

Colofon

Auteurs: Nynke de Jonge – E. Bulle
Uitgiftemaand: juni 2008
Uitgever: GGD Hollands Midden – Gemeente Noordwijkerhout



Voorwoord

Schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, diabetes, depressie en eenzaamheid zijn de speerpunten van het College van Burgemeester en Wethouders in het kader van het lokaal preventief gezondheidsbeleid. De keuze voor deze speerpunten is ingegeven door het landelijk preventief gezondheidsbeleid (neergelegd in de nota "Kiezen voor gezond leven"), epidemiologische gegevens van de GGD-Hollands Midden en ervaren knelpunten door de plaatselijke eerstelijnszorg. Voorts waren er in 2007 allerlei ontwikkelingen die van invloed zijn op lokaal gezondheidsbeleid. Te denken valt aan de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

In het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) is de gemeente verplicht om elke vier jaar een nota Volksgezondheid vast te stellen. Voor het eerst gebeurde dat in 2003 met de nota "Noordwijkerhout gezond" en dat krijgt nu een vervolg middels de onderhavige nota met als titel "Noordwijkerhout actief en gezond".

Gezondheid is een groot goed, een belangrijke bron van levensgeluk en welzijn. Het zorgt er voor dat je je goed voelt, dat je lekker in je vel zit. Menigeen erkent de uitspraak dat "een goede gezondheid" een belangrijk goed is, maar gedraagt zich er niet naar. Denk maar aan de mensen die verslaafd zijn aan genotmiddelen, aan mensen die weinig of niet bewegen, aan mensen met slechte eetgewoonten. Met andere woorden: de ongezonde leefstijl doet geen recht aan de door menigeen onderschreven uitspraak dat "een goede gezondheid het belangrijkste in het leven is".

Daarom is het van belang dat de gemeente zich inzet om een gezonde leefstijl van haar burgers te bevorderen en ook een gezonde leefomgeving voor haar burgers wil scheppen. Dat zal een proces worden "van de lange adem", want op het gedrag en de leefstijl van mensen heeft de overheid maar een beperkte invloed. Via gericht beleid kan de overheid echter wel bijsturen. Maar vast staat, dat burgers zelf een belangrijke, individuele verantwoordelijkheid hebben om zich gezond te maken, te houden en te voelen.

Veel dank zijn wij verschuldigd aan de GGD-Hollands Midden en de deelnemers aan de inspraakronde. Wij spreken de verwachting uit, dat bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid een ieder zijn of haar steentje zal bijdragen.

Op naar een actief en gezond Noordwijkerhout.

Bas de Haas
Wethouder Volksgezondheid.

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	7
1.1 Wijze totstandkoming nota	7
1.2 Leeswijzer	7
2 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid	8
2.1 Invloed op gezondheid	8
2.2 De rol van de gemeente	9
2.3 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 Toekomstverkenning	13
3.2.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd	13
3.3 Regionale ontwikkelingen	14
3.3.1 Regionale Commissie Gezondheidszorg	14
3.3.2 Maatschappelijke opvang en Verslavingszorg	15
3.3.3 Jeugdbeleid	15
3.4 Lokale ontwikkelingen	15
3.4.1 Jeugdbeleid	16
3.4.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering	16
3.4.3 Ouderenbeleid	16
3.4.4 Gehandicaptenbeleid	16
3.4.5 Ruimtelijke ordening	16
3.4.6 Wonen	17
3.4.7 Wmo	17
4 Terugblik en stand van zaken	18
4.1 Inleiding	18
4.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten 2003-2007	18
4.2.1 Het opzetten van integraal gezondheidsbeleid	18
4.2.2 Jeugdgezondheidszorg	18
4.2.3 Alcoholmatigingsbeleid	18
4.2.4 Gezond leefgedrag	19
4.2.5 Het verbeteren van de afstemming en samenwerking	20
4.3 Conclusie	20
5 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Noordwijkerhout	22
6 Beleidsprioriteiten	24
6.1 Inleiding	24
6.2 Schadelijk alcoholgebruik	24
6.2.1 Probleemomschrijving	24
6.2.2 De lokale situatie:	24
6.2.3 Wat willen we bereiken?	25
6.2.4 Op wie richten we ons?	25
6.3 Overgewicht	25
6.3.1 Probleemomschrijving	25
6.3.2 De lokale situatie	25
6.3.3 Wat willen we bereiken?	25
6.3.4 Op wie richten we ons?	26
6.4 Roken	26
6.4.1 Probleemomschrijving	26
6.4.2 De lokale situatie	26
6.4.3 Wat willen we bereiken?	26
6.4.4 Op wie richten we ons?	26
6.5 Diabetes	26
6.5.1 Probleemomschrijving	26
6.5.2 De lokale situatie	27
6.5.3 Wat willen we bereiken?	27
6.5.4 Op wie richten we ons?	27
6.6 Depressie	27

6.6.1	Probleemomschrijving.....	27
6.6.2	De lokale situatie.....	27
6.6.3	Wat willen we bereiken?	27
6.6.4	Op wie richten we ons?.....	27
7	Uitvoering van de nota.....	29
7.1	Uitvoering.....	29
7.2	Communicatie.....	29
7.3	Evaluatie.....	29
7.4	Financiën	30
7.5	Activiteitenplan.....	31
8	Bijlagen.....	35
8.1	Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen	35
8.2	Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de inwoners van Noordwijkerhout.....	37
8.3	Bijlage 3 Wmo- prestatievelden	51
8.4	Bijlage 4 Overzicht taken GGD HM	52
8.5	Bijlage 5 De wettelijke verplichtingen voor de gemeente	54
8.6	Bijlage 6 De Wet collectieve preventie en volksgezondheid	55
8.7	Bijlage 7 Gebruikte afkortingen	60
9	Geraadpleegde literatuur	61

Samenvatting

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 de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning, de volksgezondheid toekomstverkenning en de laatste ontwikkelingen op jeugdbeleid van belang.

Veel inwoners van Noordwijkerhout ervaren de eigen gezondheid als positief. Er is minder sterfte onder vrouwen vergeleken met landelijk. Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Noordwijkerhout als regionaal en 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 overmatig alcoholgebruik liggen de cijfers voor het cluster met Noordwijkerhout hoger dan landelijk of regionaal. Jongeren van 15-17 jaar drinken vaker alcohol en het percentage excessief drinkende volwassenen is gestegen. In Noordwijkerhout roken minder jongeren vergeleken met de regio en Nederland. Het aantal rokende volwassenen is niet gedaald maar dit percentage was in 2000 al lager ten opzichte van ZHN en Nederland. Verder is er een stijgende trend zichtbaar van het aantal mensen met overgewicht. Jongeren en volwassen bewegen nog steeds te weinig. Bijna een derde van de zelfstandig wonende ouderen in Noordwijkerhout is matig eenzaam en 6,8% ernstig.

De keuze voor vijf beleidsprioriteiten is gebaseerd op de lokale gezondheidsgegevens, de ervaren knelpunten door de eerstelijns intermediair en de vijf speerpunten van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De beleidsprioriteiten zijn: schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, roken, diabetes en depressie.

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 Noordwijkerhout bewegen nog 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. Preventie van overgewicht hangt samen met de preventie van diabetes. Mensen met overgewicht hebben namelijk een verhoogde kans op diabetes.

Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd. Roken is bijzonder verslavend en de verslaving ontstaat vrij snel na het eerste gebruik. In vergelijking tot andere leefstijlfactoren is voor roken de bijdrage aan de totale ziektelast hoog. Opvallend genoeg is roken nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Wanneer men op tijd stopt met roken valt er veel gezondheidswinst te behalen en leeft men langer.

Depressiepreventie moet beter worden ingebed in het lokale beleid en in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast moet de taboesfeer rondom depressie worden doorbroken. De mogelijke gevolgen van depressie zoals verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen, overlast zijn een groot probleem. Met de vergrijzing en de ontwikkeling dat ouderen steeds langer zelfstandig blijven wonen, neemt ook de omvang van eenzaamheid bij ouderen toe. Voor eenzame ouderen is de drempel hoog om gebruik te maken van bestaand aanbod. Eenzame ouderen hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk waar op ze terug kunnen vallen voor hulp als ze dat nodig hebben. Professionals en organisaties in de wijk dienen eenzaamheid en depressie beter te signaleren.

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 gemeenten iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststellen.

De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid 'Noordwijkerhout gezond' besloeg de periode 2003 – 2007. De nota 'Noordwijkerhout actief en gezond' 2008 – 2011 borduurt deels voort op het beleid van de vorige nota.

1.1 Wijze totstandkoming nota

Deze nota is in samenwerking met de gemeente Hillegom opgesteld. Dit houdt in dat waar mogelijk zal worden samengewerkt op het gebied van uitvoerende en beleidsvoorbereidende taken. Immers doen vele ontwikkelingen op het terrein van de volksgezondheid zich regionaal en landelijk voor. Daarnaast is een groot aantal organisaties met een lokale taakstelling regionaal of provinciaal georganiseerd.

De Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hollands Midden (GGD HM) heeft de gemeenten 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 input van ambtenaren volksgezondheid heeft de GGD een voorstel gemaakt voor de beleidsprioriteiten en oplossingsrichtingen aangedragen die in deze nota zijn uitgewerkt.

1.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 wordt onze visie op volksgezondheid uitééngezét. 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 wordt in hoofdstuk 5 de gezondheidssituatie van de gemeente beschreven. Op basis van analyse van de gegevens worden belangrijkste gezondheidsproblemen in het laatste hoofdstuk beschreven. Hoofdstuk 6 beschrijft de beleidsprioriteiten van de gemeente Noordwijkerhout voor de komende vier jaar. Alle overige informatie met betrekking tot de nota volksgezondheid is opgenomen in verschillende bijlagen.

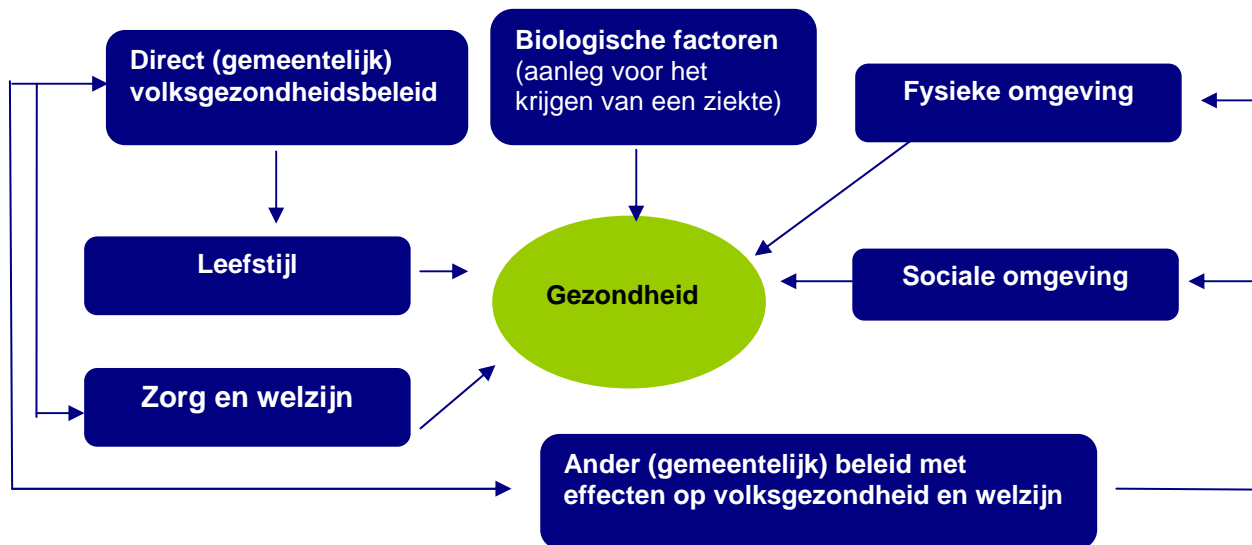
2 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

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.

