel in de gevarenzone waardoor naar verwachting minder zorgkosten hoeven te worden gemaakt.

Jong in Menterwolde

Dat brengt ons op de eveneens relevante nota 'Jong in Menterwolde' (looptijd tot 2015). Uitgangspunten zijn het bieden van een veilige (sociale) leefomgeving, het stimuleren van initiatief, participatie/meedoen en het ondersteunen van opvoedingssituaties. Gezondheid van onze jeugd is onlosmakelijk verbonden aan deze uitgangspunten. Denk bijvoorbeeld aan de grote rol die ouders spelen bij het ontstaan van overgewicht of het voorkomen van overmatig alcoholgebruik. Of aan de ondergewaardeerde bijdrage die buitenspelen geeft aan gezondheid.

Doel van ons jeugdbeleid is primair het betrokken, verantwoordelijk en vooral positief maken van onze jeugd – allemaal factoren die bijdragen aan de psychosociale gezondheid.

Wij willen kinderen en jongeren de aandacht geven die ze nodig hebben om uit te groeien tot evenwichtige volwassenen die bijdragen aan een gezonde samenleving. Die aandacht spreekt uit ons jeugdbeleid (en zal ook leidraad zijn bij de komende decentralisatie van de jeugdzorg) maar bovenstaande willen wij ook in ons gezondheidsbeleid borgen.

Gezondheid en sport

Dat doet ook de sport. In onze kadernota *Duurzaam sportief* is gezondheid al als belangrijk ijkpunt opgenomen; sport en bewegen zijn immers sterk verbonden.

Het uiteindelijke doel is globaal gelijk: een gezonde, vitale en sociale samenleving. Eén van de manieren om dat doel te bereiken is mensen in staat te stellen en te verleiden tot actieve sportbeoefening, in verenigingsverband of individueel.

Om dat te bereiken willen we sportbeoefening zo laagdrempelig mogelijk maken en hebben we aandacht voor een groene, toegankelijke en uitdagende leefomgeving. We hebben de combinatiefuncties overeind willen houden omdat we daarmee een belangrijk instrument hebben om onze jeugd gezond te krijgen en te houden. Bovendien dragen ze bij aan integraal beleid door verschillende beleidsterreinen te verbinden. Wij hechten sterk aan de samenwerking met de sportverenigingen in onze gemeente – zij vormen een belangrijke spil in ons participatie-beleid. Een belangrijk aspect van ons sportbeleid is immers de sociale betekenis: via sport ontmoeten mensen elkaar en nemen ze deel aan het maatschappelijk leven. En ook dat is goed voor gezondheid!

Integraal veiligheidsbeleid

Een veilig gevoel is een basisvoorwaarde voor het goed kunnen functioneren in de samenleving. Veiligheid is daarom, net als gezondheid, verbonden met vele beleidsterreinen.

In ons beleid willen we zoveel mogelijk investeren aan de voorkant, door het ontstaan van onveiligheid te voorkomen.

We zetten dus in op preventief beleid. Dat begint al met het aanleren van sociale vaardigheden thuis en op school: respect voor elkaar, weerbaarheid tegen verleidingen, kunnen omgaan met conflicten. Dat heeft met opvoeding te maken, met het stellen en handhaven van regels, bijvoorbeeld over alcoholgebruik, een belangrijke veroorzaker van overlast en een gevoel van onveiligheid. In onze kadernota 2013-2014 hebben we niet voor niets 'jeugd en alcohol' als één van de speerpunten genomen. Het gaat ook over de sociale samenhang in de straat, de buurt of het dorp, om de betrokkenheid op elkaar en de bereidheid tot hulp. In het hoofdstuk 'de gezondheid van Menterwolde' is al opgemerkt dat er wat dat betreft mooie kansen liggen.

Ouderenbeleid

Op dit moment zijn wij bezig om ons ouderenbeleid te herijken.

In onze visieontwikkeling nemen we de kantelingsgedachte uit de WMO mee en kijken we vooral naar wat (oudere) mensen wél kunnen, ook al ervaren zij problemen.

Dan komen het verrichten van vrijwilligerswerk en het bieden van mantelzorg al snel in beeld. We verbinden dat aan onze nieuwe taak uit de Wet Publieke Gezondheid: het voeren van de regie op preventieve activiteiten voor ouderen. Wij worden daarbij geholpen door onze seniorenvoorlichters, de coördinatoren voor mantelzorg en vrijwilligerswerk en de ouderencommissies in de dorpen. Een belangrijke impuls komt ook van onze deelname in het Healthy Ageing project waarin zorgprofielen worden gemaakt. Daaruit ontleen we ook veel aanknopingspunten voor ons gezondheidsbeleid. Hier komt ook onze rol bij het verbinden van curatie en preventie kijken. Vroegsignalering in de thuiszorg en een meer preventiegerichte eerste lijn zijn speerpunten.

