

Lokaal Gezondheidsbeleid Gemeente Lisse 2008 - 2011

Vastgesteld door de raad op 27 maart 2008

Inhoudsopgave

| | |
|--|-----------|
| Inhoudsopgave | 3 |
| Samenvatting | 5 |
| 1 Inleiding | 7 |
| 2 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid..... | 8 |
| 2.1 Inleiding..... | 8 |
| 2.2 Invloed op gezondheid..... | 8 |
| 2.3 De rol van de gemeente | 9 |
| 2.4 Integraal gezondheidsbeleid | 9 |
| 3 Actuele beleidsontwikkelingen..... | 11 |
| 3.1 Inleiding..... | 11 |
| 3.2 Landelijke ontwikkelingen | 11 |
| 3.2.1 Rijkspreventienota | 11 |
| 3.2.2 Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn | 12 |
| 3.2.3 Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) | 13 |
| 3.2.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd | 14 |
| 3.3 Regionale ontwikkelingen | 16 |
| 3.3.1 Regionale Commissie Gezondheidszorg..... | 16 |
| 3.3.2 Maatschappelijke opvang en verslavingszorg | 16 |
| 3.3.3 Jeugdbeleid..... | 17 |
| 3.4 Lokale ontwikkelingen | 17 |
| 3.4.1 Jeugdbeleid..... | 17 |
| 3.4.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering..... | 18 |
| 3.4.3 Ouderenbeleid..... | 18 |
| 3.4.4 Gehandicaptenbeleid..... | 18 |
| 3.4.5 Ruimtelijke ordening | 18 |
| 3.4.6 Wonen | 19 |
| 4 Terugblik en stand van zaken | 20 |
| 4.1 Inleiding..... | 20 |
| 4.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten Lokaal Gezondheidsbeleid 2003 – 2007 | 20 |
| 4.2.1 Afstemming en samenwerking | 20 |
| 4.2.2 Integraal beleid..... | 20 |
| 4.2.3 Overmatig gebruik alcohol door jongeren..... | 21 |
| 4.2.4 Onvoldoende integratie van mensen met beperkingen..... | 21 |
| 4.2.5 Toekomstig huisartsen- en tandartsentekort | 21 |
| 4.2.6 Overmatig nicotinegebruik | 21 |
| 4.2.7 Oprichten hospice | 22 |
| 4.2.8 Afbrokkelen sociale verbanden, vereenzaming en omgaan met verlies | 22 |
| 4.2.9 Integrale jeugdgezondheidszorg en opvoedingsondersteuning..... | 22 |
| 4.2.10 Integrale aanpak wonen, zorg en welzijn | 23 |
| 4.2.11 Gezond leefgedrag bevorderen | 23 |
| 4.2.12 Terugdringen aantal verkeersslachtoffers | 23 |
| 4.3 Conclusies voor de toekomst..... | 23 |
| 5 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Lisse | 24 |
| 6 Beleidsprioriteiten | 27 |
| 6.1 Inleiding..... | 27 |
| 6.2 Schadelijk Alcoholgebruik..... | 27 |
| 6.2.1 Probleemomschrijving | 27 |
| 6.2.2 De lokale situatie | 28 |
| 6.2.3 Wat gebeurt er al?..... | 28 |
| 6.2.4 Wat willen we bereiken? | 28 |
| 6.2.5 Op wie richten we ons? | 28 |

| | | |
|----------|--|-----------|
| 6.3 | Voldoende Bewegen | 29 |
| 6.3.1 | Probleemomschrijving | 29 |
| 6.3.2 | De lokale situatie | 29 |
| 6.3.3 | Wat gebeurt er al? | 30 |
| 6.3.4 | Wat willen we bereiken? | 30 |
| 6.3.5 | Op wie richten we ons? | 30 |
| 6.4 | Gezonde Voeding..... | 31 |
| 6.4.1 | Probleemomschrijving | 31 |
| 6.4.2 | De lokale situatie | 31 |
| 6.4.3 | Wat gebeurt er al? | 31 |
| 6.4.4 | Wat willen we bereiken? | 31 |
| 6.5 | Depressie..... | 32 |
| 6.5.1 | Probleemomschrijving | 32 |
| 6.5.2 | De lokale situatie | 32 |
| 6.5.3 | Wat gebeurt er al? | 33 |
| 6.5.4 | Wat willen we bereiken? | 33 |
| 6.5.5 | Op wie richten we ons? | 33 |
| 6.6 | Gezonde en Veilige Leefomgeving | 33 |
| 6.6.1 | Probleemomschrijving | 33 |
| 6.6.2 | De lokale situatie | 34 |
| 6.6.3 | Wat gebeurt er al? | 34 |
| 6.6.4 | Wat willen we bereiken? | 34 |
| 6.6.5 | Op wie richten we ons? | 34 |
| 6.7 | Automatische externe defibrillatoren | 35 |
| 6.7.1 | Probleemomschrijving | 35 |
| 6.7.2 | De lokale situatie | 35 |
| 6.7.3 | Wat gebeurt er al? | 35 |
| 6.7.4 | Wat willen we bereiken? | 35 |
| 6.7.5 | Op wie richten we ons? | 36 |
| 7 | Uitvoering van de nota | 37 |
| 7.1 | Uitvoering..... | 37 |
| 7.2 | Communicatie | 37 |
| 7.3 | Evaluatie | 37 |
| 7.4 | Financiën | 38 |
| 8 | Bijlagen | 39 |
| 8.1.1 | | 57 |
| 9 | Literatuur | 73 |

Samenvatting

In deze nota presenteert de gemeente Lisse haar beleidsprioriteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2008 – 2012. Doel van het lokaal gezondheidsbeleid is het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners. Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. De gemeente kan echter wel stimuleren dat mensen een gezonde keuze maken.

In deze nota worden de belangrijkste beleidsontwikkelingen op het gebied van gezondheidsbeleid beschreven. Het betreft vooral de preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport waarin de vijf landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid centraal staan: roken, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik, depressie en diabetes. Daarnaast zijn onder meer de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de volksgezondheid toekomstverkenning en de laatste ontwikkelingen op jeugdbeleid van belang.

De gezondheidssituatie van Lisse is in grote lijnen vergelijkbaar met de landelijke en regionale situatie. Opvallend is dat meer inwoners van Lisse de gezondheid positief ervaren ten opzichte van landelijk. Voor de toekomst wordt er landelijk een stijging verwacht van het aantal diabetespatiënten met minimaal 33% tot in 2025 en ook het aantal mensen met overgewicht zal gaan stijgen. Voor een aantal risicofactoren voor ongezondheid liggen de cijfers voor Lisse hoger dan landelijk of regionaal. Zo komt er in Lisse veel overmatig alcoholgebruik voor. Jongeren van 15-17 jaar drinken vaker alcohol en het percentage excessief drinkende volwassenen is gestegen. Verder is er een stijgende trend zichtbaar van het aantal mensen met overgewicht. Het percentage volwassenen dat weinig sport is gestegen. Van de jongeren van 12-26 jarigen eet drie kwart niet dagelijks groente en fruit en bijna één op de vijf jongeren eet bijna nooit fruit.

De gemeente heeft gekozen voor zes beleidsprioriteiten op basis van de gezondheidsgegevens van de gemeente Lisse, de ervaren knelpunten door de eerstelijns intermediairs en de vijf speerpunten van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Op het gebied van leefstijl zijn drie speerpunten geformuleerd: schadelijk alcoholgebruik, voldoende bewegen en gezonde voeding. Andere beleidsprioriteiten zijn depressie, een gezonde en veilige leefomgeving en automatische externe defibrillatoren (AED's).

Schadelijk alcoholgebruik kan verschillende (gezondheids)problemen veroorzaken. Zo is er kans op ziekten, alcoholafhankelijkheid, psychische en sociale problemen, overlast en letsel door ongevallen. De jeugd en hun ouders vormen een belangrijke doelgroep bij de preventie van schadelijk alcoholgebruik.

De inwoners van Lisse bewegen niet genoeg. Voldoende bewegen draagt bij aan vermindering van ziekte en sterfte. Intensieve activiteiten, zoals hardlopen of voetballen, verbeteren bovendien de conditie van hart en longen en voldoende bewegen kan het beloop van ziekte gunstig beïnvloeden. Inwoners kunnen bewegen veel meer integreren in het dagelijkse leven. Het is belangrijk dat meer volwassenen en kinderen gaan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.

Bijna iedereen weet wel het belang van gezonde voeding. Echter eten veel mensen te veel en verkeerd. Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Gezond eten levert een belangrijke bijdrage aan een gezond leven. Het levert de voedingsstoffen die nodig zijn om het lichaam gezond te houden. Ongezond eten is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten. Een disbalans tussen voeding en bewegen is de belangrijkste oorzaak voor overgewicht. Er moet meer bewustwording ontstaan over het probleem overgewicht en het belang van bewegen en gezonde voeding.

Depressie komt veel voor en heeft bovendien een grote invloed op de kwaliteit van leven. De kans dat iemand die eenmaal een depressie heeft gehad later weer een depressie krijgt is groot. Mensen met een depressie verzuimen vaker van hun werk. Het is belangrijk dat meer mensen met depressieklachten gebruik gaan maken van hulpverlening zodat ergere depressieve klachten voorkomen worden.

De leefomgeving heeft direct en indirect invloed op de gezondheid, bijvoorbeeld door luchtverontreiniging, geluid, verkeersongevallenen of door stress door hinder of sociale onveiligheid. Een gezonde leefomgeving voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen, maar bevordert ook het welbevinden. De gemeente wil zich met name richten op het verbeteren van het binnenmilieu op scholen en op gezondheidsaspecten bij bouwplannen en opnieuw in te richten gebieden.

Snelle en doeltreffende hulp van omstanders bij een hartaanval is van levensbelang. Elke week worden 300 Nederlanders buiten het ziekenhuis getroffen door een hartstilstand. Door op plaatsen waar per tijdseenheid veel mensen samenkomen of waar mensen een lichamelijke inspanning leveren, een AED te installeren, kunnen mensen die een hartstilstand krijgen eerder geholpen worden.

De gemeente wil de aankomende vier jaar bovenstaande beleidsprioriteiten aanpakken. Mede door integraal gezondheidsbeleid te hanteren kan dit bewerkstelligd worden. Op de lange termijn is er met lokaal gezondheidsbeleid veel gezondheidswinst per individu maar vooral voor de gemeente als geheel te behalen.

1 Inleiding

Zorg dragen voor de volksgezondheid is, samen met het rijk, een taak voor de gemeente. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) regelt daartoe sinds 1989 de relatie tussen het rijk en de gemeenten ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. Deze wet verlangt dat iedere gemeente iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt.

Voor de uitvoering van de taken en verplichtingen van de Wcpv zijn gemeenten verplicht een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden. De gemeente Lisse doet dit via de GGD Hollands Midden (GGD HM). De gemeenten geven via het Algemeen en Dagelijks Bestuur en via het Ambtelijk Overleg Gemeenten en GGD sturing aan hoe de GGD uitvoering geeft aan haar taken. Een globaal overzicht van de basistaken van GGD en de wettelijke verplichtingen voor de gemeente zijn in bijlagen 4 en 5 opgenomen.

De GGD HM heeft de gemeente ondersteund bij de totstandkoming van deze nota. Op basis van de evaluatie van de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid, de gezondheidssituatie van de inwoners en de vijf speerpunten van het ministerie van VWS zijn de beleidsprioriteiten en oplossingsrichtingen voor deze nota opgesteld.

De plicht om voor de komende vier jaar een nieuwe nota op te stellen, biedt de gemeente de mogelijkheid om zowel de nota als het proces van totstandkoming een kwaliteitsimpuls te geven. Het is zinvol om rekening te houden met het feit dat sommige projecten een lange doorlooptijd kennen. Soms langer dan initieel voorzien. Het is belangrijk om een reëel doel voor ogen te houden qua resultaat en tijdsplanning. Het liefst deze ook nog meetbaar te formuleren. Hierdoor kunnen successen concreet worden omschreven.

Deze nota presenteert de Lissese beleidsprioriteiten. Bij de uitvoering van deze nota zal bekeken worden of er krachten gebundeld kunnen worden met de samenwerkingsgemeenten Noordwijkerhout en Hillegom.

Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt onze visie op volksgezondheid uitéengezet. In hoofdstuk 3 worden de kaders aangegeven: de belangrijkste landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen die van invloed zijn op het gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 4 wordt teruggeblikt op de beleidsdoelstellingen uit de vorige nota. Er wordt gekeken in hoeverre de genoemde actiepunten zijn opgepakt. Hierna worden in hoofdstuk 5 de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie van de gemeente beschreven. Hoofdstuk 6 beschrijft de beleidsprioriteiten van de gemeente Lisse voor de komende vier jaar. Alle overige informatie met betrekking tot de nota volksgezondheid is opgenomen in verschillende bijlagen.

2 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

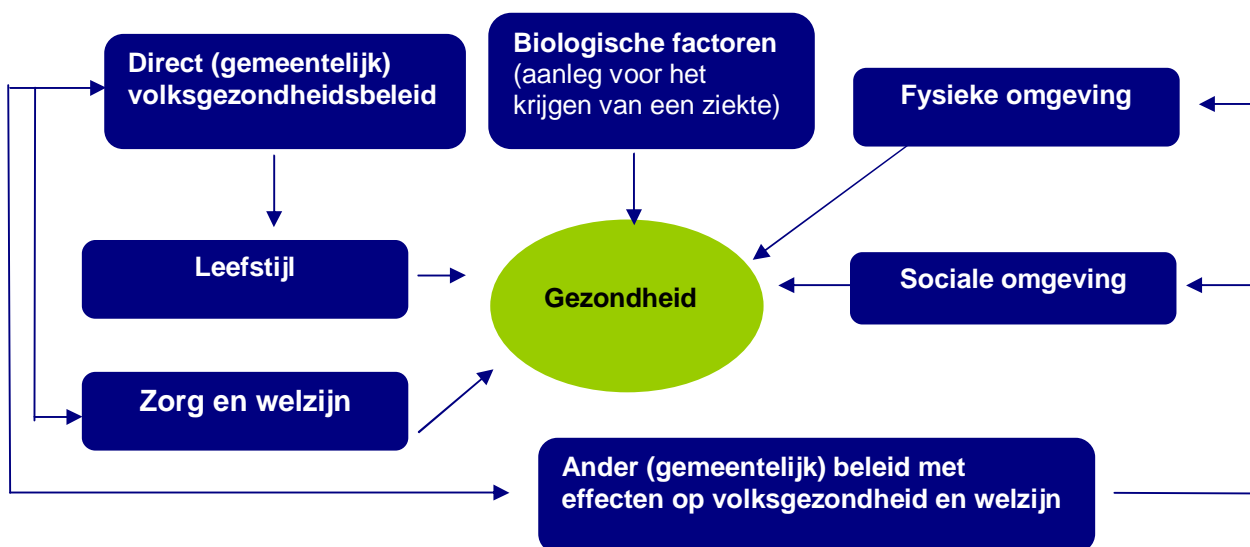
2.1 Inleiding

Gezondheidswinst is bereikbaar door in te grijpen op de zaken die van invloed zijn op gezondheid en ziekte. Globaal gaat het om preventie én zorg. Daarom is gezondheidsbeleid meer dan gezondheidszorgbeleid. Dit hoofdstuk staat stil bij de manier waarop gemeentelijk beleid invloed heeft op de gezondheid door het bevorderen van een gezonde leefomgeving, gezond gedrag en een goed zorgaanbod.

2.2 Invloed op gezondheid

Gezondheid in brede zin betekent volgens de World Health Organisation (WHO), de Wereldgezondheidsorganisatie, een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden. Gezondheid is meer dan de afwezigheid van ziekte of gebreken, maar is vooral een positief begrip: gezondheid is een voorwaarde voor maatschappelijk functioneren. De gemeente gaat, net als in de vorige nota, uit van het model van Lalonde. In dit model staan vier factoren van gezondheid centraal: biologische factoren, leefstijl, zorg (voorzieningen) en de omgeving (fysieke en sociale). Onderstaand model geeft de relatie tussen beleidsvoornemens en gezondheid weer.

Afbeelding 1. Model van Lalonde: de relatie tussen (gemeentelijke) beleidsvoornemens en gezondheid



De gemeente kan geen invloed uitoefenen op de biologische factoren, dit is een vast gegeven. Wel heeft de gemeente invloed op leefstijl, leefomgeving en zorgvoorzieningen. Volksgezondheidsbeleid moet gericht zijn op de verandering van ongezonde leefgewoonten.

Overmatig drankgebruik en onvoldoende bewegen bijvoorbeeld vergroten de kans op ziekte. De gemeente kan hierbij gezonde keuzes stimuleren. Een voorbeeld is te overleggen met sportkantines over het schenken van alcohol of door het zorgen voor voldoende sportfaciliteiten. De fysieke en sociale leefomgeving heeft invloed op gezondheid en welzijn. De gemeente kan daaraan bijdragen

door te investeren in sport- en welzijnsvoorzieningen, wonen, werken of versterking van de sociale samenhang. De aanwezigheid en het functioneren van voorzieningen zoals de eerstelijnszorg, vraagsturing, toegankelijkheid, ketenzorg, personeelsbeleid en financiering hiervan zijn ook factoren die invloed hebben op de gezondheidssituatie van mensen.

Het doel van het gemeentelijke gezondheidsbeleid is:

het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners. Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. De gemeente kan door het bevorderen van een gezonde leefstijl en het positief beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving echter wel stimuleren dat mensen een gezonde keuze maken.

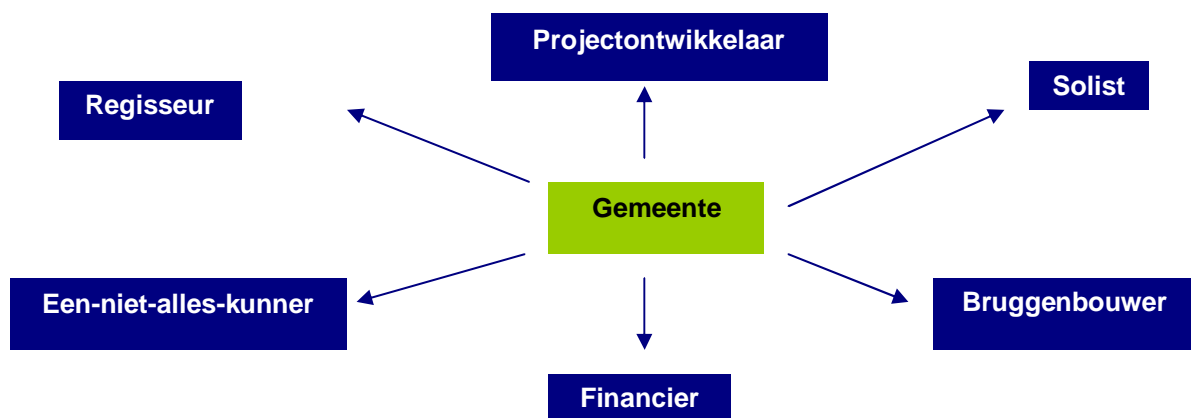
2.3 De rol van de gemeente

De gemeente kan bij gezondheidsbeleid verschillende rollen op zich nemen. De keuze hangt af van de situatie en van de voorkeur, capaciteiten en eigenschappen van betrokkenen. De rol van *financier* betekent dat de gemeente geld beschikbaar stelt voor projecten waarbij anderen zorgen voor de opzet en uitvoering ervan. Als partijen een probleem willen aanpakken maar elkaar niet kunnen vinden, kan de gemeente als *bruggenbouwer* verbindingen leggen. Een vast aanspreekpunt bijvoorbeeld en de vorming van netwerken maakt het leggen van contact makkelijker. In de rol van *regisseur* heeft de gemeente een beeld waar ze naar toe wil. De weg naar dat eindplaatje toe is meer in handen van anderen. Het is ook de rol van een niet-alles-kunner die stimuleert, aanjaagt, coördineert, keuzes voorhoudt en waar nodig ook keuzes maakt. Gemeenten als *projectontwikkelaars* zetten ideeën om in projecten. Daarnaast zijn er ook situaties waarin de gemeente een plan geheel zelf uitwerkt, in deze gevallen heeft de gemeente de rol van *solist*.

De versnippering van kennis en middelen over tal van groepen en organisaties die zich bezighouden met de zorg voor gezondheid, vormt in deze tijd de grootste uitdaging voor gemeenten. Het gaat er niet om verantwoordelijkheden of taken over te nemen. Gemeenten kunnen dankzij hun positie als hoeder van het publieke belang, de versnipperde energie, kennis en middelen bij elkaar brengen. Vooral de coördinerende rol van het gemeentebestuur zal gezien de toekomstige ontwikkelingen steeds verder moeten worden ingevuld.

Wij zien voor deze nieuwe nota met name de taken van bruggenbouwer en regisseur voor ons weggelegd.

Afbeelding 2: de verschillende rollen die de gemeente bij gezondheidsbeleid op zich kan nemen.



2.4 Integraal gezondheidsbeleid

Gezondheid is een facet van allerlei andere beleidsterreinen. Veel gezondheidsproblemen horen niet alleen bij volksgezondheid. Fijnstofproblemen horen onder andere bij Verkeer en Waterstaat,

werkgerelateerde gezondheidsproblemen horen bij Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Wie is er dan verantwoordelijk voor? Dat is niet zo eenvoudig. Integraal beleid is dan ook belangrijk. Integraal gezondheidsbeleid is erop gericht verschillende factoren die van invloed zijn op gezondheid in samenhang aan te pakken. Hiermee kan de gemeente gezond gedrag via een gezonde omgeving stimuleren door in te zetten op verschillende beleidsterreinen. Integraal gezondheidsbeleid heeft tot doel om op verschillende beleidsterreinen tegelijk gedrag positief te beïnvloeden. Niet alleen leefstijl is van invloed op de gezondheidstoestand van individuen. Ook de fysieke en sociale omgeving, de preventie en de zorg, of externe ontwikkelingen spelen een rol. De gemeente kan door verschillende beleidsterreinen met elkaar te verbinden een aantal hardnekkige of complexe gezondheidsproblemen aanpakken. Een gezonde leefomgeving voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen, maar bevordert ook het welbevinden.

In de kaderbrief 2007-2011 'Visie op gezondheid en preventie' geeft ook het ministerie van VWS het belang aan van integraal gezondheidsbeleid.

Op lokaal gebied speelt de gemeente een grote rol. Hierbij zijn GGD-en verantwoordelijk voor een groot aantal gezondheidstaken. Bij planvorming op het gebied van infrastructuur, ruimtelijke ordening en milieu is het belangrijk om vanaf het begin rekening te houden met gezondheidseffecten.

Gezondheidsbeleid beweegt zich op het snijvlak van verschillende beleidsterreinen zoals ruimtelijke ordening, beheer openbare ruimte, veiligheid, economie, onderwijs, media, financiën, sport en sociale zaken, welzijn, verkeer, wonen en zorg. In het verleden is veel gezondheidswinst behaald door betere huisvesting, scholing, arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid en verkeersveiligheid. Ook nu nog liggen veel mogelijkheden voor gezondheidswinst buiten het bereik van de volksgezondheidssector.

Samenwerking tussen verschillende sectoren ontstaat niet vanzelf. Er bestaan verschillende methoden om integraal gezondheidsbeleid vorm te geven: de GezondheidsEffectScreening Stad en Milieu, de Gezondheidsscreening Regionaal Duurzaam Bouwen Plus Pakket, de GGD-richtlijn Luchtkwaliteit, de RIVM-handleiding Bewegingsbevorderende Wijk en de GGD-richtlijn voor gezonde woningbouw met betrekking tot de zorgwoning, stiltewoning, frisse woning en allergeenarme woning.

Kenmerken en voorwaarden voor integraal gezondheidsbeleid zijn:

- Samenwerking tussen sector volksgezondheid en één of meerdere andere sectoren;
- Concentratie op beïnvloeding van meerdere factoren van gezondheid in onderlinge samenhang (het model van Lalonde is richtinggevend);
- Voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid;
- Betrokkenheid van de overheid;
- Betrokkenheid van andere instanties: gezondheidsdeskundigen, belangengroepen, bedrijven en instellingen;
- Wettelijke verplichting voor de gemeente om bij bestuurlijke beslissingen de gezondheidsaspecten te bewaken;
- Samenwerking tussen de gemeente en de GGD aan een werkwijze hoe bestuurlijke beslissingen, die gevolgen hebben voor de collectieve preventie, voor advies worden voorgelegd aan de GGD overeenkomend met artikel 5, lid 2 van de Wcpv.

3 Actuele beleidsontwikkelingen

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste ontwikkelingen omschreven die invloed hebben op het gezondheidsbeleid. Allereerst worden de meest aanzienlijke landelijke ontwikkelingen beschreven: de Rijkspreventienota, de veranderingen op het gebied van zorg en welzijn, de Volksgezondheid Toekomstverkenning en de laatste ontwikkelingen op het gebied van de jeugd. Regionale ontwikkelingen die aan de orde zijn: de regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, maatschappelijke opvang en verslavingszorg. De lokale ontwikkelingen die worden omschreven liggen op het gebied van jeugd, sport en bewegingsstimulering, ouderen, gehandicapten, ruimtelijke ordening, wonen en de Wet maatschappelijke ondersteuning.

3.2 Landelijke ontwikkelingen

3.2.1 Rijkspreventienota

Het kabinet heeft in oktober 2006 in de preventienota *'Kiezen voor gezond leven'* vijf landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. De leefstijlfactoren **roken, overgewicht en schadelijk alcoholgebruik** zijn tot speerpunt benoemd, evenals de ziekten **depressie en diabetes** vanwege hun grote bijdrage aan onze belangrijkste gezondheidsproblemen. De preventienota onderscheidt naast de vijf speerpunten ook twee hoofdlijnen voor preventie: de verbinding landelijk-lokaal en de verbinding preventie-curatie. De preventienota gaat met name in op een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid; de lijn preventie-curatie wordt de komende jaren verder uitgewerkt.

De inspectie van de Volksgezondheid gaat toetsen, of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd en of de uitvoering van het beleid effectief is. De gemeente is op basis van de Wcpv verplicht, alvorens bestuurlijke beslissingen te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie, advies in te winnen bij de GGD.

De vijf ambities uit de preventienota 'Kiezen voor gezond leven' (VWS, 2006)

Roken:

In 2010 zijn er nog maar 20 procent rokers (nu: 28 procent)

Schadelijk alcoholgebruik:

Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992; 61,3%.

Minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.

Overgewicht:

Het percentage volwassen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005);

Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005).

Diabetes:

Het aantal mensen met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen;

Daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.

Depressie:

Meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressie (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

3.2.2 Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn

De belangrijkste verandering op het gebied van zorg en welzijn zijn: een nieuwe zorgverzekeringswet, modernisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en met name de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

Zorgverzekering

Vanaf 1 januari 2006 zijn het ziekenfonds, de particuliere ziektenkostenverzekering en de publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren vervangen door de nieuwe Zorgverzekeringswet. De dekking van deze nieuwe zorgverzekering komt grotendeels overeen met het oude ziekenfondspakket. Daarnaast kan men zich aanvullend verzekeren voor de behandelingen die buiten de zorgverzekering vallen. Alle inwoners van Nederland zijn verplicht zich te verzekeren door bij een zorgverzekeraar een zorgverzekering af te sluiten. Verzekeraars zijn op hun beurt verplicht om iedereen die zich voor de verzekering aanmeldt, te accepteren. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie. Uit recent onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) begin 2007 blijkt dat er circa 241.000 onverzekerden zijn. Wie niet verzekerd is, moet een boete betalen (maximaal 130 procent van de premie).

Modernisering AWBZ

Doordat de AWBZ meer voorzieningen omvat dan oorspronkelijk de bedoeling was én omdat er steeds meer mensen gebruik van gaan maken is het met de financiële houdbaarheid van de wet slecht gesteld. Het kabinet brengt de AWBZ terug tot de basis: alleen de langdurige en elders niet te verzekeren zorg (de langdurige zorg voor gehandicapten, ouderen en psychiatrische patiënten) wordt uit de AWBZ vergoed. De AWBZ-functies die niet met langdurige zorg te maken hebben, krijgen een nieuwe plaats krijgen in aanpalende financieringsystemen: de Zorgverzekeringswet (dit geldt voor de 'curatieve' AWBZ-zorg) of de Wmo (dit geldt voor de op ondersteuning gerichte zorg).

De invoering van de Wmo

De rol van de gemeente wordt, op het gebied van gezondheid, met de komst van de Wmo nog belangrijker. Het doel van de Wmo is dat iedereen, jong en oud, gehandicapt en niet-gehandicapt, met en zonder problemen, maatschappelijk kan meedoen. En als dat niet kan, dient de gemeente ondersteuning te bieden. Het perspectief is een samenhangend lokaal beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning en op aanpalende terreinen. Vanaf 1 januari 2007 zijn de verantwoordelijkheden gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten en samen met de reeds bestaande gemeentelijke verantwoordelijkheden bijeengebracht in één wettelijk kader. De Wmo regelt dus hoofdzakelijk bestaande zaken, maar dan vanuit een nieuw wettelijk kader.

De Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten gaan hier in op. Nieuw zijn de onderdelen die vanuit de AWBZ naar de gemeente worden overgeheveld. Ook wordt de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) van de Wcpv overgeheveld naar de Wmo, vanwege de relatie met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid. Enige uitzondering binnen de OGGZ is het onderdeel 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen'. Dit blijft in de Wcpv. Het begrip maatschappelijke ondersteuning is in de Wmo verwoord in negen prestatievelden¹ waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen; op ieder prestatieveld verwacht het rijk van de gemeente bepaalde inspanning.

