

“Nog meer gezonde jaren”

vervolg op de nota “Naar meer gezonde jaren”



**Lokaal Gezondheidsbeleid
Gemeente Hillegom
2008 - 2012**

Colofon

Auteur: Nynke de Jonge
Opdrachtgever: Gemeente Hillegom
Publicatienummer: 08003
Uitgiftemaand: mei 2008
Uitgever: GGD Hollands Midden
Bestellen: GGD HM, Documentatiecentrum, Postbus 121, 2300 AC Leiden

Inhoudsopgave	
Samenvatting	5
1 Voorwoord	7
2 Inleiding	9
2.1 Wijze totstandkoming nota	9
2.2 Leeswijzer	9
3 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid	11
3.1 Invloed op gezondheid	11
3.2 De rol van de gemeente	12
3.3 Integraal gezondheidsbeleid	12
4 Actuele beleidsontwikkelingen	15
4.1 Inleiding	15
4.2 Landelijke ontwikkelingen	15
4.2.1 Rijkspreventienota	15
4.2.2 Veranderingen op het gebied van zorg en welzijn	16
4.2.3 Volksgezondheid Toekomstverkenning	17
4.2.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd	18
4.3 Regionale ontwikkelingen	20
4.3.1 Regionale Commissie Gezondheidszorg	20
4.3.2 Maatschappelijke opvang en Verslavingszorg	21
4.3.3 Jeugdbeleid	21
4.4 Lokale ontwikkelingen	22
4.4.1 Jeugdbeleid	22
4.4.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering	22
4.4.3 Ouderenbeleid	22
4.4.4 Gehandicaptenbeleid	23
4.4.5 Ruimtelijke ordening	23
4.4.6 Veiligheidsbeleid	23
4.4.7 Wonen	23
4.4.8 Wmo	24
5 Terugblik en stand van zaken	25
5.1 Inleiding	25
5.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten 2003-2007	25
5.2.1 Overmatig alcoholgebruik	25
5.2.2 Opvoedkundige omgeving voor kinderen/jeugd niet optimaal	26
5.2.3 Onvoldoende afstemming en samenwerking instanties	27
5.2.4 Onvoldoende integratie van mensen met beperkingen	28
5.2.5 Ontbreken van gezondheidsfacetbeleid op terrein van verkeer, milieu, volkshuisvesting en ruimtelijk ordening	28
5.2.6 Toegankelijkheid en afstemming voorzieningen jeugdzorg onvoldoende	28
5.2.7 Stress door drukke leefstijl	28
5.2.8 Afbrokkelen sociale verbanden, eenzaamheid en omgaan met verlies	28
5.2.9 Ongezonde leefstijl	28
5.2.10 Voorlichting over zorgvoorzieningen onvoldoende en versnipperd	29
5.2.11 Onvoldoende aandacht voor allochtone inwoners, illegalen en vluchtelingen	29
5.2.12 Onvoldoende voorlichting beweging en gezondheid en ouderen	29
5.2.13 Onvoldoende huisvesting ouderen	30
5.3 Conclusie	30
6 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Hillegom	33
7 Beleidsprioriteiten	37
7.1 Inleiding	37
7.2 Schadelijk alcoholgebruik	37
7.2.1 Probleemomschrijving	37
7.2.2 De lokale situatie:	38
7.2.3 Wat gebeurt er al?	38
7.2.4 Wat willen we bereiken?	38

7.2.5	Op wie richten we ons?.....	38
7.3	Overgewicht.....	39
7.3.1	Probleemomschrijving.....	39
7.3.2	De lokale situatie.....	39
7.3.3	Wat gebeurt er al?.....	39
7.3.4	Wat willen we bereiken?.....	40
7.3.5	Op wie richten we ons?.....	40
7.4	Roken.....	40
7.4.1	Probleemomschrijving.....	40
7.4.2	De lokale situatie.....	40
7.4.3	Wat gebeurt er al?.....	41
7.4.4	Wat willen we bereiken?.....	41
7.4.5	Op wie richten we ons?.....	41
7.5	Diabetes.....	41
7.5.1	Probleemomschrijving.....	41
7.5.2	De lokale situatie.....	41
7.5.3	Wat gebeurt er al?.....	41
7.5.4	Wat willen we bereiken?.....	42
7.5.5	Op wie richten we ons?.....	42
7.6	Depressie.....	42
7.6.1	Probleemomschrijving.....	42
7.6.2	De lokale situatie.....	42
7.6.3	Wat gebeurt er al?.....	42
7.6.4	Wat willen we bereiken?.....	43
7.6.5	Op wie richten we ons?.....	43
8	Uitvoering van de nota.....	45
8.1	Uitvoering.....	45
8.2	Communicatie.....	45
8.3	Evaluatie.....	46
8.4	Financiën.....	46
8.5	Activiteitenplan.....	47
9	Bijlagen.....	55
9.1	Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen.....	55
9.2	Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de inwoners van Hillegom.....	58
9.3	Bijlage 3 Wmo- prestatievelden.....	73
9.4	Bijlage 4 Overzicht taken GGD HM.....	74
9.5	Bijlage 5 De Wettelijke verplichtingen voor de gemeente.....	77
9.6	Bijlage 6 De Wet collectieve preventie en volksgezondheid.....	79
9.7	Bijlage 7 Gebruikte afkortingen.....	85
10	Geraadpleegde literatuur.....	86

Samenvatting

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

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

Veel inwoners van Hillegom ervaren de eigen gezondheid als positief. De totale sterfte in Hillegom is hoger dan landelijk. De sterfte aan astma/COPD en psychische stoornissen in Hillegom is hoger dan 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 Hillegom hoger dan landelijk of regionaal. Jongeren van 15-17 jaar drinken vaker alcohol en het percentage excessief drinkende volwassenen is gestegen. In Hillegom 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 Hillegom is matig eenzaam en 6,8% ernstig.