Met onze inspanningen op deze en andere beleidsterreinen hebben we al veel in huis om de gezondheid van onze jeugd en overige inwoners (verder) te bevorderen. Sterker nog: de ingrediënten voor een gezondere bevolking liggen voor het oprapen. Gezondheidswinst kan op vele plaatsen worden behaald – maar omgekeerd is gezondheid ook een niet te missen, onlosmakelijke factor op de hierboven genoemde beleidsterreinen.

4 . Verkenning van het speelveld

Voordat we overgaan naar onze uitgangspunten en doelen op het terrein van gezondheid, en komen met oplossingen is het goed om de (landelijke) kaders daarvoor te verkennen.

Stond in het landelijk beleid jarenlang een grote rol voor de overheid genoteerd, gezondheid is onder het huidige kabinet in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van de burger. De overheid beperkt zich tot informatievoorziening (over gezond leven) en voorwaarden (zorg in de buurt, sport voor iedereen beschikbaar). De inhoudelijke thema's (overgewicht, roken, alcohol, diabetes en depressie) uit voorgaande jaren blijven weliswaar aandacht houden, maar in de gehanteerde visie worden 'sport' en 'beweging' belangrijke ingangen om hier aan te werken. Een uitzondering vormt de visie voor de jeugd – daar zijn de speerpunten weerbaarheid (ook hier vooral via sport), vroegsignalering van risicogedrag en het aanleren van een gezonde leefstijl. Nieuwe thema's zijn de gezondheidsrisico's in de leefomgeving, perinatale sterfte, chronische ziekten en psychische aandoeningen.

In het Nationale Programma Preventie 2014-2016, de uitwerking van het landelijk beleid, staat een integrale aanpak op drie domeinen centraal.

In het eerste domein *Gezonde start* gaat het over opvoeding en onderwijs, met een belangrijke samenwerkingsopdracht voor de Centra voor Jeugd- en Gezin, de scholen, de professionele instellingen en de ouders.

In het tweede domein *Gezonde leefomgeving* staat de gezonde wijk centraal, vooral voor mensen in een kwetsbare positie. Ook de natuur kan een rol spelen bij een betere gezondheid.

Het derde domein heet *Werken is gezond*; hier gaat het niet alleen over werk maar breder om actieve deelname aan de samenleving.

Gemeente als regisseur

Gezondheid was ooit voor een gemeente een beleidsarm thema – daar had je toch de GGD voor! Steeds meer dringt echter het besef door dat gezondheid een sterke samenhang kent met andere beleidsdomeinen; met de fysieke en sociale omgeving waarin mensen leven en wonen, en met participatie in hun samenleving, al dan niet betaald. Maar er is meer: gezondheid is ook een voorwaarde

voor succes op die aangrenzende terreinen. Neem bijvoorbeeld het voorspelde tekort op de arbeidsmarkt de komende decennia: we moeten dus zoveel mogelijk mensen gezond (en dus inzetbaar) zien te houden. Of – gezien het toenemende aantal chronisch zieken- weer aan het werk krijgen. Gezondheid doet er toe!

De ingezette koers in combinatie met de komende decentralisaties biedt onze gemeente enerzijds meer beleidsruimte maar anderzijds wordt er ook meer druk gelegd. Vooral de rol van de gemeente als regisseur en verbinder tussen de verschillende beleidsterreinen zal de komende jaren verder ontwikkeld moeten worden. Eén opdracht is wat dit betreft wettelijk vastgelegd: de afstemming binnen de ouderengezondheidszorg.

De groter wordende rol op het gebied van gezondheid geeft onze gemeente echter ook kansen. Zoals gezegd kan de factor ‘gezondheid’ een belangrijke bijdrage leveren aan andere belangen. Gezondheidsbeleid wordt sterker dan ook *integraal* beleid, waar andere sectoren in meedenken – al was het maar uit ‘eigen’ belang. Dan gaat het niet alleen om WMO- en sociaal beleid (denk aan de gewenste ‘participatie-samenleving’), maar ook om bijvoorbeeld

onderwijs, ruimtelijke ordening, armoedebeleid, werkgelegenheid en milieubeleid. Bovendien raken de decentralisaties van resp. de Jeugdzorg en een deel van de AWBZ overduidelijk aan aspecten van gezondheidsbeleid en geven daarvoor nieuwe impulsen.

5. Baat bij gezondheid!

Als gemeente vinden wij gezondheid van groot individueel, maatschappelijk en economisch belang. Een goede gezondheid bevordert de kans op een lang leven van goede kwaliteit. Maar ook wij als gemeente hebben belang bij hun gezondheid: gezonde inwoners zijn actieve inwoners die samen een sterke samenleving bouwen. Meer dan vanwege de wettelijke verplichting om beleid te maken willen wij juist daarom iedereen de mogelijkheid bieden om te werken aan zijn of haar gezondheid. Met de nadruk op *de mogelijkheid om*, want we vinden dat de sleutel om gezond(er) te leven primair bij de burger zelf ligt. Tenzij het gaat om voorwaarden voor gezondheid waar de burger niet of nauwelijks invloed op kan hebben – dan zijn wij als gemeente aan zet. Dat kunnen we niet alleen. We willen met partners zoals woningbouwcorporaties, onderwijs, sportverenigingen, huisartsen en vele anderen samen bouwen aan een gezonde lokale samenleving. Daar heeft iedereen baat bij!