De Wmo is een kaderwet: de rijksoverheid stelt het speelveld, de regels en de randvoorwaarden vast, waarna gemeente zelf mag bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert. De wet stelt gemeenten in staat om (meer) samenhang en afstemming te brengen in het lokale woon-, welzijns- en zorgaanbod. Bovendien zullen met de komst van de Wmo gemeenten er beter in slagen om de zorgvrager inzicht te bieden in 'het aanbod', en wordt het mogelijk om via één punt informatie, doorverwijzing of antwoorden te krijgen over uiteenlopende vormen van ondersteuning die er in de gemeente zijn (een loket).

Het belangrijkste oogmerk van de Wmo is het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfredzaamheid van burgers. De Wmo kent verschillende prestatievelden waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen (in de bijlage is een overzicht opgenomen waarin de prestatievelden van de Wmo zijn weergegeven).

De meeste prestatievelden binnen de Wmo hebben betrekking op de fysieke en sociale omgevingsfactoren (factoren als wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten). Indirect heeft de Wmo ook invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld het bevorderen van verslavingsbeleid (prestatieveld 9) en door het geven van informatie, advies en

¹ Zie bijlage 3 voor de Wmo-prestatievelden.

cliëntondersteuning (prestatievelde 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen (prestatievelde 6) valt onder de factor zorg. Alle prestatievelden binnen de Wmo zijn dus van invloed op de gezondheid in algemene zin.

De komst van de Wmo roept dan ook vragen op over hoe deze wet zich verhoudt tot de Wcpv.

De Wcpv heeft ten doel de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen. De Wcpv-taken bevinden zich daarmee in het publieke domein en dienen het collectieve belang, er is sprake van een 'maatschappelijke hulpvraag'.

De Wmo heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

Het betreft veelal concrete en individuele hulpvragen van burgers. Binnen de prestatievelden van de Wmo gaat het om preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De Wcpv gaat met name over preventie en tot op zekere hoogte curatie (cure). De Wcpv en de Wmo kunnen het best gezien worden als twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van kwaliteit van leven van burgers. Gezondheid is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en omgekeerd draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid. De relatie tussen de Wcpv en de Wmo benadrukt bovendien het belang van preventie.

De belangrijkste verschillen tussen beide wetten zijn in tabel 1 samengevat.

Tabel 1 Verschillen tussen de Wcpv en de Wmo

| Aspect | Wcpv | Wmo |
|--------------------|---|---|
| Initiatief | Maatschappelijke hulpvraag | Naast maatschappelijke, ook individuele hulpvraag |
| | Collectief belang, publiek domein | Consumentenbelang, private partijen |
| Doel | Gezondheid van alle burgers bevorderen | Alle burgers maatschappelijk mee laten doen |
| Kernfunctie | Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering, ziektepreventie | Bevorderen maatschappelijke participatie, ondersteunen kwetsbare burgers bij maatschappelijk functioneren |
| Branche | Preventie, cure | Preventie, care, welzijn, wonen |
| Sturing | Gematigd decentraal | Sterk decentraal |

3.2.3 Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voorziet de overheid en zorgsector van de nodige informatie over volksgezondheid en zorg in Nederland. Het Centrum voor VTV van het RIVM publiceert de verzamelde informatie via websites² en rapporten. De belangrijkste ontwikkelingen worden elke vier jaar samengebracht in een VTV. In de recente uitgave van 2006 luiden de belangrijkste bevindingen als volgt:

- de levensverwachting van de Nederlander is weer iets hoger dan voorgaande jaren;
- de extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren;
- de Nederlandse gezondheid scoort in vergelijking met Europa heel behoorlijk, maar behoort niet tot de top;
- vooral onder vrouwen stijgt de levensverwachting in Nederland minder snel dan in de meeste andere landen van de Europese Unie;
- het huidige grotendeels ongezonde gedrag is hardnekkig, vooral jongeren leven ongezond (zij drinken steeds meer en worden steeds zwaarder);
- de sociaal-economische en etnische gezondheidsachterstanden zijn hardnekkig en verweven met achterstanden op tal van andere terreinen.

De uitdagingen waar preventie en zorg de komende tijd voor staan, zijn in de VTV als volgt geformuleerd:

- preventie van ongezond gedrag vergt een intensieve en integrale aanpak waarbij een combinatie van instrumenten wordt ingezet;

² Het Nationaal Kompas Volksgezondheid (www.nationaalkompas.nl) biedt informatie over gezondheid en ziekte, gezondheidsdeterminanten, preventie, zorg, demografische en sociaal-economische ontwikkelingen in onze maatschappij. De Nationale Atlas Volksgezondheid (www.zorgatlas.nl) brengt de Nederlandse volksgezondheid en zorg letterlijk in kaart. De Atlas toont de geografische spreiding van allerlei aspecten omtrent gezondheid, factoren die de gezondheid beïnvloeden, zorg en preventie.

- integraal gezondheidsbeleid kan een belangrijke bijdrage leveren aan het verbeteren van de gezondheid en het verminderen van (sociaal-economische) gezondheidsachterstanden;
- gezondheidsbevordering zal beter geëvalueerd moeten worden en kennis beter gedeeld;
- veel kosteneffectieve preventiemaatregelen zijn nog niet systematisch ingevoerd;
- preventie en zorg moeten geen gescheiden circuits zijn;
- er kan geleerd worden van andere Europese landen waar ook steeds meer rationeel gezondheidsbeleid wordt ontwikkeld;
- naast een goede voorbereiding op het voorspelbare, is daarom ook alertheid op het 'onvoorspelbare' van wezenlijk belang, bijvoorbeeld door vroegtijdige signalering van plotselinge toenames van infectieziekten;
- door de vergrijzing, maar ook door de huidige leefstijl en het overgewicht, zal de ziektelast van chronische ziekten van de oude dag met soms 40% of meer toenemen. Hierdoor is er in de toekomst meer en andere zorg nodig, onder andere een verdere verschuiving van genezing (cure) naar verzorging (care);
- de gezondheidszorg moet de kwaliteit van de zorg transparanter maken voor overheid, partijen en burgers.

3.2.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd

Het kabinet heeft de afgelopen jaren enkele honderden miljoenen euro's extra besteed aan maatregelen die gezinnen ten goede komen. Het gaat om uiteenlopende zaken als opvoedingsondersteuning, het opzetten van zorg – en adviesteams (ZAT) in het onderwijs en het invoeren van diverse financiële maatregelen, zoals het verhogen van de kinderkorting. Vanaf 2007 is jaarlijks €13 miljoen beschikbaar.

Wet op de jeugdzorg

1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de jeugdzorg ingevoerd. Met de komst van deze wet moet de jeugdzorg effectiever en toegankelijker worden, meer cliëntgericht werken in de jeugdzorg; de werkelijke behoefte van de jongere en zijn opvoeder moet meer centraal staan.

Met deze wet hebben gemeenten vijf taken toebedeeld gekregen:

- informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- signaleren van problemen door instellingen als jeugdgezondheidszorg en onderwijs;
- toegang tot het (gemeentelijk) hulpaanbod, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van de 'sociale kaart' voor ouders, kinderen, jeugdigen en verwijzers;
- pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoaching).

Jeugdbeleid

Het is een taak van de gemeenten om de verschillende beleidsterreinen, zoals de Tijdelijke Regeling Vroegsignalering (TRV), de Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE), het Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (GOA) goed in te bedden in het lokaal jeugdbeleid. Van groot belang is dat er sprake is van een sluitend aanbod dat ingaat op de vragen en behoeften.

Centra voor jeugd en gezin

Het Rijk wil dat er vanaf 2007 in elke wijk of gemeente één Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) komt. Hier moeten ouders, kinderen, jongeren en professionals snel, gemakkelijk en vanzelfsprekend terecht kunnen met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. Het is de bedoeling dat aan het eind van deze kabinetsperiode een landelijk dekkend netwerk van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) is gerealiseerd. In principe is het CJG bedoeld voor iedereen met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien. Het is een duidelijk loket waar men gemakkelijk terecht kan. Bijvoorbeeld in de nabijheid van school, buurt/wijk, eerstelijnsgezondheidszorg. Het CJG voert functies uit op het gebied van de algemene en preventieve gezondheidszorg en jeugdbeleid. Bijbehorende taken die in het CJG gebundeld worden, zijn:

- basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg;
- de vijf taken zoals hierboven beschreven bij Wet op de jeugdzorg;
- informatievoorziening (i.c. onderhoud en beheer elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg en eventueel de verwijzindex);
- zo mogelijk basisverloskundige zorg.

De regie voor het CJG ligt bij gemeente: de wethouder Jeugd is (als opdrachtgever) bestuurlijk verantwoordelijk voor het CJG en ZAT. Het CJG heeft de uitvoeringsregie voor vragen en hulp bij opgroeien en opvoeden en participeert in het ZAT. Provincies en grootstedelijke regio's zijn

verantwoordelijk voor financiering van zowel bureau jeugdzorg als van het aanbod geïndiceerde jeugdzorg. Gemeente en provincie zorgen gezamenlijk voor goede afstemming en samenwerking tussen lokaal en provinciaal zorgaanbod. De rijksoverheid zorgt voor randvoorwaarden (wetgeving (Wmo, Wcpv en Wet op de jeugdzorg), bestaande geldstromen efficiënter inzetten). Het CJG kent in elk geval een inloofunctie: een fysieke plek waar alle ouders en kinderen terecht kunnen voor advies, informatie, instructie en cursussen op het gebied van opgroei- en opvoedondersteuning. Dit eventueel gekoppeld aan school, consultatiebureau of gezondheidcentrum, afhankelijk van de keuze van de gemeente. Het basismodel CJG brengt minimaal de JGZ en prestatieveld 2 'Opgroei- en opvoedondersteuning' van de Wmo bij elkaar en kent een schakel met Bureau jeugdzorg en het Zorgadviesteam. Minister Rouvoet trekt 440 miljoen euro uit voor de realisatie van CJG' s. Het voorstel voor de regio is om in 2008 pilots te realiseren waarvan één in Alphen a/d Rijn en drie pilots in de regio Holland Rijnland/Rijnstreek.

Elektronisch Kinddossier (EKD)

Het elektronisch kinddossier is een voortzetting van het bestaande integrale dossier jeugdgezondheidszorg, maar dan in digitale vorm. Het EKD faciliteert een betere continuïteit van zorg ten behoeve van het individuele kind door snelle overdracht van dossiers tussen JGZ-organisaties, met 4 jaar, bij verhuizing of verandering van school. Verder zijn op populatieniveau gegevens over gezondheid beter en sneller beschikbaar zijn. In de regio Zuid-Holland Noord werken beide thuiszorginstellingen (Valent en Stichting Thuiszorg Groot Rijnland) en de GGD HM, in overleg met de gemeenten, aan het traject van invoering van het EKD. Het oorspronkelijke traject met één landelijk EKD-pakket is inmiddels stopgezet door problemen in de aanbestedingsprocedure. JGZ-instellingen mogen nu zelf overgaan tot de aanschaf van bestaande ICT-pakketten voor het EKD. Wel zullen de systemen moeten voldoen aan landelijke standaarden om uitwisseling van gegevens mogelijk te maken. In 2008 zal een haalbaarheidsonderzoek verricht worden naar de uitwisseling van informatie tussen de JGZ en andere organisaties. Het is nog steeds de bedoeling dat in 2008 een start zal worden gemaakt met het EKD.

Een meerderheid van de Tweede Kamer wil dat het elektronisch kinddossier meer dan alleen jeugdgezondheidszorg gegevens bevat. Minister Rouvoet van Jeugd en Gezin houdt vast aan de doelstelling digitalisering van de jeugdgezondheidszorg. Wel heeft hij de Tweede Kamer toegezegd op een notitie te zenden waarin de mogelijkheden tot verbreding van het elektronisch kinddossier worden verkend.

Verwijsindex

Met de Landelijke Verwijsindex Risicjongeren (VIR) kunnen instanties die problemen signaleren bij jongeren gegevens uitwisselen. Een aantal gemeenten, waaronder Gouda, heeft al een eigen verwijsindex. De landelijke verwijsindex zorgt ervoor dat er over de gemeentegrenzen heen gekeken kan worden. Dit voorkomt dat probleemjongeren buiten beeld blijven. Voor de regio Zuid Holland Noord is het beoogde resultaat voor 2008 dat de Verwijsindex in drie pilotgemeenten operationeel is. Begin 2009 zullen naar verwachting alle gemeenten in Nederland zijn aangesloten.

Coördinatie van zorg voor gezinnen met meervoudige problematiek (gezinscoach)

In 2008 moet er:

- een uniforme werkwijze zijn m.b.t. signalering (intake, casusoverleg, zorgcoördinatie, evaluatie), in de vorm van een protocol "van signaal naar zorg en hulp";
- een regionale aanpak van coördinatie van zorg aan gezinnen met meervoudige problematiek en de inzet van gezinscoaching;
- implementatie van de overeengekomen werkwijze in heel Zuid -Holland Noord;
- scenario's voor inzet van (bestuurlijke) doorzettingsmacht in risicosituaties.

Operatie JONG

Operatie Jong is een samenwerkingsverband van de ministeries van VWS, OCW, Justitie, SZW en BZK en is in het leven geroepen met één doel: een sterk en resultaatgericht jeugdbeleid. Dit moet leiden tot een grotere samenhang tussen de instellingen en voorzieningen op het gebied van jeugd. De problemen waar jongeren mee zitten zijn vaak ingewikkeld en komen zowel op school, thuis als in de openbare ruimte naar voren. Vanuit operatie JONG zijn verschillende concrete acties in gang gezet, zoals de versnelde ontwikkeling van het elektronisch kinddossier (EKD) voor de jeugdgezondheidszorg, waarin informatie komt te staan over het kind, de gezinssituatie en de omgeving. Een andere actie vanuit operatie JONG is het opzetten van nieuwe en het verbeteren van bestaande zorgnetwerken rond scholen. Operatie JONG is inmiddels beëindigd, de acties die hieruit voort zijn gekomen worden nader uitgewerkt.

Jeugdzorgbrigade

De jeugdzorgbrigade werd ingesteld door de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie om de bureaucratie in de jeugdzorg te bestrijden. Naast de jeugdzorgbrigade is ook Operatie Jong actief met verbeteringen in de jeugdzorg. Beide trajecten zijn complementair. Er zijn de volgende afstemmingsafspraken zijn gemaakt:

1. de jeugdzorgbrigade bestrijdt onnodige bureaucratie, o.a. als gevolg van de Wet op de jeugdzorg;
2. de jeugdzorgbrigade gaat na wat, gegeven de huidige structuren, aan vermindering van bureaucratie kan worden gedaan;
3. operatie Jong heeft als interdepartementaal project de opdracht om de werking en de samenhang in het hele jeugd beleid te verbeteren.

De jeugdzorgbrigade en Operatie Jong pleiten voor een betere aansluiting van de jeugdzorg op het lokale beleid. Het is de vraag of daarvoor een stelselherziening in de jeugdzorg nodig is. De jeugdzorgbrigade geeft in een rapportage, juni 2006, aan dat er daarvoor mogelijkheden aanwezig zijn binnen het huidige stelsel. In de praktijk zijn in diverse gemeenten al formules -zoals Ouder Kind Centra- gevonden waarin de lokale functies (gemeentelijke gezondheidsdienst, consultatiebureau, schoolarts, verloskundige, maatschappelijk werk) worden gebundeld en tevens aansluiting op de jeugdzorg tot stand wordt gebracht. Provincies en bureaus jeugdzorg kunnen aan de verdere verbreiding van dit model bijdragen.

3.3 Regionale ontwikkelingen

Gemeenten in de regio Zuid Holland Noord hebben voor een groot deel te maken met vergelijkbare ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, zorg en preventie. Samenwerking tussen gemeenten bij gemeenschappelijke belangen is vaak mogelijk en wordt ook zoveel mogelijk nagestreefd. Hieronder volgen de belangrijkste regionale ontwikkelingen.

3.3.1 Regionale Commissie Gezondheidszorg

De Regionale Commissie Gezondheidszorg (RCG) Zuid-Holland Noord is het platform van zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en gemeenten in de regio. Alle genoemde partijen zijn in de RCG vertegenwoordigd. De RCG is een onafhankelijk overleg- en adviesorgaan. De RCG bevordert de samenhang, afstemming en samenwerking tussen partijen in de zorg. In Zuid-Holland Noord werkt de Stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn van de RCG al langere tijd aan bestuurlijke afstemming op het terrein van wonen, welzijn en zorg. De stuurgroep probeert de scheiding tussen de sectoren 'zorg' en 'wonen/ruimtelijke ordening' te overbruggen door een gezamenlijke inspanning van gemeenten, woningbouwcorporaties, zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars. In 2007 is daartoe door vertegenwoordigers van alle betrokken partijen een regionaal ambitieconvenant ondertekend.

3.3.2 Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

In Zuid-Holland Noord is Leiden als centrumgemeente verantwoordelijk voor het beleid ten aanzien van de maatschappelijke opvang en de ambulante verslavingszorg. De rijksoverheid stelt door de Wmo hogere eisen aan de centrumgemeente. De lokale/regionale aansturing van het beleid moet resultaatgericht zijn. Er is meer behoefte ontstaan aan lokale en regionale informatie over de omvang en samenstelling van sociaal kwetsbare groepen en het voorzieningenaanbod voor deze groepen. Hierop is door de GGD Hollands Midden de 'Monitor Maatschappelijke Opvang en Verslavingszorg; regio Zuid-Holland Noord' opgesteld.

Het accent komt de komende tijd te liggen op het beperken van de instroom in voorzieningen die bedoeld zijn als laatste vangnet en op het versnellen van de uitstroom uit deze voorzieningen door middel van actieve begeleiding naar maatschappelijk herstel. Met de komst van Wmo zijn de drie beleidsterreinen maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg samengevoegd en vormen de laatste drie prestatievelden van de Wmo. Zie ook de Wmo beleidsnota.

Openbare geestelijke gezondheidszorg

Meldpunt Zorg en Overlast

Sinds 1997 bestaat het Meldpunt Zorg en Overlast. Het Meldpunt is er voor de groep sociaal kwetsbaren die het zelfstandig niet redt en voor wie maatschappelijke uitval dreigt, vooral doordat de hulp- en dienstverlening hen om diverse redenen niet of onvoldoende bereikt. Zowel burgers als hulp- en dienstverleners kunnen melden. Het meldpunt maakt nu onderdeel uit van het basispakket voor

alle gemeenten vallend onder GGD HM. Het Meldpunt registreert de meldingen, brengt de problematiek in kaart en stelt een plan van aanpak op, leidt toe naar en coördineert de hulp- en dienstverlening, adviseert en informeert de samenwerkingspartners en monitort het proces. Het Meldpunt heeft op dit moment een coördinerende functie in de regiodekkende lokale zorgnetwerken en het bemoeizorgteam Leiden, en in de netwerkoverleggen rond multiproblemegezinnen, alsook rond de uitvoering Wet Preventief Huisverbod en het pilotproject ex-gedetineerden. Momenteel wordt in een werkgroep nagedacht over het realiseren van één centraal meld- en coördinatiepunt voor de totale groep sociaal kwetsbaren (voor zover in beeld) van dreigende uitvallers, daadwerkelijk uitgevallenen tot weer rehabiliterende en opnieuw terugvallende kwetsbaren. De meerwaarde van één centraal meld- en coördinatiepunt is dat het centreren het makkelijker maakt om een actueel overzicht te hebben en te houden over aard en omvang van de doelgroep sociaal kwetsbaren, maar ook als bron van informatie over trends en ontwikkelingen in vraag en aanbod op dit beleidsterrein.

Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord

Met de invoering van de Wmo moeten alle gemeenten invulling geven aan de prestatievelden 7, 8 en 9, respectievelijk maatschappelijke opvang, Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en verslavingszorg. Leiden fungeert als centrumgemeente voor deze drie beleidsterreinen en ontvangt daarvoor de doeluitkeringen van het Rijk. Met instemming van de in het OGGZ Platform Zuid-Holland Noord participerende instellingen en gemeenten is gekozen voor het geven van een extra impuls aan de aanpak van dakloosheid en de daarmee samenhangende problemen middels het Regionaal Kompas. Regie en financiering van het Regionaal Kompas ligt bij de centrumgemeente. De lokale overheden zijn vooral verantwoordelijk voor preventie en maatschappelijk herstel en geven hieraan vorm binnen bovengenoemde drie prestatievelden van de Wmo. Het gaat daarbij om afspraken met betrekking tot bijvoorbeeld voorkomen van huisuitzettingen, schuldhulpverlening en budgetbeheer, re-integratietrajecten voor cliënten van sociale zaken en uitstromers van maatschappelijke opvang en verslavingszorg, deelname aan het Meldpunt Zorg en Overlast en de lokale zorgnetwerken en diverse preventieprogramma's op OGGZ terrein.

3.3.3 Jeugdbeleid

In 2007 heeft de gemeente samen met de provincie, zorginstellingen en met andere gemeenten in Zuid-Holland Noord het Convenant jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning 2007-2010 ondertekend. De doelen hiervan zijn:

- op de kortst mogelijke termijn na signalering van problemen in de opgroei- en opvoedsituatie te komen tot een interdisciplinaire, samenhangende hulp aan kinderen en gezinnen;
- een eenduidige gezamenlijke sluitende aanpak van vroegsignalering en zorgcoördinatie door de provincie, gemeenten en zorginstellingen in Zuid-Holland Noord;
- samenwerking in de zorg rond een kind te bewerkstelligen, waarbij de (lokale) overheid de ketenregie voert over het proces.

Deze doelen worden gerealiseerd middels een sluitende aanpak in de jeugdketen door te beginnen met 'het in kaart brengen' via de signalering van problemen tot daadwerkelijke hulp op maat. De belangrijkste taken hierin zijn: lokaal regisseren, bovenlokaal registreren, regionaal/provinciaal jeugdzorg en jeugdbescherming realiseren.

3.4 Lokale ontwikkelingen

Hieronder volgt een beschrijving van de diverse beleidsterreinen waarin volksgezondheid een belangrijke rol speelt. Het betreft een beschrijving van het huidige beleid, aangevuld met de meeste recente ontwikkelingen of plannen voor de toekomst.

3.4.1 Jeugdbeleid

In de Lissese nota jeugdbeleid 'Geef jeugd de ruimte' 2005 - 2009 worden de volgende leidende regiethema's gehanteerd:

- Versterking van het aanbod opvoedingsondersteuning en gezinsondersteuning;
- Verbetering van de aansluiting onderwijs-jeugdzorg, in het bijzonder het voorkomen van schooluitval;
- Aanpak jeugdcriminaliteit en kindermishandeling;
- Jongerenparticipatie.

Deze nota wordt momenteel uitgevoerd.

3.4.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering

Door een gezamenlijke aanpak van de landelijke en lokale overheid kan overgewicht worden teruggedrongen. De regionale focus lag voorheen met name op bewegen maar is nu uitgebreid met voeding. Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. De doelgroepen jeugd, ouderen en chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en weinig opleiding krijgen specifieke aandacht.

De gemeente Lisse heeft in mei 2007 de nota 'Sport in beeld' vastgesteld. Deze nota heeft een inventariserende karakter. Verder wordt momenteel voor de jeugd een sportpas opgezet.

3.4.3 Ouderenbeleid

De nota ouderenbeleid 'Prettig leven en wonen in Lisse' is in juni 2001 vastgesteld en beschrijft hoe voorzieningen op het vlak van wonen, zorg en welzijn in Lisse (beter) op de wensen van de ouderen kunnen worden afgestemd.

De nota is voor een groot deel uitgevoerd. Dit betekent concreet het volgende:

- De Seniorenraad is opgericht;
- Er is een vraagcentrum is opgericht in de vorm van het Lokaal Loket Lisse, bij dit loket kan iedereen terecht voor Wmo-vragen en aanvragen;
- Specifieke ontmoetingsactiviteiten voor ouderen worden georganiseerd ondersteund door de Stichting Welzijn Ouderen Lisse in het Poelhuys. Ook het krantcafe is gestart;
- Het project seniorenbus begin 2008 in uitvoering wordt gebracht voor het vervoer van senioren in de gemeente, dit aansluitend op de vervoersvoorzieningen in het kader van collectief vervoer en vervoer voor ouderen;
- Het project vrijwillige dienstverlening is gestart: de Stichting Welzijn Ouderen Lisse bemiddelt bij vrijwillige dienstverlening.

De gemeente is gestart met de actualisering van het ouderenbeleid. Dit gebeurt in samenspraak met aanbieders van zorg en welzijn en belangen- en cliëntenorganisaties. De volgende fase is om Lisse ouderenproof te maken, dit gebeurt samen met ouderen.

3.4.4 Gehandicaptenbeleid

De gemeente is verantwoordelijk voor het gehandicaptenbeleid. De stichting platform gehandicaptenbeleid Lisse bewaakt dit.

Gemeente Lisse heeft de uitvoering van de individuele voorzieningen vanuit de Wmo samen met de gemeenten Hillegom, Noordwijkerhout en Teylingen opgedragen aan de Intergemeentelijke Sociale Dienst Bollenstreek. In het 'Verstrekkingenbeleid Wmo ISD Bollenstreek' dat op 1 januari 2007 in werking is getreden staat omschreven op welke manier dit vorm is gegeven.

3.4.5 Ruimtelijke ordening

De invloed van milieu, zowel het binnen als buitenmilieu, op de gezondheid van mensen staat steeds hoger op de agenda: heel recentelijk is er aandacht voor binnenmilieuproblemen in relatie tot schoolprestaties.

In de centrumvisie van 2002 wordt de luchtkwaliteit van Lisse besproken. Gelet op de prognoses van de verkeersintensiteiten voor het jaar 2010 vindt op een aantal wegen binnen het centrum van Lisse een duidelijke overschrijding plaats van de intensiteiten waarboven gerekend moet worden. Het gaat hier over de volgende wegen: Gladiolenstraat, Hyacintenstraat, Ruishornlaan en Heereweg. De nieuwe zuidelijke ontsluitingsroute van het centrum zal ook meer verkeer gaan aantrekken. Bij nieuwe ontwikkelingen, die zijn voorzien langs bovengenoemde wegen, moet gerekend worden aan de luchtkwaliteit ter plaatse voor er gebouwd kan gaan worden. Als uit de berekening blijkt dat er een overschrijding plaatsvindt van de normen voor de luchtkwaliteit, dienen maatregelen te worden genomen. Wat voor gezondheid belangrijk is, is vooral het voorkomen (de preventie) van de combinatie van gevoelige functies (wonen, scholen, kindercentra, verpleeg- en verzorgingshuizen) binnen 100 meter, maar het liefst ook binnen 300 meter van drukke wegen (snelwegen of drukke stadswegen). Ook onder de norm treden gezondheidseffecten op, en dan vooral (maar niet alleen) bij gevoelige groepen (kinderen, ouderen, zieken).

De Woonvisie meldt dat in de gemeente Lisse circa 690 woningen zullen worden gebouwd tussen 2007 en 2011. De woningen zullen worden gebouwd op verschillende locaties in Lisse, er zullen behoudens de wijk Geestwater geen nieuwe woningen meer bijkomen.

3.4.6 Wonen

Vergrijzing

Met de vergrijzing komt een nieuwe generatie ouderen. De naoorlogse geboortegolf bereikt de komende 10 jaar de 65-plusleeftijd. Deze generatie (wel aangeduid als de 'protestgeneratie') is mondiger, kritischer en heeft vaak meer te besteden dan de huidige generatie ouderen. De komende tien jaar vergrijzen met name de volgende buurten in Lisse: Bloemenbuurt, Zeeheldenbuurt, Vogelbuurt en Componistenbuurt.

Leefbaarheid

Onderdeel van het wonen is de leefbaarheid van bestaande wijken. Dan gaat het om inrichting en beheer van de openbare ruimte, voorzieningen in de omgeving, sociale samenhang, etc. Hier hebben zowel de gemeente als de corporatie(s) op grond van de Wmo een verantwoordelijkheid voor. In de prestatieafspraken die de gemeente met de twee, in Lisse operende, woningcorporaties Trias Woondiensten en Eigen Haard heeft gemaakt, zijn afspraken opgenomen over het bevorderen van leefbaarheid.

Beleid voor wonen- welzijn- zorg

De gemeente kiest voor een samenhangende wonen- welzijn-zorgaanpak:

- In beginsel moeten mensen met een (verwachte) zorgvraag (vooral ouderen) in staat worden gesteld om in hun huidige woning te blijven wonen;
- Voor mensen die naar een beter toegankelijke, bereikbare en bruikbare woning willen verhuizen ligt de voorkeur vaak in de eigen buurt of in het Centrum. De gemeente wil ontwikkelingsmogelijkheden in of grenzend aan bestaande buurten hiervoor benutten, met een accent op wijken die de komende jaren vergrijzen;
- In geval van een meer intensieve zorgvraag of een acute wens tot een meer beschutte woonomgeving wil de gemeente woonservicezones ontwikkelen, met daarin een afgestemd aanbod van wonen-welzijn-zorg.

In het kader van wonen - welzijn - zorg heeft de gemeente Lisse bovendien begin 2007, samen met andere gemeenten uit de regio, aanbieders én vragers, de regionale prestatieafspraken wonen, zorg en welzijn ondertekend. Begin 2008 zal de gemeente Lisse een lokaal uitvoeringsplan opstellen voor de uitvoering van de regionale prestatieafspraken. Dit regionale uitvoeringsplan omvat, onder meer, de realisatie van twee woonservicezones in Lisse in de komende jaren.