De gemeente heeft gekozen voor vijf beleidsprioriteiten op basis van de gezondheidsgegevens van de gemeente Hillegom 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 Hillegom bewegen niet genoeg. Voldoende bewegen draagt bij aan vermindering van ziekte en sterfte. Intensieve activiteiten, zoals hardlopen of voetballen, verbeteren bovendien de conditie van hart en longen en voldoende bewegen kan het beloop van ziekte gunstig beïnvloeden. Inwoners kunnen bewegen veel meer integreren in het dagelijkse leven. Het is belangrijk dat meer volwassenen en kinderen gaan voldoen aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen. Bijna iedereen weet wel het belang van gezonde voeding. Echter eten veel mensen te veel en verkeerd. Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de gezondheid. Gezond eten levert een belangrijke bijdrage aan een gezond leven. Het levert de voedingsstoffen die nodig zijn om het lichaam gezond te houden. Ongezond eten is onder meer een belangrijke risicofactor voor doodsoorzaak nummer één in Nederland: hart- en vaatziekten. Een disbalans tussen voeding en bewegen is de belangrijkste oorzaak voor overgewicht. Er moet meer bewustwording ontstaan over het probleem overgewicht en het belang van bewegen en gezonde voeding. 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.

I Voorwoord

Volksgezondheid een zaak van ons allen

Zorg dragen voor de volksgezondheid is, samen met het rijk, een taak voor de gemeente. Maar ook elk individu heeft een verantwoordelijkheid bij te dragen aan een gezondere leefomgeving. Het kan niet alleen een taak van de overheid zijn. In ons gedrag zijn we slechte of goede voorbeelden voor elkaar en voor onze jeugd. Dat vraagt om bewuster met gezondheid omgaan.

De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid in Hillegom besloeg de periode 2003 – 2007. Deze thans voorliggende nota is vanaf 2008 van kracht en borduurt deels voort op het beleid van 2003-2007. De Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) regelt daartoe sinds 1989 de relatie tussen het rijk en de gemeenten ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. Deze wet verlangt dat iedere gemeente iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt.

We hebben er voor gekozen om deze nota in samenwerking met de collega-gemeenten Noordwijkerhout en Lisse op te stellen. Waar het kan bundelen wij de krachten en zullen mogelijke gezondheidsproblemen samen aanpakken. 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 input van ambtenaren volksgezondheid heeft de GGD een voorstel gemaakt voor de beleidsprioriteiten en oplossingsrichtingen aangedragen welke in deze gezondheidsnota verder zijn uitgewerkt.

Deze nota draagt bij aan de gezondheid van een ieder vanuit het besef dat we dit in een gezamenlijke verantwoordelijkheid doen.

Gerrit Kleijheeg,

Wethouder



2 Inleiding

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

De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid besloeg de periode 2003 – 2007. Deze voorliggende nota is vanaf 2008 van kracht en borduurt deels voort op het beleid van 2003-2007. Sommige knelpunten die toen zijn aangepakt, zijn nog steeds actueel en verdienen daarom ook nog steeds aandacht. Verder wordt in deze nota uitéengezet wat de gemeente verstaat onder gezondheid en hoe zij haar rol ziet op dit terrein. Vanuit deze visie, de landelijke en lokale kaders die de gezondheidsbeleid beïnvloeden en de actuele gezondheidssituatie van de inwoners, worden de actuele gezondheidsproblemen benoemd. Deze gezondheidsproblemen worden nader omschreven en hieraan zijn actiepunten gekoppeld voor de aankomende vier jaren.

2.1 Wijze totstandkoming nota

Onze gemeente heeft ervoor gekozen om deze nota in samenwerking met collega-gemeente Noordwijkerhout en Lisse op te stellen vanwege onze intentie tot samenwerking. Dit houdt in dat waar mogelijk wordt samengewerkt op het gebied van uitvoerende en beleidsvoorbereidende taken. Dit vooruitlopend op het ontwikkelen van een gezamenlijke strategische visie voor de drie gemeentes voor de komende 15 à 20 jaar. Waar het kan bundelen wij de krachten en zullen mogelijke gezondheidsproblemen samen aanpakken. 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 input van ambtenaren volksgezondheid heeft de GGD een voorstel gemaakt voor de beleidsprioriteiten en oplossingsrichtingen aangedragen. Samen met de GGD heeft de gemeente de definitieve beleidsprioriteiten bepaald welke in deze gezondheidsnota zijn uitgewerkt.