Eigen keuzes

Inwoners zijn primair zelf verantwoordelijk voor hun leefstijl, ook in relatie tot gezondheid. Wij vinden dan ook dat zij hier hun eigen keuzes in maken. Zelfredzaamheid gaat voor overheidshulp. Als men gezonder wil leven, dan kan en mag dat! Dat neemt echter niet weg dat de gemeenschap belang en baat heeft bij gezonde inwoners en dat individuele keuzes schadelijk kunnen zijn voor anderen. De eigen keuze is daarom niet vrijblijvend - eigen verantwoordelijkheid impliceert namelijk tevens maatschappelijke en economische verantwoordelijkheid.

Als gemeente willen wij de balans vinden tussen beide belangen. Wij doen dat door initiatieven die bijdragen aan onze doelen te stimuleren en zorg te dragen voor optimale voorwaarden voor het maken van gezondheid bevorderende keuzes. Door vooral de eigen kracht van onze inwoners te versterken, door zorg te dragen voor adequate informatie, door het versterken van bewustwording van de gevolgen van keuzes en het verleidelijker maken van gezonde keuzes (en zelf het goede voorbeeld te geven). En als die eigen kracht ontoereikend is, als de keuzemogelijkheden te beperkt zijn, willen wij als gemeente – maar dan wel als laatste redmiddel – een vangnet vormen.

Hoewel wij van mening zijn dat inwoners primair zelf verantwoordelijk zijn voor hun leefstijl, willen wij wel bijdragen om de verschillen van 14 tot 15 jaar tussen mensen met een hoge en lage sociaaleconomische status niet verder te laten oplopen. Het recht op het maken van eigen keuzes met betrekking tot gezondheid is immers niet vrijblijvend, want kan lasten voor de gemeenschap opleveren.

Onze doelen

Vanuit onze analyse komen we tot de volgende algemene missie voor ons gezondheidsbeleid:

‘wij willen – mede met het oog op volwaardige participatie in de samenleving – een goede gezondheid van onze inwoners binnen hun bereik brengen door hen te stimuleren, en waar nodig de voorwaarden scheppen om verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid(sgedrag) en die van anderen’

- We willen de gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen verkleinen doordat meer mensen gezonder zijn gaan leven
- We willen de factor gezondheid waar dat aan de orde is een rol laten spelen bij al onze beleidskeuzes
- Wij zorgen als gemeente voor de basisvoorwaarden voor een gezonde fysieke en sociale leefomgeving

Wij richten ons gezondheidsbeleid vooral op gezond gedrag bij de jeugd en op groepen inwoners met de grootste gezondheidsachterstanden. Wij willen onze middelen en mogelijkheden vooral gebruiken voor een betere gezondheid van mensen met een lagere sociaal-economische status. Daar valt immers de meeste gezondheidswinst te behalen!

Onze strategie

Vaak gaat het dan om een opeenstapeling van factoren die het risico op gezondheidsproblemen verhogen: een ongezonde leefstijl, werkloosheid, maatschappelijke inactiviteit, opvoedingsonmacht, een slechte woonsituatie, een ongezonde sociale en woonomgeving, eenzaamheid, het gevoel geen grip te hebben op je leven, moeilijk bereikbare zorg – allemaal factoren die stress veroorzaken. Om gezondheid ook binnen het bereik van die groepen te brengen willen we daarom integraal en intersectoraal werken aan gezondheid. Niet alleen focussen op het ‘zichtbare’ gezondheidsprobleem, maar ook op achterliggende oorzaken (‘determinanten’) daarvan. Dat betekent automatisch dat we oplossingen moeten zoeken in andere beleidsdomeinen: jeugdbeleid, sociaal beleid, ouderenbeleid maar ook milieu, veiligheid en werkgelegenheid. En we gaan op zoek naar ‘partners in gezondheid’: niet alleen de voor de hand liggende organisaties als GGD, huisartsen of thuiszorg maar ook welzijnsorganisaties, scholen, woningbouwcorporaties, bedrijven, (sport)verenigingen en vele anderen. En vooral naar degenen waar het om gaat: de inwoners zelf. Gezondheid is daarmee, als gezamenlijk belang, een zaak van ons allemaal en wordt toetssteen op elk relevant beleidsveld.

Onze strategie is er op gericht om gezondheid via vele actoren en in vele processen te borgen. Dat betekent niet dat er geen specifieke activiteiten nodig zijn – wél dat deze pas worden ingezet als daar een goede aanleiding voor is. Gezien onze financiële situatie is dat in dubbel opzicht goed nieuws – een betere gezondheid voor onze inwoners tegen minder kosten!

