




LELYSTAD



Gezonde kansen, gezonde stad 2010-2014

Nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Lelystad



Gezonde kansen, gezonde stad 2010-2014

Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Lelystad

INHOUD

Voorwoord	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1 Waarom lokaal gezondheidsbeleid	6
1.1 Gemeente en rijk verantwoordelijk voor publieke gezondheidszorg	6
1.2 Wet publieke gezondheid	6
1.3 Wet maatschappelijke ondersteuning	6
1.4 Landelijke preventienota “Kiezen voor gezond leven”	7
Hoofdstuk 2 Lokale gezondheidssituatie	8
2.1 Gezondheidsrisico’s in beeld	8
2.2 Uitvoering lokale gezondheidsnota “Zorgen voor de toekomst”	9
2.3 Uitvoering nota lokaal verslavingsbeleid	11
2.4 Resultaten werkconferentie	12
Hoofdstuk 3 Visie en uitgangspunten	13
3.1 Visie op gezondheid	13
3.2 Uitgangspunten	13
Hoofdstuk 4 Kansen voor een gezond Lelystad	15
4.1 Voortbouwen op een gezonde basis	15
4.2 Stimuleren gezonde leefstijl en bestrijding overgewicht	15
4.3 Preventie schadelijk middelengebruik en verslaving	16
4.4 Preventie psychosociale problemen	18
4.5 Integreren jeugdgezondheidszorg in het Centrum voor Jeugd en Gezin	18
4.6 Versterken samenwerking en afstemming preventie, curatie en zorg	19
4.7 Stimuleren vraaggestuurd aanbod en goede spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen	19
4.8 Monitoren resultaten van beleid	20
Hoofdstuk 5 Financiële paragraaf	21
Afkortingenlijst	23
Bijlagen	
I Hoe gezond is Lelystad?	
II Geïnterviewde organisaties	

Voorwoord

Gezondheid: mensen wensen het elkaar toe en het wordt vaak als eerste genoemd als belangrijk in het leven. Velen voelen zich gezond en zijn gezond. Met de meeste Lelystedelingen gaat het goed. Maar een goede gezondheid is niet vanzelfsprekend. Het lukt niet altijd om een goede gezondheid te behouden of te verkrijgen.

Daar waar kansen liggen om de gezondheid van onze inwoners positief te beïnvloeden, wil de gemeente Lelystad deze benutten. Kansen op langer gezond leven en blijvend meedoen in de maatschappij. Hieraan wil de gemeente Lelystad invulling geven door te zorgen voor een goed niveau en spreiding van zorgaanbod, een prettige woon- en leefomgeving en het stimuleren van gezonde keuzes. Het gezondheidsbeleid voor de komende periode zoekt aansluiting bij bestaande activiteiten en structuren in de wijk.

Zelfredzaamheid en actief meedoen zijn kernbegrippen die wij in Lelystad hanteren. Mensen dragen zelf verantwoordelijkheid bij het maken van hun keuzes voor gezond gedrag. De gemeente creëert daarvoor kansen. Waar nodig biedt de gemeente een vangnet. Het gezondheidsbeleid is nauw verbonden met de opgaven uit de Wmo om iedereen kansen te bieden op meedoen, op behoud van de regie over het eigen leven, op langer zelfstandig wonen.

Lelystad kan voortbouwen op een gezonde basis. Gespreid over de stad zijn gezondheidscentra van waaruit geïntegreerde eerstelijnszorg wordt geboden, in de nieuwe wijk Warande zijn twee gezondheidscentra gepland, de stad heeft het ziekenhuis behouden. De jeugdgezondheidszorg is geïntensiveerd en het Centrum voor Jeugd en Gezin is als pilot gestart in Atolwijk/Zuiderzeewijk. De uitvoering van wettelijke taken uit de Wet publieke gezondheid, zoals bijvoorbeeld de infectieziektebestrijding is geborgd binnen de GGD.

Maar ook in bredere zin ligt er een stevig fundament. Het actieve sportbeleid stimuleert meer bewegen, het armoedepreventiebeleid wil sociale uitsluiting voorkomen en biedt kansen op actief meedoen. Binnen het verslavingsbeleid is meer accent komen te liggen op verslavingspreventie.

Vanuit deze basis kan de gemeente Lelystad werken aan het verkleinen van gezondheidsrisico's voor de inwoners:

- Stimuleren gezonde leefstijl en bestrijding overgewicht
- Preventie schadelijk middelengebruik
- Preventie psychosociale problemen
- Integreeren jeugdgezondheidszorg in het Centrum voor Jeugd en Gezin
- Versterken samenwerking en afstemming preventie, curatie en zorg
- Stimuleren vraaggestuurd aanbod en goede spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen

Voor gezonde kansen, voor een gezonde stad.

Inleiding

Een goede gezondheid is van groot belang in elke samenleving: wie gezond is, voelt zich beter, is minder vaak ziek en kan beter meedoen aan de maatschappij.

De Wet Publieke Gezondheid (Wpg), voorheen Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv), vereist dat gemeenten elke vier jaar een beleidsnota volksgezondheid vaststellen. In 2002 heeft de gemeente Lelystad de eerste nota vastgesteld: Zorgen voor de toekomst. De eerste nota omschrijft het beleid voor de jaren 2003-2007 en bevat daarnaast een uitgebreide inventarisatie van de aanwezige zorgvoorzieningen in Lelystad.

In de afgelopen jaren hebben we veel in de gezondheid van onze inwoners geïnvesteerd: Specifieke acties in de periode van het huisartsentekort, programma's voor voeding en bewegen, extra inzet op vroegsignalering en bemoezorg in de jeugdgezondheidszorg, meldpunt Vangnet en Advies, invoering van het middenprotocol op scholen ter voorkoming van schooluitval door drank en drugs, preventieactiviteiten gericht op ouders (b.v. Homeparty). Preventie en het stimuleren van gezonde keuzes vereist continuïteit om op termijn positieve gezondheidseffecten te behalen. Voortzetting van de ingezette lijn uit de eerste gezondheidsnota is een voorwaarde.

Daarbij is gezondheid meer dan de afwezigheid van ziekte of gebrek. Gezondheid vatten we op als de toestand van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welbevinden (definitie World Health Organization). Diverse factoren beïnvloeden de gezondheid (naar het Model van Lalonde¹):

- biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg voor) gezondheid of ziekte;
- omgevingsfactoren: de fysieke en sociale omgeving zoals wonen, milieu, veiligheid, werk;
- leefstijlfactoren: het gedrag van mensen is van invloed op hun gezondheid of het ontstaan van ziekte;
- gezondheidszorg: de beschikbaarheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen.

Dit model stelt dat goede gezondheid niet alleen of in hoofdzaak bepaald wordt door de beschikbaarheid van artsen en medische voorzieningen. Het peil van de volksgezondheid wordt verhoogd door het verbeteren van de omgeving, het terugdringen van gezondheidsrisico's die mensen zelf nemen en door het vergroten van onze kennis over het menselijk lichaam.

Geredeneerd vanuit dit model, kan de gemeente vorm geven aan het lokaal beleid voor het voorkomen van ziekten en het bevorderen van de volksgezondheid.

Dit maakt duidelijk dat er kansen liggen om met gemeentelijk beleid de gezondheid van de inwoners van Lelystad positief te beïnvloeden. Gezonde keuzes maken in het beleid, voor kansen op gezondheid voor de inwoners van onze stad is wat gemeente Lelystad wil. Deze nota "Gezonde kansen, gezonde stad 2010-2014" biedt hiervoor de kaders.

Een nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid is meer dan een verplichting. Nieuwe ontwikkelingen als de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning en de nieuwe Wet publieke gezondheid brengen verschuivingen teweeg in de gemeentelijke rol en taken. Overgewicht vormt een gezondheidsrisico dat bij een groeiend deel van de Lelystadse bevolking aanwezig is. Helaas is gebleken dat de positie van het ziekenhuis in Lelystad kwetsbaar was. Inspanningen van onder meer de gemeente brachten weer toekomstperspectief. Het borgen van de continuïteit en kwaliteit van ziekenhuiszorg binnen Lelystad verdient blijvend aandacht.

In de nieuwe beleidsperiode is het met name van belang de verbinding te leggen tussen het gezondheidsbeleid en de prestatievelden van de Wmo. Zoals bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg met ondersteuning bij opvoeden en opgroeien (prestatieveld 2), preventie van depressie en vangnet met participatie (prestatieveld 5) en OGGZ/maatschappelijke opvang (prestatieveld 7, 8), preventie schadelijk alcoholgebruik met het verslavingsbeleid (prestatieveld 9).

¹ Lalonde M.; A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa: Government of Canada, 1974. De Canadese minister voor Volksgezondheid Marc Lalonde introduceerde in 1974 een nieuw model voor het gezondheidsbeleid dat door de World Health Organization werd overgenomen en sindsdien wordt gehanteerd bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid.

De vorige beleidsperiode liep formeel van 2002 tot 2007. Ook na 2007 is het beleid uit de nota Zorgen voor de Toekomst voortgezet. De eerste nota bood voldoende aanknopingspunten bij actuele ontwikkelingen (aandacht voor het aanbod van eerstelijns gezondheidsvoorzieningen in de nieuw te bouwen wijk Warande, initiatief tot aanstelling van een allochtone zorg- en welzijnsmakelaar, ontwikkeling Centrum voor Jeugd en Gezin) en het op peil houden van een goed gespreid voorzieningenaanbod (voortzetting van periodiek overleg over de huisartsenzorg, jaarlijks tandartsenoverleg). Voortbouwend op wat in gang is gezet, kan een nieuwe nota gezondheidsbeleid gelden voor een vierjaren periode van 2010 tot 2014.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 plaatst het gemeentelijk gezondheidsbeleid beknopt in een theoretisch en wettelijk kader. De verantwoordelijkheid van de gemeente voor gezondheidsbeleid wordt kort beschreven. Vervolgens schetst hoofdstuk 2 het vertrekpunt voor de nieuwe beleidsperiode met gegevens over de gezondheidstoestand van de inwoners van Lelystad en de ingezette acties in de afgelopen periode. Het betreft de acties die zijn voortgekomen uit de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid en de nota lokaal verslavingsbeleid. Het hoofdstuk eindigt met het resultaat van een gehouden werkconferentie in november 2007. Daarin hebben betrokken organisaties aandachtspunten voor de toekomst aangedragen.

Hoofdstuk 3 formuleert op basis van de voorafgaande hoofdstukken de visie en uitgangspunten voor de komende beleidsperiode. In hoofdstuk 4 wordt concreet benoemd hoe de gemeente de gezondheid van inwoners van Lelystad positief kan beïnvloeden. Dit is uitgewerkt in doelstellingen, acties, kosten en indicatoren. De uitwerking is mede gebaseerd op gevoerde gesprekken met de meest betrokken organisaties bij het gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 5 bevat de financiële paragraaf.