2.1 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.

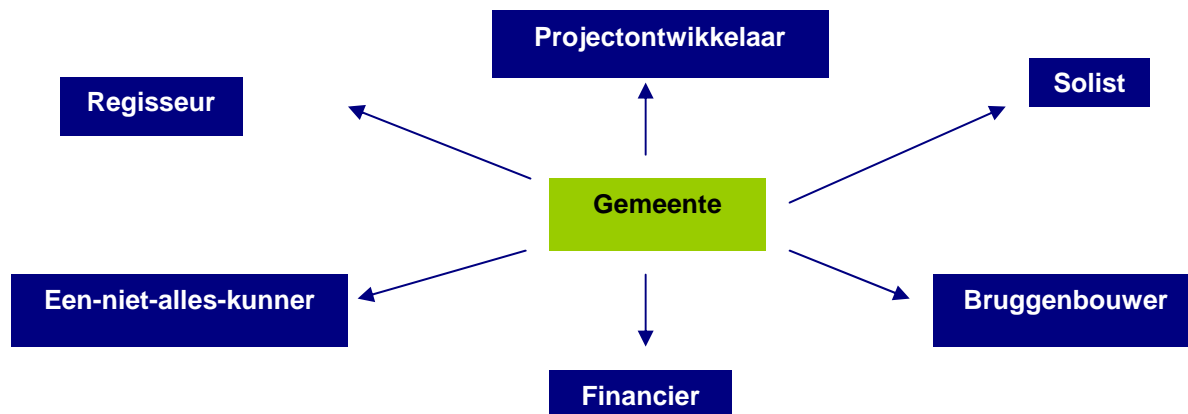
2.2 De rol van de gemeente

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.



2.3 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.

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, welzijn en dienstverlening, de positie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu en de laatste ontwikkelingen op het gebied van de jeugd. Regionale ontwikkelingen die aan de orde zijn: de regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord en de 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 Wmo

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. De Wmo is een kaderwet: de rijksoverheid stelt het speelveld, de regels en de randvoorwaarden vast, waarna de gemeente zelf mag bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseert.

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 regelt (in de bijlage is een overzicht opgenomen waarin de prestatievelden van de Wmo zijn weergegeven). Het beleid is vastgelegd in de beleidsnota 'Meedoen en Meeleven in Noordwijkerhout' 2008 – 2011.

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 cliëntondersteuning (prestatieveld 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen (prestatieveld 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 Toekomstverkenning

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 websites¹ 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;
- 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.

¹ 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.

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 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 verwijsindex);
- zo mogelijk basisverloskundige zorg.

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.

Verwijsindex

Met de Landelijke Verwijsindex Risicjongeren (VIR) kunnen instanties die problemen signaleren bij jongeren gegevens uitwisselen. 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.

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.

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.

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 opsomming van de beleidsterreinen waarin volksgezondheid een belangrijke rol speelt. Het betreft een beschrijving van het huidige beleid, aangevuld met de meest recente ontwikkelingen of plannen voor de toekomst of er wordt verwezen naar de betreffende beleidsnota.

3.4.1 Jeugdbeleid

Het jeugdbeleid staat volop in de aandacht. Het lokale beleid, op basis van het convenant jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning 2007 – 2010 dat de gemeente met de provincie heeft afgesloten en de toekomstige beleidsontwikkeling wordt beschreven in de nota lokaal jeugdbeleid (2008).

3.4.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering

Een groot deel van de inwoners beweegt te weinig. Voldoende bewegen houdt in: minimaal vijf dagen per week een half uur bezig zijn met matig inspannende activiteiten. Inactiviteit is de laatste jaren fors toegenomen door allerlei passieve vormen van vrijetijdsbesteding en het uitoefenen van minder fysieke arbeid. Mensen worden zwaarder door een combinatie van inactiviteit en ongezonde voedingsgewoonten. Door een gezamenlijke aanpak van de landelijke en lokale overheid kan overgewicht worden teruggedrongen.

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. Samenwerking tussen de gemeente en diverse lokale intermediaire organisaties is in dit geheel onmisbaar. De gemeente zal voor de periode 2007-2010 specifieke modules afnemen uit het Meerjarenprogramma van de GGD HM.

3.4.3 Ouderenbeleid

In 'Samen werken aan ouderenbeleid' is het uitgangspunt om ouderen zo lang mogelijk de leiding te geven over hun eigen leven. De gemeente kijkt naar de groep kwetsbare ouderen, zoals hoogbejaarden, alleenstaanden, ouderen uit de lagere inkomstengroepen, chronisch zieken en gehandicapten. Vooral hen wil de gemeente extra ondersteunen om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen blijven.

Een belangrijk thema is momenteel eenzaamheid onder ouderen. De gemeente heeft het initiatief genomen om professionals van alle organisaties, die in hun werk met eenzaamheid en depressie te maken hebben, uit te nodigen voor een bijeenkomst over dit onderwerp. Deze bijeenkomst heeft de gemeente georganiseerd, samen met de GGD HM en GGZ Duin- en Bollenstreek, met als doel na te gaan in hoeverre eenzaamheid en depressies in de dagelijkse praktijk wordt herkend. Uit de discussie over de knelpunten kwam onder meer naar voren dat het moeilijk is om de problemen te signaleren en om mensen te motiveren aan activiteiten deel te nemen. Verder is er een wegwijzer voor ouderen met informatie over psychische problemen en hulp verspreid in de gemeente. De uitkomsten van de bijeenkomst zijn vastgelegd in een rapport dat in september 2007 is verschenen en als bijlage gevoegd aan de Wmo beleidsnota 2008-2011. Preventie eenzaamheid en depressie is in de Wmo nota als prioriteit vastgesteld voor het te ontwikkelen ouderenbeleid.

De beleidsnota lokaal ouderenbeleid zal medio 2008 worden herzien. Naast de zorg voor kwetsbare ouderen zal in de nota ook aandacht worden besteed aan de positieve aspecten van het ouder worden.

3.4.4 Gehandicaptenbeleid

In Noordwijkerhout behartigt de Stichting Platform Gehandicaptenbeleid Noordwijkerhout (SPGN) de belangen van mensen met een handicap. De SPGN stelt zich ten doel een bijdrage te leveren aan het tot stand komen en handhaven van een geïntegreerd gehandicaptenbeleid en aan het behartigen van de belangen van de gehandicapte inwoners van Noordwijkerhout. Vanaf januari 2007 is Wvvg opgegaan in de Wmo.

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. Alle basisscholen hebben begin 2008 een signaalmetre gekregen van de gemeente om het binnenmilieu te kunnen controleren.

De gemeente heeft op initiatief van de Milieudienst West-Holland samen met de gemeenten Alkemade, Hillegom, Leiden, Leiderdorp, Oegstgeest, Voorschoten, Teylingen en Zoeterwoude, de handen ineengeslagen en het regionale Beleidskader Duurzame Stedenbouw ontwikkeld. Onder duurzaam bouwen wordt verstaan: zodanig bouwen dat zo min mogelijk negatieve effecten op het milieu en de menselijke gezondheid ontstaan, gedurende de hele levensloop van het bouwwerk en de gebouwde omgeving.

De gemeente heeft duurzaam bouwen opgenomen in het beleid en vastgelegd in de prestatieafspraken met de woningbouwvereniging Antonius van Padua. Daarin staat dat nieuwe woningen moeten worden gebouwd conform Woonkeur, inclusief Veilig Wonen en Duurzaam Bouwen.

Zie ook de Woonvisie 2007 – 2010 'Krachtige en vitale kernen'.

3.4.6 Wonen

Het aantal ouderen neemt toe en het aantal jongeren neemt af. Dit is een landelijke trend die niet specifiek is voor de gemeente en de andere bollengemeenten.

Hoe de gemeente hierop de komende jaren gaat inspelen is vastgelegd in de Woonvisie.

3.4.7 Wmo

Het beleid van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is vastgelegd in de Wmo beleidsnota 'Meedoen en Meeleven in Noordwijkerhout' 2008 – 2011. Deze nota is in samenwerking met de gemeenten Hillegom en Lisse opgesteld.

Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

De GGD heeft de 'Handreiking Beleidsadviesering Preventief Verslavingsbeleid 2007-2010' geschreven. Hierin staat een toelichting gegeven op het Rijksbeleid, de Regionale Beleidsvisie en de wet- en regelgeving. Verder zijn landelijke en regionale epidemiologische cijfers en aandachtspunten voor een verslavingsbeleid opgenomen.

Als prioriteit van de nota lokaal Volksgezondheidsbeleid 2003 – 2007 heeft de gemeente aan de GGD gevraagd advies uit te brengen voor de uitvoering van het lokaal verslavingsbeleid. Hierop is het Advies Verslavingsbeleid Gemeente Noordwijkerhout GGD Zuid Holland Noord 2005 verschenen. De alcoholmatigingscampagne 'Alcohol, bekijk het eens nuchter' 2003/2004 is uitgevoerd. Tevens zijn de adviezen opgevolgd die zijn opgenomen in het adviesrapport 'Nuchter Beleid' Duin- en Bollenstreek. Deze hebben betrekking op het stimuleren van de inzet van preventieactiviteiten, de naleving/handhaving van wet- en regelgeving, voorwaarden stellen aan subsidies/vergunningen, het op peil houden van de deskundigheid van professionals over genotmiddelengebruik en een protocol vroegsignaleren in geval van problematisch gebruik van genotmiddelen.

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 2003-2007

4.2.1 Het opzetten van integraal gezondheidsbeleid

Doelstelling: op alle beleidsterreinen van de gemeente zal bij de beleidsvorming de effecten op de volksgezondheid worden meegenomen. Per 1-1-2006 is volksgezondheid binnen de gemeente integraal beleid.

Actiepunt:

1. binnen de gemeentelijke organisatie draagvlak creëren voor integraal beleid;
2. belang van integraal beleid voor de diverse beleidsvelden inzichtelijk maken;
3. inzicht geven in de wijze waarop kan worden samengewerkt met de beleidsmedewerker volksgezondheid en de GGD.

Uitvoering:

De gemeente heeft een omslag weten te bereiken binnen de organisatie. De beleidsvelden jeugd en volksgezondheid, ouderen, mensen met een beperking en volksgezondheid, werken nu beter samen en er vindt meer afstemming plaats. Daarbij wordt er op het gebied van Ruimtelijke ordening, met name geldt dit voor woonvoorzieningen voor speciale doelgroepen en de leefbaarheid, beter afgestemd met de andere beleidsterreinen. Dit door onder andere directe betrokkenheid bij de ontwikkeling van de woonvisie. Op het gebied van het milieu is in dit kader de samenwerking op het gebied van het binnenmilieu te noemen. Integraal beleid wordt door met name de komst van de WMO voor de gemeente steeds belangrijker.

4.2.2 Jeugdgezondheidszorg

Doelstelling: vormgeven aan de gemeentelijke regie op de integrale jeugdgezondheidszorg.

Actiepunt:

1. het maken van afspraken met de Thuiszorg en GGD
2. invulling geven aan het maatwerkdeel
3. afstemmen op de overige gemeenten van de Duin- en Bollenstreek.

Uitvoering:

1. 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 samenwerkingsverband. Valent voert de jeugdgezondheidszorg uit voor de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar, de GGD voor de groep 4 tot 19 jaar.
2. Noordwijkerhout neemt in het kader van opvoedingsondersteuning verschillende producten af bij, of, werkt samen met de GGD op het gebied van: opvoedcursussen en thema-avonden, stevig ouderschap, Zorg- en adviesteams, Integrale Vroeg Hulp.
3. De afstemming verloopt in een structureel overleg met de overige gemeenten van de Duin- en Bollenstreek.

4.2.3 Alcoholmatigingsbeleid

Doelstelling: het terugbrengen van het alcoholgebruik door jongeren.