6 . Speerpunten van ons gezondheids beleid

In het voorgaande hoofdstuk hebben we de voorwaarden voor een betere gezondheid gevonden in gezondheidsbevorderende maatregelen op tal van beleidsterreinen. Omdat de sociale en fysieke leefomgeving een grote invloed op de gezondheid hebben, willen wij ook daar de ‘gezondheidstoets’ (gezondheidseffecten als afwegingsfactor) toepassen bij de beleidsvorming. Waar de ruimtelijke omgeving gezond gedrag ontmoedigt of de kans op gezondheid verkleint willen wij samen met onze partners en bewoners zoeken naar ‘gezonde’ oplossingen. Waar de sociale omgeving mensen beperkt in volwaardige deelname aan de (buurt)samenleving willen wij die beperkingen zoveel mogelijk helpen wegnemen. Onder ‘beperkingen’ verstaan wij ook het hebben van werk, of dat nu betaald is of niet, en in elk geval een zinvolle dagbesteding midden in de maatschappij – want ‘erbij horen’ is een belangrijke voorwaarde voor mentale, maar ook fysieke gezondheid. Ons gezondheidsbeleid gaat dus ook over werkgelegenheid, vrijwilligerswerk, mantelzorg en veiligheid.

Leefstijl

Maar daarmee zijn we er nog niet. Ook binnen het eigen domein van het gezondheidsbeleid valt veel werk te verzetten. Uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid, ook voor die van de samenleving, verwachten wij een actieve bijdrage van de burger. *Leefstijl* is hier het centrale thema. Leefstijl – gezondheidsgedrag – is een belangrijke veroorzaker van chronische ziekten, zo lazten wij hiervoor. En chronische ziekten leveren behalve een individuele last ook een maatschappelijke last op. Bovendien treffen chronische ziekten, met fysieke, sociale en psychische uitval als gevolg, vaker laagdan hoogopgeleide mensen, wat bijdraagt aan toenemende gezondheidsverschillen tussen groepen in onze gemeente. En dat willen we niet, stelden we ons als doel.

Leefstijl wordt meegegeven in de opvoeding, en vindt vaak zijn wortels in voorgaande generaties. De kwaliteit van de opvoedingssituatie is daarmee een belangrijk speerpunt. Leefstijl wordt daarnaast sterk bepaald door je omgeving: mensen met wie je omgaat, de (sociale) media, marketing maar ook de beschikbaarheid van ongezonde verleidingen. Dan gaat het dus om het maken van bewuste, eigen keuzes, ook ten behoeve van je eigen gezondheid. Om ‘nee’ durven zeggen, ook onder druk. We noemen dat: weerbaar zijn – ons tweede speerpunt van beleid.

Beide speerpunten hangen samen: weerbaarheid is mede een product van de opvoeding. Daarom richten wij ons in onze aanpak sterk op het helpen van ouders bij die opvoeding; maar ook scholen zijn onze natuurlijke partners voor een gezonde jeugd.

Kwetsbare groepen

Gezonder gedrag en weerbaar zijn is voor een deel van onze inwoners zonder hulp al helemaal een onhaalbare kaart. Daarbij denken we in de eerste plaats aan multiprobleem-gezinnen, aan volwassenen en kinderen die leven in uitzichtloze armoede, aan mensen zonder structurerende dagbesteding, aan ouderen met een zwak sociaal netwerk en aan mensen met een psychische beperking of psychosociale belasting. Verbetering van hún gezondheid zoeken we vooral in goede voorwaarden op andere terreinen: burenhulp, activering, werk – kortom: participatie. Voorwaarden die we op de daarvoor geëigende terreinen realiseren, zonder overig ook voor deze groepen het principe van eigen verantwoordelijkheid te laten varen.

In houdelijke thema's

Uit de analyse in hoofdstuk twee weten we dat roken (ook van cannabis), overmatig alcoholgebruik en ongezond en teveel eten in combinatie met bewegingsarmoede belangrijke factoren zijn in het ontstaan van ongezondheid. Wij kiezen dit dan ook als prioritaire thema's. Omdat gewoonten vroeg inslijten is het belangrijk om vooral in te zetten op de doelgroep jeugd. Ouders, en meer in het algemeen bij de opvoeding betrokken volwassenen, hebben een voorbeeldfunctie en zijn daarom een belangrijke intermediaire doelgroep. Vroegsignalering en toeleiding naar preventieve activiteiten vormen een belangrijk aandachtspunt. In dit verband voegen we voor het thema 'roken' één specifieke doelgroep toe: zwangere vrouwen. De verhoogde perinatale sterfte in Menterwolde is immers deels te verklaren uit roken tijdens de zwangerschap, en we willen waar dat kan helpen dit te voorkomen.