Bij deze beleidsnota is ter informatie de bijlage "Hoe gezond is Lelystad?" gevoegd. Deze bijlage (I) geeft aanvullend op paragraaf 2.1 inzicht in de gezondheidssituatie. Bijlage II bevat de lijst van geïnterviewde organisaties.

Hoofdstuk 1 Waarom Lokaal Gezondheidsbeleid?

1.1 Gemeente en Rijk verantwoordelijk voor de publieke gezondheidszorg

De invalshoek voor het gezondheidsbeleid is de publieke gezondheidszorg (anders dan de individugerichte gezondheidszorg). Publieke gezondheidszorg is gericht op maatschappelijke vraagstukken en vult daarmee de reguliere, individugerichte zorg aan. De Wet publieke gezondheid (zie 1.2) legt veel verantwoordelijkheden op dit gebied bij de gemeente. In ieder geval behoren tot de gemeentelijke taken het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie en het verzamelen van gezondheidsgegevens, het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen, het organiseren van preventieprogramma's, bevorderen van medisch milieukundige zorg, technische hygiënezorg en psychosociale hulp bij rampen, uitvoering jeugdgezondheidszorg en ouderengezondheidszorg. Voor de uitvoering van taken op het gebied van de volksgezondheid houden gemeenten, al dan niet gezamenlijk, een GGD in stand.

De wet draagt de minister van VWS op de kwaliteit en doelmatigheid van de publieke gezondheidszorg te bevorderen en de landelijke ondersteuningsstructuur in stand te houden en te verbeteren.

De verantwoordelijkheid voor het lokaal gezondheidsbeleid vindt zijn grond in twee wetten: de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

1.2 Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid vormt de wettelijke basis voor de verantwoordelijkheid van de gemeente voor de collectieve preventie volksgezondheid. De wet definieert dit als bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit, alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking. Ook het stimuleren van de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg behoort tot de gemeentelijke taken. De gemeente is verplicht elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Met de invoering van de Wmo per 1 januari 2007 is de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) uit de toenmalige Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) overgeheveld naar de Wmo (prestatievelid 8).

Per 1 december 2008 is de Wet Publieke Gezondheid (Wpg) in werking getreden. Deze wet is een samenvoeging van de Wcpv, de Infectieziektewet en de Quarantainewet. Naast de reeds bestaande taken uit deze drie wetten wordt het eenvoudiger om nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding te verankeren. Ook opgenomen is de verplichting om dossiers in de jeugdgezondheidszorg te digitaliseren (het Digitaal Dossier JGZ, dat eerder EKD genoemd werd). De taak van de gemeente voor de ouderengezondheidszorg is ook opgenomen maar treedt nog niet in werking. Deze taak vereist nog uitwerking in overleg met de VNG en GGD Nederland.

1.3 Wet maatschappelijke ondersteuning

Per 1 januari 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) ingevoerd. Deze wet maakt de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie van alle burgers. Kwetsbare groepen mogen geen drempels ervaren om deel te nemen aan de maatschappij. Een goede gezondheid maakt deelname aan de maatschappij mogelijk. Mensen die deelnemen aan de maatschappij voelen zich gezonder. Het bevorderen van de gezondheid voorkomt dat mensen vroegtijdig een beroep moeten doen op voorzieningen. De Wpg (langer gezond leven) en de Wmo (meedoen en zelfredzaamheid) staan in nauw verband met elkaar. Bijvoorbeeld ten aanzien van de eerstelijnszorg.

Door het Ministerie van VWS is de visie "Een dynamische eerstelijnszorg" gepresenteerd (brief aan de Tweede Kamer van 25 januari 2008), waarin het verband duidelijk wordt gelegd. In de visie van VWS staat dat de rijksoverheid nadrukkelijker het gesprek aangaat met gemeenten om hen te stimuleren een samenhangend beleid op het gebied van gezondheid, maatschappelijke ondersteuning en jeugd te formuleren. Aan die samenhang moet dan aandacht worden besteed in het beleidsplan Wmo en/of de Nota gezondheidsbeleid. Onderwerpen waaraan VWS nader aandacht wil besteden zijn: gezondheidsinformatie en leefstijlinterventies die GGD'en beschikbaar hebben, wet- en regelgeving

voor de versterking van de coördinatiefunctie in een zorgproces (onder meer in relatie tot Wmo, Wpg en CJG), bevorderen en ondersteunen van informatieuitwisseling/beschikbaarheid van informatie tussen/bij Wmo loketten en huisartsen op het terrein van de brede eerstelijnszorg.

1.4 Landelijke Preventienota “Kiezen voor gezond Leven”

Het Ministerie van VWS stelt op grond van de Wpg iedere vier jaar een gezondheidsnota vast. In 2006 is de landelijke preventienota “Kiezen voor gezond leven 2007-2010” vastgesteld. De Rijksoverheid ziet een groot maatschappelijk belang in een goede gezondheid. Mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen, langer zelfstandig meedoen en hebben minder intensieve zorg nodig. De preventienota richt zich vooral op gezondheidsbevordering en de bewuste keuzes die individuen kunnen maken. De Rijksoverheid baseert zich op onderzoeksgegevens waaruit blijkt dat de gezondheid van de Nederlanders verslechtert door roken, overmatig alcoholgebruik en overgewicht.

Hoofdthema van de preventienota is dan ook het bevorderen van een gezonde leefstijl. Als speerpunten benoemt de preventienota:

- roken
- overmatig alcoholgebruik
- overgewicht
- diabetes
- depressie

De acties zijn gericht op het stimuleren van gezonde keuzes.

Van gemeenten wordt verwacht dat zij aansluiting zoeken bij deze speerpunten uit de preventienota en deze vertalen naar de lokale situatie.

Hoofdstuk 2 Lokale gezondheidssituatie

2.1 Gezondheidsrisico's in beeld

De Wet publieke gezondheid geeft gemeenten de opdracht inzicht te verwerven in de gezondheidssituatie van hun inwoners op basis van epidemiologische analyse. Periodiek moeten deze gegevens op landelijk gelijkvormige wijze worden verzameld en geanalyseerd. Dit is een taak van de GGD. In een vierjaarlijkse cyclus houdt de GGD Flevoland gezondheidsenquêtes onder diverse bevolkingsgroepen. Verder heeft de GGD analyses beschikbaar van de sterftcijfers, de registratie Vangnet en Advies en de jeugdgezondheidszorg (2008). Op basis van de analyse worden ontwikkelingen en trends zichtbaar en kunnen gezondheidsrisico's worden benoemd.

In de bijlage "Hoe gezond is Lelystad" zijn, op basis van deze gezondheidsgegevens, de meest relevante cijfers over de lokale gezondheidssituatie opgenomen. Ter vergelijking zijn naast de beschikbare cijfers voor Lelystad ook de beschikbare cijfers voor Flevoland en Nederland opgenomen. In deze paragraaf is een korte opsomming opgenomen van de belangrijkste aandachtspunten.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Mensen met een lage sociaaleconomische status leven gemiddeld 4,9 jaar (mannen) en 2,6 jaar (vrouwen) korter. Het gemiddelde verschil in het aantal jaren dat in minder goede gezondheid wordt doorgebracht is zelfs 15 jaar. In vergelijking met Nederland kent Lelystad minder hoog opgeleiden en een gemiddeld lager besteedbaar inkomen.

Sterfte

Uit de laatste sterftcijfers, gemeten over een periode van 2003 tot 2006, blijkt dat de sterfte onder vrouwen in Lelystad 13% hoger ligt dan in Nederland (gemeten over de periode 1996-2002 was dat nog 11%). Ook de levensverwachting van vrouwen ligt in Lelystad significant lager. Tal van complexe factoren hebben invloed op sterfte. De oorzaak van deze hogere sterfte onder vrouwen is niet bekend, evenmin of het om beïnvloedbare sterfte gaat (bijvoorbeeld ongezond gedrag). Deze cijfers baren de gemeente Lelystad zorgen en er is vastgesteld dat dit probleem een nadere analyse verdient om te beoordelen of er mogelijkheden zijn het sterftcijfer te verlagen. In een aanvullende analyse op basis van de reeds beschikbare data zal inzichtelijk gemaakt worden wat de belangrijkste oorzaken zijn van sterfte in Lelystad, wat de absolute aantallen zijn van de totale sterfte en welke verschillende aandoeningen voorkomen in relatie tot het aantal verloren levensjaren. De uitkomsten van deze korte analyse (beschikbaar eind 2009) kunnen richting geven aan mogelijkheden voor een verdiepingsslag en een specifieke benadering om het sterftcijfer in Lelystad onder vrouwen te verlagen.

Leefstijl

Ongezond gedrag, zoals onvoldoende bewegen, te weinig gezonde voeding, roken, drugs of overmatig alcoholgebruik beïnvloedt de gezondheid. Het leidt tot meer ziekten en aandoeningen, een hogere sterfte en/of vermindering van de kwaliteit van leven.

Het aantal mensen met overgewicht groeit. Overgewicht op jonge leeftijd verhoogt de kans op gezondheidsklachten in het verdere leven. Metingen in 2008 uit het project Gezond Gewicht Lelystad geven de volgende overgewichtpercentages: 3-jarigen 9%, 5/6-jarigen 14% (waarvan 4% ernstig overgewicht) en 10/11-jarigen 24% (waarvan 10% ernstig overgewicht). Volgens de gezondheidsenquêtes heeft 10% van de jongeren (12-18 jaar), 49% van de volwassenen en 60% van de 65-plussers overgewicht. In Lelystad hebben ongeveer 3.000 mensen diabetes (totaalcijfer huisartsenregistratie). In vergelijking met Nederland heeft Lelystad dubbel zoveel volwassenen met diabetes (2% resp. 4%).

Veel en vaak alcohol drinken op jonge leeftijd blijkt sneller dan bij volwassenen te leiden tot blijvende gezondheidsschade. Bingedrinking (meer dan 5 glazen alcohol per keer) wordt gedaan door 30% van de jongeren, 13% is recent dronken geweest. De ambulancedienst registreerde in de jaren 2006, 2007, 2008 oproepen voor totaal 18 jongeren (evenveel jongens als meisjes) in de leeftijd van 14 tot en met 18 jaar met een alcoholintoxicatie soms in combinatie met drugs. Onderzoek van het RIVM ("Spelen met gezondheid") heeft uitgewezen dat jongeren met een ongezonde leefstijl zich niet beperken tot één ongezonde leefstijlfactor. Zo gaan roken en drinken vaak samen. Van de volwassenen in Lelystad is 9% een zware drinker. Van de ouderen (65+) gebruikt 42% dagelijks alcohol, voor een groeiend deel leidt dit tot problemen.

Alcohol- en drugsgebruik kunnen leiden tot verslaving. De instelling voor verslavingszorg Tactus heeft per 1 januari 2009 163 mensen uit Lelystad in behandeling, waarvan er 12 jonger zijn dan 18 jaar en 20 tussen de 18 - 24 jaar.