3.4.7 Wmo

Het beleid van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is vastgelegd in de Kadernota maatschappelijke ondersteuning 2008-2011; Meedoen en meeleven in Lisse'. Deze nota is in samenwerking met de gemeenten Noordwijkerhout en Hillegom opgesteld. De gezamenlijke visie voor het Wmo beleid is:

- Hillegom, Lisse en Noordwijkerhout willen gemeenten zijn waar het prettig wonen, leven en werken is. Daarbij horen goede voorzieningen, waardoor burgers in staat zijn te participeren in de samenleving;
- De eigen verantwoordelijkheid van de inwoners staat centraal, maar de gemeente stelt zich als een betrokken meelevende instantie op wanneer ondersteuning noodzakelijk blijkt.

Wat betreft de individuele voorzieningen (prestatieveld 6) en de prestatievelden maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (prestatievelden 7,8 en 9) is het beleid van de gemeente Lisse overeenkomstig met dat van onze samenwerkingsgemeenten. Voor de overige prestatievelden stellen we lokaal beleid op, dat is afgestemd op de lokale situatie. Bij het opstellen van de kadernota is prioriteit gegeven aan twee nieuwe taken, waarvoor de gemeente door de komst van de Wmo verantwoordelijk is geworden, namelijk: geven van informatie, advies en cliëntondersteuning en ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers. Voor deze twee prestatievelden is in de kadernota nieuw beleid geformuleerd, dat in de komende vier jaar wordt uitgevoerd.

Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

De gemeente Lisse zal in 2008, in samenwerking met centrumgemeente Leiden en Holland Rijnland, in het kader van de Wmo lokaal beleid ontwikkelen op het gebied van maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (prestatievelden 7,8 en 9). Bij het ontwikkelen van het beleid op het gebied van verslavingszorg zal vanzelfsprekend het advies van de GGD worden meegenomen.

4 Terugblik en stand van zaken

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk blikt terug op de uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007. Per geplande activiteit uit de vorige nota wordt besproken wat er is gebeurd. Het hoofdstuk eindigt met een conclusie waarin wordt aangegeven welke beleidsprioriteiten gecontinueerd zouden moeten worden.

4.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten Lokaal Gezondheidsbeleid 2003 – 2007

4.2.1 Afstemming en samenwerking

Actiepunt:

- Ontwikkelen van de sociale digitale kaart;
- Laagdrempelige toegang tot informatie door middel van een zorgloket;
- Informatie/ advies over zorgstructuren;
- Het starten van structureel overleg met het gezondheidsveld.

Uitvoering:

- De digitale sociale kaart (www.zorgwelrijnland.nl) is door de GGD HM ontwikkeld. Er is aangesloten bij een bestaand systeem dat is ontwikkeld door de landelijke GGD. De digitale sociale kaart is een website met actuele adressen op het gebied van zorg, wonen en welzijn in alle gemeenten van de regio Zuid-Holland Noord. De site is bedoeld voor inwoners en professionals in de regio. Er wordt in 2007 aan een uitgebreider systeem gewerkt door de GGD.
- Lokaal Loket Lisse is in maart 2005 geopend. Alle Lissenaren kunnen op werkdagen tussen 9.00 en 12.00 uur bij het loket terecht. Daarnaast beschikt het lokale loket over een eigen website. De loketadviseurs geven informatie en advies en wijzen cliënten de weg op het gebied van wonen, zorg, welzijn en inkomensondersteuning. Daarnaast vormt het loket de toegang tot de individuele Wmo-voorzieningen.
- Naast bovengenoemde activiteiten zijn nog andere initiatieven ontplooid voor informatie en advies over zorg. Loket Lisse heeft een website ontwikkeld en de ISD heeft een website waarop ook informatie over de Wmo te vinden is. Voor wat Jongeren InFormatie (JIF) betreft is de laatste jaarlijkse jongereninformatiegids uitgegeven in 2003, deze is nu wel aan actualisatie toe. De gemeentelijke jongeren website is nog niet van de grond gekomen. Wel is er een regionale website voor het Holland Rijnland gebied (www.overenuit.nl).
- Tenslotte wordt vermeld, dat jaarlijks door de gemeente een bijeenkomst wordt georganiseerd voor instellingen en medewerkers in de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze ontmoeting is een middel om de betrokkenheid bij het lokale volksgezondheidsbeleid te bevorderen. Bovendien kunnen hieruit initiatieven ontstaan die bijdragen aan de samenhang en de samenwerking.

4.2.2 Integraal beleid

Actiepunt:

- Onderlinge afstemming beleid;
- Gebruik maken van kennis van de GGD (en andere instanties) en gemeentelijk apparaat.

Uitvoering:

Inmiddels is het praktijk dat bij de advisering over gemeentelijke plannen integraal wordt gewerkt. Vooral bij de ontwikkeling van (inbreiding- en/of uitbreidings-)plannen is dat een gebruikelijke

werkwijze. Voorbeelden daarvan zijn de vestiging van het Transmuraal Centrum Poelpolder, de ontwikkeling van het plan Rustoord en de realiseringmogelijkheden van een HOED (Huisartsen Onder Een Dak).

4.2.3 Overmatig gebruik alcohol door jongeren

Actiepunt:

Voorlichting over alcoholgebruik aan ouders en jonge tieners

Uitvoering:

De Duin- en Bollenstreekgemeenten zijn in februari 2003 gestart met een regionaal verslavingsforum. In vier bijeenkomsten, onder leiding van de GGD, is samen met betrokken instellingen gewerkt aan een advies voor preventieactiviteiten in de regio.

Verslavingspreventie binnen het basisonderwijs wordt in opdracht van de gemeente uitgevoerd door de GGD HM³. Tevens zet de politie Hollands-Midden voorlichtingsactiviteiten in⁴.

Verslavingspreventie binnen het voortgezet onderwijs wordt tevens in opdracht van de gemeente uitgevoerd door de GGD HM. Hiervoor wordt het voorlichtingsprogramma "De gezonde school en genotmiddelen" ingezet⁵. Elk jaar wordt extra aandacht geschonken aan 'alcohol' met onder andere een programma vanuit 3VO, deelname vanuit de AA en een demonstratie van de brandweer bij een zogenaamd verkeersongeluk.

Parnassia houdt in Lisse een openspreekuur, van waaruit informatie en advies gegeven wordt en incidenteel korte behandeling gegeven wordt. Verder zet Parnassia een mobiel team in.

4.2.4 Onvoldoende integratie van mensen met beperkingen

Het doel van deze beleidsprioriteit was bewustwording te versterken van de mogelijkheden en problemen van een ander.

Actiepunt:

De doelgroep en de problemen in beeld brengen en daarna een actieplan opstellen.

Uitvoering:

Tot een plan van aanpak voor de integratie van mensen met een handicap is het niet gekomen vanwege de aangekondigde invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning. In dat kader zijn voorzieningen mogelijk voor deze doelgroep. In december 2007 stelt de gemeenteraad de Kadernota Maatschappelijke ondersteuning vast voor de periode 2008-2011.

Op dit vlak zijn ook de ontwikkelingen op het gebied van wonen vermeldenswaardig.

Woningcorporatie Trias heeft een woonvoorziening gerealiseerd voor een groep mensen met een verstandelijke beperking. Ook is er in 2004 een Thomashuis geopend. Voorts is in 2006 de geactualiseerde Woonvisie opgesteld waarin ook aandacht is besteed aan de combinatie wonen welzijn en zorg. De inzet van de gemeente richt zich op het zo lang mogelijk in eigen woning of in eigen buurt te kunnen blijven wonen. Voor mensen met een meer intensieve zorgvraag worden woonservicezones ingericht.

4.2.5 Toekomstig huisartsen- en tandartsentekort

Actiepunt:

De gezamenlijke visie, noodzaak en mogelijkheden in kaart brengen. Vervolgens wordt er een plan van aanpak opgesteld.

Uitvoering:

In 2003 is in een overleg met huisartsen geconcludeerd dat de vraag en het aanbod goed op elkaar zijn afgestemd en dat er gezamenlijk een vinger aan de pols wordt gehouden. De Huisartsengroep (HAGRO) te Lisse heeft tijdens de eerstelijns gezondheidsbijeenkomst 2005 nogmaals aangegeven dat de capaciteit voldoende is. Ook met de tandartsen is toen geen tekort geconstateerd.

4.2.6 Overmatig nicotinegebruik

Actiepunt:

Anticiperen op het rookverbod in publieke ruimten in 2006.

Uitvoering:

Er zijn geen specifieke acties ondernomen anders dan het voorzetten van het reguliere voorlichtingsaanbod van de GGD. Landelijke cijfers laten zien dat het aantal mensen dat rookt nog steeds licht daalt. Lisse liep daar voorheen op voor. Uit de laatste peiling blijkt dat het aantal rokers in de gemeente vergelijkbaar is met het landelijk cijfer. Mede gezien de landelijke maatregelen, zoals het

³ "Weet van je wilt" wordt door de docenten in de groepen 7 en 8 ingezet. Met name het gebruik van alcohol, roken en drugs en de gevaren hiervan worden onder de aandacht gebracht.

⁴ "Doe Effe Normaal" (DEN) zet lessen in over genotmiddelengebruik en de gevaren van overmatig gebruik.

⁵ Dit programma is opgebouwd uit 5 pijlers; lessen, signaleren/begeleiden, reglementeren, ouderdeelname, regie/afstemming.

rookverbod in de horeca, is het niet nodig lokaal aanvullende maatregelen in te zetten de komende jaren.

4.2.7 Oprichten hospice

Actiepunt:

In randvoorwaardelijke zin positief opstellen ten aanzien van de oprichting van een hospice.

Uitvoering:

In 2005 heeft de gemeente Lisse de Stichting Hospice Duin- en Bollenstreek een subsidie verleend als bijdrage in de oprichtingskosten van een hospice in Sassenheim. In maart 2007 is de eerste paal van het hospice de grond in gegaan.

4.2.8 Afbrokkelen sociale verbanden, vereenzaming en omgaan met verlies

Actiepunt:

Sociale verbanden versterken en inzichtelijk maken welke problemen mensen onder de 55 jaar hebben in hun contacten.

Uitvoering:

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de Stichting Welzijn Ouderen hebben in dit kader diverse activiteiten aangeboden, voorbeelden daarvan zijn het signalerend huisbezoek, de welzijnsactiviteiten voor ouderen en de cursussen gericht op het omgaan met verlies. In 2008 zal een nieuwe ouderennota worden opgesteld, in deze nota zou nogmaals aandacht besteed kunnen worden aan eenzaamheidsproblematiek onder ouderen.

4.2.9 Integrale jeugdgezondheidszorg en opvoedingsondersteuning

Actiepunt:

- Het beleid voor integraal jeugdgezondheidszorg verder ontwikkelen;
- Speelruimte verder ontwikkelen en uitvoeren;
- Aandacht vragen bij de provincie voor de wachtlijsten in de jeugdzorg.

Uitvoering:

De integrale jeugdgezondheidszorg heeft een ontwikkelingsproces doorgemaakt vanwege de uitbreiding van de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd van 0 tot 4 jaar. De GGD en de zorgorganisatie Valent RDB hebben gewerkt aan een samenwerkingverband. Valent voert de jeugdgezondheidszorg uit voor de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar, de GGD voor de groep 4 tot 19 jaar. Er zijn landelijke richtlijnen ontwikkeld voor de contactmomenten die de consultatiebureaus en de jeugdartsen hebben met de jongeren. Deze zijn ondergebracht in het uniforme takenpakket dat wordt gefinancierd met de middelen die de gemeenten tot 2008 voor deze taak (geoormerkt) krijgen voor de jeugdzorg voor 0 tot 4 jarigen en vanuit de algemene middelen voor de oudere kinderen. Naast het uniforme deel zijn er middelen beschikbaar gesteld voor een maatwerkdeel. In overleg met de GGD en Valent RDB is regionaal afgestemd welke taken daarvoor konden worden uitgevoerd. Een deel van deze taken is in gang gezet vanuit de stimuleringsregeling vroegsignalering, zoals de ZAT-teams, diverse oudercursussen en de integrale vroeghulp.

Door het overleg en de samenwerking is een beter zicht ontstaan op de mogelijkheden binnen de Jeugdgezondheidszorg en is integrale afstemming tussen de jeugdgezondheidszorg, de Voor- en vroegschoolse educatie (VVE) en Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid (GOA) en de jeugdzorg beter te ontwikkelen.

In samenwerking met de provincie Zuid- Holland is er een regionaal convenant ontwikkeld, waarin afspraken zijn vastgelegd over de aansluiting tussen jeugdbeleid en jeugdzorg tussen de provincie, het bureau jeugdzorg en de gemeenten van Holland Rijnland. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor algemene voorzieningen, vroegtijdige signalering en niet-geïndiceerde ambulante jeugdzorg. De nota speelruimtebeleid is vastgesteld door de gemeenteraad in 2002 en heeft een werkingsduur tot en met 2009. Daaruit voortvloeiend de uitvoering van de onderzoeksresultaten die zijn vastgesteld in 2003. In de jaren tot en met 2006 was sprake van een inhaalslag ten aanzien van de meest onveilige en kwalitatief onvoldoende speelplekken. In 2007 heeft een geringe herschikking van het budget plaatsgevonden en was het mogelijk nog een kleiner aantal voorzieningen/aanpassingen tot stand te brengen. Conform de wens van de gemeenteraad is opdracht gegeven tot het maken van een check-up van de tot nu toe uitgevoerde activiteiten. De resultaten daarvan worden in januari 2008 verwacht en moeten tevens inzicht geven in de uitvoeringsmogelijkheden in de resterende planperiode.

4.2.10 Integrale aanpak wonen, zorg en welzijn

Actiepunt:

- Zorgoverleg gaande over wonen, zorg en welzijn: inventariseren van de zorgbehoefte, nadenken over transmuraal centrum;
- Het volkshuisvestingsplan wordt in 2003 geactualiseerd. In ouderennota staan diverse acties m.b.t. welzijn;
- Zorgen voor voldoende mantelzorg.

Uitvoering:

Er heeft geen zorgoverleg over wonen zorg en welzijn plaats gehad voor het inventariseren van de zorgbehoefte.

Gelieerde activiteiten die gepland staan voor 2008 zijn het project 'Heel Lisse ouderenproof' en het opstellen van een lokaal uitvoeringsplan wonen zorg welzijn. De laatste is een uitwerking van de regionale prestatieafspraken die gemaakt zijn op dit vlak.

De planvorming voor het transmuraal centrum in de Poelpolder is in vergevorderd stadium.

Mariëntstaete heeft een bouwvergunning aangevraagd en de toetsing daarvan loopt.

In 2006 is een geactualiseerde woonvisie uitgebracht.

In 2007 is een nota voor het mantelzorgbeleid opgesteld in nieuwe taak die de gemeente heeft het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Deze nota zal in de komende 4 jaar worden uitgevoerd.

4.2.11 Gezond leefgedrag bevorderen

Actiepunt:

Uitvoering van voorlichting en bewegingsactiviteiten door de gemeente, GGD en Instituut Sport en Bewegen.

Uitvoering:

De GGD heeft het meerjarenprogramma bewegingsstimulering 2003-2006 opgesteld. Gedeeltelijk gaan de projecten over activiteiten, die zowel bij de GGD- projecten als in het projectplan voor de Breedtesportimpuls zijn opgenomen. Beide projecten vullen elkaar aan. Daarnaast is door de GGD een activiteitenplan ontwikkeld voor 2004. Het aandeel van de gemeente bij dit actiepunt is beperkt gebleven tot het doorgeven van voorlichtings- en informatiemateriaal van instellingen en organisaties. Vooral de GGD heeft actief ingespeeld op landelijke campagnes.

De gemeente stimuleert het sporten door de zorg voor accommodaties. Verder is de gemeente in 2007 gestart met het ontwikkelen van een jeugdsportpas.

4.2.12 Terugdringen aantal verkeersslachtoffers

Actiepunt:

Wijken worden conform het project "Duurzaam veilig" ingericht.

Uitvoering:

Het project "Duurzaam veilig" is door de gemeente geadopteerd. Vanuit de optiek van volksgezondheid is dat een prima keuze en tegelijkertijd een voorbeeld van integrale beleidsvoering.

4.3 Conclusies voor de toekomst

Uit de voorgaande paragraaf trekken we de volgende conclusies voor het nieuwe gezondheidsbeleid:

1. Veel van de gezondheidsproblemen die 4 jaar geleden speelden, zijn nog steeds actueel. Roken en overmatig alcoholgebruik staan nog op huidige landelijke agenda. Aangezien preventie een kwestie van de lange adem is, zal aan deze onderwerpen continue aandacht besteed moeten worden. De GGD Hollands Midden doet dat ook. Op het gebied van schadelijk alcoholgebruik zien we nu meer mogelijkheden en noodzaak om lokaal aanvullende maatregelen te nemen dan op het gebied van roken.
2. Een behoorlijk aantal van de andere beleidsprioriteiten worden inmiddels opgepakt binnen andere beleidsterreinen. De participatie van mensen met een beperking is een onderdeel van de Wet maatschappelijke ondersteuning geworden. Ook wonen, welzijn en zorg, de ondersteuning van mantelzorgers, en de informatie en adviesfunctie vallen daaronder. Hiervoor heeft de gemeenteraad van Lisse inmiddels beleid vastgesteld. Het is daarom niet opportuun daaraan in de komende nota gezondheidsbeleid nogmaals aandacht te besteden.

5 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Lisse

Hieronder worden de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie voor de gemeente weergegeven. Een uitgebreide weergave van de gezondheidssituatie is bijgevoegd als bijlage.

Bevolking

- De gemeente Lisse heeft een relatief oude leeftijdsopbouw; deze groep zal verder groeien.
- De druk van jongeren en ouderen op werkenden is hoger dan in Zuid-Holland Noord en landelijk;
- Het huishoudinkomen is hoger, er zijn minder werklozen en personen met een uitkering dan landelijk;
- Het percentage niet-westerse allochtonen ligt veel lager (westers gelijk) dan Zuid-Holland Noord en Nederland;
- Het percentage volwassenen dat moeite heeft met rondkomen is sterk gestegen in 2005 ten opzichte van 2000, net als in Zuid-Holland Noord (clusterniveau).

Tabel 1. Kenmerken van de bevolking in Lisse en Zuid-Holland Noord

| Sociaaldemografische kenmerken | Lisse | Zuid-Holland Noord |
|---|------------------------|------------------------|
| Inwonersaantal prognose 2025 ⁶ | 21.877 24.973 | 516.995 533.966 |
| Gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner per huishouden | €12.900 €32.000 | €13.100 €32.000 |
| Moeite met rondkomen (18-64 jarigen) | 26% | 26% |
| Niet werkende werkzoekenden | 3,1% | 3,4% |
| Arbeidsongeschikten WAO WAZ Wajong | 5,5% 0,4% 0,7% | 5,2% 0,4% 1,3% |
| Burgerlijke staat Ongehuwd Verweduwd Gescheiden Gehuwd/samenwonend | 28% 2% 7% 62% | 35% 1% 7% 57% |
| Gezinssituatie Eenoudergezinnen | 13,5% | 14,8% |
| Allochtonen Westers niet-westers | 7,4% 3,4% | 8,5% 7,3% |
| Schulden (18-64 jarigen) | 4% | 7% |

Specifieke ziekten en aandoeningen

- De sterfte aan astma/COPD en psychische stoornissen bij vrouwen in Lisse lager dan landelijk;
- Meer inwoners Lisse ervaren de gezondheid positief ten opzichte van landelijk;
- Verwachting van stijging aantal diabetespatiënten met minimaal 33% tot in 2025.

⁶ Volgens CBS de prognose van het inwonersaantal in 2025: percentage groei of krimp van het verwachte inwonersaantal in 2025 t.o.v. het werkelijke inwonersaantal in 2006.

Tabel 2. Gegevens over angst/depressie en diabetes in het cluster met Lisse en Zuid-Holland Noord bij 18-64 jarigen en 65-94 jarigen

| Ziekten en aandoeningen | Cluster met Lisse | | Zuid-Holland Noord | |
|---------------------------|-------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | 18-64 jarigen | 65-94 jarigen | 18-64 jarigen | 65-94 jarigen |
| Angst en depressie | | | | |
| Matige angst/depressie | 30% | 34% | 31% | 34% |
| Ernstige angst/depressie | 4,9% | 2,7% | 4,5% | 4,0% |
| Diabetes | 3,1% | 14% | 2,6% | 12% |

Leefstijl

Alcohol

- Jongeren van 15-17 jaar uit het cluster drinken vaker alcohol;
- Het percentage excessief drinkende volwassenen is gestegen in 2005 ten opzichte van 2000 (net als in Zuid-Holland Noord);
- Meer ouderen drinken alcohol in het cluster dan in Zuid-Holland Noord.

Tabel 3. Alcoholgebruik en excessief gebruik volwassenen

| gebied | leeftijd | alcohol drinkers | | waarvan excessief ³ alcoholgebruik | |
|------------|----------|------------------|------------------|---|------------------|
| | | laatste peiling | vijf jaar ervoor | laatste peiling | vijf jaar ervoor |
| cluster | 19-64 | 87% | 86% | 18% | 12% |
| | 65+ | 80% | -- | 9,3% | -- |
| ZUID-HOLLA | 19-64 | 86% | 84% | 18% | 12% |
| | 65+ | 76% | -- | 8,0% | -- |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND NOORD, schuingedrukt: verschil 2005 t.o.v. 2000
bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD

Tabel 4. Alcoholgebruik en vaak en

| gebied | leeftijd | alcohol drinkers | waarvan vaak en veel ² |
|--------------------|----------|------------------|-----------------------------------|
| cluster | 12-14 | 20% | 0,8% |
| | 15-17 | 85% | 16% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 12-14 | 24% | 0,6% |
| | 15-17 | 77% | 10% |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND

Roken en drugs

- Minder 12-17 jarigen in het cluster gebruiken cannabis ten opzichte van Zuid-Holland Noord en is gedaald ten opzichte van 1998;
- Minder rokende 12-17 jarigen in 2003 dan in 1998 (dalende trend; net als in Zuid-Holland Noord en landelijk);
- Bij volwassenen is het percentage rokers niet gedaald, maar dit percentage was in 2000 al lager dan in Zuid-Holland Noord en landelijk;

Overgewicht en inactiviteit

- Er is een stijgende trend zichtbaar van het aantal mensen met overgewicht (net als in Zuid-Holland Noord en landelijk);
- Meer 12-17 jarigen voldoen aan de Norm Gezond Bewegen ten opzichte van Zuid-Holland Noord (2003);
- percentage volwassenen dat weinig sport is gestegen in 2005 ten opzichte van 2000 (was in 2000 lager dan Zuid-Holland Noord, nu vergelijkbaar).

Voeding

- Van de 12-26 jarigen in het cluster met Lisse eet drie kwart niet dagelijks groente en fruit (door de week);
- Bijna één op de vijf jongeren eet bijna nooit fruit.

Tabel 5. Gegevens over leefgewoonten in het cluster met Lisse en Zuid-Holland Noord bij 12-17 jarigen en 18-64 jarigen

| Leefgewoonten | Cluster met Lisse | | Zuid-Holland Noord | |
|---------------------------------------|-------------------|---------------|--------------------|---------------|
| | 12-17 jarigen | 18-64 jarigen | 12-17 jarigen | 18-64 jarigen |
| Roken | | | | |
| Meest recente peiling | 13% | 24% | 13% | 25% |
| Vijf jaar ervoor | 20% | 25% | | |
| Overgewicht (matig en ernstig) | | | | |
| Meest recente peiling | 9% | 46% | 10% | 43% |
| Vijf jaar ervoor | 7% | 43% | 10% | 41% |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde Zuid-Holland Noord, schuingedrukt: verschil 2005 t.o.v. 2000
bron: Gezondheidspeilingen Zuid-Holland Noord

Zorg

- Veel inwoners maken gebruik van preventieprogramma's vergeleken met Nederland;
- Meer volwassenen bezoeken de huisarts en paramedici ten opzichte van Zuid-Holland Noord (clusterniveau).

6 Beleidsprioriteiten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de beleidsprioriteiten beschreven. Bij elke prioriteit zijn er doelen gesteld, actiepunten geformuleerd en mogelijke oplossingen beschreven. De gemeente streeft ernaar dat burgers een gezonde leefstijl hanteren. Door leefstijlfactoren aan te pakken valt er veel gezondheidswinst te behalen. Burgers kunnen kiezen voor gezond leven. Gezond leven heeft ook een maatschappelijk belang. Mensen profiteren zelf het meest van langer gezond leven. Zo kunnen zij zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Zij hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient hiermee een maatschappelijk belang.

In deze nota kiezen we voor beleidsprioriteiten die met concrete acties op lokaal niveau zijn aan te pakken. De keuze van de lokale beleidsprioriteiten is gemaakt op basis van:

- de gezondheidsgegevens van de gemeente Lisse;
- de ervaren knelpunten door de eerstelijns intermediair, en
- de vijf speerpunten van VWS: schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, diabetes en depressie.

De gemeente heeft gekozen voor de volgende beleidsprioriteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid:

1. Schadelijk alcoholgebruik
2. Gezonde voeding
3. Voldoende bewegen
4. Depressie
5. Gezonde en veilige leefomgeving, en
6. Automatische Externe Defibrillatoren (AED's).

Door het kiezen van gezonde voeding en bewegen dragen we bij aan de speerpunten overgewicht en diabetes van het rijk. Voor wat betreft roken kiezen we er voor geen extra lokale inspanningen te verrichten. In regionaal verband, de GGD Hollands Midden, wordt hieraan wel aandacht besteed.

De gemeente heeft de afgelopen vier jaar reeds een aanzet gegeven om bovenstaande problemen te verminderen. Het is nu zaak om de aandacht voor deze problemen vast te houden. Het aanpakken van 'Schadelijk alcoholgebruik', 'Gezonde voeding' en 'Voldoende bewegen' is een ingewikkeld proces waarbij het gedrag van mensen doorbroken moet worden. Mede door integraal gezondheidsbeleid te hanteren kan dit bewerkstelligd worden. Ook door het creëren van een 'Gezonde en veilige leefomgeving' en door het stimuleren van zones met AED's in de gemeente kan er veel bereikt worden. Op de lange termijn is er veel gezondheidswinst per individu maar vooral voor de gemeente als geheel te behalen.

6.2 Schadelijk Alcoholgebruik

6.2.1 Probleemomschrijving

Het drinken van alcohol lijkt wel erg gewoon geworden. Er wordt in Nederland veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie. Hoewel matig alcoholgebruik beschermt tegen hartziekten en beroerte, zijn de verschillende gezondheidsproblemen ontstaan door overmatig alcoholgebruik talrijk. Matig gebruik levert meestal geen problemen op, overmatig gebruik echter wel. Zo is er kans op leverziekten, hart- en vaatziekten zoals een beroerte, slokdarmkanker, dikke darmkanker en op letsel door ongevallen. Men kan verslaafd raken maar ook acute gezondheidsschade oplopen door

bijvoorbeeld alcoholvergiftiging. Schadelijk alcoholgebruik behoort tot de 10 grootste gezondheidsproblemen in ons land. Geregeld en overmatig alcoholgebruik door grote groepen jongeren op steeds jongere leeftijd is, ondanks inspanningen van de gemeente, normaal aan het worden. Het zijn niet alleen de jongeren die veel drinken, met de leeftijd gaan steeds meer mensen frequent drinken. Alcoholgebruik is maatschappelijk zeer geaccepteerd, en vooral onder jongeren wordt gezien dat zij elkaars gedrag beïnvloeden. Alcoholgebruik wordt niet voldoende afgekeurd of ontmoedigd door de sociale omgeving. Ook ouders zijn zich vaak niet of onvoldoende bewust van de invloed van (overmatig) alcoholgebruik op de gezondheid van hun kind. Het alcoholgebruik wordt onder jongeren dan ook vaak niet ontmoedigd door de ouders. Het is daarom belangrijk om ook ouders voor te lichten over de effecten van alcoholgebruik.

6.2.2 De lokale situatie

Landelijk is er een stijging waarneembaar in het alcoholgebruik en ligt dit gebruik veel te hoog. In het cluster met Lisse is dit zelfs hoger. Eén op de vijf 12-14 jarigen in het cluster met Lisse drinkt al af en toe alcohol en 85% van de 15-17 jarigen. Ruim 80% van de 19-94 jarigen drinkt alcohol. Meer 15-17 jarigen en 65-plussers drinken alcohol dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord.

Van de 15-17 jarigen in het cluster met Lisse gaf één op de zes aan minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer te drinken.

6.2.3 Wat gebeurt er al?

In het adviesrapport *Nuchter beleid* heeft de GGD al in 2004 lokale mogelijkheden voor de preventie van overmatig gebruik van alcohol en drugs onder jeugdigen uiteengezet. Dit rapport is opgesteld met input van diverse lokale en regionale partijen tijdens forumbijeenkomsten in de Leidse regio, de Duinen en Bollenstreek en de Rijnstreek.

In de regio Zuid-Holland Noord is Leiden als centrumgemeente verantwoordelijk voor het beleid en het budget van de doeluitkering Ambulante Verslavingszorg. Er wordt al gewerkt met een regionale beleidsvisie. Voor de beleidsperiode 2005 – 2009 is wegens de samenhang van verslavingszorg en maatschappelijke opvang gekozen voor een gezamenlijk beleidskader. De daartoe ontwikkelde “Beleidsvisie Verslavingsbeleid en Maatschappelijke Opvang 2005 – 2009 Zuid-Holland Noord” is richtinggevend voor de afspraken met de uitvoerende partners. In de visie wordt uitgegaan van de noodzaak van een goede regie en nauwe samenwerking. Er is meer behoefte aan sterkere accenten op veiligheid en overlastbestrijding.