We willen dat in 2017, het einde van de looptijd van ons gezondheidsprogramma:

- het aantal jongeren (VO) dat rookt is afgenomen van 19 tot 17%
- het aantal jongeren (VO) dat cannabis gebruikt is afgenomen van 9.2 tot 7,5%
- het aantal kinderen van 10/11 jaar met overgewicht is afgenomen van 30 tot 27%
- het aantal 12-16-jarigen (VO) dat alcohol drinkt is afgenomen van 33 tot 25%
- het aantal 12-18-jarigen (VO) dat 'binge' drinkt is afgenomen van 31 tot 26%

Naast deze leefstijlthema's baart ook de verslechterende psychische gezondheid zorgen. Deze heeft sterk te maken met de sociale leefomgeving, en is dus vaak psychosociaal van aard. Er is bovendien sprake van een onderlinge samenhang met leefstijl: mensen met psychische en psychosociale problemen drinken vaker overmatig alcohol en roken meer. Er is dus alle reden om psychische en psychosociale gezondheid ook tot inhoudelijke prioriteit voor ons gezondheidsbeleid te bestempelen. Inhoudelijk springen dan eenzaamheid en depressie (het 'somber en gespannen' uit de gevoerde gesprekken, zie hoofdstuk 2) er uit.

We willen dat in 2017, het einde van de looptijd van ons gezondheidsprogramma:

- het aantal jongeren 12-18 met psychosociale problemen (12%) niet is toegenomen
- het aantal ouderen (65+) in (ernstige) eenzaamheid is afgenomen van 13,5 tot 11%

In de bijlagen is een uitwerking van deze inhoudelijke thema's opgenomen.

Kortom

Hiermee hebben we de kaders voor ons gezondheidsbeleid geschetst, en onze speerpunten voor de komende vier jaar bepaald:

- De weg naar gezondere Menterwolmers loopt langs meerdere beleidsterreinen
- We richten de focus op opvoedingskwaliteit, weerbaar zijn en participatie
- Onze doelgroepen zijn kinderen & jongeren, hun opvoeders en kwetsbare groepen, met bijzondere aandacht voor mensen met een lager opleidingsniveau en ouderen
- Inhoudelijke speerpunten zijn roken, alcohol, voeding, beweging, eenzaamheid en depressie

De vertaling hiervan in operationele plannen en activiteiten is de volgende opdracht die we onszelf stellen. We doen dat in een apart Uitvoeringsprogramma 2014-2017, dat een aanvulling wil zijn op alles wat we al doen om onze inwoners gezonder te maken.

7 . Monitoring

Gemeenten hebben met de landelijke nota Volksgezondheid meer beleidsvrijheid gekregen in de keuzes die zij maken op dit gebied. Dit heeft uiteraard consequenties voor de wijze waarop de Inspectie voor Gezondheidszorg haar rol in de toetsing van gemeentelijk gezondheidsbeleid inricht. De kwaliteit van de nota zelf, de inzet van de gemeente en de verbinding met andere beleidsterreinen staan daarbij centraal. Gemeenten zullen minder dan voorheen worden afgerekend op het behalen van inhoudelijke prestatie-indicatoren.

Desondanks vinden we het van groot belang om te volgen of onze acties ook het gewenste resultaat hebben opgeleverd en bijdragen aan de geformuleerde doelstellingen. Meten is weten! Daarom zullen we langs twee lijnen onze monitoring inrichten.

Het vierjaarlijkse Gezondheidsprofiel biedt voor de verschillende (clusters van) gemeenten veel informatie over de gezondheidstoestand van haar inwoners ten opzichte van andere gemeenten, ten opzichte van landelijke cijfers en ten opzichte van eerdere jaren. Het succes of effect van ons Lokaal Gezondheidsbeleid kan hieruit niet zonder meer worden afgeleid. Meerdere (f)actoren hebben immers invloed op de gezondheid van mensen; directe relaties tussen input en outcome (het beleidsresultaat) kunnen daarom niet worden gelegd.

In ons uitvoeringsprogramma formuleren we een aantal acties waaraan vervolgens resultaten en doelstellingen zijn gekoppeld. Monitoren begint bij heldere en SMART geformuleerde doelstellingen die concreet worden gemaakt via indicatoren. Waar dan kan en zinvol is hanteren we outcome-indicatoren (*het percentage kinderen met overgewicht is met x% gedaald*). Vaker echter zal het gaan om outputindicatoren (*CJG medewerkers informeren ouders en jongeren over gezondheidsaspecten of informatiemateriaal over psychische gezondheid, bijvoorbeeld het omgaan met stress, is te vinden bij de huisartspraktijken in onze gemeente*). Tenslotte monitoren we op procesaspecten (*de samenwerking tussen de eerste lijn en welzijnsinstellingen is verbeterd of van de geplande activiteiten is x% volgens plan uitgevoerd*).

Halverwege de looptijd van dit plan brengen wij een tussenrapportage uit waarin we beschrijven wat we hebben gedaan en verder zullen doen om de doelen uit deze nota, en de voornemens uit het uitvoeringsprogramma te realiseren. In 2017 evalueren we ons beleid waarbij we ook kijken naar de inhoudelijke (outcome)resultaten.

8 . Financiën

Gemeenten ontvangen geen specifieke uitkeringen van het rijk voor gezondheidsbeleid; de gelden zijn verwerkt in de algemene uitkeringen van het Gemeentefonds. Wel zijn er specifieke uitkeringen waar de gemeente gebruik van kan maken, zoals de regeling Sport & Bewegen in de Buurt (voorheen NASB) en het WMO-budget . Gezien de noodzaak tot bezuinigen reserveren wij vooralsnog slechts een beperkt budget ter hoogte van € 10.000,- op jaarbasis voor specifieke gezondheidsmaatregelen uit het uitvoeringsprogramma.