Psychosociale problemen

Ernstige psychosociale problemen kunnen verhinderen dat mensen mee kunnen blijven doen in de maatschappij. Van de jongeren in Lelystad heeft 25% wel eens zelfmoord overwogen, 6% heeft daadwerkelijk een poging (of meerdere) ondernomen. Bij de periodieke gezondheidsonderzoeken op de scholen door de jeugdgezondheidszorg in 2008 is geconstateerd dat van de in dat jaar onderzochte kinderen 4% een hoog risico heeft op een ernstig psychosociaal probleem. Voor een deel van deze kinderen is er een aanwijzing dat het dagelijks functioneren hierdoor kan worden verstoord.

Depressie komt bij 13% van de volwassenen voor, bij ouderen heeft 46% een hoog risico op angststoornissen of depressie.

Het algemeen maatschappelijk werk (MDF) heeft in 2008 totaal zo'n 900 trajecten uitgevoerd, een kwart van de problematiek betreft mensen met psychosociale klachten. MDF bespeurt een tendens van meer zware depressie, angsten en suïcidegedachten.

Een zeer kwetsbare groep mensen zijn mensen met een combinatie van problemen op het gebied van verslaving, psychosociale problemen, problemen in de thuissituatie, werk of huisvesting. Volgens de Flevomonitor zijn in Lelystad 428 verslaafden, 354 (dreigend) dak- of thuislozen, 366 slachtoffers van huiselijk geweld. Het Meldpunt Vangnet en Advies kreeg in 2008 179 meldingen.

Niet Westerse allochtonen

In vergelijking met de autochtone inwoners blijken de niet Westerse allochtone inwoners een minder goed ervaren gezondheid te hebben. Zij komen meer bij de huisarts, en diabetes en cardiovasculaire aandoeningen komen vaker voor. In Lelystad vormt deze groep 17,5% van onze bevolking. In 2015 is naar verwachting 1 op de 5 inwoners van niet Westerse afkomst.

De schets van bovenstaande gezondheidsrisico's bepaalt de aandachtspunten in het lokale gezondheidsbeleid. Het merendeel van de Lelystedelingen ervaart een goede gezondheid en het huidige beleid draagt daaraan bij. Er zijn goede eerstelijns gezondheidscentra gespreid over de stad, er is ziekenhuiszorg binnen onze gemeentegrenzen, diverse partijen werken stevig mee aan de vorming van het Centrum voor Jeugd en Gezin. Over wat is bereikt gaan de volgende paragrafen.

2.2 Uitvoering lokale gezondheidsnota "Zorgen voor de toekomst"

In 2002 heeft de gemeente Lelystad de eerste nota vastgesteld: "Zorgen voor de toekomst". De eerste nota omschrijft het beleid voor de jaren 2003-2007 en bevat daarnaast een uitgebreide inventarisatie van de aanwezige zorgvoorzieningen in Lelystad. Hieronder volgt een korte terugblik op de uitvoering van het gezondheidsbeleid in de afgelopen jaren aan de hand van de in de nota opgesomde punten waarop de inzet met name gericht zou zijn.

- a. Het op peil brengen en houden van het zorgaanbod. De prioriteit ligt hierbij voor de korte termijn bij het wegwerken van het tekort aan huisartsen- en tandartsenzorg.

Resultaat:

In de periode van het aanzienlijke huisartsentekort is er wachtlijstbeheer georganiseerd om de duizenden wachtenden te begeleiden (door SSGL) tot zij een huisarts hadden gevonden. Er zijn twee voorlichtingsdagen gehouden met het doel huisartsen te bewegen naar Lelystad te komen. Inmiddels is er geen huisartsentekort meer. Voor acute zorg is een centrale huisartsenpost gerealiseerd, waarbinnen avond-, nacht- en weekenddiensten efficiënt zijn georganiseerd. De uitbreiding van het maatschappelijk werk in Lelystad heeft de werkdruk van de huisartsen duidelijk verminderd.

Er is een positief vestigingsklimaat voor de komst van tandartsen geschapen. De gemeente faciliteert bij het verstrekken van vergunningen bij de realisering van praktijken.

Er is een goede spreiding van gezondheidscentra over de stad. Voor de nieuwe wijk Warande is ruimte voor zorgcentra op twee plekken in de wijk gepland.

Behoud van ziekenhuisvoorziening in Lelystad

De speciale inzet die de gemeente eind 2008 heeft gepleegd om de ziekenhuisvoorziening in Lelystad te behouden verdient nadrukkelijke vermelding. Het behoud van een ziekenhuis in Lelystad heeft onder druk gestaan. Binnen de grenzen van haar publieke verantwoordelijkheid, heeft de gemeente zich ingespannen voor het behouden van optimale zorg voor haar inwoners. Zo is voor aanpassingen aan de operatiekamers een lening beschikbaar gesteld en is met een substantiële financiële impuls weer toekomstperspectief gegeven aan het voortbestaan van het ziekenhuis.

- b. Het realiseren van een adequaat en op elkaar afgestemd aanbod van woon- en zorgvoorzieningen voor ouderen gebaseerd op het uitgangspunt dat ouderen zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen.

Resultaat:

Er is een uitgebreid meerjarenprogramma Wonen Welzijn Zorg 2005-2015 gemaakt, waarin de verdeling van het aanbod over de wijken is uitgewerkt (één-, twee- en driesterrenzones). Ten behoeve van de nieuwe wijk Warande is in 2007 een zorgvisie opgesteld. Met de komst van de Wmo is er meer integraal aandacht voor het zelfstandig (begeleid) kunnen wonen van alle kwetsbare groepen, zoals mensen met een verstandelijke of psychische beperking. Bij de inrichting van de sterrenzones vormt de aandacht voor welzijnsvoorzieningen in de sfeer van ontmoeting en activering een belangrijk onderdeel (marktplaats voor de buurt-principe).

- c. Het bevorderen van een meer gezonde jeugd door extra in te zetten op preventie gericht op een meer gezonde levensstijl en door in te zetten op het vroegtijdig signaleren en aanpakken van (potentiële) probleemgezinnen en risicjongeren.

Resultaat:

De jeugdgezondheidszorg heeft extra aanbod voor risicokinderen. Er zijn voorlichtingsprojecten en bewegingsprojecten gestart om een betere leefstijl te bevorderen. Er is een impuls gegeven aan het aanbod opvoedingsondersteuning. Inmiddels is de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin, waarvan jeugdgezondheidszorg een van de pijlers vormt, voortvarend gestart. Hierin worden de functies signaleren, informatie en advies, hulpaanbod, toeleiding en coördinatie gebundeld. Nieuwe instrumenten die binnen het CJG gebruikt gaan worden zijn het digitale dossier jeugdgezondheidszorg (beter bekend als elektronisch kinddossier) en een verwijzindex risicjongeren (ESAR). De bescherming van de privacy bij het gebruik van deze instrumenten krijgt nadrukkelijk aandacht. De CJG-ontwikkeling heeft vorm gekregen in een pilot: per 1 september 2008 is het eerste Centrum voor Jeugd en Gezin geopend. Het is tijdelijk ondergebracht bij de GGD tot het verhuist naar de nieuw te bouwen multifunctionele accommodatie Atol-Plaza.

- d. Het continueren en versterkt voortzetten van de bestrijding van infectieziekten.

Resultaat:

Het aantal spreekuren en voorlichtingsactiviteiten is uitgebreid. Recent zijn de SENSE-sprekuren van start gegaan. Sense staat voor laagdrempelige (anonieme) spreekuren waar iedereen terecht kan met (hulp)vragen op het gebied van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA), maar ook seksualiteit, (ongewenste) zwangerschap, seksueel geweld en anticonceptie. De dreiging van infectieziekten door toenemend vliegverkeer en nieuwe infectieziekten (SARS) vereist extra aandacht. De GGD heeft budget (ingående 2009) voor de inzet van extra formatie ten behoeve van infectieziektebestrijding.

- e. Het realiseren van een efficiënte geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen: de ambulancezorg wordt op peil gebracht, de meldkamers worden samengevoegd en er wordt gewerkt aan één hulpverleningsorganisatie voor Flevoland.

Resultaat:

De samenvoeging tot één hulpverleningsdienst is gerealiseerd en inmiddels weer gesplitst. De samenvoeging van de meldkamers is gaande. Het regelen van de werkprocessen vergt nog een aanzienlijke inspanning. De ambulancezorg is op peil gebracht. De overschrijdingspercentages aanrijtijden vertonen een dalende lijn. De inzet van Rapid Responder Ambulancezorg, waarbij solo-verpleegkundigen ter plekke eerste hulp verlenen (geen vervoer), draagt bij aan een efficiënte ambulancezorg.

- f. Het terugdringen van gezondheidsachterstand bij allochtonen en mensen met een lage sociaal economische status (SES).

Resultaat:

In breder verband is er aandacht voor kwetsbare groepen en hun deelname aan de samenleving. Bijvoorbeeld sport- en bewegingsactiviteiten vanuit integratiebeleid. Binnen de JGZ is steeds meer aandacht voor het bereiken van ouders en kinderen (extra actie bij niet verschijnen op consult), voor risicokinderen, en voor vroegsignalering en bemoeizorg. Het project steunpunt opvoedingsondersteuning STOP en inzet van voorlichters eigen taal en cultuur (VETC) zijn erop gericht alle groepen te bereiken en aanbod toegankelijk te maken. De ontwikkeling van het CJG moet dit verder versterken. Via de SWOL is in 2009 het project allochtone zorg- en welzijnsmakelaar gestart om allochtone inwoners de weg te wijzen en te begeleiden naar gezondheidsvoorzieningen, zorg en welzijnsactiviteiten. Binnen het Wijkontwikkelingsplan Zuidoost is onder meer een beweegproject opgenomen voor allochtone vrouwen met chronische pijnklachten dat wordt uitgevoerd door de STEL en SWOL. Het stimuleert hen om meer te bewegen en beoogt hen weer mee te laten doen aan reguliere activiteiten in de wijk.

- g. Het bieden van adequate zorg voor dak- en thuislozen, verslaafden, verwaarloosden en prostituees.

Resultaat:

Voor opvang en begeleiding van mensen uit deze kwetsbare groepen zijn diverse voorzieningen gerealiseerd. Naast crisisopvang is er dag- en nachtopvang met een regionale functie gekomen, aangevuld met spreekuren van de hulpverleningsinstellingen. Er is begeleid wonen georganiseerd, Kwintes is gestart met een Trainingshuis. Het meldpunt Vangnet en Advies is versterkt. Tactus en GGZ Meerkanten werken nauw samen. Er is een veegproject gestart als vorm van dagbesteding. Om daklozen en zorgmijders te bereiken en te begeleiden naar hulp wordt veldwerk ingezet en trajectbegeleiding. Ook is er het arbeidsreintegratieproject Country Garden.