2.2 Leeswijzer

In hoofdstuk 3 wordt onze visie op volksgezondheid uitéengezet. In hoofdstuk 4 worden de kaders aangegeven: de belangrijkste landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen die van invloed zijn op het gezondheidsbeleid. In hoofdstuk 5 wordt teruggeblikt op de beleidsdoelstellingen uit de vorige nota. Er wordt gekeken in hoeverre de genoemde actiepunten zijn opgepakt. Hierna wordt in hoofdstuk 6 de gezondheidssituatie van de gemeente beschreven. Hoofdstuk 7 beschrijft de beleidsprioriteiten van de gemeente Hillegom voor de komende vier jaar, waarna in hoofdstuk 8 het activiteitenplan wordt beschreven. Alle overige informatie met betrekking tot de nota volksgezondheid is opgenomen in verschillende bijlagen.

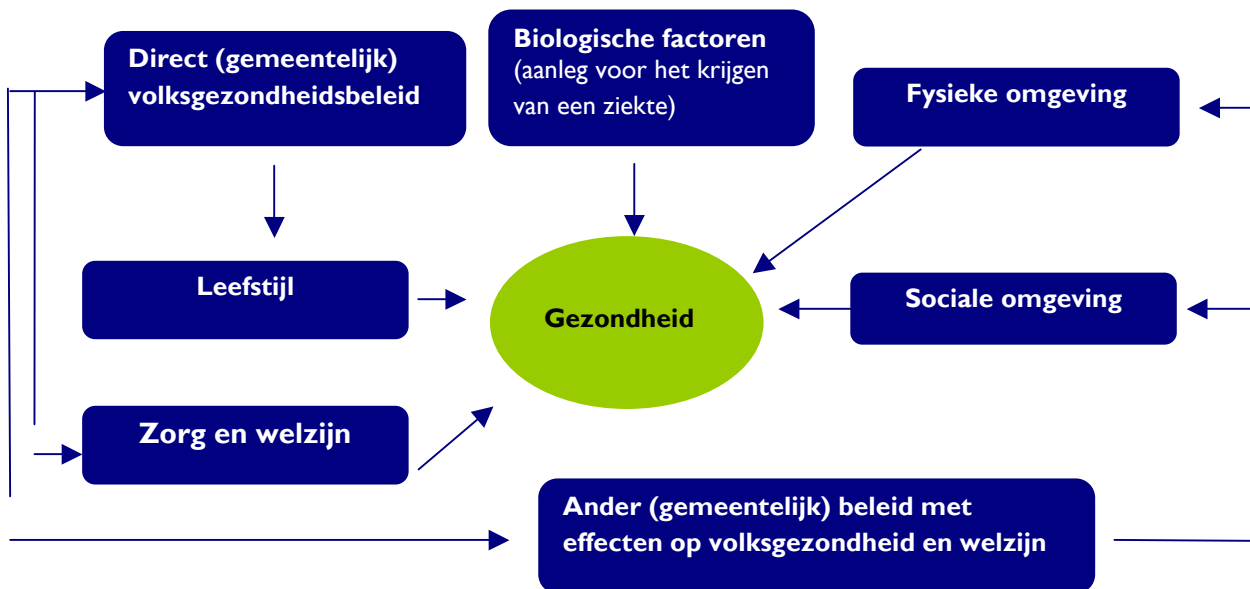
3 Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

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.

3.1 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.

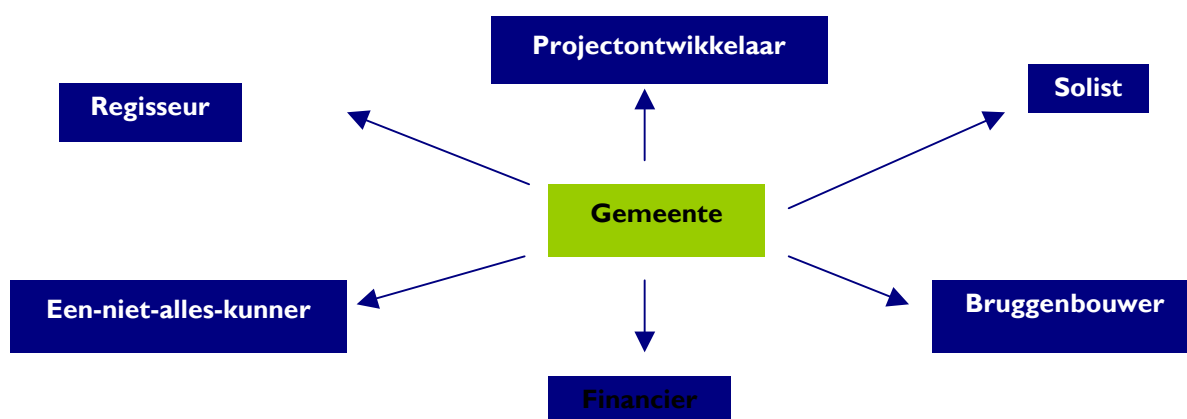
3.2 De rol van de gemeente

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.



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

Kenmerken en voorwaarden voor integraal gezondheidsbeleid zijn:

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

4 Actuele beleidsontwikkelingen

4.1 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.

4.2 Landelijke ontwikkelingen

4.2.1 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 Wcgv 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 volwassenen 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).

4.2.2 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 financieringssystemen: de Zorgverzekeringswet (dit geldt voor de 'curatieve' AWBZ-zorg) of de Wmo (dit geldt voor de op ondersteuning gerichte zorg).

De invoering van de Wmo

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

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

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

Het belangrijkste oogmerk van de Wmo is het bevorderen van maatschappelijke

¹ Zie bijlage 3 voor de Wmo-prestatievelden.