Wat betreft het preventieaanbod zijn in de regio Zuid-Holland Noord vooral Parnassia Verslavingszorg en de GGD verantwoordelijk. De GGD voert projecten uit in het voortgezet en primair onderwijs, zet regionale campagnes uit (bijvoorbeeld de regionale alcoholmatigingscampagne en een regionale vertaling van de jaarlijkse landelijke drugscampagne) en ondersteunt en adviseert gemeenten bij het opstellen van preventief verslavingsbeleid. Parnassia biedt onder andere open spreekuren, eerste lijn deskundigheidsbevorderingen en biedt ondersteuningstrajecten in het jeugd- en jongerenwerk.

6.2.4 Wat willen we bereiken?

De gemeente vindt de bovenstaande ontwikkelingen ernstig genoeg om een halt toe te roepen en zal dan ook haar aandacht de komende vier jaren richten op het tegengaan van schadelijk alcoholgebruik. Het gebruik van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de ontwikkeling van een kind. Vanuit gezondheidsoverwegingen is het voor kinderen onder de 16 jaar af te raden om alcohol te gebruiken. Wij willen een afname bewerkstelligen van het overmatige alcoholgebruik onder jongeren. Jongeren onder de 16 jaar dienen geen alcohol te drinken. Jongeren boven de 16 jaar moeten bewuster en verantwoord omgaan met alcohol. Ouders spelen met hun voorbeeldgedrag een belangrijke rol hier in en moeten weten wat de negatieve effecten zijn van alcoholgebruik op hun opgroeiende kind. Verder willen we dat volwassen probleemdrinkers eerder gesignaleerd en geholpen worden.

6.2.5 Op wie richten we ons?

We zullen ons vooral richten op de jeugd onder de 16 jaar en de oudere schoolgaande jeugd. Ouders hebben met hun voorbeeldgedrag een grote impact. Hierin vindt natuurlijk een wisselwerking plaats en we zullen ons daarom richten op de jeugd en hun ouders.

Verder vormen problematische volwassen alcoholgebruikers een doelgroep binnen deze beleidsprioriteit. De eerstelijns kan hier een belangrijke rol in spelen.

Actiepunten Schadelijk Alcoholgebruik:

1. De huidige preventieactiviteiten van de GGD HM worden op scholen gecontinueerd en de gemeente stimuleert scholen die nog niet deelnemen te participeren;
2. De gemeente sluit lokaal aan bij de landelijke campagne met betrekking tot alcoholverkoop onder de 16.
3. De preventieactiviteiten zoals voorlichting uitbreiden naar ouders van de schoolgaande jeugd. Hiervoor worden cursussen en voorlichtingsavonden georganiseerd en wordt informatiemateriaal ontwikkeld;
4. De gemeente maakt beleid op de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de aankomende nieuwe Drank en Horecawet en voert dit uit;
5. De gemeente stelt een lokaal alcoholmatigingsbeleid op en voert dit alcoholmatigingsbeleid uit;
6. De gemeente treft beleidsmaatregelen met jongerenverenigingen en sportfaciliteiten om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden.
7. Bevorderen van preventiedeskundigheid van de eerstelijnsinstellingen ten aanzien van (vroeg) signalering van problematische alcoholgebruikers.

6.3 Voldoende Bewegen

6.3.1 Probleemomschrijving

We bewegen te weinig in Nederland. Door voortgaande veranderingen in het arbeidsproces is bewegen minder noodzakelijk en ook in de vrije tijd bewegen we minder door auto, televisie en computers. Matig intensieve activiteit heeft een gunstig effect op de gezondheid, mits deze regelmatig wordt verricht. Voorbeelden van matig intensieve activiteiten zijn sport, fietsen van en naar het werk of school, stevig wandelen, tuinieren en huishoudelijke werkzaamheden. Onvoldoende lichamelijke activiteit verhoogt de kans op vroegtijdig overlijden en kan het risico op het ontstaan van ziekten verhogen zoals coronaire hartziekten, diabetes mellitus, beroerte, botontkalking, dikke darmkanker en borstkanker. Ook zijn er steeds meer aanwijzingen voor een risicoverhogend effect van onvoldoende bewegen op dementie en depressie. Intensieve activiteit, zoals hardlopen of voetballen, verbetert bovendien de conditie van hart en longen. Voldoende bewegen kan het beloop van ziekte gunstig beïnvloeden.

Overgewicht

Samen met ongezonde voedingsgewoonten is te weinig bewegen de belangrijkste oorzaak voor overgewicht. Mensen met overgewicht of ernstig overgewicht hebben een verhoogd risico op het krijgen van chronische aandoeningen als hart- en vaatziekten, diabetes mellitus type 2, kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat of ademhalingsorganen. Daarnaast hangt overgewicht samen met lichamelijke beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven. Bij vrouwen met ernstig overgewicht komen ook menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor.

Overgewicht is in de Westerse wereld een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat te zwaar is snel. 40% van de volwassenen heeft overgewicht en 10% is obees (ernstig overgewicht). Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. De jaarlijkse directe kosten (kosten van de gezondheidszorg) in Nederland van ernstig overgewicht worden geschat op 0.5 miljard euro, terwijl de indirecte kosten (ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten en maatschappelijke kosten) geschat worden op 2 miljard euro.

6.3.2 De lokale situatie

In het cluster met Lisse voldoet ruim een derde van de volwassenen van 19-64 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen⁷ en 6,6% van hen is inactief (minder dan één dag per week 30 minuten bewegen). Onder 65-plussers haalt 39% de norm niet en is 20% inactief. Voor jongeren is de

⁷ De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of klus-werk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

norm veel hoger dan voor volwassenen⁸; van de 12-17 jarigen in het cluster met Lisse haalt 82% de gestelde norm niet (dit is lager dan in Zuid-Holland Noord). Het percentage volwassenen dat weinig sport (minder dan 1x per week) is in vijf jaar tijd toegenomen van 43% naar 48% (nu gelijk aan Zuid-Holland Noord en landelijk).

6.3.3 Wat gebeurt er al?

In de periode 2003-2006 heeft de GGD in de regio al een meerjarenprogramma bewegingsstimulering uitgevoerd. De regionale focus lag voorheen vooral op bewegen maar is nu uitgebreid met voeding. Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. Daarnaast heeft de GGD ook de handreiking 'Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht' samengesteld. Hierin wordt uitgebreid beschreven welke instrumenten gemeenten op verschillende beleidsterreinen zouden kunnen inzetten.

Voorbeelden van campagnes waar lokaal activiteiten voor ontplooid kunnen worden zijn:

- de 'Wat Eet en Beweeg Ik bus', met uitleg over het evenwicht tussen gezond eten en voldoende bewegen;
- 'FLASH! Elke dag in actie in Zuid-Holland Noord';
- de '30 minuten bewegen' campagne, een campagne die bewegen en sporten voor verschillende doelgroepen stimuleert.

Door hun directe invloed op de fysieke omgeving ligt er voor de gemeente een kans in de bewegingsstimulering. De beleidsterreinen ruimtelijke ordening, verkeer en vervoer verdienen hier een aparte vermelding: juist door de omgeving zo in te richten dat mensen meer en makkelijker bewegen, wordt verondersteld dat de balans tussen energie-inname en energieverbruik eerder bereikt wordt. De handleiding 'Bewegingsbevorderende en veilige wijken' en het onlangs verschenen rapport 'Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging' van het RIVM en bieden de gemeente tal van aanbevelingen voor het gezond inrichten van wijken.

6.3.4 Wat willen we bereiken?

De gemeente wil dat er meer bewustwording ontstaat van het belang van bewegen en het probleem overgewicht. Meer volwassenen en kinderen moeten voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Deze norm is voor volwassenen: minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of kluswerk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

De norm voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

6.3.5 Op wie richten we ons?

De volgende doelgroepen krijgen de aandacht: basisonderwijs, voortgezet onderwijs, ouderen en chronisch zieken, mensen met een beperking, algemeen publiek, mensen met overgewicht en intermediaire doelgroepen.

Actiepunten Voldoende Bewegen:

1. De gemeente ondersteunt de huidige regionale activiteiten en initiatieven en genereert hiervoor lokale publiciteit;
2. De gemeente ontwikkelt een (jeugd) sportpas;
3. De gemeente brengt het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten onder de aandacht bij de verschillende doelgroepen;
4. De gemeente neemt samen met andere relevante partijen (scholen PO/VO, woonzorgcentra en de GGD) modules af uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM. In ieder geval sluit de gemeente lokaal aan bij de landelijke campagne '30 minuten bewegen'.
5. De gemeente adviseert bij huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken en/of gebouwen hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen.

⁸ De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

6.4 Gezonde Voeding

6.4.1 Probleemomschrijving

Veel mensen eten te veel en verkeerd. Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Gezond eten levert een belangrijke bijdrage aan een gezond leven. Het levert de voedingsstoffen die nodig zijn om het lichaam gezond te houden. Ongezond eten is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten. Het risico op hart- en vaatziekten neemt toe door een voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren. Anderzijds neemt het risico op hart- en vaatziekten af door het consumeren van veel vis, groenten en fruit. Behalve voor hart- en vaatziekten is ongezond eten ook een risicofactor voor diabetes type 2, kanker en osteoporose. Zo beschermt het eten van veel groenten en fruit tegen diverse vormen van kanker. Door de toename in het aanbod van voedsel met een betere vetsamenstelling zijn we 'gezondere vetten' gaan eten. Tegelijkertijd heeft het aanbod van gemaksvlees mogelijk gezorgd voor een daling in de groente- en fruitconsumptie, ondanks het bredere aanbod van groenten en fruit dat dankzij de globalisering van de markt nauwelijks meer afhankelijk is van de seizoenen.

Overgewicht

Ongezonde voedingsgewoonten zijn ook een belangrijke oorzaak van overgewicht. Er ontstaat een verstoring van de energiebalans: er wordt teveel gegeten en gedronken en te weinig bewogen. Dit is niet zozeer het gevolg van bewuste keuzes van mensen, het individuele gedrag wordt ook beïnvloed door het aanbod van de directe omgeving: er is veel aanbod van eten, het aantal verkooppunten is groot en er is veel reclame. Deskundigen in ons land verwachten dat de huidige trends in voedselaanbod en voedingsgewoonten zich de komende vijf tot tien jaar zullen voortzetten.

6.4.2 De lokale situatie

Van de 12-26 jarigen in het cluster met Lisse eet drie kwart niet dagelijks groente en fruit (door de week); het verschilt nauwelijks binnen de leeftijdsgroepen. Bijna één op de vijf jongeren eet door de week vrijwel nooit fruit. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 59% van de 50-64 jarigen. Het percentage ernstig overgewicht neemt toe van 1,0% van de 3-jarigen, tot 2,0% van de 13-14 jarigen, om uiteindelijk uit te komen bij 13% van de 50-64 jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in Zuid-Holland Noord vaker overgewicht dan jongens. Daarna komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.

6.4.3 Wat gebeurt er al?

De afgelopen vier jaar heeft de gemeente zich al ingezet om overgewicht van haar burgers te verminderen (zie hoofdstuk 4).

In de periode 2003-2006 heeft de GGD HM in de regio al een meerjarenprogramma bewegingsstimulering uitgevoerd. De regionale focus lag voorheen vooral op bewegen maar is nu uitgebreid met voeding. Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. Daarnaast heeft de GGD ook de handreiking 'Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht' samengesteld. Hierin wordt uitgebreid beschreven welke instrumenten gemeenten op verschillende beleidsterreinen zouden kunnen inzetten.

Voorbeelden van landelijke campagnes waar lokaal activiteiten voor ontplooid kunnen worden zijn:

- 'Nationaal Schoolontbijt' waarbij alle leerlingen een ontbijt op school krijgen;
- 'Balansdag op het werk', dit is een zeer effectief middel om op het werk aandacht te besteden aan een gezonde leefstijl. Het pakket is speciaal gemaakt om op het werk uit te voeren;
- 'Weet wat je Eet' campagne waarbij leerlingen zelfstandig hun eigen voedings- en beweeggewoonten kritisch beoordelen;
- 'Wat Eet en Beweeg Ik bus'. In deze bus wordt uitleg gegeven over het evenwicht tussen gezond eten en voldoende bewegen.

6.4.4 Wat willen we bereiken?

We willen dat er meer bewustwording ontstaat over het probleem overgewicht en het belang van gevarieerde en gezonde voeding. Meer gezinnen gaan regelmatig en gevarieerder eten. Het aantal kinderen dat elke schooldag ontbijt stijgt. Meer kinderen en volwassenen gaan voldoen aan de richtlijn twee ons groente, twee keer fruit op één dag.

We willen dat scholen in gemeente Lisse een gezond kantinebeleid hanteren.

De stijging van het aantal te zware mensen moet afnemen. Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen en het percentage volwassenen met overgewicht mag en kan niet meer toenemen.

Richtlijnen Goede en Gezonde voeding

- Zorg voor een gevarieerde voeding.
- Gebruik dagelijks 150-200 g groente en 200 g fruit.
- Gebruik een voeding met dagelijks 30-40 g vezel, met name afkomstig van groente, fruit en volkoren graanproducten.
- Gebruik per week twee porties vis (à 100-150 g), waarvan ten minste één portie vette vis.
- Beperk het gebruik van verzadigde vetzuren tot minder dan 10 energieprocent en van enkelvoudig trans-onverzadigde vetzuren tot minder dan 1 energieprocent.
- Beperk het gebruik van voedingsmiddelen en dranken met gemakkelijk vergistbare suikers en dranken met een hoog gehalte aan voedingszuren tot 7 eet/drinkmomenten per dag (inclusief hoofdmaaltijden).
- Beperk de inname van keukenzout tot maximaal 6 g per dag.
- Indien men alcoholische drank gebruikt, beperk dit dan tot twee standaardglazen (mannen) of één standaardglas (vrouwen) per dag.

Actiepunten Gezonde Voeding:

1. De gemeente ondersteunt de huidige regionale activiteiten en initiatieven en genereert hiervoor lokale publiciteit;
2. De gemeente neemt samen met andere relevante partijen (bijv. scholen PO/VO, woonzorgcentra en de GGD) modules af uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM;
3. In schooljaar 2009-2010 wordt er een project op scholen over gezonde voeding uitgevoerd waar ook ouders bij worden betrokken. Er wordt een groot evenement over gezonde voeding aan gekoppeld.
4. De gemeente vraagt de GGD advies over gezonde voeding in sportkantines en informeert sportverenigingen over mogelijkheden voor een gezonder aanbod in de kantines.

6.5 Depressie

6.5.1 Probleemomschrijving

Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, problemen met concentratie, piekeren over de dood en zelfdoding. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden; bij 14% van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar.

De mogelijke gevolgen van depressie zoals verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast zijn een groot probleem. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie is in 8% van de gevallen de veroorzaker van angststoornissen. Voor alcoholmisbruik is dit 27%. Omgekeerd: angststoornissen leiden in 66% van de gevallen tot een depressie en bij alcoholmisbruik leidt het tot bij 59% van de mensen tot een depressie.

6.5.2 De lokale situatie

Een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster met Lisse heeft een indicatie voor psychosociale problemen en 3,2% geeft aan depressief te zijn. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen heeft ruim één derde angst- of depressieve klachten. Bij 4,5% zijn de klachten zó ernstig dat ze een behandeling nodig hebben. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger (zie bijlage 2).

6.5.3 Wat gebeurt er al?

De gemeente voert welzijnsbeleid en stimuleert sociale participatie en draagt daarmee bij aan preventie van depressie. Voorbeelden zijn ondersteuning van vrijwilligers, het jeugdwerk, welzijnsactiviteiten voor ouderen, faciliterend beleid voor sport, etc. Ook de jeugdgezondheidszorg, opvoedingsondersteuning en het algemeen maatschappelijk werk dragen bij aan het welbevinden van burgers van Lisse. Daarnaast wordt uiteraard door de eerste en tweedelijns zorg in Lisse zorg verleend aan mensen met een depressie.

Op regionaal niveau hebben GGD HM en GGZ Leiden e.o. het initiatief genomen tot een tweejarig depressiepreventieproject in Leiden-Zuidwest. Zij worden daarbij ondersteund door het Trimbos-instituut, dat de Integrale Aanpak Depressiepreventie (IAD) heeft ontwikkeld.

6.5.4 Wat willen we bereiken?

In het algemeen moet gemeentelijk beleid bijdragen aan het voorkomen van depressie. Voor het gezondheidsbeleid is de uitdaging voor de komende jaren dat mensen met depressie eerder hulp zoeken en dus dat meer mensen met preventie worden bereikt.

6.5.5 Op wie richten we ons?

We richten ons op mensen met depressieve klachten die risico lopen op een echte depressieve stoornis. Ook op het gebied van depressie moeten preventie en zorg beter op elkaar aansluiten en daarom zijn instanties en organisaties (die hierin een rol spelen) belangrijke partijen om te benaderen.

Depressie is na de inspraakperiode toegevoegd als beleidsprioriteit. Hierna worden algemene actiepunten genoemd die later uitgewerkt worden.

Actiepunten Depressie:

1. De gemeente maakt gebruik van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie en ontwikkelt een uitvoeringsplan afgestemd op de eigen gemeente.
2. De gemeente zorgt voor meer bewustwording en signalering van depressie door in de lokale media aandacht te schenken aan depressie.
3. De toegang tot bestaand aanbod preventie moet verbeterd worden.
4. De gemeente legt in het uitvoeringsplan voor depressie een relatie tussen de beleidsprioriteiten bewegen en depressie.

6.6 Gezonde en Veilige Leefomgeving

6.6.1 Probleemomschrijving

De leefomgeving heeft invloed op de gezondheid, bijvoorbeeld door luchtverontreiniging, geluid of verkeersongevallen. Indirecte invloed is ook mogelijk. Denk aan stress door hinder (bijvoorbeeld stank), angst voor gezondheidsrisico's in de omgeving, gevoel van een verslechterde woonomgeving of sociale onveiligheid. Een gezonde leefomgeving voorkomt niet alleen gezondheidsproblemen, maar bevordert ook het welbevinden. Vooral bij mensen die in hoge mate afhankelijk zijn van de woonomgeving, zoals ouderen of zieken, kan het een positief effect hebben op de zelfredzaamheid van mensen. Een groot deel van het gezondheidsverlies en de gezondheidswinst in Nederland hangt samen met biologische determinanten en met leefstijl. De fysieke omgeving als factor voor gezondheid is weliswaar kleiner dan biologische determinanten, maar duidelijk aanwijsbaar. Enerzijds leiden bepaalde fysieke omstandigheden tot hinder, stress en depressie, ziekte en invaliditeit, en tot de dood. Anderzijds leiden bepaalde omstandigheden tot ontspanning, tevredenheid, herstel van ziekte, meer vitaliteit en vrijheid, en gezonder gedrag op andere terreinen.

Er zijn een aantal specifieke probleemgebieden of settings binnen een gezonde en veilige leefomgeving: gezondheid en ruimtelijke ordening, luchtkwaliteit, gezonde gebouwen, gezonde scholen en gezonde woningbouw. Om de bijdrage van milieubeleid aan de kwaliteit van de omgeving te versterken wil de Rijksoverheid de samenhang tussen gezondheid, milieu en ruimtelijk beleid vergroten. Er wordt met andere woorden gestreefd naar een breed perspectief ofwel naar integraal beleid. De projecten 'Mooi Nederland', 'Krachtige Steden' en 'Samen buurten, samen binden' van de rijksoverheid zijn hier onder andere op gericht.

6.6.2 De lokale situatie

De luchtkwaliteit in Nederland is weliswaar beter dan twintig jaar geleden, maar er zijn nog steeds te hoge concentraties in de buitenlucht. Fijn stof, stikstofdioxide en ozon (smog) kunnen bij een grote groep mensen leiden tot gezondheidsschade, variërend van verergerde luchtwegklachten en klachten m.b.t. hartvaatziekten tot vervroegde sterfte.

In Nederland zijn mensen gemiddeld 90% van de tijd binnen. De binnenlucht kan verontreinigd raken door vervuilde bronnen (mensen en dieren) en activiteiten (koken, douchen, gebruik schoonmaakmiddelen). Van het totale aantal meldingen, dat de GGD Hollands Midden in 2005 heeft gehad, had ongeveer 42% te maken met het binnenmilieu (o.a. vocht, schimmels, asbest).

Diverse onderzoeken hebben aangetoond dat de kwaliteit van het binnenmilieu op veel scholen te wensen overlaat. Het is vaak te warm of te koud en er wordt te weinig geventileerd. Vooral kinderen met astmatische aandoeningen (10 tot 15% van de Nederlandse kinderen) lopen hierdoor een risico op gezondheidsklachten. Daarnaast geldt voor alle kinderen dat zij last kunnen hebben van concentratieproblemen en verminderde leerprestaties door een slechte binnenlucht.

Er zijn van de gemeente Lisse alleen gegevens beschikbaar van de fysieke omgeving met betrekking tot lawaai- en stankoverlast. Ongeveer een derde van de volwassenen in het cluster met Lisse ervaart geluidsoverlast. Het percentage is lager dan vijf jaar daarvoor. Het percentage dat overlast ondervindt van vliegtuigen (21%) is hoger dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord en is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven, evenals het percentage volwassenen dat aangeeft geluidsoverlast te ondervinden van brommers. Geluidsoverlast van het overige verkeer, van kinderen, jongeren en burens is afgenomen. Stankoverlast wordt door 7,0% van de volwassenen gemeld, dit is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven.

6.6.3 Wat gebeurt er al?

Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM het meerjarenprogramma 'Gezond Bouwen 2007-2010' uit. De GGD heeft de afgelopen jaren op het terrein van Gezond Bouwen al diverse activiteiten ontwikkeld. Het meerjarenprogramma is ingedeeld naar thema's en sectoren. De activiteiten zijn toegespitst op met name woningbouw, de bouw van scholen en kinderdagverblijven en de bouw van huisvesting voor ouderen (verpleeghuizen, seniorenwoningen).

De GGD-richtlijn Gezondheidsaspecten van het Besluit Luchtkwaliteit geeft praktische, toepasbare informatie bij advisering over het onderwerp buitenlucht en gezondheid. Daarnaast is er de GGD richtlijn Gezonde Woningbouw. De gemeente Lisse heeft nog geen structurele afspraken gemaakt met de GGD HM over gezondheidsadvies bij nieuwbouwplannen.

De GGD HM heeft een speciaal programma 'Binnenmilieu en basisscholen 2007-2010' opgesteld. In het Bouwbesluit (2003) zijn richtlijnen opgenomen die de kwaliteit van het binnenmilieu kunnen bepalen. Zo zijn er richtlijnen met betrekking tot de concentraties van sommige verontreinigende stoffen of straling in een ruimte. Ook zijn er minimumeisen gesteld aan het verversen van de lucht in een woning (aan- en afvoercapaciteit van lucht). Daarnaast zijn er regels opgenomen over isolatie en de toepassing van schadelijke materialen.

De nieuwe Tabakswet (2004) levert ook een bijdrage aan een schoner binnenmilieu door rookverboden op de werkplek, in bioscopen, ziekenhuizen, en in de trein. De radonconcentratie in nieuwbouwwoningen is na 1970 aanzienlijk toegenomen. De overheid heeft daarom afspraken gemaakt met het bedrijfsleven om de concentratie radon in woningen niet verder te laten toenemen. In de Warenwet staat een aantal eisen waaraan (bouw-)materialen, stoffen en straling moeten voldoen om veilig te zijn. Zo is spaanplaat dat bij correct gebruik en onder normale omstandigheden geen risico voor de gezondheid vormt, voorzien van een keurmerk. Verder staan in de Warenwet voorschriften over hoe en wanneer asbest verwijderd moet worden (Asbestverwijderingsbesluit), wanneer er een sloopvergunning nodig is en wie dit mogen doen. Bovendien is er een besluit over asbesthoudende producten (Productenbesluit asbest).

6.6.4 Wat willen we bereiken?

Het binnenmilieuklimaat op scholen, peuterspeelzalen en woningen moet verbeteren.

Voor het binnen –en buitenmilieu wordt bij bouwplannen rekening gehouden met de mogelijke gezondheidseffecten op de gezondheid van de inwoners van Lisse. We willen dat er middels de bewegingsbevorderende inrichting van de woonomgeving meer mensen actief gaan bewegen en de omgeving aantrekkelijker maken door meer groene ruimtes te creëren.

6.6.5 Op wie richten we ons?

We richten ons op kinderen, ouders, leerkrachten en medewerkers van scholen en peuterspeelzalen.

Zij lopen, wanneer er sprake is van een slecht binnenmilieu, risico op astma, hoofdpijn, concentratieverlies en slechte leerprestaties. Daarnaast richten we ons voor het binnen –en buitenmilieu op de gemeentelijke afdelingen ruimtelijke ordening en wonen. Binnen -en buitenmilieu zijn immers componenten binnen nieuwbouw en bestaande bouw. Bij het inrichten van nieuwe en bestaande wijken wordt aandacht besteedt aan groen en bewegingsstimulering.

Actiepunten prioriteit Gezonde en Veilige Leefomgeving:

1. De gemeente besteedt aandacht aan het belang van ventileren en een goed binnenmilieu door lokale publiciteit.
2. De gemeente maakt gebruik van het programma “Binnenmilieu en basisscholen 2007-2010” van de GGD HM en betreft daarbij ook peuterspeelzalen.
3. De gemeente ondersteunt scholen bij het doorvoeren van structurele veranderingen die een positief effect hebben op de kwaliteit van het binnenmilieu.
4. De gemeente schaft klimaatmeters aan voor de basisscholen en peuterspeelzalen om het binnenmilieu te kunnen controleren.
5. De gemeente wint in een vroegtijdig stadium (initiatiefase) bij, zowel bouwplannen als bij opnieuw in te richten gebieden, advies in bij de GGD HM.

6.7 Automatische externe defibrillatoren

6.7.1 Probleemomschrijving

Elke week worden 300 Nederlanders buiten het ziekenhuis getroffen door een hartstilstand. Jong, oud, man, vrouw: iedereen kan getroffen worden door een hartstilstand. Op dit moment overleeft maar 5 tot 10 procent van de slachtoffers. Met een snelle en doeltreffende hulp van omstanders kan de overlevingskans echter aanzienlijk worden verhoogd.

6.7.2 De lokale situatie

Van de volwassenen tot 65 jaar in het cluster met Lisse heeft 1,2% ziekten aan de kransslagaders, beroerte of hartfalen (mannen 3 keer zo vaak als vrouwen), bij de zelfstandig wonende 65-plussers is dit 16%. Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Lisse als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 35% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten. Vergeleken met Nederland sterven in Lisse even veel personen aan deze ziekten. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat tussen 2005 en 2025 het aantal personen met een ziekte van de kransslagaders en een beroerte met ruim 40% zal stijgen, het aantal personen met hartfalen met bijna 50%.

6.7.3 Wat gebeurt er al?

In april 2007 is de Hartstichting gestart met de campagne ‘Een leven hoeft niet te stoppen bij een hartstilstand’. De komende jaren wordt de campagne onder andere via tv, radio, de krant en internet zichtbaar. De Hartstichting vindt dat iedereen op de hoogte moet zijn van het feit dat de eerste 6 minuten bij een hartstilstand cruciaal zijn én dat men weet wat er dan moet gebeuren: direct 112 bellen, onmiddellijk beginnen met reanimeren (hartmassage en mond-op-mondbeademing) en met een AED (Automatische Externe Defibrillator) het hart één of meerdere krachtige stroomstoten toedienen. Een AED is een compact en makkelijk te bedienen apparaat dat door middel van elektrische schokken het hartritme weer op gang kan helpen (defibrillatie). In Nederland komen steeds meer plekken waar alles zo is geregeld dat bij een hartstilstand alle elementen van de 6 minuten toegepast kunnen worden. Dit is een zogenaamde 6 Minuten Zone.

6.7.4 Wat willen we bereiken?

De oproep van de Hartstichting is heel Nederland in te richten met 6 minuten zone’s. Aan het plaatsen van AED’s kleven echter ook bezwaren. Een AED kan gebruikt worden door leken, maar een training is wel nodig. Ook herhalingscursussen zijn van belang. Daarnaast komt een hartstilstand zo weinig voor, in een gemiddelde bevolking ongeveer 1 keer per jaar op 1000 inwoners, dat plaatsing pas effectief is op plekken waar veel mensen samen komen. Tot slot moeten AED’s jaarlijks onderhouden worden.

We willen dat voor het einde van 2008 op een aantal cruciale plaatsen AED's geplaatst zijn. Dit zijn plaatsen waar per tijdseenheid veel mensen met een risico samenkomen of waar zij een aanzienlijke fysieke inspanning leveren. Bovendien moeten er op deze plaatsen getrainde leken aanwezig zijn. De gemeente zal AED's plaatsen in gemeentelijke accommodaties en accommodaties die gebruikt worden door gemeentelijk gesubsidieerde instellingen. Deze instellingen zullen wij verantwoordelijk stellen van het trainen van mensen om het apparaat te bedienen. De kosten van deze training komen voor rekening van de gemeente. Daarnaast stelt de gemeente een subsidieregeling in voor overige plekken waar veel mensen uit risicogroepen samenkomen.

6.7.5 Op wie richten we ons?

Door op verschillende plaatsen een AED's te installeren, kunnen mensen die een hartstilstand krijgen in publieke ruimtes of gemeentelijke accommodaties eerder geholpen worden. De gemeente zal AEDS financieren op plaatsen waar veel mensen samenkomen uit risicogroepen of waar mensen een fysieke inspanning leveren. Een overzicht van deze plaatsen is in bijlage 8 opgenomen. Daarnaast zal er een subsidieregeling komen, voor andere plaatsen waar veel mensen samenkomen uit risicogroepen. Gedacht wordt bijvoorbeeld aan het winkelcentrum.