2.3 Uitvoering nota lokaal verslavingsbeleid

De voorzieningen genoemd onder punt g. van de vorige paragraaf zijn ook voorzieningen die vanuit het perspectief van het lokaal verslavingsbeleid tot stand zijn gekomen. In vervolg op punt g. volgt in deze paragraaf een korte terugblik op de uitvoering van de vastgestelde nota lokaal verslavingsbeleid gemeente Lelystad 2002-2004. Met het verslavingsbeleid wordt ingezet op het voorkomen en terugdringen van schade en risico's van alcohol, drugs en gokken voor de gezondheid en openbare orde en veiligheid. De uitvoering van de nota heeft geleid tot verschillende acties, die in de afgelopen jaren zijn geïntensiveerd. Onderstaand een korte impressie.

Vanuit de rijksdoeluitkering wordt door centrumgemeente Almere preventie en dienstverlening bij Tactus verslavingszorg ingekocht. Dit betreft voornamelijk zorg (onder meer informatie en advies, spreekuren, outreachend werken), die in Lelystad die vanuit de vestiging van Tactus in Lelystad wordt aangeboden. Andere onderdelen betreffen herstel (begeleid wonen (ex)verslaafden) en preventie in het onderwijs. Uit eigen middelen financiert gemeente Lelystad aanvullend extra inzet op preventieactiviteiten in het onderwijs. Zo is op de scholen voor voortgezet onderwijs het middelenprotocol ingevoerd ter voorkoming van schooluitval door drank en drugs. Er is aanbod van preventieactiviteiten gericht op ouders (b.v. Homeparty, gesprekken op straat, themabijeenkomst).

Tevens is actieve deelname van de verslavingszorginstelling Tactus aan het preventief netwerk jeugdbeleid (Breakpoint) gerealiseerd. Via het jongerenwerk (waar in de jongerenlokalen geen alcohol of drugs worden gebruikt) loopt een peer-project, waarbij leeftijdgenoten voorlichting geven aan jongeren. Voor de Waterwijk is een inloophuis georganiseerd. Tactus biedt via de website ook mogelijkheden voor online behandeling. Dit draagt bij aan laagdrempelige voorzieningen voor de behandeling, begeleiding en nazorg van verslaafden.

Er is een Bestuurlijk kader regiovisie ambulante verslavingszorg Flevoland 2008-2012 vastgesteld met hoofddoelen die in gemeentelijke deelplannen met inachtneming van de lokale situatie worden uitgewerkt.

2.4 Resultaten werkconferentie

Aan betrokken partijen op het gezondheidsterrein is in een werkconferentie op 23 november 2007 gevraagd aandachtspunten voor het gezondheidsbeleid aan te geven. Tijdens de werkconferentie werd de gemeente door veel deelnemers aangesproken op haar rol als regisseur. Gevraagd wordt o.a. samenwerking te regisseren en partijen bij elkaar te brengen met een heldere opdracht, met duidelijke doelen. De gemeente heeft de rol om partijen te verbinden, bijvoorbeeld de GGZ, MEE en de eerstelijns gezondheidszorg, en de zorggebruikers en de eerstelijns gezondheidszorg. De burger heeft immers geen boodschap aan de schotten tussen sectoren.

De gemeente wil regie voeren op die terreinen waar men een directe gemeentelijke verantwoordelijkheid heeft (b.v. jeugdgezondheidszorg en openbare geestelijke gezondheidszorg) en wil samenwerken met partners waar de gemeente een indirecte verantwoordelijkheid heeft (b.v. voorzieningenniveau). De deelnemers willen dat het gemeentelijk gezondheidsbeleid inzet op het verkrijgen van specifieke gezondheidsinformatie (wijkniveau, specifieke groepen), informatie-uitwisseling (sociale kaart) en samenwerkingsafspraken.

Hoofdstuk 3 Visie en uitgangspunten

3.1 Visie op gezondheid

De visie op gezondheidsbeleid van gemeente Lelystad wordt gevoed door de wettelijke kaders en de lokale ambities. De wettelijke taken uit de Wpg en Wmo moeten in samenhang worden gezien. Aansluiting moet worden gezocht bij de vastgelegde lokale ambities, zoals in de programmabegroting en het collegeprogramma, de Toekomstvisie Lelystad 2020, het Meerjarenprogramma Wonen, Zorg en Welzijn 2005-2015, de Zorgvisie Warande 2007, de Contourennota Sociaal Beleid 2006.

Visie op gezondheid

Mensen maken de stad en iedereen doet mee. Binding en ontmoeting, jeugd voorop, ondersteuning en zorg zijn speerpunten. Dat is wat de gemeente Lelystad voor ogen staat. De Lelystadse inzet is te komen tot een versterking van participatie en betrokkenheid in de samenleving. Een belangrijke voorwaarde is dat onze inwoners gelijke kansen hebben op het bereiken of behouden van een goede gezondheid. Wie zich goed voelt doet mee, wie zich goed voelt helpt mee. Aan het bouwen aan een hechte samenleving, het ondersteunen van elkaar door mantelzorg en vrijwilligerswerk, het nemen van initiatieven en meedoen aan activiteiten. De gemeente Lelystad wil langer gezond leven mogelijk maken, en in het verlengde daarvan het behouden van de regie over het eigen leven en langer zelfstandig wonen. De kansen om gezondheid positief te beïnvloeden moeten worden benut: het stimuleren van gezonde keuzes, zorgen voor een goed niveau en spreiding van zorgaanbod, het creëren van een prettige woon- en leefomgeving. Groepen met een gezondheidsachterstand en groepen met een verhoogd gezondheidsrisico verdienen extra ondersteuning.

3.2 Uitgangspunten

Op grond van het voorgaande zijn de volgende uitgangspunten van beleid te formuleren:

Eigen verantwoordelijkheid burgers behouden, gemeente creëert randvoorwaarden en vangnet.

De gemeente wil investeren in gelijke kansen op een goede gezondheid, maar de burger houdt een verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid. De gemeente draagt er zorg voor dat burgers voldoende kennis hebben van gezondheid en zorgt voor een leefbare omgeving. De gemeente schept de randvoorwaarden om gezond te kunnen leven en stimuleert gezonde keuzes. Hierbij wordt er wel van uit gegaan dat burgers een eigen verantwoordelijkheid nemen en willen kiezen voor gezond gedrag. Voor burgers die dat niet kunnen biedt de gemeente een vangnet.

Gebiedsgerichte benadering.

De gemeente kiest voor een wijkgerichte aanpak. Deze aanpak biedt de mogelijkheid voorzieningen dicht bij de burger te brengen. Door voorzieningen in de wijk te brengen worden deze laagdrempelig en daarmee toegankelijker. Sociale samenhang is het uitgangspunt, waardoor beter aangesloten kan worden bij de wensen en behoeften van de burgers. Bovendien doet deze aanpak recht aan de mogelijkheid aan te sluiten bij dat wat er al is in een wijk of buurt. Het sociaal- en cultureel werk werkt meestal al wijkgebonden. De Brede Welzijnsinstelling (i.o.) zal wijkgebonden werken. Natuurlijk zijn er ook terreinen waarop een gemeentebrede aanpak meer voor de hand ligt. Dit geldt voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg en voor de openbare geestelijke gezondheidszorg. De doelgroepen zijn te klein en de aanpak is te specialistisch om in iedere wijk aparte voorzieningen te creëren.

Versterken regierol van de gemeente.

De gemeente krijgt er steeds meer taken bij, zoals de uitvoering van de Wmo. Veel vraagstukken, ook op het gebied van gezondheid, zijn zo complex dat het belangrijk is dat één partij de regie neemt. De gemeente heeft tot taak de deelbelangen van partijen in het veld om te vormen tot een gezamenlijk belang. Dit kan alleen door vanuit een visie samen met partijen te werken aan oplossingen.

Ketenbenadering.

Een ketenbenadering houdt in dat aanbieders van zorg door samenwerking en in

samenhang oplossingen zoeken voor de problemen die zich voordoen bij de cliënt. Er zijn veel soorten aanbieders op het gebied van zorg. In een aantal gevallen hebben mensen zorg nodig van meerdere partijen. Het is belangrijk dat de zorg op elkaar wordt afgestemd en dat men van elkaar weet welke zorg geboden wordt. Om dit te realiseren moeten er afspraken worden gemaakt over wie wat doet en hoe men elkaar op de hoogte houdt van elkaars inspanningen. De gemeente heeft een essentiële rol in het aan elkaar knopen van verschillende organisaties.

De mening van de zorggebruikers telt.

De burger, de klant staat centraal in het gemeentelijk beleid. Voor gemeentelijk gezondheidsbeleid betekent dit dat de burger, de cliënt, de patiënt centraal staat. Gemeentelijk gezondheidsbeleid is namelijk sterk gericht op preventie, waarbij risicogroepen bijzondere aandacht krijgen. Bestaande platforms en klankbordgroepen zijn geschikt om de mening van de zorggebruikers te horen.

Hoofdstuk 4 Kansen voor een gezond Lelystad

4.1 Voortbouwen op een gezonde basis

Dit hoofdstuk geeft de kaders aan voor het gezondheidsbeleid de komende jaren. In voorgaande hoofdstukken is uiteengezet wat het vertrekpunt voor het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Lelystad is. Daaruit blijkt dat in Lelystad een stevige basis voor gezonde kansen aanwezig is. De gezondheidsvoorzieningen zijn op peil: er zijn nu voldoende huisartsen en tandartsen, de ziekenhuiszorg is binnen de gemeente Lelystad behouden, de eerstelijnszorg is gespreid over de stad georganiseerd in gezondheidscentra, bij de ontwikkeling van de nieuwe wijk Warande is ruimte ingepland voor twee gezondheidscentra. De jeugdgezondheidszorg is versterkt door de samenwerking tussen de uitvoerende organisaties Icare JGZ en GGD Flevoland, de intensivering van vroege signalering en extra zorg bij risico's. In de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin zijn de eerste stappen gezet naar verdergaande afstemming van de werkprocessen. De GGD is in staat gesteld om de overige wettelijke taken uit de Wpg goed en volledig uit te voeren (waaronder alle taken aangaande de infectieziektebestrijding).

Het gemeentelijk beleid op andere onderdelen ondersteunt het lokale gezondheidsbeleid. Zo voert de gemeente Lelystad een actief sportbeleid dat kansen biedt om meer bewegen te stimuleren. Het armoedebeleid van de gemeente Lelystad wil sociale uitsluiting voorkomen en biedt kansen op actief meedoen, hetgeen gezondheid en welbevinden positief kan beïnvloeden. In het Bestuurlijk kader regiovisie ambulante verslavingszorg Flevoland is meer accent komen te liggen op verslavingspreventie en wordt de relatie met de pijlers regelgeving en handhaving benoemd.