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

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

Tabel I 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

4.2.3 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 websites² en rapporten. De belangrijkste ontwikkelingen worden elke vier jaar samengebracht in een VTV. In de recente uitgave van 2006 luiden de belangrijkste bevindingen als volgt:

- de levensverwachting van de Nederlander is weer iets hoger dan voorgaande jaren;
- de extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren;
- de Nederlandse gezondheid scoort in vergelijking met Europa heel behoorlijk, maar behoort niet tot de top;

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

- 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.

4.2.4 De laatste ontwikkelingen op het gebied van jeugd

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

Wet op de jeugdzorg

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

Met deze wet hebben gemeenten vijf taken toebedeeld gekregen:

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

Jeugdbeleid

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

Centra voor jeugd en gezin

Het Rijk wil dat er vanaf 2007 in elke wijk of gemeente één Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) komt. Hier moeten ouders, kinderen, jongeren en professionals snel, gemakkelijk en vanzelfsprekend

terecht kunnen met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. Het is de bedoeling dat aan het eind van deze kabinetsperiode een landelijk dekkend netwerk van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) is gerealiseerd. In principe is het CJG bedoeld voor iedereen met vragen en problemen over opvoeden en opgroeien. Het is een duidelijk loket waar men gemakkelijk terecht kan. Bijvoorbeeld in de nabijheid van school, buurt/wijk, eerstelijnsgezondheidszorg. Het CJG voert functies uit op het gebied van de algemene en preventieve gezondheidszorg en jeugdbeleid. Bijbehorende taken die in het CJG gebundeld worden, zijn:

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

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

Elektronisch Kinddossier (EKD)

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

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

Verwijsindex

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

Coördinatie van zorg voor gezinnen met meervoudige problematiek (gezinscoach)

In 2008 moet er:

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

Operatie JONG

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

Jeugdzorgbrigade

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

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

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

4.3 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.

4.3.1 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.

4.3.2 Maatschappelijke opvang en Verslavingszorg

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

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

Openbare geestelijke gezondheidszorg

Meldpunt Zorg en Overlast

Sinds 1997 bestaat het Meldpunt Zorg en Overlast. Het Meldpunt is er voor de groep sociaal kwetsbaren die het zelfstandig niet redt en voor wie maatschappelijke uitval dreigt, vooral doordat de hulp- en dienstverlening hen om diverse redenen niet of onvoldoende bereikt. Zowel burgers als hulp- en dienstverleners kunnen melden. Het meldpunt maakt nu onderdeel uit van het basispakket voor alle gemeenten vallend onder GGD HM. Het Meldpunt registreert de meldingen, brengt de problematiek in kaart en stelt een plan van aanpak op, leidt toe naar en coördineert de hulp- en dienstverlening, adviseert en informeert de samenwerkingspartners en monitort het proces. Het Meldpunt heeft op dit moment een coördinerende functie in de regiodekkende lokale zorgnetwerken en het bemoeizorgteam Leiden, en in de netwerkoverleggen rond multiproblemgzinnen, alsook rond de uitvoering Wet Preventief Huisverbod en het pilotproject ex-gedetineerden. Momenteel wordt in een werkgroep nagedacht over het realiseren van één centraal meld- en coördinatiepunt voor de totale groep sociaal kwetsbaren (voor zover in beeld) van dreigende uitvallers, daadwerkelijk uitgevallenen tot weer rehabiliterende en opnieuw terugvallende kwetsbaren. De meerwaarde van één centraal meld- en coördinatiepunt is dat het centreren het makkelijker maakt om een actueel overzicht te hebben en te houden over aard en omvang van de doelgroep sociaal kwetsbaren, maar ook als bron van informatie over trends en ontwikkelingen in vraag en aanbod op dit beleidsterrein.

Regionaal Kompas Zuid-Holland Noord

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

4.3.3 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.

4.4 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.

4.4.1 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, is beschreven in de Wmo beleidsnota.

Het in de Duin- en Bollenstreek functionerende virtueel Jongerenloket is een samenwerkingsverband aangegaan op het gebied van onderwijs, zorg en het voorkomen van vroegtijdig schoolverlaten. Uit onderzoeken blijkt dat er behoefte is aan het fysiek maken van dit Jongerenloket. De gemeente zal hier vanaf 2008 een structurele gemeentelijke bijdrage aan leveren. Voor de toekomstige beleidsontwikkeling wordt hierbij vervolgens doorverwezen naar de nota lokaal jeugdbeleid.

4.4.2 Sportbeleid en bewegingsstimulering

Een groot deel van de inwoners beweegt onvoldoende. 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. Reeds zijn er verschillende afspraken gemaakt zoals in Alliantie School & Sport (betere samenwerking tussen scholen en sportverenigingen), Convenant Overgewicht (overheid en industrie, horeca en andere organisaties) en de Breedtesportimpuls.

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

In 2008 wordt de sportvisie ontwikkeld, met besluitvorming in het eerste kwartaal van 2009. Op dit moment hebben drie scholen, die vallen onder de Sofiastichting, op tijdelijke basis een vakleerkracht aangesteld, waarvoor budget beschikbaar is tot en met het schooljaar 2007/2008. Om tenminste de huidige voorziening op het terrein van jeugdgyrnastiek voor het schooljaar 2008/2009 veilig te stellen, wil de gemeente de jeugd sportpas afschaffen, hiervan wordt maar beperkt gebruik gemaakt. Vakleerkrachten op de basisschool bereiken alle leerlingen. De aanwezigheid van een vakleerkracht Bewegingsonderwijs is in het belang van de basisschooljeugd op alle scholen. (hier is inmiddels geld voor beschikbaar gesteld)

4.4.3 Ouderenbeleid

Het uitgangspunt van de gemeente is 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.