Inmiddels is bekend dat de Raad van Hoofdcommissarissen heeft besloten met ingang van 2009 alle surveillancewagens van de politie uit te rusten met een AED. De gemeente zal daarom geen AED's financieren voor de politie.

Actiepunten prioriteit 'Automatische Externe Defibrillatoren'

1. De gemeente laat AED's plaatsen op locaties waar veel mensen samenkomen uit risicogroepen of waar mensen een fysieke inspanning leveren. De gemeente beperkt zich tot het plaatsen van AED's in gemeentelijke gebouwen dan wel in gebouwen gebruikt door gesubsidieerde instellingen.
2. De gemeente subsidieert eenmalig de aanschaf van AED's door andere organisaties wanneer deze geplaatst worden op andere locaties waar veel mensen uit risicogroepen samenkomen.

7 Uitvoering van de nota

7.1 Uitvoering

In deze nota is het lokaal gezondheidsbeleid voor de aankomende vier jaren in hoofdlijnen beschreven. Hiermee stelt de gemeenteraad de kaders voor het gezondheidsbeleid. Voor de uitvoering van de nota zullen per beleidsprioriteit meer gedetailleerde plannen worden opgesteld. In deze plannen zullen de uitgewerkte activiteiten, de doelgroepen, externe en interne betrokken partijen en het budget te staan. Deze plannen zullen worden voorgelegd aan het college.

7.2 Communicatie

Goede communicatie is een randvoorwaarde voor het welslagen van de uitvoering van deze nota. We onderscheiden in dat verband de communicatie naar:

1. Burgers van Lisse;
2. Instellingen en organisaties die samen met de gemeente het gezondheidsbeleid kunnen uitvoeren;
3. Interne afdelingen binnen de gemeente.

Eigenlijk moet iedereen die een beslissing neemt de gevolgen voor de gezondheidsaspecten mee laten wegen. Ook de burger kan kiezen voor meer en minder gezond gedrag. Gezondheidsvoorlichting, dus communicatie, kan de burger helpen een gezonde keuze te maken. Daarnaast zal de gemeente actief bekendheid geven aan het gezondheidsbeleid van de gemeente via de web-site en persberichten.

Communicatie naar maatschappelijk betrokken organisaties is belangrijk. Zij fungeren als klankbordgroep én zijn partners in het uitvoeren van het gezondheidsbeleid. De gemeente zal daarom de jaarlijkse bijeenkomsten met aanbieders van eerstelijnszorg blijven voortzetten. Daarnaast zal de gemeente afhankelijk van het onderwerp gericht instellingen betrekken bij de uitvoering van deze nota. Dit zullen we doen door deze organisaties uit te nodigen voor overleg en samenwerking. Daarnaast zullen wij hen informeren over de activiteiten die ontwikkeld worden. Zonder compleet te willen zijn noemen we hier de scholen, het jongerenwerk, de sportverenigingen en de aanbieders van alcohol en de aanbieders van zorg en welzijn in de gemeente.

Tot slot is ook interne communicatie belangrijk. Gezondheid bestrijkt meerdere beleidsterreinen en gezondheid zou ook een rol moeten spelen bij beslissingen. Voor zover relevant zullen diverse afdelingen betrokken worden bij de uitvoering van deze nota. Naast het gezondheidsbeleid wordt vooralsnog wordt gedacht aan de beleidsterreinen ruimtelijke ordening, jeugdbeleid, ouderenbeleid, sport, horeca en vergunningverlening.

7.3 Evaluatie

Het effect of resultaat van lokaal gezondheidsbeleid is vaak niet meteen zichtbaar. Gezondheidsbeleid vergt een lange adem: op den duur heeft gezondheidsbeleid absoluut zin. Gezien het feit dat sommige effecten moeilijk aan te tonen zijn en we het daarbij soms over tientallen jaren hebben voordat er resultaat verwacht mag worden, is het ook lastig om gezondheidsbeleid te evalueren. De gemeente moet daarom realistische doelen stellen bij de verschillende activiteiten.

Er bestaan drie soorten doelen:

1. Doelen die zich niet lenen tot meten/evalueren. Bij deze doelen kan er alleen informatie worden verstrekt over de voortgang van de activiteiten. Wanneer de activiteiten zijn uitgevoerd kan worden aangenomen dat deze hebben bijgedragen aan het resultaat.
2. Doelen die zodanig SMART⁹ te formuleren zijn dat vooraf duidelijk is, wanneer het doel bereikt is. Vaak betekent dit wel dat, voordat de interventie wordt ingezet, er een nulmeting moeten worden uitgevoerd.
3. Doelen die zich lenen voor een inhoudelijke evaluatie. Hiertoe dient een apart onderzoeksvoorstel te worden uitgewerkt. Een dergelijk onderzoek heeft een meerjarig karakter en vereist een goed meetsysteem.

Voor de gemeente is het belangrijk om te weten of de activiteiten zijn uitgevoerd zoals voorgenomen. Daarnaast kunnen SMART-geformuleerde doelen gemonitord worden. Verder voert de GGD HM in opdracht van de gemeente onderzoek uit naar de gezondheidssituatie van haar inwoners. Met behulp van deze gegevens kan bijvoorbeeld de huidige stand van zaken of over een bepaalde periode een trend weergegeven worden.

Om over vier jaar, aan het einde van de looptijd van deze nota, een evaluatie te kunnen uitvoeren over het gevoerde beleid is het zaak dat wordt bijgehouden hoe de uitvoering is gegaan. Per beleidsprioriteit en activiteit kan er vervolgens lering uit worden getrokken en kunnen succesfactoren in een volgend programma worden meegenomen. In bijlage 7 is een activiteitenplan opgenomen waarin de verwachte prestatie-indicatoren voor 2012 geformuleerd zijn.

7.4 Financiën

De gemeenteraad heeft in de begroting 2008 in de meerjarenraming voor de komende vier jaar € 35.000 per jaar beschikbaar gesteld voor de uitvoering van deze nota. Na vaststelling van deze nota zullen per beleidsprioriteit voorstellen gemaakt worden voor de uitvoering en worden voorgelegd aan het college.

⁹ SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

8 Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen die lokaal en/of in de regio beschikbaar zijn voor de inwoners van Lisse¹⁰

| Nuldelijnsgezondheidszorg | Verzorgingsgebied | Aanvullende informatie |
|--|--------------------------|--|
| GGD Hollands Midden | Regionaal | Zie overzicht van taken in de bijlage. |
| Thuiszorg Valent Regio Duin- en Bollenstreek | Regionaal | Jeugdgezondheidszorg 0 – 4 jaar, waaronder het Consultatiebureau. |
| Geneeskundige Hulpdienst bij ongevallen en rampen (GHOR) | Regionaal | Taken op het gebied van ongevallen- en rampenbestrijding. |
| Ambulancevervoer (RAD) | Regionaal | |
| Eerstelijnsgezondheidszorg | Verzorgingsgebied | Aanvullende informatie |
| Huisarts | Lokaal | |
| Tandarts | Lokaal | |
| Fysiotherapeut | Lokaal | |
| Apotheker | Lokaal | |
| Logopedist | Lokaal | |
| Verloskundige | Lokaal | |
| Thuiszorg Groot Rijnland | Regionaal | Huishoudelijke verzorging, verpleging, dieetadvies, alphahulpverlening en advisering//voorlichting. |
| Thuiszorg Valent Regio Duin- en Bollenstreek | Regionaal | Persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, 24-uurszorg, achterwacht en alarmering, palliatieve terminale thuiszorg, specialistische thuiszorg voor patiënten met een chronische ziekte. |
| Take Good Care | Regionaal | Dienstverlening op het gebied van huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging en kraamzorg. |
| Alle@zorg | Regionaal | Persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, 24-uurs zorg, palliatieve terminale thuiszorg, specialistische kinderverpleegkunde, specialistische thuiszorg voor patiënten met een chronische ziekte of aandoening, extra diensten zoals; oppas, butlers, kapper aan huis. |
| Algemeen Maatschappelijk Werk | Lokaal | Hulp bieden, informatie geven, advisering en psychosociale begeleiding. |
| Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) | Regionaal | Geeft indicaties af voor alle vormen van AWBZ gefinancierde zorg. |
| Lokaal Loket Lisse | Lokaal | Inwoners kunnen hier terecht met al hun vragen op het gebied van wonen, zorg, welzijn en inkomen. |
| Stichting Hulpverlening Anticonceptie en Seksualiteit | Regionaal | Laagdrempelige hulpverlening op het totale gebied van seks, seksualiteit en geslachtsorganen. |
| Oefentherapie Cesar | Lokaal | |
| Vrijgevestigde psychologen/psychiaters | Lokaal | |
| Homeopathische huisarts | Lokaal | |
| Acupuncturist | Lokaal | |
| Osteopaat | Lokaal | |
| Gezondheidscentrum | Lokaal | |
| Regionale dokterdienst Duin- en Bollenstreek | Regionaal | Patiënten van huisartsen uit de regio kunnen voor spoedeisende huisartsenhulp en spoedrecepten 's buiten openingstijden eigen huisarts in Voorhout terecht. |

¹⁰ Dit overzicht poogt volledig te zijn maar is wellicht incompleet.

| Tweedelijnsgezondheidszorg | Verzorgingsgebied | Aanvullende informatie |
|---|--------------------------|---|
| Geestelijke gezondheidszorg Duin- en Bollenstreek | Lokaal/regionaal | Een breed pakket van behandelmogelijkheden, verzorging en begeleiding op GGZ-terrein. |
| Geestelijke gezondheidszorg Kinderen en Jeugd Rivierduinen | Regionaal | Biedt deskundige, ambulante hulp aan kinderen van 0-18 jaar met psychiatrische problemen. |
| Ziekenhuizen | Regionaal | Inwoners gaan naar de ziekenhuizen in Hoofddorp, Haarlem, Leiderdorp en Leiden. Verder zijn er lokale poliklinieken. |
| Algemene psychiatrische ziekenhuizen | Regionaal | De Geestgronden (Bennebroek) |
| Verzorgings- en verpleeghuizen | Lokaal/regionaal | <ul style="list-style-type: none"> - Berkhout (Lisse) - Rustoord (Lisse) - Bloemswaard (Hillegom) - Parkwijk (Hillegom) - Den Weeligenberg (Hillegom) - Bernardus (sassenheim) - St. Jeroen (Noordwijk) - De Wilbert (Katwijk) - Overduin(Katwijk) - Gerto (Voorhout) |
| Zorg voor verstandelijk gehandicapten | Lokaal/regionaal | <ul style="list-style-type: none"> - Thomashuis (Lisse) - Willem van de Bergh (Noordwijk) - Het Raamwerk (Noordwijkerhout) * 's Heerenloo * Hartenkampgroep |
| Rijnlands Voorzieningscentrum | Regionaal | Woonvorm voor ernstig lichamelijk gehandicapte jongeren en volwassenen (Leiden). |
| Herstelhotel 'De Kim' | Regionaal | Een herstellingsoord voor patiënten met somatische aandoeningen (Noordwijk). |
| Verslavingszorg de Brijderstichting (Parnassia) | Regionaal | Het aanbod bestaat uit ambulante, poliklinische en klinische zorg, deeltijdbehandeling, preventieactiviteiten en justitiële verslavingszorg. De zorg bestaat uit individuele begeleiding of behandeling, maatschappelijke begeleiding en methadonverstrekking. |
| Maatschappelijke organisaties | Verzorgingsgebied | Aanvullende informatie |
| Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland Crisisdienst Leiden | Regionaal | Psychosociale hulpverlening in crisissituaties evenals slachtofferhulp in alle gevallen, behalve bij misdrijven en ernstige verkeersongevallen. |
| Jeugdopbouwwerk Lisse | Lokaal | Richt zich op het samenleven in de buurt van individuen en groepen, met het accent op jeugd en jongeren. |
| De Vriendendienst Duin- en Bollenstreek | Lokaal | Een organisatie die vrijwilligers inzet bij mensen met een psychiatrische achtergrond die eenzaam zijn. Het doel is het doorbreken van isolement en het ondernemen van allerlei activiteiten samen. |
| Maaltijdaanbieders waaronder de Stichting Welzijn Ouderen Lisse | Lokaal | Wanneer mensen door omstandigheden tijdelijk of langdurig niet meer in staat zijn om te koken, kunnen maaltijden aan huis worden bezorgd. |
| Stichting MEE Zuid- Holland Noord (ook deelnemer in lokaal loket) | Regionaal / lokaal | Zij biedt informatie, advies en ondersteuning aan alle mensen met een beperking. |
| Philidelphia support | Lokaal | Belangenbehartiging van verstandelijk gehandicapten en hun familie en vrienden. |
| Stichting Philidelphia Zorg (Alphen a/d Rijn) | Landelijk | Landelijke netwerkorganisatie voor mensen die zorg en/of ondersteuning nodig hebben, ongeacht oorzaak, beperking of leeftijd, zodat zij zo zelfstandig mogelijk vorm en invulling kunnen geven aan hun leven. |
| Stichting platform gehandicaptenbeleid Lisse | Lokaal | Levert een bijdrage aan de totstandkoming en de instandhouding van een samenhangend en voldoende ontwikkeld aanbod van activiteiten en voorzieningen op het terrein van lichamelijke -zintuiglijke - en orgaangehandicapten, en al hetgeen hiertoe bevorderlijk kan zijn. |
| Stichting Welzijn Ouderen Lisse | Lokaal | Het bevorderen van een gezamenlijk en samenhangend welzijnsbeleid voor ouderen. Diensten: informatie, advies, voorlichting, ouderenadviseur, persoonsalarmering, vervoersdienst |

| | | |
|---|--------------------------|--|
| | | voor ouderen (belbus), activiteiten (dagbesteding), 'Meer Bewegen voor Ouderen', signalerend huisbezoek, ontmoetingsactiviteiten, etc. |
| Maatschappelijke organisaties | Verzorgingsgebied | Aanvullende informatie |
| Ouderenbond ANBO, KBO en PCOB | Landelijk/Lokaal | - biedt welzijnactiviteiten aan zoals contactmiddagen, uitgaansdagen en feestelijke bijeenkomsten; - behartigt de belangen van ouderen. |
| Steunpunt Mantelzorg Duin- en Bollenstreek | Regionaal | Mantelzorgers kunnen een scala van taken op zich nemen, zoals huishoudelijk werk, ziekenverzorging, administratie en gezelschap bieden. Soms lukt dat niet vanzelf en dreigt overbelasting. Mantelzorgers kunnen ondersteuning krijgen bij hun taak. |
| Servicepunt vrijwilligers Lisse | Lokaal | Ondersteuning, begeleiding, training, informatie, cursussen, reproductie, belangenbehartiging aan vrijwilligers van Lisse. |
| Steunpunt vrijwillige hulp Duin-en Bollenstreek | Regionaal | Bemiddeling van vrijwilligers naar organisaties die met vrijwilligers werken. |
| Intergemeentelijke Sociale Dienst Bollenstreek | Lokaal/Regionaal | Het uitvoeren van de sociale diensttaak voor de deelnemende gemeenten, onder andere Wet werk en bijstand, individuele voorzieningen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet inburgering. |
| Nederlandse Rode Kruis | Lokaal/ Landelijk | Hulp aan mensen in nood, ouderen, mensen met een chronische ziekte of handicap. |
| Nationale vereniging De Zonnebloem | Lokaal/ Landelijk | Hulp van vrijwilligers aan langdurig zieken, lichamelijk gehandicapten en hulpbehoevende ouderen. |
| Stichting Vrouwenopvang Rosa Manus | Regionaal | Opvang en begeleiding voor vrouwen met of zonder kinderen, die geestelijk, lichamelijk of seksueel worden mishandeld of daarmee worden bedreigd. |
| Palliatieve Terminale Thuiszorg (VPTZ) | Regionaal | Vrijwilligers bieden ondersteuning aan mensen van wie het levenseinde nabij is en die thuis in de eigen omgeving willen sterven. |
| Hospice Duin- en Bollenstreek te Sassenheim | Regionaal | Palliatieve zorg voor mensen in hun laatste levensfase. |
| De Binnenvest te Leiden | Regionaal | Hulpverlening aan dak- en thuislozenzorg, verslaafdenzorg. Beschikt over een slaaphuis waarin daklozen de nacht kunnen doorbrengen, een sociaal pension en een dienstencentrum. Tevens crisisopvang en begeleidwonen-projecten. |

Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de inwoners van Lisse

Inleiding

Dat preventie van ziekten door voeding en leefstijl werkt, blijkt uit een overzichtsartikel van Walter Willet van Harvard uit 2002: 'Met een mediterrane voeding, een goed gewicht, niet roken en wel bewegen kun je de volgende percentages verminderen: tachtig procent van de ziekten van de kransslagaders, negentig procent van diabetes, zeventig procent van de dikkedarmkankers en ook zeventig procent van de beroertes'. Deze cijfers geven de energie om door te gaan met preventie.

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving van de huidige (gezondheids)situatie van de bevolking in Lisse. Het geeft weer in welke mate ziekten en risicofactoren aanwezig zijn in de gemeente. Er wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van gemeentelijke cijfers. Als deze niet aanwezig zijn worden gegevens van een aantal gemeenten samengenomen (cluster van de gemeenten Hillegom, Lisse, Noordwijkerhout en Teylingen) of worden regionale en landelijke cijfers gebruikt¹¹. Een aantal ziekten worden nader belicht. De keuze is gemaakt op grond van landelijke informatie wat de meest voorkomende ernstige ziekten of aandoeningen zijn, waar mensen relatief jong aan sterven of welke ziekten erg ingrijpend zijn. Ook is van belang of de ziekte beïnvloedbaar is door gemeentelijk beleid. Het Ministerie van VWS heeft in 2006 vijf speerpunten voor beleid aangewezen: diabetes, depressie, overgewicht, roken en risicovol alcoholgebruik. Deze komen in dit hoofdstuk aan bod. Daarnaast worden de volgende ziekten of aandoeningen nader bekeken: hart- en vaatziekten, kanker, ernstige luchtwegaandoeningen, overige psychische stoornissen en beperkingen. Vervolgens worden nog enkele andere risicofactoren die deze ziekten beïnvloeden behandeld. Waar mogelijk wordt vergeleken met de regio Zuid-Holland Noord en Nederland en wordt de regionale en landelijke trend over de afgelopen periode en de toekomst besproken. Tot slot wordt aandacht besteed aan het zorggebruik.

Algehele gezondheid

Er zijn verschillende maten om naar gezondheid en ziekte te kijken. Het aantal nieuwe gevallen van een ziekte in een bepaalde tijdseenheid (dit heet de incidentie) kan heel hoog zijn maar het aantal personen dat op een bepaald moment aan die ziekte lijdt (de prevalentie) laag (verkoudheid is vaak snel weer over zodat de incidentie hoog is, maar de prevalentie laag). Andere maten zijn de mate waarin een ziekte de kwaliteit van leven beperkt en de sterfte.

Diverse ziekten en aandoeningen lieten tussen 1993 en 2003 grote veranderingen in het vóórkomen zien. Ook het sterftepatroon veranderde. Een overzicht van de grootste landelijke veranderingen in ziekte en sterfte in deze periode is te vinden in de tabel.

Levensverwachting

De levensverwachting in Zuid-Holland Noord is hoger dan in Nederland als geheel. Mannen hebben een levensverwachting van 76 jaar (ruim een half jaar hoger dan landelijk). Voor vrouwen is de levensverwachting 81 jaar (bijna een half jaar hoger dan landelijk). De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is in Zuid-Holland Noord zelfs nog gunstiger dan in Nederland: gemiddeld 64 jaar

Rangordening op basis van grootste veranderingen in de periode 1993-2003 (Nederland)

| | Incidentie | Prevalentie | Sterfte |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------|
| sterkste stijgers | longkanker (v) | astma | dementie |
| | borstkanker (v) | diabetes | longkanker (v) |
| | huidkanker | depressie | COPD (v) |
| | darmkanker | angststoornissen | slok darmkanker |
| | diabetes | beroerte | accidentele val |
| sterkste dalers | longkanker (m) | COPD | ziekte kransslagaders |
| | griep | zweren maag en 12-vingerige darm | longkanker (m) |
| | privé - ongevallen | slechthorendheid | beroerte |
| | maagkanker | hartfalen (v) | hartfalen |
| | sportblessures | ziekte van Parkinson | COPD (m) |

m = mannen, v = vrouwen

bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

¹¹ De informatie komt uit verschillende bronnen. Er is onder andere gebruik gemaakt van de gezondheidspeilingen van de GGD (jongeren 1998 en 2003, volwassenen 2000 en 2005 en ouderen 2005) en de websites van het CBS en het RIVM. De regionale cijfers zijn via de website 'Gezondheidsatlas Hollands Midden' van de GGD beschikbaar zijn.

versus 61 jaar in Nederland. Deze leeftijd is voor vrouwen en mannen gelijk. De verwachting is dat de levensverwachting tot 2050 voor mannen met drie jaar toeneemt, voor vrouwen met anderhalf jaar.

Sterfte

Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen Lisse en Nederland, dan blijkt dat de totale sterfte voor mannen gelijk is aan de sterfte in Nederland. Voor vrouwen is de totale sterfte lager dan gemiddeld in Nederland. De sterfte in Zuid-Holland Noord als geheel is lager dan gemiddeld in Nederland.

Ervaren gezondheid

Van de volwassenen tot 65 jaar beoordeelt 90% zijn/haar eigen gezondheid positief en 70% van de ouderen vanaf 65 jaar in het cluster met Lisse. Van de jongeren is dit 93%. Deze percentages liggen boven de landelijke percentages (80% voor volwassenen, 67% voor ouderen en 92% van de jongeren). De eigen gezondheid wordt vaker als matig of slecht ervaren door lageropgeleiden, uitkeringsgerechtigden en alleenstaanden.

Chronische ziekten en aandoeningen- top 5 per leeftijdsgroep (ZUID-HOLLAND NOORD)

| Ziekte/aandoening | % |
|---|------|
| Jongeren 18-26 jaar | |
| problemen aan nek/schouder/heup/arm/been | 23% |
| eczeem en andere huidproblemen | 20% |
| allergie | 19% |
| ernstige hoofdpijn, migraine | 11% |
| astma | 6,1% |
| Volwassenen 19-64 jaar | |
| migraine | 11% |
| hoge bloeddruk | 10% |
| ernstige of hardnekkige aandoening rug (+ hernia) | 8,6% |
| gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) | 7,7% |
| andere ernstige aandoening van nek/schouder | 7,0% |
| Zelfstandig wonende ouderen 65-94 jaar | |
| gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) | 40% |
| hoge bloeddruk | 34% |
| ernstige of hardnekkige aandoening rug (+ hernia) | 14% |
| andere ernstige aandoening van nek of schouder | 13% |
| diabetes | 12% |

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD, 2005

Chronische ziekten- en aandoeningen

Chronische aandoeningen en ziekten komen in Lisse voor bij 47% van de volwassenen van 19-64 jaar en bij 83% van de zelfstandig wonende 65-94 jarigen. Bij jongeren is de vraag naar ziekten en aandoeningen anders gesteld, waardoor er geen vergelijkbaar percentage te geven is. In de tabel hiernaast staan de meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen in Zuid-Holland Noord voor de betreffende leeftijdsgroepen.

Specifieke ziekten en aandoeningen

Bij de bespreking van de geselecteerde ziekten en aandoeningen wordt eerst het vóórkomen besproken (zowel de prevalentie van de ziekte als het aandeel aan de sterfte). Daarna komen de risicofactoren per ziekte aan bod en zal zowel de trend tot nu toe als de toekomstige trend worden besproken. Veelal zal bij de bespreking van de trend gebruik worden gemaakt van landelijke cijfers. De verwachting is dat deze trend ook voor Lisse geldt.

| gebied | leeftijd | hart- en vaatziekten |
|--------------------|----------|----------------------|
| cluster | 19-64 | 1,2% |
| | 65+ | 16% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 19-64 | 1,4% |
| | 65+ | 16% |

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD, 2005

Hart- en vaatziekten

Binnen hart- en vaatziekten worden de volgende belangrijke groepen onderscheiden: ziekten aan de kransslagaders, beroerte en hartfalen. Sterfte aan beroerte en hartfalen treedt vooral op bij personen boven de 75 jaar, ziekten aan de kransslagaders treft ook veel 65-75 jarigen.

Vóórkomen

Van de volwassenen tot 65 jaar in het cluster met Lisse heeft 1,2% ziekten aan de kransslagaders, beroerte of hartfalen (mannen 3x zo vaak als vrouwen), bij de zelfstandig wonende 65-plussers is dit 16%.

Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Lisse als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 35% het gevolg van sterfte aan hart- en

vaatziekten. Vergeleken met Nederland sterven in Lisse even veel personen aan deze ziekten. In Zuid-Holland Noord als geheel sterven echter relatief minder personen aan hart- en vaatziekten. Vrouwen sterven ongeveer even vaak aan hart- en vaatziekten als mannen, maar de soort ziekte verschilt per geslacht. Mannen sterven vaker aan ziekten aan de kransslagaders dan vrouwen. Dit komt doordat de risicofactoren voor deze ziekten vaker bij mannen voorkomen. Daarentegen is bij vrouwen de sterfte aan een beroerte hoger. Een verklaring hiervoor is dat een beroerte vaak pas op hoge leeftijd optreedt en dat er meer vrouwen hoogbejaard zijn dan mannen.

Risicofactoren

Er is een groot aantal risicofactoren voor het ontstaan van ziekten aan de kransslagaders: hoge inname van verzadigd vet, roken, hoge bloeddruk, overgewicht, lichamelijke inactiviteit, verhoogd cholesterolgehalte en diabetes. Een deel ervan vergroot ook de kans op een beroerte (roken, hoge bloeddruk en glucose-intolerantie). Risicofactoren voor hartfalen zijn ziekten aan de kransslagaders, hoge bloeddruk, diabetes en overgewicht.

Trend

De sterfte aan een acuut hartinfarct is landelijk in de periode 1980-2004 met twee derde gedaald. De sterfte aan de overige ziekten van de kransslagaders is vanaf 1996 ook sterk gedaald, met een derde. De daling in de sterfte aan ziekten van de kransslagaders in de jaren negentig is niet gecompenseerd door een toename van de sterfte aan overige hartaandoeningen, zoals hartfalen, deze zijn sinds 1991 ongeveer gelijk gebleven. De sterfte aan een beroerte is in de periode 1979-2002 eveneens met ongeveer een derde gedaald.

Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat tussen 2005 en 2025 het aantal personen met een ziekte van de kransslagaders en een beroerte met ruim 40% zal stijgen, het aantal personen met hartfalen met bijna 50%. Daarnaast is de trend afhankelijk van de ontwikkelingen in risicofactoren, zoals hoge bloeddruk, roken, overgewicht en verhoogd cholesterol. Ook de ontwikkelingen in andere ziekten (diabetes, COPD en ziekte van de kransslagaders (voor hartfalen)) hebben invloed. Wat het netto-effect van trends in risicofactoren en behandeling zal zijn op het aantal nieuwe patiënten, is niet aan te geven.

Kanker

Kanker is een verzamelnaam voor meer dan veertig verschillende vormen van kanker. Het is na hart- en vaatziekten zowel landelijk als regionaal en in de gemeente de belangrijkste doodsoorzaak.

| gebied | leeftijd | kanker |
|--------------------|----------|--------|
| cluster | 19-64 | 2,2% |
| | 65+ | 7,5% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 19-64 | 1,4% |
| | 65+ | 8,1% |

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD, 2005

Vóórkomen

In 2005 had 2,2% van de volwassen bevolking van het cluster met Lisse een vorm van kanker en 7,5% van de ouderen.

In Lisse wordt 31% van de sterfte veroorzaakt door kanker, dit is een even groot deel van de sterfte vergeleken met landelijk. De meest voorkomende soorten kanker in Zuid-Holland Noord zijn longkanker, borstkanker en dikkedarmkanker. Bij mannen is longkanker verreweg de meest gediagnosticeerde kankersoort (10% van alle doodsoorzaken), gevolgd door prostaatkanker (4%). Bij vrouwen met kanker gaat het vaak om borstkanker (6%) en longkanker (3%). Bij overlijden op jongere leeftijd (tussen 20 en 65 jaar) is kanker de belangrijkste doodsoorzaak: de helft van de vrouwen die in deze leeftijdsgroep overlijden, sterft aan kanker (17% aan borstkanker). Bij mannen sterft een derde aan kanker in deze leeftijdsgroep.

Risicofactoren

Elke vorm van kanker kent een eigen patroon van risicofactoren. Er is nog veel onzekerheid over de invloed van deze factoren op het ontstaan van de ziekte. Roken vormt hierop een uitzondering: bij acht van de negen personen met longkanker is de ziekte toe te schrijven aan roken. Bij andere kankersoorten is vaak een minder sterk verband gevonden met leefstijl, omgevingsfactoren of erfelijke factoren.

Trend

Als rekening wordt gehouden met de omvang en leeftijdsamenstelling van de Nederlandse bevolking, dan blijkt al jarenlang sprake te zijn van een dalende kans om door kanker te overlijden. Bij mannen is deze daling, die medio jaren tachtig inzette, sterker geweest dan bij vrouwen. Het percentage van de bevolking dat aan hart- en vaatziekten sterft daalt echter sterker dan het percentage dat aan kanker sterft, zodat kanker over enkele jaren hart- en vaatziekten van de eerste plaats zal verdringen.