Met het gezondheidsbeleid voor de komende jaren wil de gemeente Lelystad de resultaten van het beleid dat is ingezet met de eerste gezondheidsnota "Zorgen voor de toekomst" en de nota lokaal verslavingsbeleid borgen. Voor de voortzetting van het bestaande beleid en het verkleinen van de gezondheidsrisico's voor onze inwoners benoemen we als prioriteiten:

- Stimuleren gezonde leefstijl en bestrijding overgewicht
- Preventie schadelijk middelengebruik en verslaving
- Preventie psychosociale problemen
- Integreren jeugdgezondheidszorg in het Centrum voor Jeugd en Gezin
- Versterken samenwerking en afstemming preventie, curatie en zorg
- Stimuleren vraaggestuurd aanbod en goede spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen

Hieronder staat per prioriteit beschreven om welk vraagstuk het gaat, wat het doel is, welke actie wordt ingezet en de financiële inspanning die dit vergt. Binnen deze kaders kan het college van burgemeester en wethouders uitvoering geven aan het gezondheidsbeleid in Lelystad. Daartoe werkt het college de doelstellingen en acties nader uit in concrete uitvoeringsplannen. Bij de uitvoering van het beleid wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan het benutten van en aansluiten bij bestaande projecten en activiteiten en het borgen van voorzieningen door inbedding in reguliere activiteiten.

Voor de uitwerking van de prioriteiten zijn gesprekken gevoerd met de meest betrokken partijen bij het gezondheidsbeleid. De benoemde vraagstukken werden herkenbaar gevonden en de prioriteiten in algemene zin onderschreven. In constructieve gesprekken kwamen vele suggesties ter versterking van het gezondheidsbeleid naar voren, die hebben bijgedragen aan onderstaande uitwerking.

4.2 Stimuleren gezonde leefstijl en bestrijding overgewicht

Omschrijving vraagstuk

Het groeiende percentage mensen met (ernstig) overgewicht vormt een steeds grotere bedreiging voor de gezondheid. Het aantal diabetespatiënten neemt verontrustend snel toe. De gezondheidsproblemen leiden tot beperkingen voor deelname aan werk en het sociale leven. Stimuleren van juiste keuzes kan gezondheidsproblemen voorkomen en mensen behouden voor actieve deelname aan de samenleving. Gezonde voeding en voldoende bewegen, niet roken, matig drinken vormen het recept voor gezond gedrag.

Mensen zijn zelf verantwoordelijk voor hun keuzes, maar daarmee is niet bedoeld dat gezondheid hun eigen probleem is. Het gaat erom mensen weerbaar te maken, actieve keuzes te stimuleren en hen te

voorzien van informatie waarop zij die keuzes kunnen baseren. Het participatiestreven in het Lelystadse armoedepreventiebeleid en sportbeleid maken die keuzes ook mogelijk voor onze inwoners.

Een uitdaging is om een heldere gelijkkluidende boodschap te formuleren over gezonde leefstijl die alle betrokken partijen met elkaar uitdragen. Maar wel op verschillende manieren, afhankelijk van de doelgroep die bereikt moet worden. De groep zorgmijders met psychosociale problemen vereist een andere benadering dan de groep ouders met opgroeiende kinderen of jongeren die experimenteren met drugs. Een andere uitdaging is om de samenhang tussen beschikbare interventies aan te brengen (wat, wanneer aanbieden) en het aanbod inzichtelijk te maken voor cliënten en verwijzers. In het project Gezond Gewicht Lelystad bijvoorbeeld werken de jeugdgezondheidszorg (Icare en GGD), de Lelystadse coördinator van de BOS-impuls en Sportservice Flevoland samen in de benadering van scholen, kinderen en ouders ter voorkoming van overgewicht bij kinderen. Het project integreert voedingslessen en beweegactiviteiten in één programma. De ketenzorg diabetes is volop in ontwikkeling. De ondersteuningsorganisatie voor de eerstelijnsgezondheidszorg ProGez start een pilot preventieactiviteiten diabetes met een Routeplanner Diabetespreventie in een huisartsenpraktijk in Lelystad. De pilot Routeplanner Diabetes voorziet in de behoefte van zorgverleners om meer preventief te werken en kent een gerichte aanpak van hoogrisicogroepen (lage SES en allochtonen) en is gericht op het stimuleren van gezond gedrag (uitstel of voorkomen van diabetes). Dit programma sluit aan op Diabeteszorg Beter waaraan huisartsenpraktijken al deelnemen.

Het opvallend hoge sterftecijfer onder vrouwen in Lelystad (13% hoger dan in gemiddeld in Nederland) is nog niet verklaard. Als een verklaring kan worden gevonden ontstaat ook inzicht in de mogelijkheden of onmogelijkheden om met gemeentelijke beleid een verlaging van dit cijfer te bewerkstelligen. Nader onderzoek is nodig.

Doelstelling

Inwoners van Lelystad kiezen voor een gezonde leefstijl en krijgen daarmee betere kansen op een langer gezond leven.

Indicator

- het percentage mensen met overgewicht stabiliseert
- het percentage kinderen met overgewicht daalt
- het percentage mensen met diabetes stijgt minder

Actie

- Inzetten op het ontwikkelen van een ketenaanpak actieve leefstijl, in samenhang met het sportbeleid en het armoedepreventiebeleid.
- Structureel inbedden van de projecten Gezond Gewicht Lelystad en de Gezonde Hap en Stap Vierdaagse in het aanbod.
- Nader onderzoek uitvoeren naar oorzaken van het hoge sterftecijfer onder vrouwen en naar mogelijkheden om dit te verlagen.

Kosten

- Ketenaanpak en aanvullende beweegprogramma's specifieke groepen € 35.000,00 per jaar
- Gezond Gewicht Lelystad € 55.000,00 per jaar
- Hap en Stap Vierdaagse € 25.000,00 per jaar
- Nader onderzoek sterftecijfer P.M.

4.3 Preventie schadelijk middelengebruik en verslaving

Omschrijving vraagstuk

Vooral jonge mensen lopen gezondheidsschade op door alcohol. De tendens is dat steeds jonger en steeds meer (bingedrinken) alcohol wordt genuttigd. Dit vraagt specifieke aandacht in het preventieve verslavingsbeleid. Als gevolg van overmatig alcohol- en drugsgebruik ontstaat gezondheidsschade, onveiligheid en overlast. Ouderen met een dreigende alcohol- of medicijnverslaving vormen eveneens een aandachtsgroep. Het geldende Bestuurlijk Kader regiovisie ambulante verslavingszorg Flevoland 2008-2012 biedt kansen voor uitwerking in een deelplan voor samenhangend lokaal verslavingsbeleid. Het benoemen van verslavingszorg/opvang binnen het gezondheidsbeleid plaatst de problematiek in een breder kader van preventie, multi-problematiek en weerbaarheid. Verslaving gaat vaak gepaard

met andere problemen zoals psychische klachten, (dreigende) dakloosheid, schulden. In regionaal verband wordt daarom gewerkt aan de Centrale Toegang Flevoland. De Centrale Toegang wordt opgezet om een betere inschatting van de zorgvraag van dakloze mensen te maken en om daarmee gerichte instroom en doorstroom van deze groep binnen de voorzieningen te bevorderen. Een team van experts, afkomstig uit verschillende sectoren gaat de zorgvragen beoordelen en doet een voorstel voor de best passende zorg. De doelgroep van de Centrale Toegang bestaat in eerste instantie uit dakloze mensen van 18 jaar en ouder die te maken hebben met meervoudige problematiek. In de toekomst zullen bijvoorbeeld zwerfjongeren ook onder de Centrale Toegang gaan vallen. De hoofddoelstellingen uit het Bestuurlijk Kader regiovisie ambulante verslavingszorg zijn hieronder overgenomen als doelstelling. Het Bestuurlijk kader stelt dat extra aandacht moet uitgaan naar de versterking van de relaties tussen enerzijds de handhavingmogelijkheden van de regelgeving van gemeenten en anderzijds preventieve activiteiten. De mogelijkheden om in Flevoland te komen tot (gezamenlijke) activiteiten rond handhaving van leeftijdsgrenzen voor alcoholgebruik in sportkantines, handhaving van het alcoholverbod op straat en leeftijdshandhaving in supermarkten worden onderzocht. Door een provinciale en gezamenlijke aanpak van gemeenten (vergunningverlening), politie (handhaving) en verslavingszorg (preventieve campagnes) kan een belangrijke bijdrage geleverd worden aan de doelstelling tot vermindering van het alcoholgebruik in Flevoland. De centrumgemeente zal regisserend en coördinerend optreden.

Doelstelling

- Tegengaan alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar en voorkomen schadelijk alcoholgebruik door uitgaande jongeren tussen 16-25 jaar (evenals de daaraan gerelateerde openbare problematiek).
- Jongeren die door alcohol- en/of drugsgebruik een risico lopen op verslaving of verslaafd zijn kunnen op een laagdrempelige en toegankelijke wijze gebruik maken van eerstelijnszorg, ambulante verslavingszorg of van andere vormen van laagdrempelig hulpaanbod.
- Voorkomen en vroegtijdig signaleren schadelijk alcoholgebruik bij volwassenen en ouderen.
- Bieden aan chronisch verslaafden van de juiste zorg en van huisvesting in gespecialiseerde woon(zorg)voorzieningen.

Indicator

- minder jongeren met alcoholintoxicatie gemeld door de ambulancedienst
- de leeftijd waarop jongeren voor het eerst alcohol drinken is niet gedaald
- de overmatige consumptie van alcohol door 10- tot 23-jarigen is 3% lager
- 3% minder jongeren in de leeftijd van 10 tot 23 jaar drinken.

Actie

Uitwerking en vaststelling van het deelplan verslaving gemeente Lelystad door het college van burgemeester en wethouders op basis van het Bestuurlijk Kader regiovisie ambulante verslavingszorg Flevoland 2008-2012:

- Er vinden preventieactiviteiten in zowel het basis- als voortgezet onderwijs plaats;
- Er wordt inzet gepleegd in het uitgaansleven (deskundigheidsbevordering barpersoneel en barvrijwilligers, peerproject en Boete of Kanskaart);
- Er wordt gericht ingezet op het voorlichten van ouders;
- Er wordt ingezet op risicogroepen (skatebaan, licht verstandelijk gehandicapten, kinderen van verslaafde ouders)
- Er wordt ingezet op deskundigheidsbevordering van intermediairs (welzijnswerk, huisartsen en huiselijk geweld);
- Er worden zelfhulpgroepen opgezet;
- Er wordt onderzocht welke mogelijkheden er zijn om met de pijlers regelgeving, handhaving en preventie een samenhangende aanpak van schadelijk middelengebruik te versterken.