Daarnaast vindt de gemeente het belangrijk ouderen goed te kunnen informeren over allerlei zaken waar zij met het stijgen van de leeftijd mee te maken krijgen. Inmiddels is er het lokaal loket Hillegom. Hier kunnen ouderen terecht met al hun vragen over wonen, zorg, welzijn en inkomen. Er is behoefte aan meer woningen voor ouderen: goedkope woningen, dure woningen, huurwoningen, koopwoningen, woningen bij een verzorgingshuis en 'levensloopbestendige' woningen.

Momenteel buigt de gemeente zich over de komst van een seniorenpodium met betrekking tot wonen, zorg en welzijn. Dit is een initiatief van de ouderenbond. Ook de Stichting Welzijn Ouderen Hillegom (SWOH) en de HOZO willen hierin gaan participeren. Het is de bedoeling dat het podium een gemeentelijke status krijgt. In september/oktober 2007 neemt de gemeente hier een besluit over.

4.4.4 Gehandicaptenbeleid

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

4.4.5 Ruimtelijke ordening

De invloed van milieu, zowel het binnen als buitenmilieu, op de gezondheid van mensen staat steeds hoger op de agenda: heel recent is er aandacht voor binnenmilieuproblemen in relatie tot schoolprestaties. De scholen in Hillegom hebben allemaal een meetapparaat ontvangen voor het binnenmilieu.

De gemeente heeft op initiatief van de Milieudienst West-Holland samen met de gemeenten Alkemade, Noordwijkerhout, 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.

Bij het ontwikkelen van een duurzame wijk zijn veel partijen betrokken. Het is belangrijk dat deze in een zo vroeg mogelijk stadium samen praten en denken over duurzame oplossingen. Het beleidskader biedt een overzicht van het bovenwettelijk beleid op duurzaamheidsgebied dat in de gemeente is vastgesteld. Aangegeven wordt in welke fase van het planproces welke onderwerpen aan de orde komen. Belangrijk onderdeel vormt een ambitietabel, met 18 duurzaamheidsthema's, van gezondheid tot economische vitaliteit. Van deze ambities dient een gemeente minimaal één thema te kiezen als vertrekpunt bij elk ruimtelijk project.

4.4.6 Veiligheidsbeleid

In 'Samenwerken aan veiligheid' 2005 – 2007 is de doelstelling: het bevorderen van de veiligheid en het veiligheidsgevoel van de inwoners van Hillegom en het voorkomen van risico's die hun veiligheid kunnen aantasten. De gemeente Hillegom, politie Hollands-Midden Team Hillegom/ Lisse, de lokale horeca en Koninklijk Horeca Nederland gaan meer samenwerken om het huidige uitgaansgebied in Hillegom veiliger te maken. Hiervoor zetten deze partijen het instrument Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan in. De partijen hebben een samenwerkingsovereenkomst ondertekend in februari 2007. In de Kwaliteitsmeter wordt beschreven op welke manier de partijen gaan samenwerken, welke maatregelen er moeten komen en hoe die uitgevoerd worden.

Bij de uitwerking van de maatregelen kunnen ook andere partijen, zoals bewoners en het uitgaanspubliek hun stem laten horen. Het doel is gezamenlijk de gezellige sfeer te behouden en de veiligheid voor iedereen te vergroten.

4.4.7 Wonen

Het aantal ouderen neemt toe en het aantal jongeren neemt af. Dit is een landelijke trend die niet specifiek is voor Hillegom. De trend wordt in de Bollenstreek echter wel versterkt door het geringe aanbod van betaalbare woningen. Starters, vooral in de leeftijdscategorie tussen 25 en 35 jaar, kunnen zich daarom nauwelijks vestigen. Een te eenzijdige samenstelling van de bevolkingsopbouw is ongewenst. De levendigheid neemt af, bijvoorbeeld als het aantal kinderen erg klein is, het draagvlak voor sommige voorzieningen wordt minder en een aantal maatschappelijke functies kan minder goed

worden vervuld. In de visie van de gemeente is er vooral aandacht voor het behouden en aantrekken van de bevolkingsgroep tussen de 25 en 35 jaar.

Het aanbod van betaalbare (eensgezins) huur- en koopwoningen moet stijgen. Er wordt geïnvesteerd in het aantrekkelijk maken van de dorpen voor de doelgroep tussen 25 en 35 jaar. Mogelijkheden hiertoe liggen op het gebied van sportvoorzieningen, kinderopvang, bibliotheek, scholen, muziek, terrassen of film.

4.4.8 Wmo

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

De visie voor het Wmo beleid is:

Hillegom, Lisse en Noordwijkerhout willen gemeenten zijn waar het prettig wonen, leven en werken is.

Daarbij horen goede voorzieningen, waardoor de burgers in staat zijn te participeren in de samenleving.

De eigen verantwoordelijkheid van de inwoners staat centraal, maar de gemeente stelt zich als een betrokken meelevende instantie op wanneer ondersteuning noodzakelijk blijkt.