Na jaren van stagnatie is de sterfte door borstkanker sinds medio jaren negentig duidelijk afgenomen. Deze afname is mogelijk veroorzaakt door bredere screening en verbeterde therapie. Als de huidige trends doorzetten, zal het jaarlijks aantal sterfgevallen door borstkanker al over twee jaar kleiner zijn dan het aantal sterfgevallen onder vrouwen door longkanker. De kans om te overlijden door maagkanker is, van alle belangrijke vormen van kanker, het sterkst gedaald. Deze daling is een voortzetting van een langdurige trend, die rond de jaren dertig van de vorige eeuw inzette.

Astma en COPD

COPD (chronic obstructive pulmonary disease) is een verzamelnaam voor chronische bronchitis en emfyseem. Emfyseem gaat gepaard met het verlies van longweefsel en komt vooral voor bij ouderen. Astma ontstaat vaak al op jonge leeftijd.

Vóórkomen

Van de jongeren van 12-17 jaar heeft 6,7% in het cluster met Lisse astma, van de volwassenen heeft 4,8% astma of COPD en van de 65-plussers 12% (man en vrouw gelijk).

In Zuid-Holland Noord zijn minder personen die chronische luchtwegaandoeningen hebben vergeleken met Nederland. Luchtwegaandoeningen komen meer voor onder lageropgeleiden en niet-westerse allochtonen.

Vier procent van de personen die overlijden in de gemeente, sterft aan astma of COPD. Voor vrouwen ligt dit percentage lager dan de gemiddelde sterfte in Nederland. Mannen sterven landelijk twee keer zo vaak aan deze ziekten als vrouwen.

| gebied | leeftijd | astma/COPD |
|--------------------|----------|------------|
| cluster | 12-17 | 6,7% |
| | 19-64 | 4,8% |
| | 65+ | 12% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 12-17 | 6,3% |
| | 19-64 | 7,0% |
| | 65+ | 10% |

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD, 2005

Risicofactoren

Erfelijke eigenschappen, allergische en niet-allergische prikkels zijn belangrijke risicofactoren voor het ontwikkelen van astma. Deze prikkels zijn bijvoorbeeld stuifmeel, huisstofmijt, schimmelsporen, tabaksrook, chloordamp en luchtverontreiniging in binnen- en buitenmilieu. Borstvoeding heeft waarschijnlijk een beschermend effect.

COPD ontstaat in de meeste gevallen na jarenlang roken. Hoe meer en hoe langer iemand heeft gerookt, des te groter de kans dat hij of zij COPD krijgt. Onderzoek laat zien dat vrouwen gevoeliger zijn voor de nadelige effecten van roken dan mannen. Verder speelt luchtverontreiniging in het buitenmilieu, in woningen (met name passief roken) en op de werkplek door veelvuldige blootstelling aan kleine stofdeeltjes, chloor, astbest of ammoniak mogelijk een rol bij het ontstaan van COPD.

Trend

Uitgaande van alleen demografische ontwikkelingen zal het aantal personen met astma tussen 2005 en 2025 met 2% stijgen. Bij COPD zal het aantal patiënten in deze periode met 38% stijgen. Naast demografische ontwikkelingen hebben trends in roken invloed op de prevalentie van COPD. In de toekomst zal de prevalentie van COPD zowel onder mannen als onder vrouwen hierdoor naar verwachting afnemen. Voorlopig valt echter, door eerder genoemde demografische ontwikkelingen en rookgedrag in de afgelopen decennia, eerst nog een toename van de incidentie van COPD te verwachten, met name onder de vrouwen.

Diabetes

Diabetes is een chronische stofwisselingsziekte waardoor het suikergehalte in het bloed te hoog is. Hierdoor ontstaat schade aan bloedvaten en zenuwen. Er zijn twee typen diabetes: type 1 en type 2. Type 1 is de insuline-afhankelijke soort en komt vaak al op jonge leeftijd voor. Type 2 wordt ook wel ouderdomssuiker genoemd; hierbij wordt de aanwezige suiker niet goed benut. Van alle diabetespatiënten heeft bijna 90% type 2.

| gebied | leeftijd | diabetes |
|--------------------|----------|----------|
| cluster | 19-64 | 3,1% |
| | 65+ | 14% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 19-64 | 2,6% |
| | 65+ | 12% |
| NL | 19-64 | 2% |
| | 65+ | 15% |

Gezondheidspeilingen ZUID-

Vóórkomen

Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in Zuid-Holland Noord geeft aan diabetes te hebben (0,2%). Bij de volwassenen in het cluster met Lisse is dit 3,1% en bij de 65-plussers 14%. Het komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Voor Nederland gelden vergelijkbare percentages. De cijfers over het aantal mensen dat overlijdt aan diabetes zijn onbetrouwbaar omdat deze mensen vaak sterven aan complicaties zoals een hartinfarct of beroerte.

Risicofactoren

De belangrijkste risicofactor voor diabetes type 1 is erfelijke aanleg. Dit geldt ook voor type 2, maar daarnaast zijn er voor type 2 de volgende risicofactoren: roken, verkeerde voeding (hoge inname van energie en verzadigd vet, lage inname van onverzadigd vet en vezels), lichamelijke inactiviteit en ernstig overgewicht.

Trend

De laatste tien jaar zijn meer diabetespatiënten opgespoord door een actievere opsporing door huisartsen en door campagnes van het Diabetes Fonds. Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met 33% zal stijgen. Daarnaast is het waarschijnlijk dat het aantal patiënten met diabetes nog harder zal stijgen door de toename van het aantal mensen (ook jongeren) met ernstig overgewicht en lichamelijke inactiviteit.

Psychische stoornissen

De meest voorkomende ziekten die onder psychische stoornissen vallen zijn: dementie, stemmingsstoornissen (waaronder depressie), neurotische stoornissen (o.a. angststoornissen), overspannenheid, burnout en afhankelijkheid van alcohol, drugs of andere middelen. Een verstandelijke handicap valt ook onder deze categorie.

Mensen met ernstige psychische stoornissen hebben ook vaak lichamelijke problemen, zoals diabetes en hart- en vaatziekten. Maar psychische stoornissen gaan ook vaak samen, bijvoorbeeld depressie met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie en angststoornissen hebben een hoge ziektelast wat zich uit in slaapstoornissen, hoger ziekteverzuim, meer arbeidsongeschiktheid en een slechtere kwaliteit van leven.

| gebied | leeftijd | angst/depressie | | ernstig eenzaam |
|--------------------|----------|-----------------|---------|-----------------|
| | | matig | ernstig | |
| cluster | 19-64 | 30% | 4,9% | -- |
| | 65+ | 34% | 2,7% | 6,8% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 19-64 | 31% | 4,5% | -- |
| | 65+ | 34% | 4,0% | 7,1% |

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD, 2005

Vóórkomen

Landelijk heeft één op de vier volwassenen in het voorafgaande jaar een psychische stoornis doorgemaakt. In totaal komen psychische problemen bij vrouwen en mannen even vaak voor. De aard van de problemen verschilt. Vrouwen hebben naar verhouding meer last van depressie en angststoornissen, mannen hebben meer problemen door alcohol en drugs.

Een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster met Lisse heeft een indicatie voor psychosociale problemen en 3,2% geeft aan depressief te zijn. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen heeft ruim één derde angst- of depressieve klachten. Bij 4,5% zijn de klachten zó ernstig dat ze een behandeling nodig hebben. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger.

Een derde van de volwassenen in Zuid-Holland Noord met ernstige angst- of depressieve klachten heeft het voorafgaande jaar contact gehad met de geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijk werk, van de 65-plussers slechts één van de zes. Het percentage personen met matige angst- of depressieve klachten dat contact heeft gehad met geestelijke gezondheidszorg of maatschappelijk werk is ruim de helft lager (14% bij volwassenen en 3% bij ouderen). Personen met matige angst- of depressieve klachten vormen de doelgroep voor preventie. Toch blijkt uit landelijk onderzoek dat slechts 1% van deze groep daadwerkelijk bereikt wordt met het aanbod dat specifiek op preventie is gericht ter voorkoming of verergering van de klachten.

Bijna een derde van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Lisse (31%) is matig eenzaam en 6,8% ernstig eenzaam. Vrouwen zijn vaker ernstig eenzaam dan mannen en met de leeftijd neemt de groep eenzamen toe. Alleenstaanden zijn vaker eenzaam dan ouderen die niet alleen wonen (ruim de helft van de alleenstaanden is eenzaam versus een derde van de samenlevenden), 15% is zelfs ernstig eenzaam. Hoe eenzamer de ouderen zijn, des te vaker hebben ze angst- of depressieve klachten en/of hebben ze aan suïcide gedacht.

In 2002 had landelijk 1% van de personen van 65 jaar en ouder dementie. Naar schatting is 35% van de dementiepatiënten opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis, de overige 65% woont nog thuis.

Relatief weinig mensen met psychische stoornissen sterven hieraan (gemiddeld 20 mannen en 48 vrouwen per 100.000 inwoners). Vergeleken met Nederland sterven in Lisse relatief weinig vrouwen

aan psychische stoornissen. In Zuid-Holland Noord is ook het percentage mannen dat aan psychische stoornissen overlijdt hoger dan in Nederland. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de oververtegenwoordiging van psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten in Zuid-Holland Noord.

Risicofactoren

De persoon zelf, de omgeving en gebeurtenissen beïnvloeden de psychische gezondheid. Persoonsgebonden factoren bepalen de veerkracht van een persoon: erfelijke aanleg voor een psychische ziekte, persoonlijkheidskenmerken (manier waarop iemand op een gebeurtenis reageert) en de lichamelijke gezondheidstoestand. De sociale of fysieke kwetsbaarheid van een persoon wordt beïnvloed door de sociale en fysieke omgeving die van invloed zijn op de directe leefsituatie van een persoon (sociale relaties, sociaal-economische status, verstedelijking, kwaliteit van de lucht, geluidsoverlast). Ingrijpende gebeurtenissen die tot fluctuaties in het psychisch welzijn kunnen leiden, zijn onder andere verlies van partner of werkloosheid en hun tegenpolen (een nieuwe relatie, betere baan).

Trend

Er zijn geen aanwijzingen dat het aantal mensen met depressie de laatste tien jaar sterk is toegenomen. Het aantal mensen met depressie in behandeling is echter de laatste tien jaar sterk toegenomen.

Uit een langlopende huisartsenregistratie blijkt dat het aantal nieuw gediagnosticeerde patiënten én het aantal bekende patiënten met een angststoornis in de periode 1990-2004 sterk is gestegen, vooral onder vrouwen. Waarschijnlijk heeft dit te maken met een betere herkenning van angststoornissen door de huisarts. Ook speelt mee dat mensen dankzij publieksvoorlichting eerder professionele hulp zoeken. Ondanks deze verbeteringen wordt het grootste deel van de angststoornissen nog altijd niet herkend en behandeld.

Het aantal nieuwe patiënten met dementie is in de periode 1976-2000 sterk gestegen. De stijging van het aantal nieuwe gevallen is deels het gevolg van de vergrijzing. Maar ook als rekening gehouden wordt met de leeftijd en omvang van de bevolking is een stijging zichtbaar. Dit heeft zeker ook te maken met vroegtijdiger diagnostiek, doordat hulpverleners en mantelzorgers de symptomen eerder herkennen.

Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is de verwachting dat het aantal personen met dementie in de periode 2000-2020 zal toenemen met ongeveer 41%. Vooralsnog zijn er geen goede mogelijkheden voor primaire preventie, omdat er relatief weinig bekend is over de (belangrijkste) determinanten van dementie.

Uitgaande van de demografische ontwikkelingen zal het absolute aantal nieuwe gevallen van depressieve stoornissen dat de huisarts diagnosticeert tussen 2005 en 2025 met 4% stijgen en het aantal personen met angststoornissen 5%.

Niet-natuurlijke doodsoorzaken

Onder niet-natuurlijke doodsoorzaken vallen ongevallen, suïcide en moord. Twee derde van de sterfte door ongevallen wordt veroorzaakt door privé-ongevallen en een derde door verkeersongevallen.

Vóórkomen

Jaarlijks denkt 0,8% van de 12-17 jarigen en 6,5% van de volwassenen in het cluster met Lisse aan het plegen van suïcide, bij de ouderen is dit 2,1% (dit is lager dan in Zuid-Holland Noord).

Slechts een klein deel doet daadwerkelijk een poging (0,3% van de volwassenen in Zuid-Holland Noord). In Zuid-Holland Noord sterven gemiddeld 8,7 inwoners per 100.000 inwoners aan suïcide (twee keer zo veel mannen als vrouwen). Deze aantallen zijn vergelijkbaar met Nederland (9,3 per 100.000 inwoners). De sterfte aan suïcide is landelijk het hoogst onder de 45-54 jarigen en 75-plussers.

| gebied | leeftijd | suïcide-gedachten |
|---------------------------|--------------|-------------------|
| cluster | 19-64 65+ | 6,5% 2,1% |
| ZUID- HOLLAND NOORD | 19-64 65+ | 6,5% 3,9% |

*vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-
HOLLAND NOORD
bron: Gezondheidspeilingen ZUID-
HOLLAND NOORD, 2005*

Ruim twee procent van de totale sterfte in Lisse en Zuid-Holland Noord wordt veroorzaakt door een ongeval. Als echter gekeken wordt naar de sterfte bij 20-65 jarigen, blijkt dat ongevallen een belangrijke doodsoorzaak is voor mannen (een tiende van de sterfte in deze leeftijdsgroep). Vergeleken met landelijk sterven in Zuid-Holland Noord minder mannen door ongevallen.

Risicofactoren

Gedrag dat tot suïcide leidt staat meestal niet op zichzelf. In veel gevallen is het onderdeel van een psychische stoornis (zoals depressie of een borderline persoonlijkheidsstoornis) of een verstandelijke handicap. Het is bekend dat mensen die zichzelf verwonden vaak onder invloed van alcohol zijn. Ook mensen met een lage opleiding, laag inkomen, of mensen die werkloos zijn lopen een groter risico om zichzelf te verwonden. Dat geldt eveneens voor alleenstaande of gescheiden mensen.

Trend

Het aantal suïcides daalt sinds het piekjaar 1984 langzaam, bij vrouwen is de daling sterker (17%) dan bij mannen (10%). De daling sinds 1984 komt grotendeels op rekening van ouderen. De suïcidcijfers onder mensen van 70 jaar en ouder zijn gehalveerd in de laatste twee decennia. De sterk verbeterde levensomstandigheden van ouderen spelen daar vermoedelijk een grote rol in. Ouderen zijn gezonder, kapitaalkrachtiger en mobieler geworden en de gezondheidszorg voor ouderen is verbeterd. Zo is er bijvoorbeeld vroegtijdiger onderkenning van depressie, betere antidepressiva en psychotherapie.

Het aantal slachtoffers van verkeersongevallen dat bij een spoedeisende hulp van een ziekenhuis komt of wordt opgenomen in het ziekenhuis daalt. Het aantal dodelijke slachtoffers daalt minder snel. Het aantal behandelingen bij de spoedeisende hulp na privé-ongevallen steeg landelijk tot 1999, waarna in de periode 1999-2003 een daling van 24% is geconstateerd.

Beperkingen

Van de volwassenen in het cluster met Lisse voelt 14% zich door één of meerdere chronische ziekten of aandoeningen licht belemmerd en 6% sterk belemmerd in zijn dagelijkse bezigheden. Bij ouderen is 44% hierdoor licht belemmerd en 13% sterk belemmerd.

Gehoer

Van de 12-26 jarigen in het cluster met Lisse gaf 3,3% aan een blijvend slecht gehoor te hebben. Van de zelfstandig wonende ouderen boven de 65 jaar heeft 6,9% een gehoorbeperking.

Landelijk stijgt het aantal jongeren met gehoorschade door lawaai. Bestonden deze dertig jaar geleden niet of nauwelijks, inmiddels hebben 116.000 jongeren gehoorschade door lawaai. Belangrijke oorzaak hiervan is het toegenomen gebruik van muziekapparatuur (zoals mp3-spelers, walkmans, zware versterkers en samplers). Op basis van alleen demografische ontwikkelingen is berekend dat het absolute aantal personen met lawaai- en ouderdomslethorendheid tussen 2000 en 2020 met ongeveer 37% zal stijgen. Waarschijnlijk zal deze stijging echter iets minder sterk zijn, omdat verwacht wordt dat het aantal mensen met lawaaidoofheid zal afnemen door minder lawaai op de werkplek. In de huisartspraktijk bleef de prevalentie van gehoorstoornissen de afgelopen 20 jaar constant. Volgens zelfrapportage lijkt het percentage ouderen met beperkingen in het gehoor daarentegen gedaald te zijn. Mogelijk ondervinden personen met een gehoorstoornis minder beperkingen hiervan, omdat zij steeds vaker steeds betere hoortoestellen gebruiken.

Gezicht

In het cluster met Lisse heeft 10% van de ouderen een gezichtsbeperking. Uitgaande van de demografische ontwikkelingen zal het aantal personen met gezichtsstoornissen tussen 2000 en 2020 met 47% stijgen.

Mobiliteit

Naast deze beperkingen is een kwart van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Lisse mobiliteitsbeperkt en 12% heeft grote moeite of hulp nodig met het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (bijvoorbeeld wassen en eten).

Risicofactoren voor ongezondheid

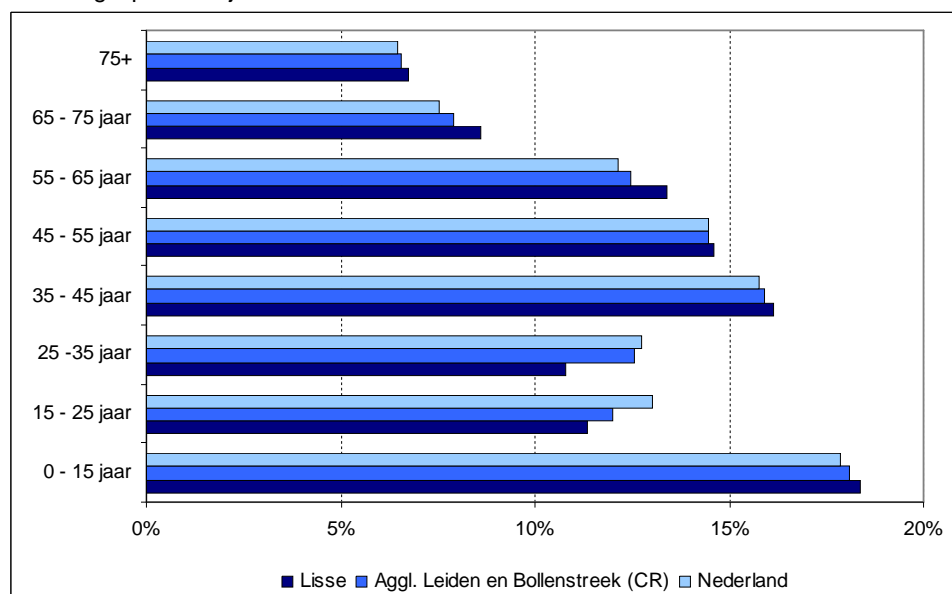
De leeftijd is de sterkste risicofactor voor ongezondheid. Meer ouderen in de samenleving betekent automatisch een toename van ziekten en aandoeningen. Het is echter een risicofactor die beleidsmatig niet te beïnvloeden is (maar wel een waar rekening mee moet worden gehouden). Andere risicofactoren zoals leefgewoonten of de fysieke omgeving zijn wel te beïnvloeden. De risicofactoren die hier worden genoemd hebben een relatie met de bovengenoemde ziekten en

aandoeningen en zijn veelal te beïnvloeden door beleid. Net als bij de ziekten wordt ook hier eerst het vóórkomen van de risicofactor in Zuid-Holland Noord besproken en daarna de trend.

Leeftijd

De gemeente Lisse kent in vergelijking met de regio en Nederland een relatief oude leeftijdsopbouw, waarbij vooral de groep tussen 55 en 75 jaar nu sterk is vertegenwoordigd. Ook de groep van 35 tot 45 jaar en de groep tot 15 jaar is in Lisse relatief groter. Dit betreft hoogstwaarschijnlijk gezinnen met kinderen. De leeftijdsgroep van 15 tot 35 jaar is relatief kleiner dan in Nederland en de regio.

Tabel: Gemeente Lisse, Agglomeratie Leiden en Bollenstreek, Nederland.
Bevolkingsopbouw 1 januari 2007.



Bron: CBS

In het kader van de structuurvisie voor de gemeenten Hillegom, Lisse en Noordwijkerhout gezamenlijk is een prognose uitgevoerd voor de verwachte bevolkingsontwikkeling tot 2020. Deze prognose gaat uit van nieuwbouw volgens het gemeentelijke woningbouwprogramma.

De bevolking van Lisse neemt volgens de prognose met 740 inwoners toe tot 2020. Dit is een toename met ruim 3%. De leeftijdsgroep tussen 35 en 45 jaar neemt naar verwachting verder af. De toename is vooral groot bij de leeftijdsgroepen vanaf 55 jaar: De groei van het aantal 55-plussers doet zich tot 2020 vooral voor bij de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar.

Tabel: Gemeente Lisse. Bevolkingsprognose.

| | 2006 | | 2020 | |
|--------|--------|---------|--------|---------|
| | Aantal | Procent | Aantal | Procent |
| 0-15 | 4.034 | 18% | 3.895 | 17% |
| 15-25 | 2.497 | 11% | 2.450 | 11% |
| 25-35 | 2.376 | 11% | 2.585 | 11% |
| 35-45 | 3.543 | 16% | 2.950 | 13% |
| 45-55 | 3.211 | 15% | 3.115 | 14% |
| 55-65 | 2.945 | 13% | 3.140 | 14% |
| 65-75 | 1.892 | 9% | 2.590 | 11% |
| 75+ | 1.477 | 7% | 1.990 | 9% |
| Totaal | 21.975 | 100% | 22.715 | 100% |

Bron: Bevolkingsprognosemodel Companen, CBS.

Leefgewoonten

Alcohol

Het gebruik van alcohol is niet meer weg te denken uit de samenleving. Veel mensen hebben positieve ervaringen met alcohol. Het is gezellig, sommigen helpt het bij het leggen van contacten en het kan ontspannend werken. Tegelijkertijd eist misbruik en verslaving van alcohol zijn tol. Het geeft meer gezondheidsproblemen, verkeersongelukken, verstoring van de openbare orde/veiligheid, een hoger arbeidsverzuim, geweld in huis en dakloosheid.

Een op de vijf 12-14 jarigen in het cluster met Lisse drinkt al af en toe alcohol en 85% van de 15-17 jarigen. Ruim 80% van de 19-64 jarigen drinkt alcohol. Meer 15-17 jarigen en 65-plussers drinken alcohol dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord.

Er wordt veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie. Van de 15-17 jarigen in het cluster met Lisse gaf één op de zes aan minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer te drinken. Dit percentage zal nu hoger liggen omdat deze gegevens in 2003 zijn verzameld en de jongeren toen tijdelijk minder dronken door prijsstijgingen in de horeca in verband met de invoering van de euro. Het indrinken vóór een bezoek aan de horeca werd ook nog niet zo massaal gedaan als momenteel.

| gebied | leeftijd | alcohol drinkers | waarvan vaak en veel ² |
|--------------------|----------|------------------|-----------------------------------|
| cluster | 12-14 | 20% | 0,8% |
| | 15-17 | 85% | 16% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 12-14 | 24% | 0,6% |
| | 15-17 | 77% | 10% |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-

Regionaal hebben een op de drie jonge mannen en één op de vijf jonge vrouwen (20-ers) de gewoonte minimaal één keer per week veel te drinken per keer (voor mannen zes en voor vrouwen vier glazen op één avond). Het zijn echter niet alleen de jongeren die veel alcohol per week drinken.

Met de leeftijd gaat men meer keren per week drinken: ongeveer een derde van de 50-plussers drinkt dagelijks. De leeftijdsgroep van 50-64 jaar drinkt gemiddeld de meeste glazen alcohol per week (14 glazen). Mannen drinken duidelijk meer dan vrouwen en lager opgeleiden drinken meer dan hogeropgeleiden. Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is voor de jongeren hoger, maar voor de volwassenen vergelijkbaar met dat van de rest van Nederland.

| gebied | leeftijd | alcohol drinkers | | waarvan excessief ³ alcoholgebruik | |
|--------------------|----------|------------------|------------------|---|------------------|
| | | laatste peiling | vijf jaar ervoor | laatste peiling | vijf jaar ervoor |
| cluster | 19-64 | 87% | 86% | 18% | 12% |
| | 65+ | 80% | -- | 9,3% | -- |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 19-64 | 86% | 84% | 18% | 12% |
| | 65+ | 76% | -- | 8,0% | -- |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND NOORD, schuingedrukt: verschil 2005 t.o.v. 2000

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD

Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is in de afgelopen 5 jaar toegenomen: meer mensen drinken tegenwoordig (met name meisjes en volwassen vrouwen). Ook het aantal glazen per keer is toegenomen: jongeren van 12-14 jaar dronken in 1996 gemiddeld 1,5 glas alcohol per keer, in 2003 was dit bijna 4 glazen. Bij 15-17 jarigen is er ook een toename: van 4,5 naar 6 glazen per keer. Bij volwassenen is het percentage dat (zeer) excessief drinkt¹³ eveneens toegenomen (vooral onder mannen). De landelijke trend is voor volwassenen echter anders: het percentage dat veel alcohol gebruikt is landelijk tussen 1989 en 2003 voor mannen licht gedaald maar voor vrouwen vrijwel niet veranderd. Bij meisjes van twaalf tot en met veertien jaar is er landelijk eveneens een toename van het alcoholgebruik in 2003 ten opzichte van 1999. Voor de totale groep middelbare scholieren geldt echter dat het percentage dat alcohol heeft gedronken ongeveer even hoog was als in 1999.

Roken

Roken is verantwoordelijk voor veel sterfgevallen in Nederland. Bij mensen boven de twintig jaar kan ongeveer de helft van de totale sterfte aan longkanker, chronische obstructieve longziekte, coronaire hartziekten en beroerte aan roken worden toegeschreven.

In het cluster met Lisse rookt 13% van de jongeren van 12-17 jaar, bijna een kwart van de volwassenen van 19-64 jaar en 13% van de 65-plussers. In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zijn de meeste rokers (regionaal), maar het aantal sigaretten dat men rookt per dag is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (gemiddeld 13 sigaretten). Mannen roken meer dan

| gebied | leeftijd | roken | |
|--------------------|----------|-----------------|------------------|
| | | laatste peiling | vijf jaar ervoor |
| cluster | 12-17 | 13% | 20% |
| | 19-64 | 24% | 25% |
| | 65+ | 13% | -- |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 12-17 | 13% | 21% |
| | 19-64 | 25% | 31% |
| | 65+ | 12% | -- |
| NL | 12-17 | -- | -- |
| | 19-64 | 28% | 33% |
| | 65+ | 14% | 22% |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND NOORD,

schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor

bron: peilingen ZUID-HOLLAND NOORD: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000, ouderen 2005

¹² Vaak en veel alcohol drinken bij de jongeren is gedefinieerd als minimaal eens per week meer dan vier glazen op één dag drinken.

¹³ Excessief drinken is gedefinieerd als: in één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen tenminste zes glazen.

vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes. In Zuid-Holland Noord roken ongeveer evenveel personen als landelijk.

Vanaf 1980 daalt landelijk het percentage rokers (vooral bij mannen). Na een stabilisatie in de negentiger jaren (op circa 33%), is het percentage rokers de laatste jaren weer gedaald naar 28% in 2005 (15 jaar en ouder). Vooral onder vrouwen van 20 tot 35 jaar en onder mannen van 65 jaar en ouder is het percentage rokers tussen 1980 en 2004 sterk gedaald. In het cluster met Lisse is er bij de jongeren sprake van een sterk dalende trend (van 20% in 1998 naar 13% in 2003). Bij volwassenen is er geen verschil, maar het percentage rokers was in 2000 al lager dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord. Ook het aantal sigaretten per dag daalde in de beide groepen. Laagopgeleiden roken meer dan hoogopgeleiden en het percentage rokers bij laagopgeleiden is de afgelopen jaren niet veranderd.

| gebied | leeftijd | cannabis | harddrugs |
|--------------------|----------|----------|-----------|
| cluster | 12-17 | 2,7% | 0,8% |
| | 18-26 | 11% | 3,1% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 12-17 | 4,5% | 1,0% |
| | 18-26 | 10% | 4,0% |
| NL | 12-19 | 9% | 1,8% |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND NOORD

bron: Gezondheidspeiling jongeren ZUID-HOLLAND NOORD 2003

Drugs

Naast alcohol en roken zijn er ook nog een aantal andere verslavende middelen. De cannabisproducten (hasj, marihuana) zijn in vergelijking met vroeger zo veredeld dat zij tegenwoordig ook een verslavende werking hebben. In combinatie met roken kunnen de gezondheidsrisico's van cannabisproducten fors zijn en laten bij ontwenning hiervan behoorlijke afkickverschijnselen zien. Harddrugs (heroïne, cocaïne, amfetamine, XTC, etc.) zijn doorgaans nog schadelijker voor de gezondheid dan cannabis. Harddrugs zijn sterk verslavend. Bij sommige drugs ontstaat er zowel een lichamelijke als geestelijke afhankelijkheid (zoals heroïne). Bij andere harddrugs ontstaat waarschijnlijk alleen een geestelijke afhankelijkheid (zoals cocaïne). Er is nog weinig bekend over de factoren die druggebruik beïnvloeden.