Kosten

- Lokale deel basispakket (financiering centrumgemeente)
€ 23.000 voor onderwijs (rijksdoeluitkering)
- Lokale middelen
€ 34.000 voor onderwijs (gemeentebegroting)
€ 50.000 voor veilig uitgaan en inzet op ouders (voorstel najaarsnota 2009 en voorjaarsnota 2010)

4.4 Preventie psychosociale problemen

Omschrijving vraagstuk

In Lelystad komen depressieve klachten en eenzaamheid voor bij jongeren, volwassenen en ouderen, Dit beïnvloedt hun welbevinden in negatieve zin. Psychische klachten ontstaan vaak door een samenspel van factoren, waaronder isolement en weinig sociale steun, armoede, zorg voor een partner met dementie of Parkinson, ingrijpende levensgebeurtenissen. Het stimuleren van participatie en verbeteren van de weerbaarheid zijn aspecten die kunnen helpen om psychosociale problemen te voorkomen.

Wanneer mensen een depressie hebben, is de kwaliteit van leven sterk gereduceerd. Depressie is een belangrijke oorzaak van schooluitval, arbeidsverzuim en eenzaamheid. Daarentegen dragen sociale en maatschappelijke participatie bij aan preventie van depressie en behoud van zelfredzaamheid. Bij een integrale aanpak van preventie van depressie versterken de uitvoering van Wmo (meedoen voor iedereen, bevorderen zelfredzaamheid) en van de Wpg (langer gezond leven) elkaar.

Vooral bij allochtone groepen worden psychische klachten ervaren als een stigma. Informatievoorziening moet gericht zijn op het weghalen van dit stigma. Sportstimulering en effectieve beweeginterventies vormen hiervoor een kansrijke invalshoek. Lokale belangengroepen voor allochtonen kunnen een rol spelen bij het vorm geven aan de informatievoorziening. De allochtone zorg- en welzijnsmakelaar van de SWOL kan een brug slaan.

Doelstelling

Inwoners van Lelystad voelen zich mentaal gezond, kunnen meedoen in de maatschappij en blijven zelfredzaam.

Indicator

het percentage mensen dat in de gezondheidsenquêtes aangeeft psychische problemen te ervaren stijgt niet verder.

Actie

Ontwikkelen van een integrale aanpak preventie van depressie. Het Trimbosinstituut heeft een handreiking ontwikkeld. Met toepassing van dit instrument verkrijgt de gemeente Lelystad inzicht in de diversiteit van huidige activiteitenaanbod en wordt sturen op samenwerking en afstemming mogelijk aan de hand van een integraal plan.

Kosten

Incidenteel € 20.000,00

4.5 Integreren jeugdgezondheidszorg in het Centrum voor Jeugd en Gezin

Omschrijving vraagstuk

Binnen het CJG wil Lelystad kansen bieden voor alle kinderen. Daarbij gaat het er om dat de vraag en behoefte van gezin en kind centraal staat. In de werkwijze van het CJG moeten schotten tussen de diverse zorgaanbieders wegvallen. Van september 2008 tot september 2010 loopt de pilot vorming CJG, die is gestart in Atolwijk/Zuiderzeewijk.

De opdrachten uit de Wmo (prestatieveld 2) en de Wpg (jeugdgezondheidszorg) komen samen in de verplichting van de gemeente om in een CJG het preventieve aanbod te bundelen en te versterken. Het is niet de bedoeling dat het CJG een nieuwe aparte organisatie wordt. Binnen het CJG gaat het om vergaande samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken partijen. De werkwijze van de jeugdgezondheidszorg moet integreren in het CJG. Daarvoor worden werkprocessen en zorgaanbod afgestemd (ook hier vormen zich ketens voor zorg). De uitvoerende organisaties van de JGZ (GGD en Icare) zijn in de afgelopen jaren steeds meer samen gaan werken. De methodieken Vroegsignalering en bemoeizorg, Integrale Vroeghulp, Project Gezond Gewicht Lelystad zijn gebaseerd op nauwe samenwerking bij het signaleren en bieden van een interventie.

Doelstelling

De jeugdgezondheidszorg wordt als herkenbaar aanbod vanuit Centrum Jeugd en Gezin uitgevoerd.

Indicator

- vastlegging werkprocessen in CJG-verband
- voor ouders is de jeugdgezondheidszorg herkenbaar als CJG

Actie

De uitvoerende instellingen van de jeugdgezondheidszorg werken aan integratie van de werkwijze van jeugdgezondheidszorg in de werkwijze van het CJG.

Kosten

De kosten maken deel uit van de raambegroting CJG.

4.6 Versterken samenwerking en afstemming preventie, curatie en zorg

Omschrijving vraagstuk

Het Ministerie van VWS geeft in de visie "Dynamische eerstelijnszorg" gemeenten een nadrukkelijke rol. Samenhang brengen in beleid op het gebied van gezondheid en maatschappelijke ondersteuning en opvang is nodig om invulling te geven aan de verschillende prestatievelden van de Wmo en Wpg. Het stimuleren van afstemming collectieve preventie en curatieve gezondheidszorg is een wettelijke taak. Vanuit deze rol verbindt de gemeente partijen en stimuleert een ketenbenadering.

Een voorbeeld van ketenbenadering is de al genoemde ketenzorg diabetes en de integrale jeugdgezondheidszorg die steeds meer verbinding zoekt met de voorschool en andere betrokken partijen. Met de voorgenomen acties preventie van depressie en ketenaanpak actieve leefstijl, de vorming van een centrale toegang GGZ, kan verder vorm worden gegeven aan het verbinden van partijen en activiteiten. Vooralsnog sluiten preventie en curatie nog onvoldoende op elkaar aan. Het verbinden van marktwerking en ketenbenadering is complex. MCC Flevoland en de GGD hebben overleg, het Zorginnovatieplatform Flevoland houdt zich bezig met toekomstige problemen in de zorg. Een voorbeeld waarin op basis van een thema een zorgprogramma tot stand is gekomen is het programma Palliatieve Zorg.

Doelstelling

Inwoners van Lelystad gebruik kunnen maken van een aanbod van geïntegreerde zorg waarbij partijen samenwerken, de keten sluiten en de cliënt centraal staat.

Indicator

- vaststelling van programma's

Actie

In de rol van regisseur een proces op gang brengen met betrokken partijen waarbij thema's worden benoemd waarvoor een gezamenlijk programma kan worden vastgesteld met als uitgangspunt kwaliteit van zorg.

Kosten

Reguliere inzet ambtelijke uren.

4.7 Stimuleren vraaggestuurd aanbod en goede spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen

Omschrijving vraagstuk

Het ziekenhuis in Lelystad is op basis van het adviesrapport Lodewick een nieuwe weg ingeslagen. Vanuit de publieke verantwoordelijkheid heeft gemeente Lelystad de overname door de MCgroep mede mogelijk gemaakt. Dit vereist een blijvende focus op de ontwikkelingen rondom deze voorziening en de versterking van de positie van het ziekenhuis met een meerwaarde voor onze inwoners. Dit alles binnen de (indirecte) verantwoordelijkheid die de gemeente heeft voor een optimaal zorgaanbod voor de inwoners van Lelystad.

Om langer gezond leven mogelijk te maken is voldoende aanbod en goede spreiding en toegankelijkheid van het aanbod nodig. Vanuit de gedachte dat kwetsbare mensen langer zelfstandig thuis wonen is een breed aanbod van woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen op wijkniveau eveneens

nodig. Net als in de voorgaande paragraaf betreft het een wettelijke taak die voortvloeit uit zowel de Wmo als Wpg.

In Lelystad is beleid gemaakt waarin benoemde sterren-zones aanduiden welke mate van beschikbaarheid van voorzieningen wordt verlangd. Betrokken instellingen hebben voor de nieuw te bouwen wijk Warande een visie opgesteld voor geïntegreerde zorg. Deze visie is opgenomen in de Zorgvisie Warande van de gemeente. Bij de ontwikkeling van Warande is ruimte gereserveerd voor twee gezondheidscentra.

Doelstelling

Inwoners van Lelystad kunnen gebruik maken van gezondheidsvoorzieningen in de buurt met een aanbod dat past binnen de buurt of wijk en van ziekenhuiszorg in de eigen stad.

Indicator

- gezondheidsgegevens op wijkniveau beschikbaar
- tevredenheid inwoners over voorzieningen in de buurt

Actie

- Onderzoeken in welke mate gezondheidsgegevens op wijkniveau zijn te genereren.
- Organiseren van een ontmoeting tussen 1^e en 2^e lijns gezondheidszorg en het ziekenhuis (medici en paramedici, niet alleen specialisten en huisartsen) voor informatie-uitwisseling.
- Periodieke gesprekken (vier keer per jaar tot en met 2010) met het ziekenhuis op ambtelijk en bestuurlijk niveau.
- Faciliteren dat aanvullende voorzieningen zich concentreren in en nabij het ziekenhuis

Kosten

P.M.

4.8 Monitoren resultaten van beleid

In voorgaande paragrafen zijn de beleidsprioriteiten nader beschreven en vormen daarmee het kader voor de uitvoeringsplannen van het college van burgemeester en wethouders in de komende beleidsperiode. Om de resultaten van het beleid te volgen zijn ook indicatoren benoemd per beleidsprioriteit. Hierbij moet voor ogen worden gehouden dat waar het gaat om gedragsverandering de positieve gezondheidseffecten daarvan pas op langere termijn zichtbaar worden. Daarom zijn vooral indicatoren gekozen die voortkomen uit de epidemiologische gegevens die de GGD verzamelt over diverse bevolkingsgroepen in de gezondheidsenquêtes. In een cyclus van vier jaar wordt ieder jaar een gezondheidsenquête gehouden onder een gedeelte van de bevolking. Deze taak is opgedragen aan de GGD Flevoland ter uitvoering van de verplichting die voortvloeit uit de Wpg. In aanvulling daarop is aansluiting gezocht bij indicatoren vanuit de leefsituatieonderzoeken van de afdeling Onderzoek en Statistiek van de gemeente Lelystad.

Hoofdstuk 5 Financiële paragraaf

In de vorige paragraaf zijn de acties omschreven met de verwachte kosten. In deze paragraaf zijn de financiële consequenties in een overzicht geplaatst.