We hebben gezondheid hiervoor beschreven als een economisch en maatschappelijk belang, waar win-winsituaties kunnen worden gevonden en benut. Dat levert een breed scala aan mogelijkheden op voor (co)financiering. In ons uitvoeringsprogramma nemen wij op hoe wij onze maatregelen willen bekostigen, en hoe we deze 'slimme' verbindingen willen benutten.

BIJLAGEN

1. **Gezondheidsprofiel**
2. **Lijst met stakeholders**

BIJLAGE 1: Gezondheidsprofiel

De gegevens in deze bijlage zijn grotendeels gebaseerd op enquêtes die onder de bevolking zijn gehouden, en voor een betrouwbaar beeld zijn nogal wat respondenten nodig. Een steekproef waarbij op gemeenteniveau betrouwbare gegevens kunnen worden gegenereerd is een kostbare zaak. Daarom is dit gezondheidsprofiel gebaseerd op drie qua gezondheid en bevolkingssamenstelling vergelijkbare gemeenten: Pekela en Veendam en Menterwolde, samen de regio Centrum-Oost. De cijfers van Menterwolde op het gebied van ziekte en gezondheid staan wel in het tabellenboek van het *Gezondheidsprofiel Groningen 2012*, te downloaden op de website www.gdg groningen.nl.

Vruchtbaarheid, vergrijzing en levensverwachtingen

De levensverwachting van Groningers is de afgelopen twee jaar met 2 maanden toegenomen tot gemiddeld 80 jaar. Dit is zeven maanden minder dan landelijk. Ook in de gemeente Menterwolde is de levensverwachting afgelopen twee jaar toegenomen.

Vele decennia waren hartvaatziekten de belangrijkste doodsoorzaak maar sinds 2009 neemt kanker de eerste plaats in. De top-3 van specifieke doodsoorzaken (hartinfarct, longkanker en beroerte) zijn allen gerelateerd aan roken; in de provincie Groningen overlijden opvallend veel mensen aan longkanker omdat er hier in de afgelopen decennia meer gerookt is dan gemiddeld in Nederland. Ook is de sterfte rond de geboorte (perinatale sterfte) 10% hoger dan landelijk. Ook hier wordt een relatie met roken (i.c. door zwangeren) vermoed.

Bijna de helft van de volwassenen heeft een chronische ziekte

Gevraagd naar hun gezondheid ervaart 80% van de Groninger bevolking deze als goed tot zeer goed, en dat terwijl inmiddels 45% van de volwassenen leidt aan een chronische ziekte zoals te hoge bloeddruk, gewrichtsklachten en chronische luchtwegklachten.

De toename van chronische ziekten wordt deels verklaard door steeds vroegere diagnostiek. De kans op functiestoornis en een chronische ziekte neemt toe naarmate men ouder wordt. Met het oog op de dubbele vergrijzing (mensen worden steeds ouder en het aantal ouderen neemt toe) zal het beroep op zorg om die reden sterk toenemen.

Gebruik van en tevredenheid over zorg

Ten opzichte van 2010 steeg het aantal volwassenen dat op dit moment mantelzorg geeft in de provincie van 9% naar 13%. Daarnaast geeft bijna 60% van de volwassenen aan dat men op basis van vrijwilligheid bereid is informele zorg te verlenen, in Menterwolde is dat 53%.

Het zorggebruik het afgelopen jaar in de eerste lijn (huisarts) en tweede lijn (ziekenhuis) is in de provincie Groningen iets lager dan in de regio Centrum-Oost, dus ook in Menterwolde gaan mensen vaker naar de huisarts en bezoeken ze vaker het ziekenhuis dan gemiddeld.. Zorg zonder verblijf (huishoudelijke hulp en thuiszorg) is na correctie voor leeftijd ook hoger dan landelijk. Het valt op dat gebruikers van zorg in Menterwolde over het algemeen tevreden zijn over de bereikbaarheid van de zorg.

Gematigd optimisme ten aanzien van leefwijze

Leefstijl vormt een belangrijke indicator voor het ontstaan van (chronische) ziekten. Daarom is het verheugend dat de *alcoholconsumptie* provinciaal bij de groep jongeren onder de 16 jaar licht is gedaald. Die daling is geheel toe te schrijven aan het feit dat (vooral hoger opgeleide) ouders strenger toezien op het alcoholgebruik van hun kind, waardoor minder jongeren onder de 16 jaar alcohol gaan drinken – maar als ze dat wel doen drinken ze ook veel, op jonge leeftijd. Veel drinken noemen we ook wel ‘bingedrinken’ (≥ 5 consumpties per gelegenheid). Een verontrustend hoog percentage, nl. 31% van alle 12-18-jarigen en 53% van de 16-18 jarigen op het voortgezet onderwijs doet aan bingedrinken, doorgaans wekelijks of zelfs vaker. Zie de grafiek hieronder voor de situatie voor de regio Centrum-Oost.