Actiepunt:

1. het ontwikkelen van lokaal beleid
2. participatie in het regionaal verslavingsforum

Uitvoering:

- De gemeente schenkt op verschillende manieren aandacht aan verslavingsbeleid. Zij maakt gebruik van de regionale beleidsvisie verslavingsbeleid en het bijbehorende activiteitenplan. De gemeente heeft deelgenomen aan Het Forum Verslavingsbeleid Duin- en Bollenstreek en heeft het adviesrapport onderschreven dat hieruit is voortgekomen. Tevens is de alcoholmatigingscampagne 'Alcohol, bekijk het eens nuchter' 2003/2004 ook uitgevoerd in de gemeente Noordwijkerhout. In het forum Duin- en Bollenstreek is een adviesrapport preventief verslavingsbeleid "Nuchter beleid" ontwikkeld en in november 2003 is gestart met een alcoholmatigingscampagne. Deze campagne bestaat uit diverse activiteiten. Deze hebben betrekking op het stimuleren van de inzet van preventieactiviteiten, de naleving/handhaving van wet- en regelgeving, voorwaarden stellen aan subsidies/vergunningen, het op peil houden van de deskundigheid van professionals over genotmiddelengebruik en een protocol vroegsignaleren in geval van problematisch gebruik van genotmiddelen. Concreet denkt de gemeente aan voorlichtingen voor ouders over de gevolgen van alcoholgebruik door jongeren en het terugdringen van alcoholmisbruik in het algemeen. Het volgen van landelijke campagnes met betrekking tot een verbod van verkoop van alcohol aan jongeren onder de 16 jaar, het inzetten van voorlichting en interventies in het lokaal jongerenwerk en het volgen van lokaal en regionaal integraal veiligheidsbeleid en handhaving van wet- en regelgeving door de politie.
- Basisonderwijs: Verslavingspreventie binnen het basisonderwijs wordt in opdracht van de gemeente door de GGD HM uitgevoerd². De politie Hollands Midden zette eerder het project 'Doe Effe Normaal' hiervoor in³.
- In 2006 heeft de GGD contact gezocht met het Speciaal Basisonderwijs om te inventariseren wat de wensen zijn op het gebied van verslavingspreventie. Met 15 scholen in Hillegom, Lisse, Noordwijkerhout, Leiden, Alphen aan den Rijn en Katwijk, is gesproken. De contacten zitten nog in de oriënterende fase. Op drie scholen zijn in 2006 al activiteiten uitgevoerd.
- Voortgezet onderwijs: Verslavingspreventie binnen het voortgezet onderwijs wordt tevens in opdracht van de gemeente door de GGD HM uitgevoerd. Hiervoor wordt het voorlichtingsprogramma "De gezonde school en genotmiddelen" ingezet⁴. Het Teylingen College locatie Leeuwenhorst voert jaarlijks overleg met de GGD en neemt dit programma af.
- Jeugd- en jongerenwerk: Verslavingspreventie in het jongerenwerk wordt in opdracht van de gemeente uitgevoerd door Parnassia. X-out heeft jaarlijks overleg en neemt een aanbod af⁵. Aangegeven is dat de werkcontacten wat moeizaam verlopen. Frequenter overleg kan hierin een verbetering brengen. Opvallend is dat veel jongeren melden dat hun ouders veel drinken. X-out heeft een multidisciplinair signaleringsoverleg waarbij mogelijkheden worden besproken om jongeren beter te bereiken.
- De paraplu: De GGD voert sinds 2002 het parapluproject uit waarin divers preventieaanbod voor het onderwijs is samengebracht⁶. Dit geeft een duidelijker overzicht van het aanbod waarbij, voor de keuzes, de GGD desgewenst kan adviseren. De Ireneschool doet hieraan sinds kort mee. Hiervoor is ondertussen een oriënterend gesprek gevoerd en een enquête onder de leerkrachten gehouden.

4.2.4 Gezond leefgedrag

Doelstelling: het bevorderen van gezond leefgedrag

Actiepunt:

1. in samenwerking met de GGD het geven van voorlichting
2. stimuleren van bewegen voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 17 jaar, niet actieven en ouderen.

Uitvoering:

De gemeente heeft deelgenomen aan verschillende activiteiten georganiseerd door de GGD:

- Het landelijke actieprogramma "Flash" haakte met een programma in op het Sinterklaasfeest met "Effe flashen met Sint en Piet" (nov.2005). Om kinderen te stimuleren om te bewegen en gezond te eten heeft de portefeuillehouder Dhr. de Haas op ludieke wijze deelgenomen aan de Sinterklaassoap, om het bewegen van kinderen te stimuleren en dit via de pers onder de aandacht te brengen.
- Andere activiteiten van de GGD die zijn uitgezet in Noordwijkerhout zijn het project "Weet wat je wilt" en de "Gezonde school en genotmiddelen" (zie alcoholmatigingsbeleid).

² "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.

³ Lessen genotmiddelengebruik en gevaren van overmatig gebruik. De politie heeft nu dit onderdeel uit dit pakket gesaneerd omdat zij zich willen richten op andere onderwerpen die meer gelieerd zijn aan politietaken (project veilige school). De GGD neemt dit onderwerp nu over met 'Weet wat je wilt' (WWJW).

⁴ Het programma bevat lessen, signaleren/begeleiden, reglementeren, ouderdeelname, regie en afstemming.

⁵ Vrijwilligers volgen een cursus grenzen stellen. Controle op anderen en inzicht in dit onderwerp is de leidraad.

⁶ Het paraplu project is een initiatief vanuit verschillende instellingen die hun preventieaanbod willen aanbieden aan de scholen voor het basisonderwijs in de regio Zuid-Holland Noord.

- Binnen ruimtelijke ordening wordt rekening gehouden met voldoende aanbod van speelvoorzieningen/speeltuinen en wandelroutes.
- Binnen het ouderenbeleid wordt het bewegen voor ouderen gestimuleerd door de subsidieverlening van verschillende vormen van bewegen voor ouderen.
- Binnen het basisonderwijs is met ingang van het schooljaar 2006/2007 een vakleerkracht lichamelijke opvoeding aangesteld en ingezet op de basisscholen.
- Deelname van de basisscholen aan het Parapluproject. Dit project richt zich op het vergroten van de sociale weerbaarheid bij kinderen.
- Door het beschikbaar stellen en in standhouden van sportaccommodaties en daar waar nodig het subsidiëren van de lokale sportverenigingen, wil de gemeente de toestroom en de kwaliteit van het sporten bevorderen.
- Voor jongeren bestaat de Jongerensite van Holland Rijnland 'Overnuit'. Deze site sluit aan op de belevingswereld van jongeren en geeft veel informatie en tips over gezond leefgedrag.
- De gemeente heeft verschillende publicaties van de GGD over gezondheid leefgedrag in de plaatselijke media laten plaatsen.

4.2.5 Het verbeteren van de afstemming en samenwerking

Doelstelling: het inzichtelijk en toegankelijk maken van de diverse vormen van zorg.

Actiepunt:

1. de ontwikkeling van een sociale kaart (GGD)
2. het opzetten van een loket in het gezondheidscentrum (zie ook nota ouderenbeleid).
3. het stimuleren van samenwerking tussen de participanten van het gezondheidscentrum.

Uitvoering:

1. 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. De sociale kaart is publiek gericht en omvat gegevens over zorg, welzijn en wonen. Er wordt in 2007 aan een uitgebreider systeem gewerkt door de GGD.
2. Het Lokaal loket Noordwijkerhout is op 4 september 2006 geopend in het Gezondheidscentrum. Hier kunnen inwoners van Noordwijkerhout terecht voor al hun vragen op het gebied van wonen, welzijn, zorg en inkomensondersteuning (zie ook de Wmo beleidsnota)
3. In september 2006 is het Gezondheidscentrum geopend. De gemeente heeft de initiatieven van de verschillende aanbieders van eerstelijnszorg gestimuleerd bij de ontwikkeling van het Gezondheidscentrum. Belangrijke meerwaarde voor de inwoners van Noordwijkerhout is dat alle voorzieningen, goed toegankelijk en onder één dak beschikbaar zijn. Zo werken huisartsen, apotheken, fysiotherapeuten, een logopedist, een kunstzinnig therapeut, Valent, GGD HM, het lokaal loket en zorgcentrum Munnekewij samen in dit zorgcentrum.
4. Daarnaast heeft Noordwijkerhout meegelopen in de projecten in het kader van de OOGZ. De GGD heeft voor de gemeente een lokaal adviesrapport geschreven. In deze nota staan trends in alcoholgebruik, een overzicht van uitgevoerde preventieactiviteiten en aanbevelingen voor nieuwe mogelijkheden.

4.3 Conclusie

De meeste voorgenomen activiteiten zijn uitgevoerd door de gemeente. Sommige knelpunten zijn nu nog steeds actueel. Een aantal van de knelpunten komt dan ook terug als beleidsprioriteit in de nota 2008 – 2011. Andere knelpunten worden opgepakt bij andere beleidsterreinen of niet gecontinueerd.

1. Het knelpunt 'Het opzetten van integraal volksgezondheidsbeleid' is aangepakt en op de verschillende beleidsterreinen worden nu de effecten op de volksgezondheid meegenomen. De aandacht voor dit onderwerp dient echter wel vast gehouden te worden en moet dan ook regelmatig weer onder de aandacht worden gebracht bij collega-ambtenaren, raadsleden, wethouders en andere relevante personen. De aanpak betreffende dit knelpunt was toereikend en maakt daarom geen deel uit van de nieuwe beleidsprioriteiten.
2. Ten aanzien van knelpunt 'Jeugdgezondheidszorg' zijn er goede afspraken gemaakt met de verschillende betrokken partijen. Ook met de andere gemeenten van de Duin- en Bollenstreek wordt er structureel overleg gevoerd en afgestemd. Dit onderwerp is voldoende aangepakt en krijgt geen plaats binnen de beleidsprioriteiten 2008 – 2011.

3. Aan het knelpunt 'Alcoholmatigingsbeleid' is op verschillende manieren gewerkt. Echter blijft dit onderwerp actueel. Ondanks onze inspanningen hebben de verschillende activiteiten nog niet het gewenste effect. De doelstelling van het knelpunt was: het terugbrengen van het alcoholgebruik door jongeren. Er blijkt echter dat jongeren steeds meer en op steeds jongere leeftijd gaan drinken. Dit knelpunt wordt dan ook gehandhaafd en wordt een beleidsprioriteit in de nieuwe nota.
4. Het doel van het knelpunt 'Gezond leefgedrag' was het bevorderen van gezond leefgedrag van alle inwoners. De activiteiten die hierbij zijn uitgevoerd hebben betrekking op sociale weerbaarheid bij kinderen, gebruik van genotmiddelen onder de jeugd maar vooral op gezonde voeding en bewegen. Nog steeds vergen met name gezonde voeding en bewegen aandacht binnen het lokale gezondheidsbeleid. Overgewicht is een groeiend probleem in het land maar ook lokaal. De aspecten van gezond leefgedrag: gezonde voeding en bewegen krijgen daarom de aandacht in de nieuwe nota onder beleidsprioriteit 'Overgewicht'. Deze twee factoren hebben immers invloed op het probleem overgewicht.
5. Knelpunt 'Het verbeteren van de afstemming/samenwerking' heeft veel aandacht gekregen. De ontwikkeling van de digitale sociale kaart en het lokale loket en het nieuwe gezondheidscentrum dragen met name bij aan de verbeteringen rondom dit knelpunt. Dit knelpunt keert niet terug in de nieuwe nota maar valt nu onder prestatieveld 3 van de Wmo.

Aanvulling lokaalbeleid

Op 15 november 2007 is in het gezondheidscentrum een bijeenkomst gehouden om van de professionals uit de eerste lijn te horen wat hun ervaring is en wat zij als belangrijkste punten zien voor het lokale volksgezondheidsbeleid. Deze bijeenkomst is goed bezocht, o.a. waren aanwezig GGZ Duin- en Bollenstreek, Raamwerk, huisarts, Valent jeugdgezondheidszorg, Algemeen maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg lokaal, Stichting Platform Gehandicapten, MEE Zuid-Holland Noord, Wmo adviesraad i.o., kindervisiotherapie, mensendieck.