Met onze partnergemeenten willen we op het terrein van maatschappelijke ondersteuning een gezamenlijk beleid gaan voeren. Daarbij zal (voor zover het de Wmo betreft) uitgegaan worden van de kaders die het Rijk gesteld heeft, maar wordt wel nadrukkelijk gezocht naar een invulling die aansluit bij de situatie in de drie gemeenten. De uitgangspunten van de drie gemeenten zijn voor beleid op het gebied van maatschappelijke ondersteuning zijn:

1. de klant staat altijd centraal;
2. de gemeente werkt vraaggestuurd;
3. de belangen van het individu en de persoonlijke aandacht mogen niet worden verdreven door grootschaligheid en efficiency;
4. er wordt echter niet boven het niveau van de financiële tegemoetkoming van het Rijk vergoed;
5. er zal worden geïnvesteerd in voorzieningen voor ouderen om aan te kunnen sluiten op de toename en de veranderingen in de vraag.

Maatschappelijke opvang en verslavingszorg

De GGD heeft de 'Handreiking Beleidsadvisering 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. De onderdelen die hierin opgenomen zijn:

- het beleidsmatig kader;
- de laatste wet- en regelgeving op het gebied van genotmiddelen;
- epidemiologische gegevens;
- mogelijkheden voor lokale beleidsvorming;
- een aanbod voor beleidsondersteuning en advisering.

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. De gemeente heeft 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. Onze gemeente heeft aangegeven ook vanaf 2007 hiervoor ondersteund en geadviseerd te willen worden door de GGD HM. De gemeente is verplicht een verslavingsbeleid te formuleren dat past binnen het hiervoor opgestelde WMO prestatieveld, zie ook de nota Wmo.

5 Terugblik en stand van zaken

5.1 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.

5.2 Stand van zaken beleidsprioriteiten 2003-2007

5.2.1 Overmatig alcoholgebruik

Doelstelling: probleemsigalering verbeteren door voorlichting over alcoholgebruik aan ouders en jonge tieners door GGD HM, gemeente, AMW en Parnassia.

Uitvoering:

- Voorlichting basisonderwijs: Verslavingspreventie binnen het basisonderwijs wordt in opdracht van de gemeente uitgevoerd door de GGD HM³. Tevens zet de politie Hollands-Midden voorlichtingsactiviteiten in⁴. De meeste basisscholen nemen deel aan één van bovengenoemde preventieprogramma's. De Fontein en de Rembrandt zetten het programma "Weet wat je wilt!" in. De Johannes en Jozefschool zullen waarschijnlijk in 2007 – 2008 het programma uitvoeren. Daarnaast heeft de GGD alle scholen aangeschreven voor de prijsvraag "Wegwezen!" waarin het gevaar van roken centraal staat. Hoeveel scholen hieraan gaan meedoen is nog niet bekend.
- Voorlichting voortgezet onderwijs: Verslavingspreventie binnen het voortgezet onderwijs wordt tevens in opdracht van de gemeente uitgevoerd door de GGD HM. Hiervoor wordt het voorlichtingsprogramma "De gezonde school en genotmiddelen" ingezet⁵. In Hillegom zijn twee VO-locaties van het Fioreticollege; Paulus en Bernardus. Elk jaar wordt extra aandacht geschonken aan 'alcohol' met onder andere een programma vanuit 3VO, deelname vanuit de AA en een demonstratie van de brandweer bij een zogenaamd verkeersongeluk.
- In Hillegom is de afgelopen jaren vanuit verschillende invalshoeken al aandacht geschonken aan genotmiddelengebruik en de gevaren hiervan. Ten eerste heeft de gemeente Hillegom gebruik gemaakt van de regiobeleidsvisie ambulante verslavingszorg en het bijbehorende activiteitenplan. Ten tweede is deelgenomen aan Het Forum Verslavingsbeleid Duin- en Bollenstreek en onderschrijft de gemeente het adviesrapport "Nuchter Beleid" dat hieruit is voortgekomen⁶. Ten derde is ook in deze gemeente de alcoholmatigingscampagne 2003 en 2004 uitgevoerd⁷. Ten vierde heeft de gemeente in de nota Lokaal Gezondheidsbeleid "Naar meer gezonde jaren!" aandacht geschonken aan het gebruik van genotmiddelen en de gevaren hiervan.
- Jeugd- en jongerenwerk: in opdracht van de gemeente voert Parnassia verslavingspreventie in het jeugd- en jongerenwerk uit en zet hiervoor activiteiten uit binnen jongerencentrum Solution, onder andere met de IVA-training (instructie verantwoord alcoholgebruik). Hierbij wordt

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

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

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

⁶ Hillegom heeft geparticipeerd in dit forum dat door de GGD is georganiseerd. Tijdens de forumbijeenkomsten is op een rij gezet welke mogelijkheden gemeenten hebben om misbruik van genotmiddelen tegen te gaan. Dit heeft geresulteerd in een adviesrapport met aanbevelingen voor de Leidse Regio.

⁷ Onderdelen van de campagne: De DRUGS bus waarin de GGD en Parnassia leerlingen hebben getest op hun kennis over genotmiddelen in een kennisquiz. De reizende alcoholtentoonstelling, met extra foldermaterialen, die te bezichtigen was in de bibliotheek. Ook is tijdens deze campagne de website www.drugsweb.nl gepromoot.

ingegaan op de Drank- en horecawet en de wet- en regelgeving, de effecten van alcoholgebruik en de omgang met bezoekers.