Van de volwassenen in de provincie is 12% ‘zware’ drinker (≥ 6 of meer glazen per dag voor mannen en minstens vier glazen alcohol voor vrouwen), vergeleken 10% van de volwassenen in Nederland.

19% procent van de jongeren op het voortgezet onderwijs *rookt*, waarvan 12% dagelijks (het landelijk gemiddelde is 7%). Van de volwassenen in de provincie rookt 25%, iets meer dan gemiddeld in Nederland (23%). Het percentage rokers in de provincie is tussen 2010 en 2012 gestabiliseerd. Dat lijkt vooral te komen omdat meer volwassenen stoppen met roken. Jongeren lijken weer meer te gaan roken. De aanvangsleeftijd ligt op 12 jaar en 6 maanden voor VMBO-jongeren, en een jaar hoger voor Havo/VWO'ers. In de onderstaande figuur is het percentage volwassenen dat rookt in de regio Centrum-Oost weergegeven.

Overgewicht wordt veroorzaakt door te veel en ongezond eten in combinatie met te weinig beweging. Na vele jaren van toename is overgewicht provinciaal gestabiliseerd. In de grafiek hieronder wordt het percentage volwassen inwoners met overgewicht voor de regio Centrum-Oost (voor de periode 1998 – 2012) weergegeven.

De helft van de volwassenen in de provincie heeft overgewicht (14% heeft vetzucht); in de regio Centrum-Oost is dat 56%. 63% van de volwassenen in de regio Centrum-Oost voldoet aan de Nederlandse norm voor gezond bewegen. Gemiddeld in Nederland voldoet 70% van de volwassenen aan deze beweegnorm.

Overgewicht begint steeds vaker op jonge leeftijd. Van de 9- en 10-jarigen in Menterwolde had in 2009 30% overgewicht, tegen 20% gemiddeld in de provincie (objectieve meting). Van alle leerlingen in klas 2 had in 2009 20% overgewicht (objectieve meting). Dit lijkt op het eerste gezicht een gunstige daling, maar heeft slechts te maken met de groeicurve die in de pubertijd sterk oploopt en daarmee de verhouding lengte-gewicht tijdelijk verstoort. Leerlingen in het praktijkonderwijs scoren het hoogst met 27%; daar vinden we ook de meeste zwaarlijvigheid (obesitas).

Psychische gezondheid

Tenslotte nog enkele gegevens over de mate van psychische en psychosociale gezondheid.

Anno 2013 rapporteert 9.9% van de bewoners van de regio Centrum-Oost dat ze te kampen hebben met gevoelens van (zeer) ernstige eenzaamheid. Dit percentage ligt boven het provinciale gemiddelde van 8.4%. Van de volwassenen zegt 55% zich meestal of altijd gelukkig te voelen, 45% heeft een andere beleving. 8% van de inwoners loopt een verhoogd risico op een angst- of depressiestoornis, gemiddeld is dat in de provincie 5.2%.

Ook cannabisgebruik is een indicator voor psychische gezondheid. In de regio Centrum-Oost heeft 9.2% van de jongeren tussen de 12 en 18 jaar de afgelopen maand cannabis gebruikt. Dat is iets meer dan het provinciaal gemiddelde (9.1%), maar bedacht moet worden dat het (hogere) cannabisgebruik in de stad Groningen het gemiddelde sterk naar boven trekt. Volwassen gebruiken met 2.7% van de bevolking ongeveer evenveel cannabis als gemiddeld in de provincie.

Verschuivingen in de kwaliteit van de leefomgeving

44% van de buurten in de provincie heeft een laag sociaal kapitaal (de betrokkenheid op elkaar, de buurt en de samenleving). Dit is een (gunstige) daling van 4 procentpunten ten opzichte van twee jaar geleden. In Centrum-Oost heeft 46% van de buurten een laag sociaal kapitaal. Dit is iets hoger dan de provincie, maar wel lager vergeleken met 2 jaar geleden.

Sociaal-economische gezondheidsverschillen

Gezondheid en ziekte worden sterk beïnvloed door de sociaaleconomische status (de mix van opleiding en inkomen). Groepen met een lage sociaaleconomische status vertonen veelal een minder gezonde leefwijze, wonen in een minder gunstige fysieke en sociale omgeving en lopen daardoor meer gezondheidsrisico's, hebben een slechtere gezondheid en een kortere (gezonde) levensverwachting.

De inwoners uit de provincie Groningen hebben – met grote verschillen tussen de regio's – gemiddeld een lagere sociaal-economische status (SES) dan landelijk. Dit in combinatie met de vergrijsde bevolking, maakt dat de provincie dubbel 'belast' is. Dit vraagt, niet in het minst in de door krimp getroffen gebieden, om tijdige signalering en preventieve maatregelen, om de verwachte stijging in de zorgvraag naar behoren op te kunnen opvangen en de bestaande achterstanden weg te werken.