Samengevat zijn de volgende punten naar voren gekomen:

1. Aandacht wordt gevraagd voor eenzaamheid en depressie voor met name ouderen.
2. Huisvesting van ouderen, het tekort aan verzorgingshuisplaatsen en de lange wachtlijst (4 jaar) die hierdoor is ontstaan. De vraag komt naar voren of de mensen die op de wachtlijst staan, ook op een andere manier geholpen kunnen worden.
3. Loket jeugd en gezin en de prima uitgangspunten die hiervoor zijn in het gezondheidscentrum.
4. Geconstateerd wordt dat sommige ouders geen greep meer hebben op de kinderen wanneer ze op de middelbare school zitten. Daarom wordt aandacht gevraagd voor het bereiken van ouders van middelbare schoolleerlingen.
5. Aandacht wordt gevraagd voor de privacy van ouders. Hoever kan je gaan met het aanspreken van ouder op de opvoedkundige taak. (AMW: voorzichtig binnenkomen, vooral bij multiprobleem gezinnen en signaleren via het consultatiebureau. De opkomst is in Noordwijkerhout bijna 100%.
6. Alcoholgebruik van de jeugd. Lisse gaat onderzoek doen met verruiming van de sluitingstijd van de cafés. De GGD brengt naar voren dat uit buitenlands onderzoek blijkt dat er geen verband bestaat tussen alcoholgebruik en openingsduur van horeca gelegenheden. Ook over het voor- drinken wordt gesproken. Jongeren drinken voordat zij uitgaan om 23.00 uur al thuis vooruit.
7. Meer voorlichting op scholen over alcoholgebruik, overgewicht en bewegen aan zowel de leerlingen als de ouders. Er moet al op de lagere school met voorlichting begonnen worden. De ouders moeten wel bereid zijn hieraan deel te nemen.
8. Bewegen: aandacht voor het sporten tijdens de naschoolse opvang. Mogelijkheid voor gehandicapten om te zwemmen. Een bewegingsdag in Noordwijkerhout, naar voorbeeld van Noordwijk.
9. Sportverenigingen, scholen, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen etc. bijeenroepen en een informatieavond te organiseren.

De aandachtspunten 1 en 2 worden meegenomen in de ontwikkeling van het ouderenbeleid. De overige punten worden uitgewerkt in hoofdstuk 6: de beleidsprioriteiten.

5 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Noordwijkerhout

Hieronder worden de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie voor de gemeente weergegeven. Voor het onderzoek is Noordwijkerhout ingedeeld in een cluster samen met de gemeenten Hillegom, Lisse en Teylingen. Een uitgebreide weergave van de gezondheidssituatie is bijgevoegd als bijlage.

Bevolking (zie tabel 1)

- Meer inwoners van het cluster met Noordwijkerhout ervaren de gezondheid positief ten opzichte van landelijk;
- Meer 55-59 jarige inwoners dan in ZHN en landelijk;
- Er heeft een forsere stijging van aantal inwoners plaatsgevonden ten opzichte van de regio en landelijk;
- De druk van jongeren en ouderen op werkenden is hoger dan in ZHN en landelijk;
- Het percentage arbeidsongeschikten is hoger dan in ZHN en Nederland;
- Het percentage niet-westerse allochtonen ligt veel lager (westers gelijk) dan ZHN en Nederland.

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

Sociaaldemografische kenmerken	Noordwijkerhout	Zuid-Holland Noord
Inwonersaantal prognose 2025 ⁷	15.166 17.994	516.995 533.966
Gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner per huishouden	€12.300 € 33.200	€ 13.100 € 32.000
Moeite met rondkomen (18-64 jarigen)	26%	26%
Niet werkende werkzoekenden	2,5%	3,4%
Arbeidsongeschikten WAO WAZ Wajong	6,6% 0,9% 1,8%	5,2% 0,4% 1,3%
Burgerlijke staat Ongehuwd Verweduwd Gescheiden Gehuwd/samenwonend	30% 2% 8% 60%	35% 1% 7% 57%
Gezinssituatie Eenoudergezinnen	14,1%	14,8%
Allochtonen Westers Niet-westers	7,7% 2,7%	8,5% 7,3%
Schulden (18-64 jarigen)	4%	7%

Specifieke ziekten en aandoeningen (zie tabel 2)

- Er is minder sterfte onder vrouwen vergeleken met landelijk;
- De verwachting van de stijging van het aantal diabetespatiënten is minimaal 33% tot in 2025;
- Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Noordwijkerhout als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 32% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten;
- In Noordwijkerhout wordt 29% van de sterfte veroorzaakt door kanker, dit is een even groot deel van de sterfte vergeleken met landelijk;

⁷ Volgens CBS de prognose van het inwoneraantal in 2025: percentage groei of krimp van het verwachte inwonersaantal in 2025 t.o.v. het werkelijke inwonersaantal in 2006.

- Een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout 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;
- Bijna een derde van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Noordwijkerhout (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.

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

Ziekten en aandoeningen	Cluster met Noordwijkerhout		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 (zie tabel 3)

Alcohol

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

Roken en Drugs

- Minder 12-17 jarigen in het cluster gebruiken cannabis t.o.v. ZHN en is gedaald t.o.v. 1998;
- minder rokende 12-17 jarigen in 2003 dan in 1998 (dalende trend; net als in ZHN en landelijk);
- bij volwassenen percentage rokers niet gedaald, maar dit percentage was in 2000 al lager dan in ZHN en landelijk;

Overgewicht en inactiviteit

- Stijgende trend van het aantal mensen met overgewicht (net als in ZHN en landelijk);
- Meer 12-17 jarigen voldoen aan de Norm Gezond Bewegen t.o.v. ZHN;
- Het percentage volwassenen dat weinig sport is gestegen in 2005 t.o.v. 2000 (was in 2000 lager dan ZHN, nu vergelijkbaar);

Tabel 3. Gegevens over leefgewoonten in het cluster met Noordwijkerhout en ZHN bij 12-17 jarigen en 18-64 jarigen.

Leefgewoonten	Cluster met Noordwijkerhout		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%		
Alcohol				
Meest recente peiling	53%	87%	50%	86%
Vaak en veel drinken	7%	--	5%	--
Excessief drinken	--	18%	--	18%
Vijf jaar ervoor	46%	86%	47%	84%
Vaak en veel drinken	9%	--	9%	--
Excessief drinken	--	12%	--	12%
Overgewicht (matig en ernstig)				
Meest recente peiling	9%	46%	10%	43%
Vijf jaar ervoor	7%	43%	10%	41%

Ziekte en zorg

- Veel inwoners maken gebruik van preventieprogramma's vergeleken met Nederland.
- Meer volwassenen bezoeken de huisarts en paramedici ten opzichte van ZHN (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.

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 Noordwijkerhout;
- de ervaren knelpunten door de eerstelijns intermediair (bijeenkomst van 15 november 2007)
- de vijf speerpunten van VWS.

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

1. schadelijk alcoholgebruik
2. roken
3. overgewicht
4. diabetes
5. depressie

Deze punten gelden momenteel als de grootste gezondheidsproblemen in ons land en kunnen lokaal worden aangepakt. Uit de beleidsevaluatie bleek al dat het noodzakelijk is dat het onderwerp 'Schadelijk alcoholgebruik' terugkeert in de nieuwe nota. Ook het onderwerp 'gezond leefgedrag' krijgt deels met de onderwerpen gezonde voeding en bewegen opnieuw een plek in de nota onder het knelpunt 'Overgewicht'.

Hoewel de afgelopen vier jaar er een aanzet is gegeven om deze problemen te verminderen, is het nu zaak om de aandacht voor deze problemen vast te houden. Het aanpakken van overgewicht en alcoholgebruik is een ingewikkeld proces, waarbij het gedrag van mensen doorbroken moet worden.

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 letsels 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. Alcoholgebruik is maatschappelijk zeer geaccepteerd en wordt niet voldoende afgekeurd of ontmoedigd door de ouders die zich vaak niet of onvoldoende bewust zijn van de invloed van (overmatig) alcoholgebruik op de gezondheid van hun kind. Het zijn niet alleen de jongeren die veel drinken, met de leeftijd gaan steeds meer mensen frequent drinken.

6.2.2 De lokale situatie:

Zoals reeds uitgebreid beschreven in hoofdstuk 5 drinkt één op de vijf 12-14 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout 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 ZHN.

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

6.2.3 Wat willen we bereiken?

Bovenstaande ontwikkelingen zijn ernstig genoeg om een halt toe te roepen en het beleid zal de komende vier jaren gericht zijn op het tegengaan van schadelijk alcoholgebruik. 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.

6.2.4 Op wie richten we ons?

We zullen ons vooral richten op de schoolgaande jeugd. Maar ook de ouders spelen met hun voorbeeldgedrag een belangrijke rol. Hierin vindt natuurlijk een wisselwerking plaats en we zullen ons daarom moeten richten op de jeugd en hun ouders.

Actiepunten Schadelijk Alcoholgebruik:

1. De huidige preventieactiviteiten van de GGD HM worden op scholen gecontinueerd en scholen die nog niet deelnemen worden gestimuleerd te participeren;
2. Lokaal aansluiten bij de landelijke campagne met betrekking tot alcoholverkoop onder de 16;
3. De preventieactiviteiten zoals voorlichting uitbreiden naar ouders van de schoolgaande jeugd.
4. Om ouders bewust te maken van de gevaren van alcoholgebruik voor kinderen en te leren grip te krijgen op het gedrag van de kinderen worden cursussen, workshops en voorlichtingsavonden georganiseerd in het basis- en het voortgezet onderwijs;
5. Lokaal beleid maken op de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de aankomende nieuwe Drank en Horecawet en dit uitvoeren.

6.3 Overgewicht

6.3.1 Probleemomschrijving

Overgewicht is in de Westerse wereld een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht zal naar schatting de komende 20 jaar met 50% toenemen. Maar ook het percentage mensen met overgewicht in het algemeen (matig plus ernstig 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. Overgewicht wordt met name veroorzaakt door een disbalans tussen voeding en beweging.

6.3.2 De lokale situatie

Zoals beschreven in hoofdstuk 5 neemt het overgewicht van de inwoners in Noordwijkerhout met de leeftijd toe van 7,1% bij 3-jarigen tot rond de 12% bij 10-14 jarigen. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 59% van de 50-64 jarigen. Het verloop van ernstig overgewicht is in Noordwijkerhout gelijk aan dat in ZHN. Van de 3-jarigen heeft 1,5% overgewicht, wat oploopt tot 14% van de 50-64 jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in ZHN vaker overgewicht dan jongens. Daarna komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.

6.3.3 Wat willen we bereiken?

We willen dat er meer bewustwording ontstaat van het probleem overgewicht en dat de stijging van het aantal te zware mensen gaat afnemen. Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen en het percentage volwassenen met overgewicht mag en kan niet meer toenemen. Mensen met overgewicht maar ook mensen zonder overgewicht moeten de Nederlandse Norm Gezond Bewegen halen en gezonder gaan eten.

6.3.4 Op wie richten we ons?

Alle burgers krijgen aandacht, maar vooral kinderen, ouderen en chronisch zieken.

Actiepunten Overgewicht:

1. Ondersteuning van de huidige regionale activiteiten en initiatieven door middel van lokale publiciteit;
2. Onder de aandacht brengen van het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten bij de verschillende doelgroepen (module 'Lokaal sport- en beweegaanbod in beeld' uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM).
3. Het organiseren van een bewegingsdag om het aanbod onder de aandacht te brengen en mensen te stimuleren deel te nemen;
4. Samen met andere relevante partijen afnemen van modules uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM gericht op de doelgroep (kinderen, ouderen en chronisch zieken).
5. In de nota lokaal ouderenbeleid 2008-2011 bewegingsactiviteiten voor ouderen als prioriteit opnemen en uitwerken.