In 2003 gebruikte 2,7% van de 12-17 jarigen in het cluster met Lisse cannabis. Dit percentage is gedaald ten opzichte van 1998 (8,6%). Het cannabisgebruik is bij 18-26 jarigen het hoogst (11%) en dit is gedurende vijf jaar stabiel gebleven. Landelijk is na een stijging vanaf 1988 het actuele cannabisgebruik onder jongens van 12 tot 19 jaar tussen 1996 en 2003 gedaald tot 9%. Bij meisjes in die leeftijds categorie bleef het cannabisgebruik stabiel.

| gebied | leeftijd | voldoet niet aan Norm Gezond Bewegen | inactief |
|--------------------|----------|--------------------------------------|----------|
| cluster | 19-64 | 35% | 6,6% |
| | 65+ | 39% | 20% |
| ZUID-HOLLAND NOORD | 19-64 | 36% | 7,8% |
| | 65+ | 43% | 23% |
| NL | 19-64 | 43% | -- |
| | 65+ | 42% | -- |

bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD 2005

Het percentage jongeren dat harddrugs gebruikt is het hoogst bij 18-26 jarigen (3,1% in het cluster met Lisse) en blijft stabiel. Er treden wel verschuivingen op in het soort drug: meer cocaïnegebruik en minder heroïnegebruik.

Lichamelijke inactiviteit

In het cluster met Lisse voldoet ruim een derde van de volwassenen van 19-64 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen¹⁴ en 6,6% van hen is inactief (minder dan één dag per week 30 minuten bewegen). Onder 65-plussers haalt 39% de norm niet en is 20% inactief. Voor jongeren is de norm veel hoger dan voor volwassenen¹⁵; van de 12-17 jarigen in het cluster met Lisse haalt 82% de gestelde norm niet (dit is lager dan in Zuid-Holland Noord). Het percentage volwassenen dat weinig sport (minder dan 1x per week) is in vijf jaar tijd toegenomen van 43% naar 48% (nu gelijk aan Zuid-Holland Noord en landelijk).

Landelijk voldoet ongeveer de helft van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 55 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor volwassenen. Ook landelijk voldoen de meeste jongeren (12-17 jaar) niet aan de norm die voor hun leeftijdsklasse geldt: 77%. In Zuid-Holland Noord zijn de jongeren dus minder actief dan jongeren in de rest van het land, maar de volwassenen zijn juist wat actiever.

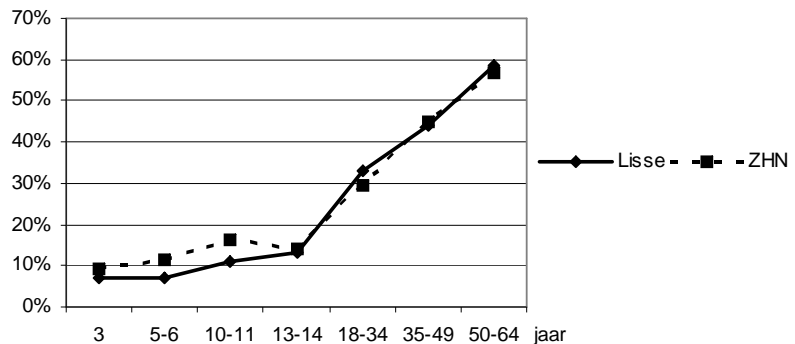
¹⁴ De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of klus-werk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

¹⁵ De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

In de periode 2000-2004 is het percentage Nederlanders van 18 jaar en ouder dat niet aan de norm voldoet gedaald: er wordt dus meer bewogen. Personen met overgewicht bewegen ook meer dan in 2000, maar de stijging is minder groot dan bij personen zonder overgewicht.

Ongezonde voeding

Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Het is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten. Het risico op hart- en vaatziekten neemt toe door een voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren. Anderzijds neemt het risico op hart- en vaatziekten af door het consumeren van veel vis, groenten en fruit. Behalve voor hart- en vaatziekten is ongezond eten ook een risicofactor voor diabetes type 2, kanker en osteoporose. Zo beschermt het eten van veel groenten en fruit tegen diverse vormen van kanker.



Percentage overgewicht per leeftijd voor (cluster met) Lisse en ZUID-HOLLAND NOORD

Van de 12-26 jarigen in het cluster met Lisse eet drie kwart niet dagelijks groente en fruit (door de week); het verschilt nauwelijks binnen de leeftijdsgroepen. Bijna één op de vijf jongeren eet door de week vrijwel nooit fruit.

Eind jaren negentig voldeed slechts één op de tien Nederlanders aan de aanbeveling voor verzadigde vetzuren en ruim de helft aan de aanbeveling voor totaal vet. Wel is er sprake van een

gunstige trend voor totaal vet, want eind jaren tachtig voldeed slechts een kwart van de Nederlanders aan de aanbeveling voor totaal vet. Ongeveer een vijfde van de bevolking van 12 jaar en ouder voldeed eind jaren negentig aan de aanbeveling voor groenten en fruit. De trend is ongunstig, want het aandeel Nederlanders dat voldoende groenten en fruit at, was eind jaren tachtig nog ongeveer een kwart. Door de toename in het aanbod van voedsel met een betere vetsamenstelling zijn we 'gezondere vetten' gaan eten. Tegelijkertijd heeft het aanbod van gemaksvlees mogelijk gezorgd voor een daling in de groente- en fruitconsumptie, ondanks het bredere aanbod van groenten en fruit dat dankzij de globalisering van de markt nauwelijks meer afhankelijk is van de seizoenen. Deskundigen in ons land verwachten dat de huidige trends in voedselaanbod en voedingsgewoonten zich de komende vijf tot tien jaar zullen voortzetten.

Overgewicht

Overgewicht en met name ernstig overgewicht (obesitas) hangen samen met tal van chronische aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diabetes type 2. Ook hebben mensen met ernstig overgewicht vaker last van verschillende vormen van kanker en van aandoeningen aan het bewegingsapparaat (bijvoorbeeld artrose) en de ademhalingsorganen. Overgewicht hangt bovendien samen met lichamelijke beperkingen en een slechtere kwaliteit van leven. Bij vrouwen met ernstig overgewicht komen ook menstruatiestoornissen en onvruchtbaarheid vaker voor.

Het overgewicht van de inwoners in Lisse neemt met de leeftijd toe van 7% bij 3-jarigen tot 11% bij 10-11 jarigen. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 59% van de 50-64 jarigen. Het percentage ernstig overgewicht neemt toe van 1,0% van de 3-jarigen, tot 2,0% van de 13-14 jarigen, om uiteindelijk uit te komen bij 13% van de 50-64 jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in Zuid-Holland Noord vaker overgewicht dan jongens. Daarna komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.

| gebied | leeftijd | overgewicht | | waarvan ernstig | |
|--------------|----------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|
| | | laatste peiling | vijf jaar ervoor | laatste peiling | vijf jaar ervoor |
| cluster | 12-17 | 8,9% | 6,7% | 0,4% | 0,4% |
| | 19-64 | 46% | 43% | 9,0% | 10% |
| ZUID-HOLLAND | 12-17 | 10% | 10% | 1,3% | 1,4% |
| | 19-64 | 43% | 41% | 9,2% | 7,8% |
| NL | 12-17 | 17% | 9% | -- | -- |
| | 19-64 | 46% | 45% | 11% | 10% |

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND NOORD

bron: peilingen ZUID-HOLLAND NOORD: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000

Landelijk is in de periode 1981 t/m 2004 een stijgende trend te zien in het percentage mensen met overgewicht (van 33% naar 46%). Ernstig overgewicht steeg in die periode van 5% naar 11%. In Zuid-Holland Noord is deze trend de afgelopen 5-10 jaar ook zichtbaar, vooral onder 10-14 jarigen en onder volwassen mannen.

Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht zal naar schatting de komende 20 jaar met 50% toenemen. Maar ook het percentage mensen met matig overgewicht zal verder stijgen. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op de huidige trend bij kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben. De omgeving blijft zodanig veranderen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik.

Fysieke omgeving

De fysieke omgeving waar mensen een groot deel van hun tijd doorbrengen is in de eerste plaats de eigen woning en de woonbuurt. De woningvoorraad in Lisse bestaat voor 61% uit koopwoningen (59% in Zuid-Holland Noord en 56% landelijk). Dit percentage is de laatste zes jaar minder snel toegenomen dan in Zuid-Holland Noord (een versus drie procent).

Ruim een derde van het oppervlak en circa drie kwart van de woningen in Nederland ondervindt een gecumuleerde geluidbelasting door weg-, rail- en vliegverkeer van meer dan 50 dB(A). Het wegverkeer is hiervan de belangrijkste veroorzaker. Naast hinder kan blootstelling aan geluid ook gezondheidsproblemen veroorzaken die verband houden met slaapverstoring en stressgerelateerde aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten). Ongeveer een derde van de volwassenen in het cluster met Lisse ervaart geluidsoverlast. Het percentage is lager dan vijf jaar daarvoor. Het percentage dat overlast ondervindt van vliegtuigen (21%) is hoger dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord en is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven, evenals het percentage volwassenen dat aangeeft geluidsoverlast te ondervinden van brommers. Geluidsoverlast van het overig verkeer, van kinderen, jongeren en burens is afgenomen. Landelijk vertoont de ernstige hinder door het geluid van bromfietsen, snelwegen en bouw- en sloopterreinen vanaf 1993 een stijgende trend. Voor militaire vliegtuigen, personenauto's en bussen is er sprake van een dalende trend.

Stankoverlast wordt door 7,0% van de volwassenen gemeld, dit is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven. Landelijk daalt het percentage volwassenen dat geurhinder ondervindt van verkeer of industrie (van 23% in 1990 naar 14% in 2004).

Sociale omgeving

Opleiding, inkomen en werk

Gemiddeld is 32% van de inwoners in Lisse laag opgeleid; zij hebben hooguit mavo of voorbereidend beroepsonderwijs. Dit percentage is hoger dan landelijk en gelijk aan Zuid-Holland Noord (respectievelijk 33% en 32%). Het percentage dat laag opgeleid is, daalt in Zuid-Holland Noord snel: vijf jaar daarvoor was dit nog 37%.

Het percentage leerlingen zonder startkwalificatie, ofwel een afgeronde beroepsopleiding op mbo 2-niveau of een havo/vwo-diploma, is landelijk de laatste jaren afgenomen. Het percentage was in 1996 18% en in 2004 15%. In Zuid-Holland Noord had 18% van de 18-26 jarigen in 2003 geen startkwalificatie, dit percentage is gelijk aan 1998.

Lisse is een relatief welvarende gemeente in Nederland: het gemiddeld besteedbaar inkomen per huishouden is hoger en het percentage huishoudens met een laag inkomen is lager dan landelijk. Ook is het percentage niet-werkende werkzoekenden in Lisse lager dan landelijk (3,1% versus 5,9%) en hebben relatief weinig personen een bijstandsuitkering (0,7% versus 3,4% in Nederland). Het percentage arbeidsongeschikten is in Lisse ook lager dan in Nederland (6,6% versus 8,5%).

| gebied | leeftijd | geluidsoverlast | | | | | |
|---------|----------|-----------------|------|----------|------|-------------|------|
| | | totaal | | brommers | | vliegtuigen | |
| | | 2005 | 2000 | 2005 | 2000 | 2005 | 2000 |
| cluster | 19-64 | 35% | 41% | 11% | 12% | 21% | 21% |
| ZUID- | 19-64 | 34% | 40% | 14% | 19% | 13% | 13% |

*vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZUID-HOLLAND NOORD, schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor
bron: Gezondheidspeilingen ZUID-HOLLAND NOORD, 2005 en 2000*

Ruim een kwart van de 19-64 jarigen in het cluster met Lisse (26%) heeft moeite om financieel rond te komen en 12% van de 65-plussers. Vijf jaar daarvoor gaven minder volwassenen aan dat zij moeite met rondkomen hadden (15%). Deze toename geldt voor alle lagen van de bevolking.

Schulden vormen geen probleem als men deze binnen de gestelde termijn kan aflossen. Problemen ontstaan als de betalingsachterstanden oplopen. Volgens het NIBUD zijn de schulden *risicovol* als er

meer dan drie schuldeisers zijn, als een betalingsachterstand twaalf maanden of langer heeft geduurd, als een betalingsachterstand groter is dan duizend euro of als men tenminste één van de betalingsachterstanden niet zelfstandig binnen twaalf maanden kan oplossen. De schulden worden *problematisch* als twee of meer van bovenstaande situaties gelden. Drie procent van de 19-94 jarigen in het cluster met Lisse heeft een risicovolle of problematische schuld (waarvan ruim de helft problematisch). In Zuid-Holland Noord is dit het dubbele. Het percentage in het cluster met Lisse is het hoogst bij 19-34 jarigen (6,1%) en het laagst bij 65-plussers (2,4%).

Alleenstaanden

In Lisse woont 12% van alle inwoners alleen, een derde van de alleenstaanden is ouder dan 65 jaar. Regionaal is ruim de helft van de alleenstaande ouderen eenzaam (15% ernstig eenzaam), vergeleken met een derde van de niet-alleen wonende ouderen. Van de alleenstaande ouderen die daarnaast ook één of meerdere lichamelijke beperkingen of chronische ziekten hebben en moeite hebben met rondkomen (2% van de 65-74 jarigen en 5% van de 75-plussers) is zelfs een kwart erg eenzaam.

Het aantal alleenstaanden zal landelijk de komende jaren met 40% toenemen tot 2050. In 2050 is naar schatting 43% van de huishoudens een eenpersoonshuishouden ten opzichte van 35% in 2005. Deze toename is onder andere een gevolg van de voortschrijdende vergrijzing (meer ouderen, en ouderen wonen relatief vaak alleen).

Eenoudergezinnen

In Lisse staat bij 14% van de gezinnen met kinderen één ouder aan het hoofd (ongeveer gelijk aan Zuid-Holland Noord). Nederland heeft een hoger percentage eenoudergezinnen (18%). In een derde van de eenoudergezinnen in Nederland is de ouder allochtoon. Van de Surinaamse en Antilliaanse kinderen leeft 40-50% vanaf de geboorte in een gezin met één ouder, onder autochtone kinderen geldt dit voor 9%.

Allochtonen

Alle personen waarvan tenminste één ouder in het buitenland is geboren, rekent men tot de allochtonen. In vergelijking met landelijke cijfers, zijn er in Lisse iets minder westerse allochtonen (7,4% versus 8,8%) maar veel minder niet-westerse allochtonen (3,4% versus 11% in Nederland). Vanaf 1995 is zowel het percentage westerse als niet-westerse allochtonen toegenomen (landelijk alleen het percentage niet-westerse). Binnen deze laatste groep is in Zuid-Holland Noord het aandeel van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen afgenomen van 67% in 1995 naar 57% in 2005. Deze trend is ook landelijk te zien, maar de daling gaat minder snel en het aandeel van deze bevolkingsgroepen ligt landelijk hoger. Deze daling is te verklaren doordat veel kinderen uit deze bevolkingsgroepen inmiddels van de derde generatie zijn (en dus niet meer voldoen aan de definitie van allochtoon).

De verwachting is dat in 2025 zowel het percentage westerse als niet westerse allochtonen in Lisse is gestegen (naar 9,8% westerse en 6,2% niet-westerse allochtonen).

Huiselijk geweld

Van de volwassenen had 2,4% van 19-64 jaar in Zuid-Holland Noord in 2005 te maken met huiselijk geweld (psychisch, lichamelijk of seksueel geweld); dit was evenveel bij mannen als bij vrouwen maar bij vrouwen gaat het vaker om lichamelijk geweld. Bij 65-plussers was het 0,8%.

Zorggebruik

Lichamelijke gezondheidszorg

Ruim drie kwart van de volwassenen in het cluster met Lisse (78%) heeft in het voorafgaande jaar contact gehad met de *huisarts*. Dit is hoger dan in Zuid-Holland Noord (72%). Van de zelfstandig wonende 65-plussers in het cluster met Lisse is dit 85%. De helft van de ouderen had in de voorafgaande twee maanden contact met de huisarts en één vijfde zelfs drie keer of meer in die periode.

In Zuid-Holland Noord raadpleegde een kwart van de 19-34 jarigen en ruim de helft van de 75-94 jarigen het voorafgaande jaar een *medisch specialist* (65%). Een op de zes 19-34 jarigen had contact met een *paramedicus*. Dit loopt op tot een op de drie 75-94 jarigen, met name fysiotherapeut (24%) en diëtist (8,6%). Volwassenen in het cluster met Lisse hebben vaker een paramedicus bezocht dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord (26% versus 22%).

De tandarts wordt het meest bezocht door 19-49 jarigen (ongeveer 80%), daarna daalt het percentage tot 33% bij 75-94 jarigen.

Geestelijke gezondheidszorg

Het contact met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of maatschappelijk werk is onder 12-26 jarigen in het cluster met Lisse bijna het dubbele van dat onder 65-plussers (8,5% versus 4,6%). Van de 19-64 jarigen heeft 9,4% contact gehad met de GGZ of MW. Respondenten met ernstige angst- of depressieve klachten zouden in contact moeten komen met de GGZ of maatschappelijk werk. Het percentage van deze doelgroep dat daadwerkelijk gebruik maakt van de geestelijke zorg neemt regionaal af met toenemende leeftijd: van de 19-64 jarigen heeft 35% van deze groep het voorafgaande jaar contact gehad met een hulpverlener, onder 65-74 jarigen is dit 22% en onder 75-plussers 13%. Vrouwen hebben vaker contact gehad met de GGZ dan mannen.

Van de 19-94 jarigen uit Zuid-Holland Noord die contact hebben gehad, hebben de meeste een vrijgevestigd psycholoog of het RIAGG bezocht (beide 3%). Slechts een klein deel van de personen van 12 jaar en ouder heeft contact gehad met de verslavingszorg (0,3%). Eén procent van de 12-26 jarigen heeft contact gehad met Bureau Jeugdzorg.

Verzorgings- en verpleeghuis

Drie kwart van de bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland heeft een chronische ziekte (in verpleeghuizen 80%, in verzorgingshuizen 72%). Vooral gewrichtsslijtage komt relatief veel voor onder alle bewoners (bij twee derde van alle verzorgings- en bij een derde van de verpleeghuisbewoners), gevolgd door diabetes (22%). Van alle verpleeghuisbewoners heeft 55% een psychogeriatrische aandoening en 45% heeft te maken met overwegend somatische (lichamelijke) problematiek. Hiervan heeft ruim 40% in het verleden een beroerte gehad. In een somatisch verpleeghuis wonen relatief meer mannen (32%) dan in een psychogeriatrisch verpleeghuis (23%).

In Lisse bevinden zich twee woonzorgcentra, Rustoord en Berkhout. Rustoord is een woonzorgcentrum met 60 appartementen. Daarnaast staan op het terrein 65 zelfstandige seniorenappartementen. Naast deze vormen van permanente bewoning, biedt Rustoord ook de mogelijkheid tot kortdurende opvang. Deze voorziening is voor zelfstandig wonende ouderen die tijdelijk niet in staat zijn om thuis voor zichzelf te zorgen bijvoorbeeld na een ziekenhuisopname of om het thuisfront tijdelijk te ontlasten. In het andere woonzorgcentrum Berkhout wonen 64 ouderen. Berkhout is een van oudsher rooms-katholiek huis maar staat open voor alle gezindten. Berkhout heeft plaatsen voor tijdelijke opvang en herstel na ziekenhuis opname. Berkhout biedt dagverzorging aan zelfstandig wonende ouderen en groepsverzorging aan eigen bewoners. Op de verpleegunit is naast de opvang van ouderen met psychogeriatrische bewoners ook speciale zorg voor jong dementerenden. Ook in de aanleunwoningen Eikenhorst en Landzicht kunnen ouderen zelfstandig wonen.

Thuiszorg

Van de volwassenen in het cluster met Lisse heeft 1,9% het voorafgaande jaar gebruik gemaakt van de thuiszorg (onder andere wijkverpleegkundige, gezinsverzorging of alfahulp). Bij ouderen neemt dit snel toe met de leeftijd: 5,7% van de 65-74 jarigen en 34% van de zelfstandig wonende 75-94 jarigen. Oudere vrouwen, alleenstaanden (met name verweduwden) en laagopgeleiden maken vaker gebruik van de thuiszorg.

Mantelzorg

Onder mantelzorg verstaat men zorg die iemand geeft aan, of krijgt van een bekende uit zijn/haar omgeving, zoals aan partner, ouders, kinderen, burens of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is (geen professionele en/of betaalde hulp).

Van de 19-94 jarigen in het cluster met Lisse heeft 15% het voorafgaande jaar mantelzorg gegeven. Het geven van mantelzorg is afhankelijk van de leeftijd. Van de 19-34 jarigen in het cluster met Lisse geeft 9,6% mantelzorg. Dit loopt op tot 22% van de 50-64 jarigen. Daarna daalt het percentage weer (17% bij zelfstandig wonende 65-74 jarigen en 8% bij 75-94 jarigen). Van de volwassen mantelzorgers voelt een op de zeven zicht tamelijk zwaar tot zeer zwaar belast met de zorg, bij ouderen is dit opgelopen tot een kwart.

Dertien procent van de 65-plussers in het cluster met Lisse heeft het voorafgaande jaar mantelzorg ontvangen (6,0% van de 65-74 jarigen en 22% van de 75-94 jarigen). Bij ruim de helft betrof het huishoudelijke hulp. Ruim de helft van de volwassen mantelzorgers geeft hulp aan de (schoon)ouders.

Hulp aan een kind of partner komt veel minder vaak voor. De ouderen geven voornamelijk mantelzorg aan hun kind(eren) (ruim de helft) en een derde geeft mantelzorg aan hun partner. Alleenstaande ouderen en laagopgeleide ouderen geven minder vaak mantelzorg en krijgen dit vaker.

Preventieprogramma's

Veel inwoners van Lisse maken gebruik van preventieprogramma's (zoals het Rijksvaccinatieprogramma (voor vaccinaties bij kinderen) en de grieprik voor risicogroepen van de bevolking en voor alle 65-plussers). Zo is 96% van de 9-jarigen in Lisse gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (D(K)TP) en 97% tegen bof, mazelen en rode hond (BMR). De 65-plussers zijn de afgelopen winter zelfs allemaal gevaccineerd tegen griep. Ook de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker kennen een hoog opkomstpercentage (respectievelijk 85% en 76%). De percentages stijgen jaarlijks langzaam.

Bijlage 3 De Wmo- prestatievelden

De Wmo-prestatievelden

1. het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
2. op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
3. het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
4. het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
5. het bevorderen van deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
6. het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
7. het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
8. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen;
9. het bevorderen van verslavingsbeleid.

Bijlage 4 Overzicht taken GGD

Wettelijk verplichte taken:

Onderzoek (epidemiologie)

De GGD verzamelt en analyseert gegevens over de gezondheidstoestand van de bevolking in de regio. Daarvoor maakt de GGD gebruik van:

- gegevens uit de gezondheidspeilingen jeugd, volwassenen en ouderen, die de GGD elke vier jaar uitvoert onder de bevolking
- gegevens uit eigen registraties;
- gegevens uit landelijk onderzoek.

Al die informatie levert een beeld op van de gezondheid van de bevolking in de regio en van de aard en omvang van gezondheidsproblemen.

Beleidsadvisering

Gemeenten zijn verplicht eens in de vier jaar hun plannen rond lokaal gezondheidsbeleid te verwoorden. Hiertoe biedt de GGD de gemeenten inzicht in recente ontwikkelingen op gezondheid en zorg, op landelijke en regionaal niveau. Indien gewenst, ondersteunt de GGD de gemeenten ook bij het houden van werkconferenties over het onderwerp.

Daarnaast adviseert de GGD de gemeenten gevraagd en ongevraagd over gezondheidsaspecten van beleidsbeslissingen en over de aanpak van gezondheidsproblemen. Een voorbeeld is de Handreiking 'Integrale lokale aanpak van de preventie van overgewicht.

Gezondheidsbevordering

Het bevorderen van gezond gedrag is een belangrijk onderdeel van gezondheidsbeleid. In nauwe samenspraak met de gemeenten voert de GGD de komende vier jaar een meerjarenprogramma "Gezond eten en bewegen" uit. Hiermee sluit de GGD tevens aan op het rijkspreventiebeleid, waarin bewegingstimulering en het voorkomen van overgewicht prioriteiten zijn. Daarnaast geeft de GGD continue aandacht aan preventie van roken en overmatig alcoholgebruik, m.n. ten aanzien van jongeren.

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

De GGD draagt bij aan de bevordering van de OGGZ door o.a.:

- beleidsadvisering middels de secretaris functie van het beleidsvoorbereidende Platform OGGZ Zuid-Holland Noord;
- het Meldpunt Vangnet en Advies, waar burgers en instellingen situaties kunnen melden waarover men zich zorgen maakt.
- een integrale aanpak van Huiselijk Geweld;
- coördinatie van de psychosociale hulp bij kleinschalige calamiteiten en zedenzaken;
- uitvoering van diverse preventieprojecten.

Medische milieukunde

De GGD bewaakt dat de gezondheid van burgers geen gevaar loopt als gevolg van milieuproblemen. Daarvoor voert de GGD de volgende taken uit:

- signalering van klachten en meldingen (bijvoorbeeld over binnenmilieu, bodemverontreiniging of over een opvallend hoog aantal mensen met kanker in een bepaalde straat);
- onderzoek naar aanleiding van klachten en meldingen;
- een beoordeling maken van de ernst van de situatie;
- adviseren en voorlichten over de aanpak van problemen, aan onder andere gemeenten, burgers en milieudiensten.

Technische hygiënezorg

Onder de naam Technische hygiënezorg werkt de GGD aan de bestrijding van infectieziekten, door inspectie van en advisering over de hygiënische omstandigheden en veiligheid in verschillende soorten instellingen. Het gaat hierbij vooral om collectieve voorzieningen, zoals bijvoorbeeld: kindercentra, tatoeage- en piercingshops en prostitutiebedrijven.

Twee andere voorbeelden van GGD-taken in dit kader: advisering bij het aantreffen van legionella in leidingwater en het beantwoorden van vragen van burgers over bijvoorbeeld zwemwater, ongedierte en legionella.

Bestrijding van infectieziekten

- registreren van meldingen: voor sommige infectieziekten is melding wettelijk verplicht;
- bron- en contactonderzoek: nagaan hoe iemand besmet is geraakt en wie hij of zij vervolgens kan hebben besmet, bijvoorbeeld bij tuberculose;
- het adviseren over maatregelen, zoals een werkverbod voor een patiënt, sluiting of ontsmetting van een gebouw;
- voorlichting, bijvoorbeeld over het voorkomen van besmetting met soa (waaronder hepatitis B en hiv / aids);
- vaccinatie op kleine of grote(re) schaal;
- voorbereiding op mogelijke grootschalige uitbraken van infectieziekten.

Jeugdgezondheidszorg

Ook dat is een taak die de GGD al heel lang uitvoert: het bevorderen en bewaken van de gezondheid, groei en de ontwikkeling van jeugdigen van 4 tot 19 jaar. De GGD doet dit onder andere door:

- alle kinderen tijdens de schoolperiode een aantal malen uit te nodigen voor een Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) of een screening (kinderen kunnen ook een extra zorgcontact krijgen als er vragen of problemen zijn over gezondheid, ontwikkeling, opvoeding of leefstijl);
- vaccinatie van negen jarigen (herhaling DTP en BMR vaccinatie); daarnaast worden ook niet- of onvolledig ingeënte kinderen van vier tot dertien jaar in de gelegenheid gesteld zich te laten inenten;
- vroegtijdige signalering van ernstige zaken, zoals verwaarlozing of mishandeling. Zonodig gaat de sociaal verpleegkundige op huisbezoek;
- ondersteuning van docenten die gezondheidsprojecten of lessen uitvoeren (door cursussen en / of door uitleen van materialen);
- advisering en ondersteuning van scholen bij schoolgezondheidsbeleid en een gezond schoolklimaat.

Met de inwerkingtreding van de gewijzigde Wcpv per 1 januari 2003 hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor de jeugdgezondheidszorg voor alle kinderen van 0 tot 19 jaar. De Thuiszorg voert de JGZ uit voor 0-4 jarigen.

Medische Opvang Asielzoekers

De GGD is in de regio verantwoordelijk voor de preventieve zorg en voor de toeleiding naar medische zorg van asielzoekers. De GGD werkt daarvoor samen met andere GGD'en en de stichting MOA binnen de provincie Zuid-Holland. De MOA-stichting voert de volgende taken uit: jeugdgezondheidszorg, hygiëenadvies, bestrijding van infectieziekten en gezondheidsvoorlichting.

De GGD voert ook niet wettelijk verplichte taken uit:

Reizigersadvies

Reizigers naar (sub)tropische landen en landen in Oost-Europa kunnen bij de GGD advies krijgen over het voorkomen van besmetting met infectieziekte door onder meer hygiënerichtlijnen. Ook kunnen reizigers zich bij de GGD laten vaccineren.

Sociaal-medische advisering

Burgers kunnen voor bepaalde zaken een aanvraag indienen bij een gemeentelijke instantie. Die gaat over arbeids(on)geschiktheid, invalidenparkeer-kaarten en -vergunningen, verhuiskostenvergoeding en huisvestingsurgentie. De instelling vraagt en krijgt dan een onafhankelijk advies van de GGD.

Keuringen

Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) vraagt burgers die de leeftijd van 70 jaar hebben bereikt bij een aanvraag van een rijbewijs om een Verklaring van Geschiktheid.

De GGD kan dan de medische keuring voor dat rijbewijs verzorgen.

Forensische geneeskunde

Forensische geneeskunde staat voor gerechtelijke geneeskunde en omvat het medisch advies van GGD-artsen aan politie en justitie. De belangrijkste taken zijn: arrestantenzorg, lijkschouw, euthanasiemelding, letselbeschrijving en bloedproef.