Actie	Kosten in € Incidenteel	Kosten in € Structureel	Dekking
Stimuleren gezonde leefstijl en bestrijding overgewicht			
1. Inzetten op het ontwikkelen van een ketenaanpak actieve leefstijl en aanvullende beweegprogramma's voor specifieke groepen, in samenhang met het sportbeleid en het armoedepreventiebeleid.	20.000	35.000	doorschuifbudget 2009 voorstel VJN 2010
2. Structureel inbedden van de projecten Gezond Gewicht Lelystad en de Gezonde Hap en Stap Vierdaagse in het aanbod.	50.000	80.000	voorstel NJN 2009 voorstel VJN 2010
3. Nader onderzoek uitvoeren naar oorzaken van het hoge sterftecijfer onder vrouwen en naar mogelijkheden om dit te verlagen.	P.M.		zie 1
Preventie schadelijk middelengebruik en verslaving			
4. Uitwerking en vaststelling van het deelplan verslaving gemeente Lelystad door het college van burgemeester en wethouders op basis van het Bestuurlijk kader regiovisie ambulante verslavingszorg Flevoland 2008-2012: <ul style="list-style-type: none"> - Er vinden preventieactiviteiten in zowel het basis- als voortgezet onderwijs plaats; - Er wordt inzet gepleegd in het uitgaansleven (deskundigheidsbevordering barpersoneel en barvrijwilligers, peerproject en Boete of Kanskaart); - Er wordt gericht ingezet op het voorlichten van ouders; - Er wordt ingezet op risicogroepen (skatebaan, licht verstandelijk gehandicapten, kinderen van verslaafde ouders) - Er wordt ingezet op deskundigheidsbevordering van intermediairs (welzijnswerk, huisartsen en huiselijk geweld); - Er worden zelfhulpgroepen opgezet. 		Lokale deel basispakket € 23.000 voor onderwijs Lokale middelen € 34.000 voor onderwijs € 50.000 voor veilig uitgaan en inzet op ouders	financiering centrumgemeente (rijksdoeluitkering) reguliere middelen (gemeentebegroting) voorstel NJN 2009 en voorstel VJN2010
Preventie psychosociale problemen			
5. Ontwikkelen van een integrale aanpak preventie van depressie.	20.000		doorschuifbudget 2009

Integreren jeugdgezondheidszorg in het Centrum voor Jeugd en Gezin			
6. De uitvoerende instellingen van de jeugdgezondheidszorg werken aan integratie van de werkwijze van jeugdgezondheidszorg in de werkwijze van CJG.			reguliere budgetten en CJG-begroting
Versterken samenwerking en afstemming preventie, curatie en zorg			
7. In de rol van regisseur een proces op gang brengen met betrokken partijen waarbij thema's worden benoemd waarvoor een gezamenlijk programma kan worden vastgesteld met als uitgangspunt kwaliteit van zorg.	inzet ambtelijke uren	inzet ambtelijke uren	reguliere formatie
Stimuleren vraaggestuurd aanbod en goede spreiding en beschikbaarheid van voorzieningen			
8. Onderzoeken in welke mate gezondheidsgegevens op wijkniveau zijn te genereren.	P.M.		
9. Organiseren van een ontmoeting tussen 1e en 2e lijns gezondheidszorg en het ziekenhuis (medici en paramedici, niet alleen specialisten en huisartsen) voor informatie-uitwisseling.	inzet ambtelijke uren		reguliere formatie
10. Periodieke gesprekken (t/m 2010 vier keer per jaar) met het ziekenhuis op ambtelijk en bestuurlijk niveau.	inzet ambtelijke uren	inzet ambtelijke uren	reguliere formatie
11. Faciliteren dat aanvullende voorzieningen zich concentreren in en nabij het ziekenhuis	P.M.		

Afkortingenlijst

BOS	Buurt-Onderwijs-Sport
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
EKD	Elektronisch Kinddossier
ESAR	Elektronisch Signaleringsysteem Alle Risicokinderen
GGD	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
SES	Sociaaleconomische status
STOP	Project Steunpunt Opvoeding
VETC	Voorlichters Eigen Taal en Cultuur
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wcpv	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
Wmo	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Wpg	Wet Publieke Gezondheid

Bijlage I: Hoe gezond is Lelystad?

De GGD Flevoland verzamelt gegevens over de gezondheidstoestand van onze inwoners, onder meer door de periodiek te houden gezondheidsenquêtes onder verschillende bevolkingsgroepen. De rapportages van de gezondheidsenquêtes zijn te vinden op de website van GGD Flevoland (www.ggdflerland.nl). In de uitgave "Op weg naar een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning" (2008) heeft de GGD informatie over de staat van de volksgezondheid en gezondheidszorg overzichtelijk bijeen gebracht. Daarvoor heeft de GGD uit diverse bronnen gegevens verzameld. Op basis van deze gezondheidsgegevens geeft deze paragraaf de meest relevante cijfers over de lokale gezondheidssituatie. Ter vergelijking zijn naast de beschikbare cijfers voor Lelystad ook de beschikbare cijfers voor Flevoland en Nederland opgenomen.

Bevolkingsgroei en bevolkingsopbouw

Voor Lelystad wordt een groei van het aantal inwoners verwacht naar 80.000 in 2017. In 2028 wonen naar verwachting ruim 85.000 mensen in Lelystad.

Tabel 1: Prognose bevolkingsomvang in Lelystad

Gemeente	Inwonertal				
	2008	2013	2018	2023	2028
Lelystad	72.952	76.752	80.034	82.816	85.013

Bron: Gemeente Lelystad, Onderzoek en Statistiek Bevolkingsprognose 2008-2023

Tabel 2: Prognose bevolkingsopbouw leeftijdsgroepen 2008 – 2023

	2008	2013	2018	2023
aantal inwoners	72.952	76.752	80.034	82.816
< 20 jaar	19.013	20.071	20.858	21.195
20 – 64 jaar	46.735	47.072	47.135	47.705
> 65 jaar	7.204	9.609	12.041	13.916

Bron: Gemeente Lelystad, Onderzoek en Statistiek Bevolkingsprognose 2008-2023

De leeftijdsamenstelling van de bevolking is mede bepalend voor de gezondheidstoestand van de bevolking binnen een regio. Jongeren gedragen zich vaak ongezonder dan oudere mensen maar hebben wel een betere gezondheid. De vraag naar zorg is echter bij oudere mensen vaak groter dan bij jongere mensen (Lindert, 2004).

Lelystad heeft een relatief jonge bevolking en weinig ouderen.

Levensverwachting

De levensverwachting is een sterke indicator voor de volksgezondheid. Belangrijkste bekende oorzaak van stagnerende levensverwachting is ongezond gedrag. Door middel van preventie (van bijvoorbeeld roken, overgewicht en drankmisbruik) is aanzienlijke gezondheidswinst te boeken.

De levensverwachting van vrouwen is in Lelystad lager dan gemiddeld.

Uit de laatste sterftcijfers, gemeten over een periode van 2003 tot 2006, blijkt dat de sterfte onder vrouwen in Lelystad 13% hoger ligt dan in Nederland (gemeten over de periode 1996-2002 was dat nog 11%). Hiervan wordt een korte nadere analyse gemaakt met de belangrijkste oorzaken van sterfte in Lelystad, de absolute aantallen totale sterfte (onafgerond) en een analyse van de verschillende aandoeningen in relatie tot het aantal verloren levensjaren.

Lelystad kent een significant hoger sterftcijfer voor vrouwen.

Ziekten en aandoeningen;doodsoorzaken

Op basis van de landelijke zorgregistraties is bekend welke ziekten en aandoeningen het meest voorkomen. Op basis van het Nationaal Kompas Volksgezondheid en het statistische jaaroverzicht Flevoland is voor Flevoland het volgende bekend:

- de vijf meest voorkomende chronische ziekten/aandoeningen: nek- en rugklachten; contact-eczeem; coronaire hartziekten; artrose; diabetes mellitus
- de vijf meest voorkomende acute ziekten/aandoeningen: infecties van de bovenste luchtwegen; nek- en rugaandoeningen;acute urineweginfecties; sportongevallen; privé-ongevallen

De vijf belangrijkste doodsoorzaken in Flevoland zijn ziekten van hart en vaatstelsel; kanker en tumoren; ziekten van de ademhalingsorganen; symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden; niet natuurlijke doodsoorzaken (mannen)/ziekten van de spijsverteringsorganen (vrouwen).

Lage sociaal-economische status

Mensen met een lage sociaal-economische status leven gemiddeld ongezonder: er wordt bijvoorbeeld meer gerookt, minder aan lichaamsbeweging gedaan, de woonomgeving is slechter, het sociale netwerk zwakker. Hoger opgeleiden hebben een positiever oordeel over hun gezondheid dan lager opgeleiden. In Flevoland beoordeelt 92% van de hoger opgeleiden de eigen gezondheid als goed. Bij lager opgeleiden daalt dit percentage tot 77%.

Het percentage lager opgeleiden in Lelystad komt overeen met het Nederlands gemiddelde: het percentage hoger opgeleiden ligt onder het Nederlands gemiddelde.

Tabel 3: Opleidingsniveau bevolking 15-65 jaar in Lelystad, Flevoland en Nederland (2004-2006)

Gemeente	Opleidingsniveau van 15-65 jarigen (%)		
	Lager onderwijs	Middelbaar onderwijs	Hoger onderwijs
Lelystad	34	44	22
Nederland	34	41	25

Bron: CBS, 2006

Het gemiddeld besteedbaar inkomen vormt een andere indicator voor sociaal-economische status. In Lelystad ligt het gemiddeld besteedbaar inkomen voor alle genoemde groepen onder het Nederlands gemiddelde.

Tabel 4: Gemiddeld besteedbaar inkomen (€) per inwoner in Lelystad en Nederland per 1 januari 2004

Gemeente	Totaal gemiddeld	Autochtonen	Niet-westerse allochtonen
	Lelystad	16.700	17.100
Nederland	17.700	17.900	14.800

Bron: www.cbs.nl

Lelystad heeft gemiddeld meer inwoners met een lage sociaal-economische status dan het Nederlands gemiddelde.

Leefstijl en welbevinden

Kinderen 12-

In het kader van het project Gezond Gewicht Lelystad is inzicht verkregen in cijfers van overgewicht bij kinderen van 3 jaar, 5/6 jaar en 10/11 jaar (2008):

Tabel 5: overgewicht bij kinderen van 3 jaar, 5/6 jaar en 10/11 jaar (2008):

Leeftijd	Overgewicht	Obesitas	Totaal
3 jaar	9%	0%	9%
5/6 jaar	10%	4%	14%
10/11 jaar	14%	10%	24%

Lelystad: veel basisschoolkinderen hebben overgewicht.

Jongeren 12-18 jaar

Ruim driekwart van de jongeren in Flevoland ervaart hun gezondheid als goed. Dit percentage is in de laatste jaren afgenomen. Meisjes ervaren hun gezondheid slechter dan jongens. Van de jongeren sport 83% minstens één keer per week, 57% sport bij een vereniging. In Lelystad heeft 10% overgewicht (oplopend tot 18,5% in de leeftijd tot 23 jaar), 20% heeft ooit hasj of wiet gebruikt. In de top vijf van chronische aandoeningen komen vooral allergieën en eczeem voor. Dit blijkt uit de Enquête 2006/2007 "Jongeren in het vizier". In Lelystad geeft een hoger percentage jongeren aan meerdere ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt te hebben. Meer jongeren geven aan gediscrimineerd te worden. Verder geven ze ook vaker aan dat ouders ruzie hebben of gescheiden zijn. Jonge Lelystedelingen (72%) ontbijten minder vaak dan hun Flevolandse leeftijdgenoten (77%). Voor de jongeren in Lelystad geldt dat een kwart van de 12-18 jarigen in 2006 wel eens aan zelfmoord heeft gedacht (24% in Flevoland als geheel).