6.4 Roken

6.4.1 Probleemomschrijving

Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd. Roken is bijzonder verslavend en de verslaving ontstaat vrij snel na het eerste gebruik. Het kost dan ook veel moeite om te stoppen en de kans om succesvol te stoppen is laag.

6.4.2 De lokale situatie

In het cluster met Noordwijkerhout rookt 13% van de jongeren van 12-17 jaar, een kwart van de volwassenen van 19-64 jaar en 13% van de 65-plussers. In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zitten 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 vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes. In ZHN roken ongeveer evenveel personen als landelijk (zie ook hoofdstuk 5).

6.4.3 Wat willen we bereiken?

We willen dat er, ondanks dat er al een daling is ingezet, nog meer mensen stoppen met roken en dat het aantal potentiële gebruikers afneemt. Door de invoering van de wijzigingen in de Tabakswet (2002) wordt de horeca rookvrij. Met het niet-rokenbeleid willen we rokers stimuleren te stoppen met roken, niet-rokers beschermen tegen tabaksrook en willen we voorkomen dat jongeren gaan roken.

6.4.4 Op wie richten we ons?

We richten ons met een ontmoedigingsbeleid op de huidige rokers en op het bedrijfsleven, en met preventieactiviteiten op de jeugd.

Actiepunten Roken:

1. De gemeente sluit aan bij de landelijke campagne m.b.t. anti-rookcampagnes door lokaal activiteiten in te zetten en zorgt ervoor dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt.
2. De gemeente brengt de anti-rook cursussen van GGD en de thuiszorg onder de aandacht.

6.5 Diabetes

6.5.1 Probleemomschrijving

Diabetes mellitus, ofwel suikerziekte is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam niet meer het vermogen heeft glucose om te zetten in energie. De symptomen en complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid, gezichtsstoornissen, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen) kunnen de kwaliteit van leven sterk verminderen. Type 1 diabetespatiënten kunnen niet van hun ziekte 'genezen'. Alleen bij patiënten met type 2 en overgewicht is het mogelijk door middel van

gewichtsreductie en meer beweging een verbetering te bewerkstelligen. Bijna één op de twintig Nederlanders heeft diabetes.

6.5.2 De lokale situatie

Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in ZHN heeft diabetes (0,2%). Bij de volwassenen in het cluster met Noordwijkerhout 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.

6.5.3 Wat willen we bereiken?

We willen meer bekendheid geven aan deze ziekte en het belang van preventie gezien de toename van diabetici. We willen er voor zorgen dat er meer afstemming plaatsvindt tussen verschillende activiteiten. We willen de kwaliteit van leven van mensen met diabetes, bijv. door goede zorg en vroegsignalering, verbeteren.

6.5.4 Op wie richten we ons?

We richten ons met preventie op de mensen met risicofactoren voor diabetes. Dit zijn ouderen met overgewicht (45⁺ ers), mensen met een lage sociaal economische status, allochtonen met een bovenmatig risico en zwangere vrouwen. Daarnaast richten we ons op de diabetes type II patiënt en op mensen die al diabetes hebben maar dat nog niet weten.

Actiepunten Diabetes:

1. De gemeente sluit aan bij landelijke campagnes door organisatie van lokale prikacties en cursussen en organiseert acties gericht op specifieke doelgroepen;
2. De gemeente geeft invulling aan de module 'Gezond eten en bewegen op recept' van het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD.

6.6 Depressie

6.6.1 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.

6.6.2 De lokale situatie

Een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout heeft een indicatie voor psychosociale problemen en 3,2% geeft aan depressief te zijn. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen heeft ruim éénderde angst- of depressieve klachten. Bij 4,5% zijn de klachten zó ernstig dat ze een behandeling nodig hebben.

6.6.3 Wat willen we bereiken?

Op basis van het rapport 'Eenzaamheid en depressies in Noordwijkerhout' van september 2007 (bijlage 7 van de Wmo nota) in samenwerking met de lokale organisaties en intermediairs te werken aan preventie.

6.6.4 Op wie richten we ons?

Hierbij richten wij ons op alle leeftijden, maar speciaal op ouderen

Actiepunten Depressie en eenzaamheid:

1. Depressie koppelen aan eenzaamheid;
2. preventiebeleid hierop te richten;
3. op basis van het rapport eenzaamheid en depressie in Noordwijkerhout, van september 2007, bijlage 7 van de Wmo nota, samen met de betrokken organisaties ontwikkelen en uitvoeren van interventies;
4. interventies gericht op ouderen als prioriteit nader uitwerken in de nota lokaal ouderenbeleid 2008 – 2011.

Tijdens de bijeenkomst van 15 november 2007 zijn verschillende suggesties gedaan voor het beleid. (Zie ook pag. 27) Onderstaand is aangegeven wat hiermee gedaan gaat worden.

1. Loket jeugd en gezin in het gezondheidscentrum. Dit punt is opgenomen in het activiteitenplan.
2. Geconstateerd wordt dat sommige ouders geen greep meer hebben op de kinderen wanneer ze op de middelbare school zitten. Hier wordt aandacht aan gegeven binnen de opvoedingsondersteuning, zie activiteitenplan.
3. Aandacht voor de privacy van ouders is van groot belang en onderdeel van de reguliere werkwijze
4. Alcoholgebruik van de jeugd is één van de belangrijkste prioriteiten (zie 6.2)
5. Meer voorlichting op scholen over alcoholgebruik overgewicht en bewegen aan zowel de leerlingen als de ouders, is nu reeds onderdeel van de activiteiten maar zal de komende jaren nog meer aandacht gaan krijgen.
6. Bewegen: aandacht voor het sporten tijdens de naschoolse opvang. Mogelijkheid voor gehandicapten om te zwemmen. Een bewegingsdag in Noordwijkerhout, naar voorbeeld van Noordwijk. Deze inbreng zal meegenomen worden bij de keuzes van modules, zie activiteitenplan.
7. Sportverenigingen, scholen, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen etc. bijeenroepen en een informatieavond te organiseren. Voorlichting over de verschillende onderwerpen zal de komende jaren op verschillende manier, op verschillende locaties geboden gaan worden.

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 Noordwijkerhout;
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 website en persberichten.

Communicatie met maatschappelijk betrokken organisaties is belangrijk. Zij fungeren als klankbordgroep én zijn partners in het uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Afhankelijk van het onderwerp zal gericht instellingen worden betrokken 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, de aanbieders van alcohol en de aanbieders van zorg en welzijn in de gemeente.

Tot slot is interne communicatie belangrijk. Gezondheid bestrijkt meerdere beleidsterreinen en gezondheid zou ook een rol moeten spelen bij beslissingen. De volgende beleidsterreinen zijn betrokken bij de uitvoering van deze nota: Wmo beleid, ouderenbeleid, jeugdbeleid, veiligheid en de afdelingen communicatie en ruimtelijke ordening.

7.3 Evaluatie

Het effect of resultaat van lokaal gezondheidsbeleid is vaak niet meteen zichtbaar, maar vergt een lange adem. 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 lastig om gezondheidsbeleid te evalueren.

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 SMART⁸ 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 paragraaf 7.5 is een activiteitenplan opgenomen waarin de verwachte prestatie-indicatoren voor 2012 geformuleerd zijn.

7.4 Financiën

De uitvoering van de nota lokaal volksgezondheidsbeleid 2008-2011

‘Noordwijkerhout actief en gezond’ vraagt de inzet van extra financiële middelen.

De richtlijnen vanuit het Ministerie zijn aangescherpt en gemeenten moeten actiever inzetten op het volksgezondheidsbeleid en zullen hierop ook worden gecontroleerd. Dit betekent dat er extra budget nodig zal zijn voor de uitvoering. Een structurele subsidie van € 20.000,-- per jaar, voor 2009 t/m 2012 voor voorlichting, campagnes, activiteiten en gerichte interventies lijkt voldoende.

Naar verwachting kan in 2008 worden volstaan met een bedrag van € 10.000,-- omdat niet alle activiteiten direct in 2008 gestart zullen worden en een deel van het jaar reeds verstreken is.

Het activiteitenplan is beschreven in paragraaf 7.5

Onderstaand volgt een voorlopige raming van de kosten per prioriteit.

1. Schadelijk alcoholgebruik
Het betreft voornamelijk activiteiten op het gebied van communicatie, waarvoor de GGD-HM het materiaal levert. De kosten vallen binnen de begroting van de GGD.
Kosten voor lokale activiteiten structureel € 3.000,-- per jaar.
2. Roken
Aansluiting bij landelijke campagne en lokale media aandacht. Geen meerkosten.
3. Overgewicht
Gerichte inzet om overgewicht terug te dringen en mensen te activeren. Vergroting van het aanbod aan sportactiviteiten middels startsubsidies. Daarnaast extra inzet via de scholen.
€ 12.000,-- per jaar.
4. Diabetes
Aansluiting op landelijke campagnes en lokale activiteiten € 1.000,-- per jaar.
5. Depressie/eenzaamheid
Bewustwording (PR campagne) en gerichte activiteiten. Naast de inzet van financiële middelen vanuit het ouderenbeleid, voor de groep < 55 jaar € 4.000,-- per jaar.
6. Integrale jeugdgezondheidszorg
Het Electronisch Kinddossier, het Centrum voor Jeugd en Gezin en de evaluatie en herijking van het maatwerk iJGZ zullen vanuit de reguliere financiële middelen worden bekostigd.

⁸ SMART: specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden.

7.5 Activiteitenplan

Doelstellingen schadelijk alcoholgebruik:

- Het gebruik van alcohol van 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.

Activiteit	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk	Termijn
De huidige preventieactiviteiten op de scholen continueren.	Alle scholen zijn per brief op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM.	GGD HM Scholen	doorlopend
De scholen die hieraan niet deelnemen stimuleren te participeren.	De scholen die nog niet deelnemen zijn benaderd voor een adviesgesprek. De GGD HM heeft het adviesgesprek gevoerd op basis van beschikbaarheid.	volksgezondheid/ onderwijs GGD HM	2009
Aansluiting bij de landelijke campagne m.b.t. alcoholverkoop onder de 16 en in de lokale media hieraan aandacht besteden.	Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst in het kader van de campagne `alcohol onder de 16 nog even niet` en andere lokale campagnes die in 2008-2012 actueel zijn.	volksgezondheid/ communicatie	doorlopend
Ouders van schoolgaande jeugd informeren over hun rol in het alcoholgebruik van hun kind.	Alle scholen zijn benaderd om mee te werken aan voorlichtingsavonden voor ouders. Het informatiemateriaal is door de GGD HM aan de scholen gestuurd. Jaarlijks zijn er voorlichtingsavonden georganiseerd voor ouders en leerlingen.	Volksgezondheid/ Onderwijs GGD HM GGD HM voert deze op basis van beschikbaarheid uit.	doorlopend
Ontwikkeling van alcoholmatigingsbeleid op basis van de nieuwe Drank- en Horecawet. Hierbij zijn de uitgangspunten: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden.	In samenwerking met de GGD HM is het alcoholmatigingsbeleid ontwikkeld met voldoende draagvlak van o.a. jongeren- en sporverenigingen		2009 en volgende

Doelstelling roken:

- Er zijn minder rokende jongeren en volwassenen. Dit percentage is gedaald ten opzichte van de peilingen van vijf jaar ervoor.

Activiteit	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk	Termijn
Aansluiting bij de landelijke antirookcampagnes door lokale activiteiten en deze onder de aandacht brengen van de lokale media.	De GGD HM is verzocht de landelijke campagnes op lokaal niveau uit te voeren. Er is aandacht besteed aan de antirookcampagne door het plaatsen van artikelen in de lokale media.	volksgezondheid/ communicatie GGD HM	doorlopend
Onder de aandacht brengen van anti-rook cursussen van de GGD HM en de thuiszorg.	Er is aandacht besteed aan de anti-rookcursussen door het plaatsen van artikelen in de lokale media.	volksgezondheid/ communicatie GGD HM	doorlopend

Doelstellingen overgewicht:

- 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.
- Meer mensen zijn zich bewust van de risico's van overgewicht.