Bijlage 5 De wettelijke verplichtingen voor de gemeente

Wettelijk kader

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Wmo (voorheen de Welzijnswet) en de Wcpv.

Grondwet

In artikel 22 van de Grondwet staat beschreven dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de gezondheid.

Gemeentewet

Artikel 149 van de gemeentewet geeft de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen te maken in het belang van de gemeente. In de huidige gemeentewet is de opsomming van onderwerpen (openbare orde, zedelijkheid en gezondheid) komen te vervallen, omdat het slechts om voorbeelden ging. Voorheen werd gezondheid dus wel expliciet genoemd.

Wet maatschappelijke ondersteuning

De Welzijnswet, de Wet voorzieningen gehandicapten en de huishoudelijke verzorging uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn in de Wmo opgegaan. In paragraaf 3.3.2 'Veranderingen op het gebied van zorg, welzijn en dienstverlening' wordt nader ingegaan op de Wmo.

Wet collectieve preventie volksgezondheid

Met de invoering van de Wcpv (1998) is de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de collectieve preventie expliciet aan de gemeenten opgedragen. De Wcpv verplicht gemeenten elke vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid hun ambities te formuleren. De gemeente dient het gezondheidsbeleid af te stemmen met het gemeentelijk beleid op andere terreinen (facetbeleid en een integrale aanpak).

De gemeenteraad moet in het kader van de Wcpv ten minste aangeven hoe hij uitvoering geeft aan de volgende taken en verplichtingen:

- bevordering van de totstandkoming en de continuïteit van de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg;
- verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
- bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
- bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
- bevorderen van technische hygiënezorg;
- bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg;
- uitvoering van de infectieziektebestrijding;
- uitvoering van de jeugdgezondheidszorg;
- vragen van advies bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Voor de uitvoering van deze taken en verplichtingen zijn gemeenten verplicht een gemeentelijke gezondheidsdienst in stand te houden. De Gemeente Lisse doet dit via de GGD Hollands Midden. De gemeenten geven via het Algemeen en Dagelijks Bestuur en via het Ambtelijk Overleg Gemeenten en GGD sturing aan hoe de GGD uitvoering geeft aan haar taken. Een globaal overzicht van de basistaken van GGD is in de bijlage opgenomen.

De Wcpv zal samen met de Infectieziektenwet en de Quarantainewet, omstreeks januari 2009 vervangen worden door de Wet publieke gezondheid (Wpg). In het wetsvoorstel worden internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding verankerd. De nieuwe wet maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. De Wpg regelt onder andere dat er voldoende voorzieningen komen om infectieziekten snel op te kunnen sporen en te bestrijden. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden om bij landelijke infectieziektecrises de regie te voeren. Het verplicht gebruik van het elektronisch kinddossier (EKD) in de jeugdgezondheidszorg wordt met de Wpg geregeld.

Bijlage 6 Gebruikte afkortingen

| | |
|--------|---|
| AA | Anonieme Alcoholisten |
| AED | Automatische Externe Defibrillator |
| AMW | Algemeen Maatschappelijk Werk |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten |
| BMR | Bof -, mazelen- en rode hondvaccinatie |
| BZK | Ministerie van Buitenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties |
| CBR | Centraal bureau rijvaardigheidsbewijzen |
| CBS | Centraal Bureau voor de Statistiek |
| CIZ | Centrum Indicatiestelling Zorg |
| CJG | Centrum voor Jeugd en gezin |
| COPD | Chronic obstructive pulmonary disease |
| DKTP | Difterie -, kinkhoest -, poliomyelitis - en tetanusvaccinatie |
| EKD | Elektronisch Kinddossier |
| g. | Gram |
| GGD | Gemeentelijke Gezondheidsdienst |
| GGD HM | Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hollands Midden |
| GGZ | Geestelijke Gezondheidszorg |
| GHOR | Geneeskundige hulpdienst bij ongevallen en rampen |
| GOA | Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid |
| JGZ | Jeugdgezondheidszorg |
| JIF | Jongeren Informatie Functies |
| MOA | Medische opvang asielzoekers |
| NIBUD | Nederlands Instituut voor Budgetvoorlichting |
| OCW | Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap |
| OGGZ | Openbare Geestelijke Gezondheidszorg |
| OGZ | Openbare Gezondheidszorg |
| PAMS | Public Acces Meldkamer Software |
| PGO | Preventief gezondheidsonderzoek |
| PO | Primair Onderwijs |
| RAD | Regionale Ambulance Dienst |
| RCG | Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord |
| RDB | Regio Duin- en Bollenstreek |
| RIAGG | Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg |
| RIVM | Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu |
| SMS | Short Message Service |
| SMART | Specifiek Meetbaar Acceptabel Realistisch en Tijdsgebonden |
| STGR | Stichting Thuiszorg Groot Rijnland |
| SZW | Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid |
| TNO | Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek |
| TRV | Tijdelijke Regeling Vroegsignalering |
| VIR | Verwijsindex Risicjongeren |
| VO | Voortgezet Onderwijs |
| VTV | Volksgezondheid Toekomstverkenning |
| VVE | Voor - en vroegschoolse Educatie |
| VWS | Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport |
| WAO | Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering |
| WAZ | Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen |
| Wajong | Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten |
| WCPV | Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid |
| WHO | World Health Organisation |
| WMO | Wet Maatschappelijke Ondersteuning |
| ZAT | Zorg - en adviesteam |
| ZHN | Zuid-Holland Noord |
| 3VO | Verenigde Verkeers Veiligheids Organisatie |

Bijlage 7 Activiteitenplan

| Doelstellingen Schadelijk Alcoholgebruik | | Het gebruik van alcohol onder kinderen onder de 17 jaar is verminderd of gelijk gebleven ten opzichte van de gezondheidspeiling 2003. | |
|--|---|---|---|
| | | Het gebruik van alcohol onder volwassenen is verminderd of gelijk gebleven ten opzichte van de gezondheidspeiling 2005. | |
| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn |
| De huidige preventieactiviteiten van de GGD HM worden op scholen gecontinueerd. | Alle scholen worden middels een brief van de GGD HM op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM. | Scholen Lisse GGD HM | 2008 |
| | Alle scholen in de gemeente hebben deelgenomen aan de preventieactiviteiten van de GGD HM ten aanzien van genotmiddelen. | Gemeente afdeling B&P ¹⁶ Scholen Lisse GGD HM | 2008 |
| De gemeente gaat scholen stimuleren die nog niet deelnemen aan de preventieactiviteiten van de GGD HM om te participeren. | Alle scholen worden middels een brief van de GGD HM op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P Scholen Lisse | 2008 |
| | Scholen die nog niet deelnemen aan de preventie-activiteiten worden door de gemeente benaderd voor een eventueel adviesgesprek. | Gemeente afdeling B&P Scholen Lisse | 2008 |
| | Alle scholen in de gemeente hebben deelgenomen aan de preventieactiviteiten van de GGD HM ten aanzien van genotmiddelen. | Scholen Lisse GGD HM | 2008 |
| De gemeente sluit lokaal aan bij de landelijke campagne m.b.t. alcoholverkoop onder de 16. En zorgt er tevens voor dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt. | Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst in het kader van de campagne 'alcohol onder de 16 nog even niet' en andere landelijke campagnes die in 2008-2012 actueel zijn. | Gemeente afdeling B&P, communicatie | Tijdens campagne 'Alcohol onder de 16 nog even niet'. |
| Ouders van schoolgaande jeugd worden geïnformeerd over hun rol in het alcoholgebruik van hun kind. | Alle scholen worden door de gemeente benaderd om mee te werken aan voorlichtingsavonden ¹⁷ voor ouders. | Gemeente B&P Scholen Lisse GGD HM | Op basis van beschikbaarheid van GGD HM. |
| | Er wordt informatiemateriaal gebruikt van de GGD HM voor de voorlichtingsavonden voor ouders. | GGD HM | 2 ^e en 3 ^e kwartaal 2008. Vervolgens jaarlijks. |
| | Er zijn ieder jaar ouderavonden- of voorlichtingsavonden ² georganiseerd voor ouders en leerlingen. | Gemeente B&P Scholen Lisse GGD HM | Op basis van beschikbaarheid van GGD HM. |
| De gemeente heeft een lokaal alcoholmatigingsbeleid opgesteld en heeft dit alcoholmatigingsbeleid uitgevoerd. | De gemeente heeft een alcoholmatigingsbeleid opgesteld. | Gemeente Lisse | 2008 |

¹⁶ B&P = afdeling Beleid en Planning.
BJZ = Bestuurlijk Juridische Zaken.

¹⁷ Onder voorbehoud. GGD HM voert deze voorlichtingsden uit op basis van beschikbaarheid.

| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn |
|--|--|---|------------------------|
| | De gemeente heeft de GGD HM om advies gevraagd ten aanzien van het alcoholmatigingsbeleid. | Gemeente Lisse GGD HM (advies) | 2008 |
| | Het alcoholmatigingsbeleid is door de gemeente uitgevoerd. | Gemeente Lisse | 2008 en volgende jaren |
| De gemeente heeft beleidsmaatregelen getroffen met jongerenverenigingen en sportfaciliteiten om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden. | De gemeente heeft een bijeenkomst voor jongerenverenigingen en sportfaciliteiten georganiseerd om draagvlak te creëren voor alcoholmatigingsbeleid. | Gemeente B&P Jongerenverenigingen Sportfaciliteiten | 2008 |
| | De gemeente heeft jongerenverenigingen en sportfaciliteiten begeleid om te komen tot een alcoholmatigingsbeleid. | Gemeente B&P Jongerenverenigingen Sportfaciliteiten | 2008 / 2009 |
| | Jongeren- en sportverenigingen hebben een alcoholmatigingsbeleid opgesteld en handelen hiernaar. | Gemeente afdelingen B&P en BJJ | 2009 |
| De preventiedeskundigheid van de eerstelijnsinstellingen is bevorderd ten aanzien van (vroeg) signalering van problematische alcoholgebruikers (volwassenen). | Eerstelijnsinstellingen zijn geïnformeerd over het aanbod van het bevorderen van de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering van problematische alcoholgebruikers. | Gemeente afdeling B&P Eerstelijnsinstellingen | 2008 |
| | Er is door de eerstelijnsinstellingen een aanbod afgenomen om de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering van problematische alcoholgebruikers (volwassenen) te bevorderen. | Gemeente afdeling B&P Eerstelijnsinstellingen | 2008 |
| De gemeente heeft gebruik gemaakt van de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de aankomende nieuwe Drank en Horecawet. Dit betekent onder andere dat de leeftijdsgrens voor de verkoop van zwakalcoholische dranken is verhoogd naar achttien jaar. En er in een lokale verordening is vastgelegd dat jongeren onder de leeftijdsgrens een boete krijgen als zij op straat lopen met blikjes of flessen drank. | De leeftijdsgrens voor de verkoop van zwakalcoholische dranken is verhoogd naar achttien jaar. | Gemeente afdelingen B&P en BJJ | 2008 |
| | Er in een lokale verordening vastgelegd dat jongeren onder de leeftijdsgrens een boete krijgen als zij op straat lopen met blikjes of flessen drank. | Gemeente afdelingen B&P en BJJ | 2008 |
| | De politie heeft gecontroleerd of deze bovenstaande regels gehandhaafd blijven. | Gemeente afdelingen B&P en BJJ | 2008 |
| | Op bovenstaande punten is passend beleid ontwikkeld. | Gemeente afdelingen B&P en BJJ | 2008 |

| Doelstellingen Voldoende Bewegen | | | |
|--|--|---|-----------------------|
| Het percentage jongeren en volwassenen dat voldoet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen is gestegen of gelijk gebleven ten opzichte van de laatste gezondheidspeiling. | | | |
| Het percentage jeugdigen met overgewicht is gedaald. | | | |
| Het percentage volwassenen met overgewicht is niet toegenomen. | | | |
| Alle scholen in gemeente Lisse hanteren een beleid op gezond eten en voldoende bewegen. | | | |
| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn |
| De gemeente heeft de huidige regionale activiteiten en initiatieven ondersteund en hiervoor lokale publiciteit gegenereerd. | Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst met aandacht voor de regionale activiteiten en initiatieven met betrekking tot bewegen. | Gemeente afdeling B&P, communicatie | Doorlopend |
| De gemeente heeft een (jeugd) sportpas ontwikkeld. | De gemeente heeft een (jeugd) sportpas gerealiseerd. | Gemeente afdeling B&P | 2008 |
| De gemeente heeft het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen (module 'Lokaal sport- en beweegaanbod in beeld' uit Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM). | Het aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten is in kaart gebracht door de GGD HM met www.zorgwelrijnland.nl | Gemeente afdeling B&P | 2009 |
| | De gemeente heeft het aanbod onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen door berichten op de gemeentepagina en artikelen in de lokale medi. | Gemeente afdeling B&P | 2009 |
| De gemeente heeft samen met andere relevante partijen (bijv. scholen PO/VO, woonzorgcentra en de GGD) modulen afgenomen uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM. | Alle scholen zijn middels een brief van de GGD HM op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P Scholen GGD HM | Schooljaar 2008-2009. |
| | Scholen die niet deelnemen aan de preventie-activiteiten zijn door de gemeente benaderd voor een eventueel adviesgesprek. | Gemeente afdeling B&P Scholen | Schooljaar 2008-2009. |
| | De gemeente heeft samen met relevante partijen een keuze gemaakt uit de modulen Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | Schooljaar 2008-2009. |
| | Alle scholen in Lisse hebben deelgenomen aan een module uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P Scholen GGD HM | Schooljaar 2008-2009. |
| | | | |
| De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagne '30 minuten bewegen'. Hier staat elk jaar een andere doelgroep centraal. | De gemeente heeft gebruik gemaakt van de campagnematerialen van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P GGD HM | Vanaf april 2008. |
| | De gemeente heeft het plaatsnaambord '30 minuten bewegen' geplaatst. | Gemeente afdeling B&P | Vanaf april 2008. |
| | De gemeente heeft aandacht besteed aan de '30 minuten bewegen' campagne door artikelen te plaatsen in de lokale media. | Gemeente afdeling B&P, communicatie, Scholen VO, GGD HM | Vanaf april 2008. |
| De gemeente heeft bij huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken en/of gebouwen geadviseerd hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen. | De gemeente heeft in geval van huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken en/of gebouwen de GGD HM om advies gevraagd hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen. | Gemeente afdeling B&P en ROV GGD HM (advies) | Doorlopend |

| Doelstellingen Gezonde Voeding | | | |
|---|---|---|--|
| Het percentage kinderen en volwassenen dat voldoet aan de richtlijn twee ons groente, twee keer fruit op één dag, is gestegen of gelijk gebleven ten opzichte van de laatste gezondheidsspeiling. | | | |
| Het percentage jeugdigen met overgewicht is gedaald. | | | |
| Het percentage volwassenen met overgewicht is niet toegenomen. | | | |
| Alle scholen in gemeente Lisse hanteren een beleid op gezond eten en voldoende bewegen. | | | |
| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn |
| De gemeente heeft samen met andere relevante partijen (bijv. scholen PO/VO, woonzorgcentra en de GGD) modules afgenomen uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM ¹⁸ . | Alle scholen zijn middels een brief van de GGD HM op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P Scholen GGD HM | Start schooljaar 2008-2009. Vervolgens jaarlijks. |
| | Scholen die niet deelnemen aan de preventie-activiteiten zijn door de gemeente benaderd voor een eventueel adviesgesprek (evt. met de GGD HM). | Gemeente afdeling B&P Scholen GGD HM | Start schooljaar 2008-2009. Vervolgens jaarlijks. |
| | Alle scholen in Lisse hebben deelgenomen aan een module uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM. | Gemeente afdeling B&P Scholen GGD HM | Start schooljaar 2008-2009. Vervolgens jaarlijks. |
| In 2009-2010 is er een project op scholen over gezonde voeding uitgevoerd waarbij ook ouders worden betrokken. Er is een groot evenement over gezonde voeding aan gekoppeld. | De gemeente heeft een bijeenkomst georganiseerd voor schoolleiding en docenten van het PO om draagvlak te creëren voor deelname aan het project over gezonde voeding en bewegen | Gemeente afdeling B&P Scholen PO GGD HM | Project start schooljaar 2009-2010. |
| | Er is een groot project uitgevoerd over gezonde voeding op scholen waarbij ouders zijn betrokken. | Gemeente afdeling B&P Scholen PO GGD HM | Project start schooljaar 2009-2010. |
| | Er is een groot evenement over gezonde voeding uitgevoerd gekoppeld aan het bovenstaande project voor kinderen en hun ouders. | Gemeente afdeling B&P Scholen PO GGD HM | Project start schooljaar 2009-2010. Evenement 2010 |
| | De gemeente heeft de 'Eet- en beweegbus' ingezet tijdens het evenement. | Gemeente afdeling B&P | Evenement 2010. |
| | De gemeente heeft aandacht besteed aan het project en het evenement over gezonde voeding door artikelen te plaatsen in de lokale media. | Gemeente afdeling B&P, communicatie | Project start schooljaar 2009-2010. Evenement 2010. |

¹⁸ Deze module betreft dezelfde module als bij beleidsprioriteit 'Voldoende Bewegen' uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.

| Doelstellingen Gezonde en Veilige Leefomgeving | | Het ventilatiegedrag is verbeterd van diegenen die werken met de signaal meters en het programma "Binnenmilieu op scholen" hebben gevolgd. Er mag verwacht worden dat door verbeterd ventilatiegedrag de signaal meter minder vaak negatief uitslaat dan vier jaar ervoor. ¹⁹ | | |
|---|---|--|-------------------------|--|
| | | De gemeente wint in geval van bouwplannen en opnieuw in te richten gebieden advies in bij de GGD HM. | | |
| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn | |
| De gemeente heeft aandacht besteed aan het belang van ventileren en een goed binnenmilieu door lokale publiciteit. | De gemeente heeft aandacht besteed aan het belang van ventileren en een goed binnenmilieu door artikelen te plaatsen in de lokale media. | Gemeente afdeling B&P, communicatie | Jaarlijks | |
| De gemeente heeft gebruik gemaakt van het programma "Binnenmilieu en basisscholen 2007-2010" van de GGD HM en betreft daarbij ook peuterspeelzalen. | Alle scholen en peuterspeelzalen zijn door de gemeente geïnformeerd over het programma "Binnenmilieu en basisscholen 2007-2010" (waaronder signaal meters en het lespakket). | Gemeente afdeling B&P Scholen Peuterspeelzalen | 2008 | |
| | Alle scholen en peuterspeelzalen in Lisse hebben gebruik gemaakt van het programma "Binnenmilieu en basisscholen". | Gemeente afdeling B&P Scholen Peuterspeelzalen | 2008 | |
| De gemeente heeft klimaatmeters aangeschaft voor de basisscholen en peuterspeelzalen om het binnenmilieu te kunnen controleren. | Alle scholen en peuterspeelzalen hebben in schooljaar 2008-2009 een signaal meter in gebruik genomen en zijn door het programma "Binnenmilieu en basisscholen" op de hoogte hoe te handelen wanneer de meter negatief uitslaat. | Gemeente afdeling B&P Scholen Peuterspeelzalen | 2008 | |
| | Alle scholen en peuterspeelzalen hebben vanaf schooljaar 2008-2009 gerapporteerd over het binnenmilieu middels het bijhouden van gegevens van de signaal meters. Mits dit middels op een weinig arbeidsintensieve en pragmatische manier kon. | Gemeente afdeling B&P Scholen Peuterspeelzalen | 2008 | |
| | De gemeente heeft samen met de GGD HM een werkwijze ontwikkeld waarop scholen en peuterspeelzalen kunnen rapporteren over het binnenmilieu. | Gemeente afdeling B&P GGD HM | 2008 | |
| De gemeente heeft scholen ondersteund bij het doorvoeren van structurele veranderingen die een positief effect hebben op de kwaliteit van het binnenmilieu. | Wanneer uit de rapportage van het binnenmilieu op scholen of peuterspeelzalen is gebleken dat alleen ventileren onvoldoende is om de kwaliteit te verbeteren, is er nader onderzoek gedaan naar de mogelijke oorzaak. | Gemeente afdeling B&P Scholen Peuterspeelzalen | Doorlopend | |
| | De gemeente heeft scholen en peuterspeelzalen ondersteund wanneer uit onderzoek bleek dat het nodig is om structurele veranderingen door te voeren voor een positief effect op de binnenmilieukwaliteit. | Gemeente afdeling B&P Scholen Peuterspeelzalen | Doorlopend | |
| De gemeente heeft in de initiatiefase bij, zowel bouwplannen en opnieuw in te richten gebieden, advies ingewonnen bij de GGD HM. | De gemeente heeft bij bouwplannen en opnieuw in te richten gebieden in de initiatiefase van planvorming advies ingewonnen bij de GGD. | Gemeente afdeling B&P en ROV GGD HM | Bij bouw of hernieuwing | |

¹⁹ Met uitzondering van die gebouwen waar ventileren geen of weinig invloed heeft op het binnenmilieu wegens bijvoorbeeld een constructiefout.

| Doelstelling AED's | De gemeente heeft op plaatsen waar veel mensen per tijdseenheid samenkomen en waar een fysieke inspanning geleverd wordt of waar veel mensen uit de risicogroep op een hartstilstand samenkomen, een AED beschikbaar gesteld daar waar het gemeentelijke of gemeentelijk gesubsidieerde gebouwen betreft en er nog geen AED's geïnstalleerd zijn. | | |
|--|---|---|---------|
| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn |
| De gemeente heeft een inventarisatie gemaakt van reeds geplaatste AED's in de gemeente en heeft nieuwe AED's geplaatst daar waar veel mensen per tijdseenheid samenkomen, voor zover het gemeentelijke of gemeentelijk gesubsidieerde gebouwen zijn. | De gemeente heeft een inventarisatie uitgevoerd naar reeds beschikbare AED's. Er zijn resultaten beschikbaar van deze inventarisatie. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2008 |
| | Op basis van de inventarisatie is bepaald waar nieuwe AED's geplaatst zouden moeten worden. | Gemeente afdeling B&P | 2008 |
| | De AED's zijn geïnstalleerd. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2008 |
| | Er zijn door de instellingen (waar de AED geïnstalleerd is) vrijwilligers aangewezen en getraind om de AED te kunnen bedienen. De kosten van deze training komen voor rekening van de gemeente. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2008 |
| De gemeente heeft subsidie beschikbaar gesteld voor andere organisaties die een AED wilden plaatsen op locaties waar veel mensen samenkomen uit risicogroepen | Bij aanvraag is er subsidie verleend aan organisaties die een AED willen plaatsen. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2008 |
| De gemeente heeft voorafgaand aan de installatie van de AED's advies ingewonnen bij de GGD HM ten aanzien van het aantal en de (nog nader te bepalen) locaties van de AED's. | De gemeente heeft advies gevraagd aan de GGD HM ten aanzien van het aantal en de locaties van de AED's. | Gemeente afdeling B&P GGD HM | 2007 |
| | De GGD HM heeft advies uitgebracht ten aanzien van het aantal en de locaties van de AED's. Hierna is definitief bepaald waar de AED's geïnstalleerd worden. | Gemeente afdeling B&P GGD HM | 2007 |

| Doelstelling Depressie | | Meer mensen met een depressie worden met preventie bereikt. | | |
|---|--|---|-------------------------|--|
| Onderwerp/activiteiten | Prestatie-indicator | Verantwoordelijk / betrokken | Termijn | |
| De gemeente maakt gebruik van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie en ontwikkelt een plan van aanpak afgestemd op de eigen gemeente. | Uitvoeringsplan voor depressie preventie. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2009 | |
| | Plan wordt uitgevoerd | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2010 en volgende jaren. | |
| De gemeente zorgt voor meer bewustwording en signalering van depressie. | De gemeente heeft in de lokale media aandacht geschonken aan depressie en de mogelijkheden voor hulp. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2009 | |
| De toegang tot bestaand aanbod preventie verbeteren | Het aantal mensen dat gebruik heeft gemaakt van depressiepreventie van de GGZ is gestegen ten opzichte van 2007. | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2010 en volgende jaren. | |
| Een relatie leggen tussen de plannen voor bewegen en voor depressie | In het uitvoeringsplan voor depressie preventie is aandacht besteed aan bewegen | Gemeente afdeling B&P Betrokken partijen | 2009 | |

Bijlage 8 Locaties voor defibrillatoren

Op de volgende plaatsen is een Automatische Externe Defibrillator aanwezig:

1. Sportcentrum de Lis
2. Sporthal Meerzicht
3. Sporthal FC Lisse
4. 't Poelhuys
5. Gemeentehuis van Lisse
6. Openbare Werk Gemeente Lisse
7. De Keukenhof (bloementuin)

Op de volgende locaties is een Automatische Externe Defibrillator gewenst:

1. LTC Lisse
2. De Spartaan
3. de Beukenhof
4. Winkelcentra Kanaalstraat & Blokhuis en Poelmarkt

Bijlage 9 Advies GGD Hollands Midden

9 Literatuur

Hoofdstuk 1 Inleiding

1. Gemeente Lisse
<http://www.lisse.nl>

Hoofdstuk 2 De visie op gezondheid

2. Ambtelijke Projectgroep Regionaal Gezondheidsbeleid: *Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid*, December 2001
http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=11595&VolgNr=1
3. RIVM: *Het VTV-model: relaties, prestaties, indicatoren*, 28 juni 2006
http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5423n30044.html

Hoofdstuk 3 Actuele beleidsontwikkelingen

4. Convenant ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning Zuid-Holland Noord 2007-2010
5. Wijngaarden van, R., Pajmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
6. Gemeente Lisse. *Lisse Centrumvisie*, januari 2002
7. Gemeente Lisse. *Nota jeugdbeleid Geef jeugd de ruimte 2005 – 2009*, 15 februari 2005
8. Companen. *Actualisering Woonvisie gemeente Lisse*, 4 oktober 2006
9. Regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
<http://www.rcgZuid-Holland Noord.nl>
10. Ministerie van VWS: *Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg*, januari 2005
http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg_tcm19-96761.pdf
11. Ministerie van VWS: *Centrum voor Jeugd en Gezin Kamerstuk*, 23 oktober 2006
<http://www.minvws.nl/kamerstukken/djb/2006/centrum-voor-jeugd-en-gezin.asp>
12. Centraal bureau voor de Statistiek: Ongeveer 241 duizend mensen onverzekerd tegen ziektekosten. 2 mei 2007.
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheidwelzijn/publicaties/persberichten/archief/2007/2007-034-pb.htm>
13. Gemeente Lisse
<http://www.lisse.nl>

Hoofdstuk 4 Terugblik en stand van zaken

14. Gemeente Lisse
<http://www.lisse.nl>

Hoofdstuk 5 De belangrijkste feiten gezondheidssituatie Lisse

15. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004). *Factsheets Jongerenpeiling 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
16. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt*. Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
17. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence –based preventie van psychische stoornissen*. RIVM, Bilthoven.
18. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004*. TNO Kwaliteit van leven, Leiden.
19. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
20. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
21. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005*. GGD Midden Holland, Leiden.
22. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
23. Stivoro. Roken, *De harde feiten 2005. Jeugd en Volwassenen*
24. Nationaal Kompas Volksgezondheid
www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl
25. Nationale Atlas Volksgezondheid
www.zorgatlas.nl
26. CBS Statline
www.statline.nl
27. Milieu & Natuurcompendium
www.mnp.nl

Hoofdstuk 6 Beleidsprioriteiten

28. Van Kesteren, DJ. (2004) *Nuchter beleid. Adviesrapport over lokale mogelijkheden ter preventie van alcohol- of drugsmisbruik van jeugdigen*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
29. Van Wijngaarden, R. (november 2005). *Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht. Een handreiking voor gemeenten*. GGD Zuid-Holland Noord, publicatienummer 05028, Leiden.
30. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
31. Alleman T.A., Storm I., Penris M.J.E. (2005) *Beweging en veiligheid in de wijk. Handleiding 'bewegingsbevorderende en veilige wijken'*. Bilthoven: RIVM, Centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen.
32. Storm I, et al. (2006) *Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging: nationale en lokale mogelijkheden*. RIVM rapport 270061002, Bilthoven.
33. Voedingscentrum
www.voedingscentrum.nl

34. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
www.rivm.nl

35. De Hartstichting
www.hartstichting.nl
www.6minuten.nl

Hoofdstuk 7 Uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid

Hoofdstuk 8 Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

36. Informatiebron voor zorg, welzijn en wonen
www.zorgwelrijnland.nl

Bijlage 2 De Gezondheidssituatie

37. *Discussienotitie Ouderenbeleid en heel Lisse Ouderenproof. Voorbereiding op werkconferentie d.d. 17 december 2007.* Gemeente Lisse.

38. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004). *Factsheets Jongerenpeiling 2003.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.

39. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt.* Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.

40. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence –based preventie van psychische stoornissen.* RIVM, Bilthoven.

41. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004.* TNO Kwaliteit van leven, Leiden.

42. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden

43. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.

44. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005.* GGD Midden Holland, Leiden.

45. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003.* GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.

46. Stivoro. Roken, *De harde feiten 2005. Jeugd en Volwassenen*

47. Nationaal Kompas Volksgezondheid
www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl

48. Nationale Atlas Volksgezondheid
www.zorgatlas.nl

49. CBS Statline
www.statline.nl

50. Milieu & Natuurcompendium
www.mnp.nl

Bijlage 3 De Wmo- prestatievelden

51. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.

Bijlage 4 De taken van de GGD

52. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.

Bijlage 5 De wettelijke verplichtingen voor de gemeente

53. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
54. Vereniging van Nederlandse gemeenten
<http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=57480&it=3>