- Algemeen Maatschappelijk Werk: binnen de aandachtsgebieden van het AMW van Valent RDB staat genoemd dat medewerking wordt verleend aan projecten in het kader van de matiging van alcoholgebruik. In 2004 hebben de AMW'ers een training gevolgd over signaleren en bespreekbaar maken overmatig genotmiddelengebruik. Binnen het JPP wordt vanuit de begeleiding aandacht besteed aan alcohol en drugs. Daarnaast wordt beleidsmatig contact onderhouden met het Platform Kocon voor de gemeenten Katwijk, Rijnsburg en Valkenburg via het project "Genotmiddelen, opvoeding en gezin".

5.2.2 Opvoedkundige omgeving voor kinderen/jeugd niet optimaal

Actiepunt:

1. Beleid voor OAB, VVE, JGZ en speelruimte verder ontwikkelen en uitvoeren door bureau jeugdzorg, gemeente en anderen.
2. Aandacht vragen bij de provincie voor de wachtlijsten in de jeugdzorg.

Uitvoering:

1. Vanaf 2003 is dit de verantwoordelijkheid van gemeenten. Het beleid is vastgesteld.
2. Actiepunt 2 is uitgevoerd.

Overig:

- Veranderingen: de Integrale jeugdgezondheidszorg heeft een ontwikkelingsproces doorgemaakt vanwege de uitbreiding van de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de jeugd van 0 tot 4 jaar. De GGD en de zorgorganisatie Valent RDB hebben gewerkt aan een samenwerkingverband. Valent voert de jeugdgezondheidszorg uit voor de leeftijdsgroep 0 tot 4 jaar, de GGD voor de groep 4 tot 19 jaar.
- Er zijn landelijke richtlijnen ontwikkeld voor de contactmomenten die de consultatiebureaus en de jeugdartsen hebben met de jongeren. Deze zijn ondergebracht in het uniforme takenpakket dat wordt gefinancierd met de middelen die de gemeenten tot 2008 voor deze taak (geoormerkt) krijgen voor de jeugdzorg voor 0 tot 4 jarigen en vanuit de algemene middelen voor de oudere kinderen. Naast het uniforme deel zijn er middelen beschikbaar gesteld voor een maatwerkdeel. In overleg met de GGD en Valent RDB is regionaal afgestemd welke taken daarvoor konden worden uitgevoerd. Een deel van deze taken is in gang gezet vanuit de stimuleringsregeling vroegsignalering, zoals de ZAT-teams, diverse oudercursussen en de integrale vroeghulp.
- Door het overleg en de samenwerking is een beter zicht ontstaan op de mogelijkheden binnen de Jeugdgezondheidszorg en is integrale afstemming tussen de jeugdgezondheidszorg, de Voor- en vroegschoolse educatie (VVE) en Gemeentelijk Onderwijs Achterstandenbeleid (OAB) en de jeugdzorg beter te ontwikkelen.
- Voor raadsleden, bestuurders en ambtenaren is een informatiebijeenkomst over de IJGZ georganiseerd in 2004. IJGZ heeft de afgelopen jaren veel aandacht gevraagd en zal ook de komende tijd nog in de belangstelling staan vanwege de nieuwe financieringswijze en de evaluatie vanuit het rijk.
- Projecten: voor de jeugdzorg is een convenant in ontwikkeling onder regie van de provincie. Op het gebied van OAB/VVE projecten is ingezet op, in een zo vroeg mogelijk stadium, ontwikkelings- en taalachterstanden op te sporen. Uit onderzoek is gebleken dat wanneer de aanpak in een vroeg stadium start de achterstand effectiever weggewerkt kan worden. Dit geeft betere kansen de schoolloopbaan succesvol te doorlopen. Om de taalachterstanden effectief aan te pakken zijn bij de peuterspeelzaal en in het basisonderwijs speciale taalprogramma's geïmplementeerd. Er is gewerkt aan een protocol om doorlopende leerlijnen en overdracht van informatie optimaal te stroomlijnen.
- Op de basisscholen zijn diverse kleinschalige projecten gestart om taal- en ontwikkelingsachterstanden te bestrijden. Tevens was er aandacht voor alfabetisering en het project Moedertaal is uitgevoerd. Dit is Nederlandse les voor allochtone moeders die het Nederlands niet of nauwelijks beheersen. Doel van het project is het vergroten van de spreekvaardigheid en het verhogen van de ouderbetrokkenheid bij de peuterspeelzaal en de basisschool.
- In samenwerking met de provincie Zuid- Holland is er een regionaal convenant ontwikkeld, waarin afspraken zijn vastgelegd over de aansluiting tussen jeugdbeleid en jeugdzorg tussen de

- provincie, het bureau jeugdzorg en de 10 gemeenten in de Duin- en Bollenstreek. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor algemene voorzieningen, vroegtijdige signalering en niet-geïndiceerde ambulante jeugdzorg.
- Voorlichtingsactiviteiten. De gemeente subsidieert naast het reguliere algemeen maatschappelijk werk het Jeugd Preventie Project en de Stichting Spel en Opvoeding waarin het opvoedingsbureau is ondergebracht. Ook zijn er op drie plaatsen JIF's gerealiseerd.
 - Er is in 2003 een jongeren informatiegids Duin en Bollenstreek 2003-2004 uitgegeven en via de website www.jongeren-info.nl is informatie beschikbaar over de genoemde onderwerpen.