Activiteit	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk	Termijn
Het ondersteunen van regionale activiteiten en voorlichting t.a.v. gezond eten, bewegen en overgewicht.	Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst met aandacht voor de regionale activiteiten en initiatieven.	volksgezondheid/ communicatie GGD HM	doorlopend
In kaart brengen van het totale lokale aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten en onder de aandacht brengen bij de verschillende doelgroepen. Het organiseren van een bewegingsdag om het aanbod onder de aandacht te brengen en mensen te stimuleren deel te nemen.	Het aanbod is in kaart gebracht en gepubliceerd aan de hand van een sport-/ beweegwijzer/website gemeente en de website www.zorgwelrijland.nl Er is een sportdag georganiseerd.	volksgezondheid/ communicatie GGD HM	Doorlopend
Afname van 3 modules uit het GGD HM meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' Ouderen zijn hierbij een belangrijke aandachtgroep.	Samen met relevante partijen is een keuze gemaakt uit het meerjarenprogramma.	volksgezondheid GGD HM relevante partijen	Doorlopend
Aansluiting bij de landelijke campagne '30 minuten bewegen', waar elk jaar een andere doelgroep centraal staat.	De gemeente heeft de landelijke campagne uitgevoerd en daarbij gebruik gemaakt van het campagnemateriaal van de GGD HM.	volksgezondheid/ communicatie GGD HM	Jaarlijks

Doelstelling diabetes:

- Meer mensen zijn bewust van de risico's van diabetes en het belang van preventie.

Activiteit	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk	Termijn
Het vergroten van de kennis van diabetes en de bewustwording van het risico op diabetes bij risicogroepen door o.a. bekendheid te geven aan de diabetes-risicotest.	Er is gebruik gemaakt van de campagnematerialen van de campagne 'Kijk op diabetes' van de Ned. Diabetes Federatie en in de lokale media is hieraan aandacht besteed.	Volksgezondheid/ communicatie GGD HM Ned. Diabetes Federatie	Vanaf 2009 doorlopend
Aansluiting bij de landelijke campagnes o.a. door de organisatie van lokale prikacties en cursussen.	In het kader van de landelijke campagne 'Kijk op diabetes' zijn er lokale (prik) acties en cursussen georganiseerd.	Volksgezondheid/ GGD HM	Vanaf 2009 doorlopend

Doelstellingen depressie (eenzaamheid)

- Versterking van de preventieve aanpak van depressie en eenzaamheid vanuit een integrale visie.
- Er worden meer mensen bereikt met voorlichting over depressie.
- Er worden meer mensen gesignaleerd en doorverwezen met depressieve klachten.

Activiteit	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk	Termijn
Het ontwikkelen van een integrale aanpak van eenzaamheid en depressie, met vooral aandacht voor ouderen. Het beleid afstemmen op de lokale infrastructuur om de signalering, samenwerking en doorverwijzing te verbeteren.	De prioriteiten van de Wmo beleidsnota, het ouderenbeleid en het volksgezondheidsbeleid zijn op elkaar en op de lokale infrastructuur afgestemd. De gemeente heeft de regie genomen en de samenwerking tussen de relevante organisaties op dit gebied bevordert.	Wmo Volksgezondheid Ouderenbeleid	2008
Op basis van de notitie 'Eenzaamheid en depressie in Noordwijkerhout' het ontwikkelen en uitvoeren van preventie activiteiten.	Aanbod van meerdere activiteiten, op basis van de uitkomsten van het lokale overleg.	Afd. Inwoners GGD HM GGZ D&B Eerste lijn en overige lokale organisaties.	doorlopend
Bewustwording van depressie door hieraan op verschillende manieren aandacht te besteden in de lokale media.	Er zijn over dit onderwerp artikelen geplaatst op de gemeentepagina en in de lokale media.	Wmo communicatie	doorlopend

Doelstellingen Integrale jeugdgezondheidszorg

- De invoering van het Electronisch Kind Dossier (EKD)
- Het opzetten van het Centrum voor Jeugd en Gezin
- Evaluatie en herijking van het maatwerk IJGZ

Activiteit	Prestatie-indicator	Verantwoorde-lijk	Termijn
De invoering van het Electronisch Kind Dossier (EKD) conform de wettelijke voorschriften.	Er is een EKD opgezet in samenwerking met de gemeenten van de regio en de betreffende aanbieders van jeugdgezondheidszorg volgens de wettelijke voorschriften.	Gemeente Holland Rijnland Valent GGD HM	2009
Het opzetten van het Centrum voor Jeugd en Gezin in het gezondheidscentrum.	In samenwerking met de relevante partijen en Holland Rijnland is er een centrum voor jeugd en gezin in het gezondheidscentrum.	Gemeente Aanbieders Holland Rijnland	2009
Evaluatie en herijking van het maatwerk IJGZ	Het maatwerk IJGZ is heroverwogen en sluit aan op de visie en uitgangspunten van het lokaal jeugdbeleid.	Volksgezondheid jeugd	2009
Evaluatie van het huidige aanbod aan opvoedingsondersteuning en herijking van het aanbod.	De opvoedingsondersteuning is heroverwogen en sluit aan op het lokaal jeugdbeleid en de vraag.	Volksgezondheid jeugd	2009

8 Bijlagen

8.1 Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

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
GHOR	Regionaal	Taken op het gebied van ongevallen- en rampenbestrijding
Ambulancevervoer	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/instructie/voorlichting.
Thuiszorg Valent regio Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Huishoudelijke verzorging, verpleging, dieetadvies, alphahulpverlening en advisering/instructie/voorlichting.
Take Good Care	Regionaal	Dienstverlening op het gebied van huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging en kraamzorg.
Algemeen Maatschappelijk Werk	Regionaal	Hulp bieden, informatie geven, advisering en psychosociale begeleiding
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Regionaal	Geeft indicaties af voor alle vormen van AWBZ gefinancierde zorg
Zorgloket	Lokaal	
Stichting Hulpverlening Anticonceptie en Seksualiteit	Regionaal	Laagdrempelige hulpverlening op het totale gebied van seks, seksualiteit en geslachtsorganen.
Mensendiecktherapeut	Lokaal	
Vrijgevestigde psychologen/psychiaters	Lokaal	
Homeopathische huisarts	Lokaal	
Gezondheidscentrum Noordwijkerhout	Lokaal	Huisartsen, apotheken, Valent, fysiotherapie, kunstzinnige therapie, logopedie, schoolarts (GGD) Lokaal Loket, Munnekewij
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.
Tweedelijnsgezondheidszorg	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Een breed pakket van behandelmogelijkheden, verzorging en begeleiding op GGZ-terrein
GGZ 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.
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	Regionaal	GGZ Rivierduinen
Zorg voor geestelijk en lichamelijk gehandicapten	Lokaal/regionaal	
St. Rijnlands Zeehospitium	Regionaal	Revalidatiecentrum

Tweedelijnsgezondheidszorg	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
Rijnlands Voorzieningencentrum	Regionaal	Woonvorm voor ernstig lichamelijk gehandicapte jongeren en volwassenen.
Herstellingsoord 'De Kim'	Regionaal	Herstellingsoord voor patiënten met somatische aandoeningen
Mytyl/tyltylschool 'De Vierbot'	Regionaal	School voor speciaal en voortgezet speciaal onderwijs aan lichamelijk gehandicapte kinderen met een speciale afdeling voor meervoudig gehandicapten.
ZMLK-school	Regionaal	School voor speciaal en voorgezet speciaal onderwijs voor zeer moeilijk lerende kinderen.
Zorgcentrum	lokaal	Munnekewey
Zorg voor verstandelijk gehandicapten	Lokaal/regionaal	- Het Raamwerk - Willem van de Bergh - Philadelphia
Verslavingszorg 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
De Vriendendienst Duin- en Bollenstreek	Lokaal	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.
De ouderenadviseur	Lokaal	De ouderenadviseur geeft advies over wonen, welzijn en zorg.
Ouderenbonden	Lokaal	Ouderenbond Noordwijkerhout en KBO De Zilk - behartigen de belangen van ouderen m.b.t. wonen, welzijn en zorg - ouderen- en belastingadviseurs - informatiebijeenkomsten, contactmiddagen, uitgaansdagen en feestelijke bijeenkomsten.
Maaltijdaanbieders	Lokaal	Wanneer mensen door omstandigheden tijdelijk of langdurig niet meer in staat zijn om te koken, kunnen maaltijden aan huis worden bezorgd.
Stichting MEE	Regionaal	Zij biedt informatie, advies en ondersteuning aan alle mensen met een beperking.
Opvoedbureau	Lokaal/regionaal	Ouders en verzorgers kunnen hier terecht met vragen over gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar.
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.
Bureau Informele Zorg (BIZ) in Leiden	Regionaal	Biedt ondersteuning aan mantelzorgers
Steunpunt vrijwillige hulp Duin-en Bollenstreek	Regionaal	Bemiddeling van vrijwilligers naar organisaties die met vrijwilligers werken
Intergemeentelijke Sociale Dienst	Regionaal	Het uitvoeren van de sociale dienstaak 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) in Leiden	Regionaal	Vrijwilligers bieden ondersteuning aan mensen van wie het levenseinde nabij is en die thuis in de eigen omgeving willen sterven.
De Binnenvest in 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

8.2 Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de inwoners van Noordwijkerhout

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 Noordwijkerhout. 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 gebruikt⁹. 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 worden 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 voorkomen 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 ZHN zelfs nog gunstiger dan in Nederland: gemiddeld 64 jaar 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.

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	slokdamkanker
	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

⁹ 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. In 2007 zullen de regionale cijfers via de website 'Gezondheidsatlas Hollands Midden' van de GGD beschikbaar zijn.

Sterfte

Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen Noordwijkerhout en Nederland, dan blijkt dat voor vrouwen de totale sterfte lager is dan de sterfte in Nederland en voor mannen gelijk aan Nederland. De sterfte in ZHN is echter zowel voor mannen als vrouwen 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 Noordwijkerhout. 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

Chronische aandoeningen en ziekten komen in het cluster met Noordwijkerhout voor bij 42% 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 ZHN voor de betreffende leeftijdsgroepen.

Chronische ziekten en aandoeningen- top 5 per leeftijdsgroep (ZHN)

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 ZHN, 2005

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 Noordwijkerhout geldt.

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 in het cluster met Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 32% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten.

Vergeleken met Nederland sterven in Noordwijkerhout even veel personen aan deze ziekten. In ZHN 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.

gebied	leeftijd	hart- en vaatziekten
cluster	19-64	1,2%
	65+	16%
ZHN	19-64	1,4%
	65+	16%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

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 als in de gemeente de belangrijkste doodsoorzaak.

voórkomen

In 2005 had 2,2% van de volwassen bevolking van het cluster met Noordwijkerhout een vorm van kanker.

In Noordwijkerhout wordt 29% van de sterfte veroorzaakt door kanker, dit is een even groot deel van de sterfte vergeleken met landelijk. De meest voorkomende soorten kanker in ZHN zijn longkanker, borstkanker en dikkedarmkanker. Bij mannen is longkanker verreweg de meest gediagnosticeerde kankersoort (10% van alle doodsoorzaken), gevolgd door prostaatcancer (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.

gebied	leeftijd	kanker
cluster	19-64	2,2%
	65+	7,5%
ZHN	19-64	1,4%
	65+	8,1%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

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 leeftijdssamenstelling 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.

voorkomen

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

Zowel in de cluster als in ZHN zijn minder personen die chronische luchtwegaandoeningen hebben vergeleken met Nederland.

Luchtwegaandoeningen komen meer voor onder lageropgeleiden en niet-westerse allochtonen.