Conclusie

In Menterwolde is, evenals in de rest van Nederland, de levensverwachting de afgelopen jaren verder toegenomen, maar tevens 7 maanden korter dan landelijk. De belangrijkste oorzaken van sterfte zijn allen gerelateerd aan roken (longkanker, hartinfarct en beroerte). Roken zou ook een verklarende factor kunnen zijn voor de verhoogde perinatale sterfte.

Iets meer mensen maken gebruik van de zorg, zowel van de huisarts, het ziekenhuis als de thuiszorg. In de regio Centrum-Oost lopen meer mensen het risico op een psychische ziekte, en geven minder mensen aan bereid te zijn tot vrijwillige hulp aan anderen.

Leefstijl is de belangrijkste indicator voor latere ongezondheid. De doelgroep jongeren is in dit verband natuurlijk zeer relevant. Bij hen valt op dat minder jongeren onder de 16 jaar alcohol drinken, maar ook dat als ze drinken dat vaak en (te) veel is. Een relatief groot deel van de jongeren rookt cannabis, vergeleken bij andere regio's. Dat geldt ook voor roken zelf, dat na jaren van daling weer iets lijkt toe te nemen. Dat geldt ook voor het overgewicht onder kinderen en jongeren, dat in Menterwolde aanzienlijk hogere scores geeft dan elders.

Onder volwassenen valt op dat ook hier overgewicht meer aan de orde is dan gemiddeld in de provincie. Roken en drinken van alcohol is vergelijkbaar met het provinciale gemiddelde. De psychische en psychosociale gezondheid is in Menterwolde iets lager dan elders, maar daar staat tegenover dat de betrokkenheid op elkaar en de bereidheid tot hulp de afgelopen jaren iets is toegenomen.

Beschouwing

Bij deze gegevens moet worden bedacht dat er, zeker bij leefstijl en psychische gezondheid, een relatie kan worden gelegd met de Sociaal-Economische Status (SES), de mix van opleiding en inkomen. Deze ligt in de regio Centrum-Oost wat lager dan gemiddeld in de provincie. Hier is ook een verband te leggen tussen het hebben van werk of een andere, zinvolle dagbesteding en de (ervaren) gezondheid. Uit onderzoek is bekend dat gebrek aan perspectief leidt tot ongezond gedrag en een verhoogd risico op het ontstaan van psychische problemen. Wat dat betreft is het wat hogere gezondheids-risicoprofiel van de gemeente Menterwolde verklaarbaar; het aantal NWW'ers (niet-werkende werkzoekenden) is bij een krimpend bevolkingsaantal de afgelopen jaren gestegen en ligt relatief hoog. Het aantal WW-uitkeringen is het afgelopen jaar sterk gestegen.

Ook moet worden bedacht dat er soms grote verschillen zijn tussen de verschillende kernen van de gemeente. In het bijzonder de kern Muntendam heeft te maken met forse sociaal-economische gezondheidsverschillen. Bij thema's als eenzaamheid en psychische en psychosociale gezondheid speelt ook een rol dat de bevolking van Menterwolde wat ouder is dan gemiddeld in de provincie.

Hoopvol is dat ouders van jongeren onder de 16 jaar meer verantwoordelijkheid lijken te nemen voor het alcoholgebruik van hun kind, en dat de betrokkenheid op elkaar, de buurt en de gemeente iets is toegenomen, net als de bereidheid tot hulp.

BIJLAGE 2: overzicht stakeholders

In de periode september – november 2013 hebben gesprekken plaatsgevonden met de volgende personen (alfabetische volgorde op achternaam):

Mw. H. Aanen, beleidsmedewerker Ouderenbeleid gemeente Menterwolde

Dhr. J. Blaauw, sportopbouwwerker gemeente Menterwolde

Mw. C. de Groot, maatschappelijk werker Kwartier Zorg & Welzijn

Mw. L. van der Hoeff, teamleider Kwartier Zorg & Welzijn

Dhr. R. Eisses, preventiewerker jongeren gemeente Menterwolde

Mw. R. Jansen, arts Consultatiebureau GGD Groningen

Dhr. J. Leegstra, beleidsmedewerker Openbare orde & Veiligheid gemeente Menterwolde

Mw. B. Meindertsma, sociaal verpleegkundige GGD Groningen

Dhr. H.J.A. Nap, huisarts te Muntendam

Dhr. K. van Riet, directeur OBS de Tandem Zuidbroek

Mw. N. Schut, maatschappelijk werker Kwartier Zorg & Welzijn

Mw. G. G. ter Steege, portefeuillehouder Welzijn gemeente Menterwolde

Mw. A. Thüss, beleidsadviseur Jeugd a.i., Gemeente Menterwolde

Mw. M. Wezeman, teamleider Zorg & Welzijn gemeente Menterwolde

Mw. A.C.M. de Winter, portefeuillehouder Volksgezondheid, gemeente Menterwolde

Ook is gesproken over het thema 'gezondheid' in het LEA-overleg van 2 oktober 2013