Roken, alcohol, drugs komt in Lelystad overeen met het gemiddelde in Flevoland. Het percentage jongeren dat ooit gerookt heeft, is gedaald ten opzichte van 2002, maar is nog hoger dan het percentage in 1998. Ongeveer de helft van de jongeren heeft recent minstens één keer alcohol gedronken. Dit is gedaald ten opzichte van 2002 en lager dan het gemiddelde van Nederland (58%). Alcohol wordt meestal in het weekend gedronken. Drie op de tien jongeren zijn aan te merken als bingedrinkers² en 15% van de jongeren is recent minimaal één keer dronken of aangeschoten geweest. Acht procent van de jongeren heeft recent softdrugs gebruikt en één procent heeft recent harddrugs gebruikt. Vijf procent van de Flevolandse jongeren heeft recent een slaap- of kalmeringsmiddel gebruikt.

Lelystad: op diverse punten scoort de gezondheidsbeleving en gezond gedrag van Lelystadse jongeren nog ongunstig, binge-drinken komt ook onder de Lelystadse jongeren voor.

Volwassenen 24-65 jaar

Roken is een belangrijke determinant van ziekte en sterfte bij mensen boven de twintig jaar. Het percentage rokers in Lelystad (32%) ligt net onder het Nederlands gemiddelde. Het percentage zware rokers in Lelystad is het hoogst van heel Flevoland. Daarnaast behoort bijna één op de tien inwoners van Lelystad tot de zware drinkers en dit percentage ligt net onder het Flevolands gemiddelde.

Tabel 6: Percentage gebruikers van genotmiddelen van 24-54 jaar

Gemeente	Rokers	Zware rokers*	Zware drinkers**	Recent drugsgebruik
Lelystad	32 %	10 %	9 %	3 %
Nederland	35 %	10 %	11,5%	

* 20 of meer sigaretten per dag

** minimaal eens per week vier (voor vrouwen) of zes (voor mannen) of meer glazen alcohol op één dag

Bron: Volwassenenenquête GGD Flevoland, 2005

In Lelystad heeft bijna de helft (49%) van de inwoners van 24-54 jaar (extreem) overgewicht. Oudere volwassenen en laag opgeleiden hebben vaker (ernstig) overgewicht. Overgewicht komt ook relatief vaak voor onder allochtone groepen.

Tabel 7: Percentage overgewicht in Lelystad, Flevoland en Nederland

Gemeente	Overgewicht*	Extreem overgewicht*
Lelystad	33 %	16 %
Flevoland	34 %	14 %
Nederland	32 %	10 %

* Volwassenenenquête GGD Flevoland, 2005

Van de inwoners van Lelystad wandelt of fietst 19% minder dan 30 minuten per week en sport 49% minder dan één keer per week. De Sportpeiling 2007 (Onderzoek en Statistiek gemeente Lelystad) wijst uit dat de sportdeelname (meer dan 12 keer per jaar gesport) in de leeftijdscategorie 34-44 jarigen is toegenomen van 62% in 2004 tot 71% in 2007. In het algemeen komt bewegingsarmoede vaker voor onder de verschillende etnische groepen, waarbij met name vrouwen uit deze groepen ongunstig afsteken (Bartels, 2007).

In Lelystad voelt 43% van de volwassenen zich (wel eens) eenzaam, terwijl één op de tien inwoners een sterke tot zeer sterke eenzaamheid ervaart. Daarnaast is er een redelijk sterke samenhang tussen eenzaamheid en de overweging een einde aan het eigen leven te maken. In Lelystad heeft 9% van de bevolking van 24-54 jaar in de laatste 2 jaar overwogen een einde aan het leven te maken (Volwassenenenquête, 2005).

Lelystad: bij de Lelystadse volwassenen vormt vooral overgewicht een gezondheidsrisico.

Ouderen 65+

De Seniorenenquête 2008 levert de volgende gegevens op. De eigen gezondheid wordt door 64% van de senioren in Lelystad als goed beoordeeld. Van de Flevolandse senioren is 60% te zwaar (waarvan 15% ernstig overgewicht, de 75-plussers zijn zwaarder dan het landelijk gemiddelde); 29% beweegt

² Binge drinking is het drinken van vijf of meer alcoholhoudende drankjes per drinkgelegenheid.

minder dan een half uur per week, 59% sport nooit. Het percentage zware rokers in Lelystad (3%) ligt gelijk met het gemiddelde van Flevoland en Nederland. Het percentage zware drinkers is 11% (dit laatste percentage is het hoogste in Flevoland). Van iedere tien Flevolandse boven de 65 jaar loopt er jaarlijks één lichamelijk letsel op bij een ongeval in of rond het huis. De Sportpeiling 2007 (Onderzoek en Statistiek gemeente Lelystad) laat zien dat de sportdeelname (12 of meer keer sporten per jaar) van ouderen van 65+ significant is toegenomen van 42% in 2004 tot 60% in 2007.

Het aantal senioren van 65+ in Lelystad dat aangeeft zich wel eens eenzaam te voelen (51%, Flevoland 49%) stijgt ver uit boven het landelijk percentage (32%). Landelijk is 4% van de ouderen sterk tot zeer sterk eenzaam, in Lelystad is dat 9%.

Lelystad: Opvallend is de hoge score op eenzaamheidsgevoelens bij ouderen.

Allochtonen

Niet-Westerse allochtonen hebben over het algemeen meer gezondheidsproblemen dan autochtonen. Zij ervaren de eigen gezondheid als slechter en hebben meer klachten (Lindert 2004). In Lelystad is het percentage niet-westerse allochtonen met 17,5% hoger dan het percentage in Flevoland als geheel (17,2%) en Nederland als geheel (10,5%). In 2015 is één op de vijf inwoners van Lelystad van niet westerse afkomst.

Tabel 8: Percentage bevolking afkomstig uit Marokko, Nederlandse Antillen/Aruba, Suriname en Turkije in Flevoland en Nederland per 1 januari 2006

Gemeente	Percentage burgers van niet-Westerse afkomst onder de totale bevolking in 2006					
	Totaal	Suriname	Ned. Antillen en Aruba	Turkije	Marokko	Anderen
Lelystad	17,5	0,6	2,2	2,4	2,8	9,5
Nederland	10,5	2,0	0,8	2,2	1,9	3,6

Bron: Statistisch overzicht 2005-2006 provincie Flevoland

De volgende gegevens zijn bekend uit de gezondheidsenquête in Flevoland 2002/2003 "Marokkanen, Turken en Antillianen/Arubanen Gezond en wel?". Deze gezondheidsenquête bevat geen uitsplitsing van gegevens per gemeente. De eigen gezondheid wordt als (zeer) goed beoordeeld door 78% van de Marokkanen, 62% van de Antillianen/Arubanen en 46% van de Turken. In de Turkse groep zijn de meeste rokers en ook de meeste zware rokers (31%). Deelname aan sport- en/of bewegingsactiviteiten komt weinig voor bij Flevolandse Turken – driekwart neemt zelden of nooit hieraan deel. Ook Marokkaanse vrouwen doen weinig aan sport, 78% sport minder dan eens per week. De Sportpeiling 2007 (Onderzoek en Statistiek gemeente Lelystad) laat voor Lelystad zien dat niet-westerse allochtonen gemiddeld minder sporten dan westerse allochtonen en autochtonen. Overgewicht (incl. ernstig overgewicht) komt veel voor: 62% van de Marokkanen, 58% van de Turken en 64% van de Antillianen/Arubanen is te zwaar. Ernstig overgewicht komt het meest voor bij Antillianen/Arubanen, ruim één op de vijf (22%) is veel te zwaar. Vergelijken met autochtone Flevolandse ervaren Turken en in mindere mate Antillianen/Arubanen hun gezondheid en welzijn als negatiever. In de drie onderzochte etnische groepen wordt er minder alcohol gedronken en meer groente en fruit geconsumeerd dan door autochtonen, maar er is meer overgewicht en bewegingsarmoede aan te treffen dan bij de autochtonen.

Driekwart van de Marokkanen (74%) voelt zich nooit eenzaam. Dit geldt ook voor 59% van de Turken en voor 58% van de Antillianen/Arubanen. Zich regelmatig of vaak eenzaam voelen komt het vaakst voor bij Turken (18%) en het minst vaak bij Marokkanen (4%). Bij Marokkanen en Turken is er een duidelijke relatie gevonden tussen een lagere sociaal-economische status en een minder goed ervaren gezondheid, een slechtere geestelijke gezondheid en een hoger aantal ervaren chronische ziekten en aandoeningen. Bij Antillianen/Arubanen komt deze relatie minder duidelijk naar voren.

Conclusies

Het algemene beeld is dat Lelystad op verschillende onderdelen nog steeds lager scoort in de gezondheidsbeleving dan andere Flevolandse gemeenten en Nederland. En op indicatoren voor gezondheidsrisico's scoort Lelystad op verschillende onderdelen hoger. Overgewicht en psychosociale problematiek zijn landelijk, maar zeker ook in Lelystad thema's waar gezondheidswinst valt te behalen. Opvallend is de significant lagere levensverwachting van vrouwen in Lelystad. Deze groep scoort een hoog percentage op zware rokers en zware drinkers. De speerpunten uit de preventienota

van het ministerie van VWS (roken, overmatig alcoholgebruik, overgewicht, diabetes en depressie) zijn dan ook herkenbare thema's in de gezondheidssituatie en gezondheidsrisico's van de Lelystedelingen.

Bijlage II: Geïnterviewde organisaties

GGD afdeling beleid en onderzoek
mevrouw A. van der Beek, afdelingshoofd
mevrouw N. Blokker, beleidsmedewerker

GGD afdeling Jeugdgezondheidszorg
mevrouw M. Glas, afdelingshoofd

Icare Jeugdgezondheidszorg
de heer G. Mariman, regiomanager

Kwintes Regio Midden en Noord Flevoland
de heer A. Boersma, regiomanager

Medisch Coördinatiecentrum Flevoland
mevrouw W.M. Wagenaar, algemeen/verpleegkundig coördinator

Stichting Eerstelijnsgezondheidszorg Lelystad
mevrouw S. Wildeman-Jongema, bestuurder

Stichting Meerkanten GGZ, Locatie Meerzicht
mevrouw J. ten Haaf, staffunctionaris Preventie

Stichting Samenwerkende Gezondheidscentra Lelystad
de heer F. Teunissen, directeur

Tactus Verslavingszorg Regio Flevoland en Noord-Veluwe
mevrouw M. Hannink, programmaleider Preventie