Zes procent van de personen die overlijden in de gemeente, sterft aan astma of COPD. Dit percentage is gelijk aan de gemiddelde sterfte in Nederland aan astma of COPD. 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%
ZHN	12-17	6,3%
	19-64	7,0%
	65+	10%

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 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, asbest 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.

voorkomen

Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in ZHN geeft aan diabetes te hebben (0,2%). Bij de volwassenen in het cluster met Noordwijkerhout 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.

gebied	leeftijd	diabetes
cluster	19-64	3,1%
	65+	14%
ZHN	19-64	2,6%
	65+	12%
NL	19-64	2%
	65+	15%

Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

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.

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.

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

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Een op de vijf 12-17 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout heeft een indicatie voor psychosociale problemen en 3,2% geeft aan depressief te zijn. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen heeft ruim éénderde 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 ZHN 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 (31%) in het cluster met Noordwijkerhout 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 suicide 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). In ZHN sterven gemiddeld meer mensen aan psychische stoornissen dan in Nederland. In ZHN 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 ZHN.

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 Noordwijkerhout aan het plegen van suïcide, bij de ouderen is dit 2,1% (dit is lager dan in ZHN). Slechts een klein deel doet daadwerkelijk een poging (0,3% van de volwassenen in ZHN). In ZHN 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	6,5%
	65+	2,1%
ZHN	19-64	6,5%
	65+	3,9%

*vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005*

Twee procent van de totale sterfte in Noordwijkerhout en ZHN 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 ZHN 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 suïcidecijfers 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 Noordwijkerhout 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.

gehoor

Van de 12-26 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout mobiliteitsbeperkt en 12% heeft grote moeite of hulp nodig met het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (bijvoorbeeld wassen, 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 één 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 ZHN besproken en daarna de trend.

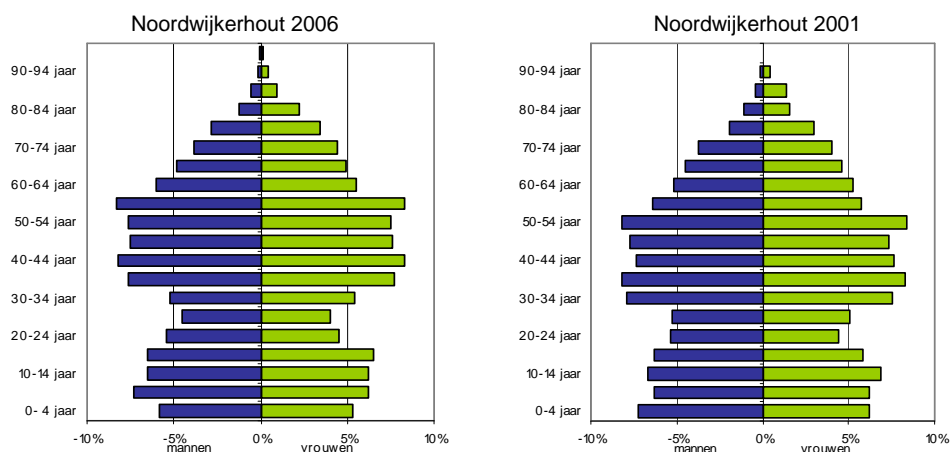
Leeftijd

Van de bevolking in Noordwijkerhout is in 2006 25% jonger dan 20 jaar en 15% is 65 jaar of ouder. De leeftijdsopbouw in de Noordwijkerhout komt vrijwel overeen met die van Nederland.

Vergeleken met 2001 is het percentage 0-4 jarigen en 30-34 jarigen gedaald. Echter het aandeel 55-59 jarigen is in 2006 groter geworden.

Verwacht wordt dat in 2025 in Noordwijkerhout 22% van de bevolking jonger is dan 20 jaar en 23% 65 jaar of ouder. De druk van jongeren en ouderen op de werkenden (20-64 jaar) is groter dan regionaal en landelijk.

De verwachting is dat et inwonersaantal in Noordwijkerhout met 16% zal stijgen tot 2025. Deze stijging is sterker dan in ZHN en landelijk. Het aantal jongeren in de gemeente zal gelijk blijven (ongeveer 4000), terwijl het aantal 65-plussers met ongeveer 2.400 personen stijgen (tot 4.200 in 2025). Dit is meer dan een verdubbeling van het aantal ouderen.



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 Noordwijkerhout 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 ZHN.

Er wordt veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie. Van de 15-17 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout 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%
ZHN	12-14	24%	0,6%
	15-17	77%	10%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeiling jongeren ZHN 2003

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%	--
ZHN	19-64	86%	84%	18%	12%
	65+	76%	--	8,0%	--

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN, schuingedrukt: verschil 2005 t.o.v. 2000
bron: Gezondheidspeilingen ZHN

Regionaal hebben een op de drie jonge mannen en één op de vijf jonge vrouwen (20-ers) hebben 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.

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

¹⁰ Vaak en veel alcohol drinken bij de jongeren is gedefinieerd als minimaal eens per week meer dan vier glazen op één dag drinken.

volwassenen is het percentage dat (zeer) excessief drinkt¹¹ 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 Noordwijkerhout rookt 13% van de jongeren van 12-17 jaar, 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 vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes. In ZHN 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 Noordwijkerhout 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 ZHN. 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	roken	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor
cluster	12-17	13%	20%
	19-64	24%	25%
	65+	13%	--
ZHN	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 ZHN, schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor
bron: peilingen ZHN: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000, ouderen 2005*

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 Noordwijkerhout 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 leeftijdscategorie bleef het cannabisgebruik stabiel.

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

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

*vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: Gezondheidspeiling jongeren ZHN 2003*

¹¹ Excessief drinken is gedefinieerd als: in één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen tenminste zes glazen.

Lichamelijke inactiviteit

In het cluster met Noordwijkerhout voldoet ruim een derde van de volwassenen van 19-64 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen¹² 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 volwassenen¹³; van de 12-17 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout haalt 82% de gestelde norm niet (dit is lager dan in ZHN). Het percentage volwassenen dat weinig sport (minder dan 1x per week) is in vijf jaar tijd toegenomen van 43% naar 48% (nu gelijk aan ZHN 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.

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.

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

bron: Gezondheidsspeelingen ZHN 2005

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.

Van de 12-26 jarigen in het cluster met Noordwijkerhout 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 gemakvoedsel 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.

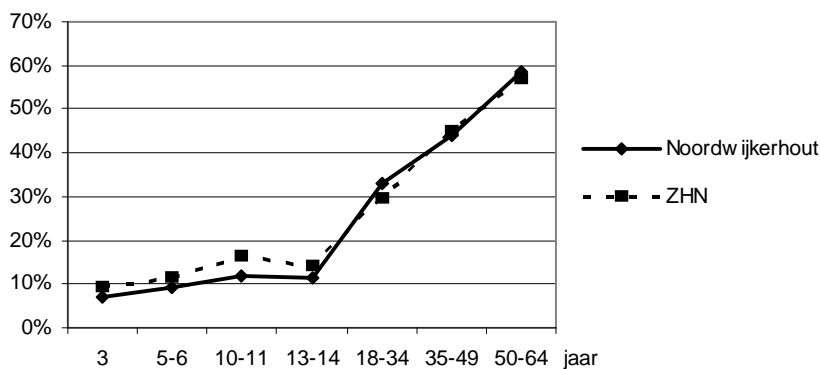
Overgewicht

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.

¹² 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.

¹³ 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.

Het overgewicht van de inwoners in Noordwijkerhout neemt met de leeftijd toe van 7,1% bij 3-jarigen tot rond de 12% bij 10-14 jarigen. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 59% van de 50-64 jarigen. Het verloop van ernstig overgewicht is in Noordwijkerhout gelijk aan dat in ZHN. Van de 3-jarigen heeft 1,5% overgewicht, wat oploopt tot 14% van de 50-64 jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in ZHN vaker overgewicht dan jongens. Daarna komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.



Percentage overgewicht per leeftijd voor (cluster met) Noordwijkerhout en ZHN

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.

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%
ZHN	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%

bron: peilingen ZHN: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000

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 Noordwijkerhout bestaat voor 63% uit koopwoningen (59% in ZHN en 56% landelijk). Dit percentage is de laatste zes jaar minder snel toegenomen dan in ZHN (één 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 Noordwijkerhout ervaart geluidsoverlast (35%).

Het percentage is lager dan vijf jaar daarvoor. Het percentage dat overlast ondervindt van vliegtuigen (21%) is hoger dan gemiddeld in ZHN en is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven, evenals het percentage volwassenen dat aangeeft geluidsoverlast te ondervinden van brommers. Geluidsoverlast van het overig

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

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN, schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005 en 2000

verkeer, van kinderen, jongeren en burens is afgenomen. Landelijk vertoont de ernstige hinder door het geluid van bromfietsen, snelwegen en bouw- en sloofterreinen 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 34% van de inwoners in Noordwijkerhout laag opgeleid; zij hebben hooguit mavo of voorbereidend beroepsonderwijs. Dit percentage is ongeveer gelijk aan ZHN en landelijk (respectievelijk 32% en 33%). Het percentage dat laag opgeleid is, daalt in ZHN 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 voortijdig schoolverlaters (gedefinieerd als 18-24 jarigen zonder startkwalificatie die geen opleiding volgen) was in 1996 18% en in 2004 15%. In ZHN had 18% van de 18-26 jarigen in 2003 geen startkwalificatie, dit percentage is gelijk aan 1998.

Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout lager dan landelijk (2,5% versus 5,9%) en hebben relatief weinig personen een bijstandsuitkering (0,8% versus 3,4% in Nederland). Het percentage arbeidsongeschikten is in Noordwijkerhout vergelijkbaar met Nederland (9,3% versus 8,5%).

Ruim een kwart van de 19-64 jarigen (26%) in het cluster met Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout heeft een risicovolle of problematische schuld (waarvan ruim de helft problematisch). In ZHN is dit het dubbele. Het percentage is in het cluster met Noordwijkerhout het hoogst bij 19-34 jarigen (6,1%) en het laagst bij 65-plussers (2,4%).

Alleenstaanden

In Noordwijkerhout woont 11% van alle inwoners alleen, bijna 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 Noordwijkerhout staat bij 14% van de gezinnen met kinderen één ouder aan het hoofd (gelijk aan ZHN). Nederland heeft een hoger percentage eenoudergezinnen (18%). In Noordwijkerhout is het percentage de afgelopen vijf jaar harder gestegen dan in ZHN en landelijk. Deze toename was (landelijk) vooral groot onder allochtonen. 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, rekt men tot de allochtonen. In vergelijking met landelijke cijfers, zijn in Noordwijkerhout ongeveer even veel westerse allochtonen (7,7%) maar veel minder niet-westerse allochtonen (2,7% 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 ZHN 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 Noordwijkerhout is gestegen (naar 11% westerse en 7,5% 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 Noordwijkerhout (78%) heeft in het voorafgaande jaar contact gehad met de *huisarts*. Dit is hoger dan in ZHN (72%). Van de zelfstandig wonende 65-plussers in het cluster met Noordwijkerhout 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 ZHN 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 Noordwijkerhout hebben vaker een paramedicus bezocht dan gemiddeld in ZHN (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 Noordwijkerhout 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 ZHN 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%).

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%).

Thuiszorg

Van de volwassenen in het cluster met Noordwijkerhout 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 verweduwen) 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 Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout 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 zich 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 Noordwijkerhout 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 Noordwijkerhout maken gebruik van preventieprogramma's (zoals het Rijksvaccinatieprogramma (voor vaccinaties bij kinderen) en de griepvaccinatie voor risicogroepen van de bevolking en voor alle 65-plussers). Zo is 98% van de 9-jarigen in Noordwijkerhout gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (D(K)TP) en 99% tegen bof, mazelen en rode hond (BMR). En van de 65-plussers is 78% de afgelopen winter gevaccineerd tegen griep. Dit percentage is lager dan in ZHN en Nederland. De opkomstpercentages voor de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker zijn respectievelijk 82% en 68%. De percentages stijgen jaarlijks langzaam.

8.3 Bijlage 3 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.

8.4 Bijlage 4 Overzicht taken GGD HM

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 gezondheidsspeilingen 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 zwembadwater, 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, hygiëneadvies, 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.

8.5 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 Noordwijkerhout 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.

8.6 Bijlage 6 De Wet collectieve preventie en volksgezondheid

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Allen, die deze zullen zien of horen lezen, saluut! doen te weten:

Alzo Wij in overweging genomen hebben, dat het wenselijk is een aantal gemeentelijke taken op het gebied van de collectieve preventie in de Wet collectieve preventie volksgezondheid duidelijker te omschrijven en in die wet ook enige rijkstaken op te nemen;

Zo is het dat Wij, de Raad van State gehoord en met gemeen overleg der Staten- Generaal, hebben goedgevonden en verstaan, gelijk Wij goedvinden en verstaan bij deze:

§ 1 Inleiding

Artikel 1

1. In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a) "Onze Minister": Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b) "collectieve preventie": bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking;
- c) "epidemie van infectieziekten": een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens artikel 2 of 3 van de Infectieziektenwet aangewezen ziekte;
- d) jeugdgezondheidszorg: preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid, bedoelde taken.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor één of meer van de bij die maatregel aangewezen taken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg een van het eerste lid, onderdeel d, afwijkende leeftijdsgrens worden vastgesteld, met dien verstande dat de maximumleeftijd ten hoogste op negentien jaar wordt gesteld.

§ 2 Gemeentelijke taken

Artikel 2

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:

- a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld;
- b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; (N.B. Vervallen is: "met gevolgen voor het leefmilieu")
- c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- d) het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
- e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
- f) het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3

1. De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.

2. Onze Minister kan ter zake van de bestrijding van een epidemie van infectieziekten een aanwijzing geven aan de gemeenteraad, indien deze niet of niet naar behoren maatregelen treft ter bestrijding van de epidemie, terwijl er ernstig gevaar voor de volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding van de desbetreffende infectieziekte te verwachten is.

3. Onze Minister pleegt over een voornemen tot het geven van een aanwijzing overleg met de gemeenteraad. Hij deelt het nemen van de aanwijzing, onder vermelding van de reden daarvoor, mede aan de beide kamers van de Staten-Generaal.

Artikel 3a

1. De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

2. Ter verwezenlijking van het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:

a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren;

b) het ramen van de behoeften aan zorg;

c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van de perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïde (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.

d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;

e) het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid genoemde taken nader worden uitgewerkt.

Artikel 3b

De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij ten minste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.

Artikel 4

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.

2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens artikel 3 opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

Artikel 5

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.

2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

Artikel 5a

Met inachtneming van bij algemene maatregel van bestuur te stellen regels staat het de gemeenteraad vrij om de taken of onderdelen van taken, als bedoeld in artikel 3a, tweede lid, onder a tot en met d, te laten uitvoeren door de instellingen voor zorg aan ouder en kind, als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanpakken bijzondere ziektekostenverzekering.

Artikel 6

1. De gemeenteraad draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:

a) geneeskunde;

b) epidemiologie;

c) verpleegkunde;

- d) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- e) tandzorg;
- f) gedragswetenschappen;
- g) informatica.

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

§ 3 Rijkstaken

Artikel 7

1. Onze Minister bevordert de kwaliteit en de doelmatigheid van de collectieve preventie.
2. Hij stelt voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar bij nota landelijke prioriteiten vast op het gebied van de collectieve preventie.
3. Hij stelt in ieder geval eenmaal per vier jaar een landelijk programma vast voor uitvoering van onderzoek op het terrein van collectieve preventie.
4. Hij draagt zorg voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.
5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

Artikel 7a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.
2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

§ 4 Gegevensverstrekking

Artikel 8

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder a, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan gemeenten door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.
3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

§ 5 Slotbepalingen

De artikelen 9 tot en met 13 vervallen (De artikelen betroffen oude overgangsbepalingen)

Artikel 14

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden gesteld.

Artikel 15

Deze wet kan worden aangehaald als 'Wet collectieve preventie volksgezondheid'.

Wat zegt de WCPV over de gemeentelijke nota

In de nieuwe WCPV bevat artikel 3b de opdracht aan gemeenten om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Dit artikel stelt vervolgens dat daarin in elk geval enkele andere verplichtingen die uit de WCPV voortvloeien een plek moeten hebben, die slechts met hun artikelnummer worden aangehaald. Daardoor omvat dit korte artikel feitelijk een groot aantal WCPV-taken, die hieronder worden aangegeven, zodat de omvang van de verplichte inhoud van de nota inzichtelijk wordt.

Artikel 3b

De gemeenteraad stelt voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast, waarin hij tenminste aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting.

Artikel 2

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
 - a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld;
 - b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
 - c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
 - d) het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;
 - e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;
 - f) het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder a en onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3

1. De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, waaronder in ieder geval wordt verstaan algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting en begeleiding.

Artikel 3a

1. De gemeenteraad draagt eveneens zorg voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
 - a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en adrenogenitaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;

- d) het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- e) Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Artikel 5, tweede lid

Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

De memorie van toelichting over de gemeentelijke nota

Bij de WCPV is in de memorie van toelichting over alle taken neergezet wat de strekking van die taken is, waarom er besloten is tot een nadere omschrijving of een aanvulling en welke activiteiten verband houden met deze taken. Dit deel van de MvT volgt hieronder. Specifieke aandachtspunten zijn vet gedrukt. "Al bij brief van 20 mei 1997 werd het voorstel van de Commissie-Lemstra onderschreven om in de WCPV de opdracht aan de gemeente op te nemen om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft met haar projecten van regionale gedachteswisselingen en het VNG/GGD Nederland-project «van intenties naar inhoud» haar instemming laten blijken. Een aantal gemeenten heeft al dergelijke nota's uitgebracht. Door in de WCPV met zoveel woorden op te nemen dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid vaststellen worden gemeenten uitgenodigd hun ambities op het gebied van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren. Het beleid van de gemeente inzake openbare gezondheid moet meer omvatten dan uitvoering van de WCPV door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn). Het past ook bij het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie om het draagvlak voor de basistaken te versterken en te behouden. De gemeenteraad geeft in de nota aan hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting. Verwacht mag worden dat de gemeenteraad daarbij ingaat op de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie die de minister elke vier jaar vaststelt. Gezien artikel 2, tweede lid, onder a, zullen de gemeenten in de nota een beschrijving geven van de gezondheidstoestand van hun inwoners, doelen stellen op populatieniveau en verbanden aangeven met andere gemeentelijke beleidsterreinen. Verder ligt voor de hand dat gemeenten bij het stellen van streefdoelen en het vastleggen daarvan samenwerken met buurgemeenten, met zorgverzekeraars, met zorgaanbieders en met patiënten/consumentenorganisaties. De gemeentelijke beleidsnota kan ook aandacht besteden aan de verbetering van de communicatie over het beleid, van de bereikbaarheid (alarmnummers, en dergelijke) en van de kenbaarheid voor burgers. De nota's zullen naar verwachting aangeven op welke punten een gemeente- overstijgende aanpak wordt gevolgd. Het staat de gemeenten, die hun taken op het gebied van de collectieve preventie hebben gebundeld in een regionale gezondheidsdienst, vrij om in onderling overleg te komen tot een gezamenlijke nota met desgewenst specifieke paragrafen voor elke gemeente afzonderlijk. Het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie om aan de nota een plan van aanpak toe te voegen wordt ondersteund. Gemeenten formuleren regelmatig beleidsvisies over delen van hun gezondheidsbeleid, al dan niet als onderdeel van nota's op terreinen als ouderenbeleid, jongerenbeleid, welzijn of wonen; de nota gezondheidsbeleid kan naar dergelijke passages verwijzen, want de nu in de WCPV op te nemen verplichting is zeker geen uitnodiging dubbel werk te doen. De voorgestelde verschijningsfrequentie van de gemeentelijke nota van eens per vier jaar sluit aan bij het ritme van de gemeenteraadsverkiezingen. Ook uit het oogpunt van het tempo waarin maatschappelijke verschuivingen optreden lijkt vier jaar een geschikte frequentie.

8.7 Bijlage 7 Gebruikte afkortingen

AA	Anonieme Alcoholisten
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

9 Geraadpleegde literatuur

Hoofdstuk 1 Inleiding

1. Gemeente Noordwijkerhout
<http://www.noordwijkerhout.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. Postma, GC., Bus, GCA., *Visie Hillegom, Lisse en Noordwijkerhout: Basis voor samenwerking? Groeidocument*. 18 augustus 2005. Uitgebracht aan: Gemeenten Hillegom, Lisse en Noordwijkerhout, Deloitte Touche Tohmatsu.
6. Wijngaarden van, R., Pajmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
7. Regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
<http://www.rcgzhn.nl>
8. Ministerie van VWS: *Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg*, januari 2005
http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg_tcm19-96761.pdf
9. 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>
10. 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>

Hoofdstuk 4 Terugblik en stand van zaken

11. Gemeente Noordwijkerhout
<http://www.noordwijkerhout.nl>

Hoofdstuk 5 De belangrijkste feiten gezondheidssituatie Noordwijkerhout

12. Laar, A., Pajmans, I., Tielen, H. (2003-2004). *Factsheets Jongerenpeiling 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
13. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt*. Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.

14. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. RIVM, Bilthoven.
15. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004*. TNO Kwaliteit van leven, Leiden.
16. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
17. 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.
18. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005*. GGD Midden Holland, Leiden.
19. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
20. Stivoro. *Roken, de harde feiten 2005*. Jeugd en Volwassenen
21. Nationaal Kompas Volksgezondheid
www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl
22. Nationale Atlas Volksgezondheid
www.zorgatlas.nl
23. CBS Statline
www.statline.nl
24. Milieu & Natuurcompendium
www.mnp.nl

Hoofdstuk 6 Beleidsprioriteiten

25. Van Kesteren, DJ. (2004) *Nuchter beleid. Adviesrapport over lokale mogelijkheden ter preventie van alcohol- of drugsmisbruik van jeugdigen*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
26. Van Wijngaarden, R. (november 2005). *Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht. Een handreiking voor gemeenten*. GGD Zuid-Holland Noord, publicatienummer 05028, Leiden.
27. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
28. 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.
29. Storm I, et al. (2006) *Een gezonde omgeving ter preventie van gewichtsstijging: nationale en lokale mogelijkheden*. RIVM rapport 270061002, Bilthoven.
30. Voedingscentrum
www.voedingscentrum.nl
31. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
www.rivm.nl

Hoofdstuk 7 Uitvoering van de nota lokaal gezondheidsbeleid

Hoofdstuk 8 Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

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

Bijlage 2 De Gezondheidssituatie

33. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004). *Factsheets Jongerenpeiling 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
34. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt*. Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
35. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. RIVM, Bilthoven.
36. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004*. TNO Kwaliteit van leven, Leiden.
37. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
38. 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.
39. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005*. GGD Midden Holland, Leiden.
40. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
41. Stivoro. *Roken, de harde feiten 2005*. Jeugd en Volwassenen
42. Nationaal Kompas Volksgezondheid
www.rivm.nl / www.nationaalkompas.nl
43. Nationale Atlas Volksgezondheid
www.zorgatlas.nl
44. CBS Statline
www.statline.nl
45. Milieu & Natuurcompendium
www.mnp.nl

Bijlage 3 De Wmo- prestatievelden

46. 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

47. 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

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

49. Vereniging van Nederlandse gemeenten
<http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=57480&it=3>

Bijlage 6 De Wet collectieve preventie en volksgezondheid

50. Vereniging van Nederlandse gemeenten
<http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=57480&it=3>
Tekst geldend op: 06-08-2007