5.2.3 Onvoldoende afstemming en samenwerking instanties

Actiepunt:

1. informatie/advies verbeteren over zorgstructuren door zorginstellingen, GGD en gemeente middels deelname aan JIF, ZAT's en de ontwikkeling van websites.
2. ontwikkeling van het zorgloket door de gemeente.
3. ontwikkelen van de sociale digitale kaart door GGD en gemeenten.

Uitvoering:

1. Het zorgoverleg is in maart geëvalueerd. Uit de evaluatie blijkt dat het overleg verbeterd kan worden door de agenda zo samen te stellen dat deze én relevant is voor de deelnemers van het lokaal loket én voor de deelnemers van het zorgoverleg. Het overleg wordt wel gecontinueerd. De WMO zorgt ervoor dat gemeenten een grotere verantwoordelijkheid krijgen voor de verschillende zorgcomponenten. De WMO moet ervoor zorgen dat de samenhang in de zorg vergroot wordt.
2. Het zorgloket is ontwikkeld en bestrijkt de onderwerpen wonen, welzijn, zorg en inkomen. In 2004 is een convenant ondertekend tussen de partijen die meewerken aan dit loket, zoals de woningstichting PAGO, de Stichting Welzijn Ouderen Hillegom (voorheen FRO), de Stichting Hillegomse Organisaties voor Zorgverlening aan Ouderen (HOZO), zorgorganisatie Valent RDB (thuishulp en AMW) en de Zorgbalans (Weeligenberg) Het loket is gestart in 2004 en is via een groeimodel uitgebreid naar de genoemde taakvelden. Ook de stichting MEE (dienstverlenende organisatie die steun biedt aan mensen met beperkingen op het gebied van zelfstandigheid en participatie) doet mee. Er is een eerste evaluatie opgesteld over de eerste 2 jaar Lokaal Loket Hillegom.
3. De digitale sociale kaart (www.zorgwelrijland.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.

Overig:

- Adviesfunctie ouderenadviseur: In 2003 is besloten de functie ouderenadviseur structureel in te vullen. De taak is ondergebracht bij de Stichting Welzijn Ouderen Hillegom. De ouderenadviseur is betrokken bij de ontwikkeling van het loket en neemt hier tevens aan deel.
- Voorlichtingsactiviteiten:
 - Er zijn diverse voorlichtingsactiviteiten uitgevoerd en deze worden gecontinueerd. Zo heeft Spant Welzijn (stichting die zich richt op organisaties en instellingen met als doelgroep de jeugd en jongeren in de leeftijd van 0 tot 25 jaar. Voorheen SJJH) inmiddels een aantal themavonden georganiseerd voor jongeren. De thema-avond over verslavingszorg heeft helaas weinig bezoekers getrokken.
 - Via de drie Jongeren Informatie Functies (JIF's) is foldermateriaal beschikbaar over vele onderwerpen zoals vrije tijd, werk, geld, onderwijs, wonen, hulp, gezondheid, seksualiteit, drugs, roken alcohol en gokken, rechten en plichten. De informatie aan ouderen die o.a. via de ouderenbladen wordt verspreid komt gericht aan bij alle leden van de ouderenbonden, ruim 1500 adressen.
 - In de hal van het gemeentehuis, bij Mariaoord en in het Pluspunt is een groot aanbod aan folders aanwezig over de activiteiten op het gebied van zorg en welzijn.
 - Het Lokaal Loket heeft nu een voorlichtingsfunctie en beschikt over veel foldermateriaal.

5.2.4 Onvoldoende integratie van mensen met beperkingen

Actiepunt

1. Integratie van mensen met een beperking door bewustwording te versterken van de mogelijkheden en problemen van een ander. De doelgroep en de problemen moeten in beeld worden gebracht waarna er een actieplan wordt opgesteld.
2. Aandacht voor allochtonen, voorlichting en sport.

Uitvoering:

1. Het actieplan is opgesteld en wordt uitgevoerd.
2. Uitvoering: In het project breedtesport is een project opgenomen om deelname van gehandicapten aan sportactiviteiten te stimuleren. De mogelijkheden voor het sporten van mensen met een handicap zijn uitgebreid. Sportverenigingen en sportaccommodaties zijn ondersteund bij het vergroten van toegang en deelname van mensen met een handicap. Ook heeft de gemeente gestimuleerd dat deze aangepaste sportbeoefening is ingebed bij de reguliere sportbond. Een tennisvereniging met een gediplomeerde trainster heeft als pilotvereniging gefungeerd. De integratie van mensen met een beperking is een proces dat blijvende aandacht verdient
3. Gehandicaptenbeleid
 - Er is een Regiotaxi gerealiseerd die mensen met een indicatiestelling kan vervoeren tegen gereduceerde tarieven.
 - Inmiddels is de WVG per 1 januari 2007 overgeheveld naar de Wmo.
 - Aan de toegankelijkheid van gebouwen is geen speciale aandacht gegeven vanuit de gemeente.

5.2.5 Ontbreken van gezondheidsfacetbeleid op terrein van verkeer, milieu, volkshuisvesting en ruimtelijk ordening

Om integraal gezondheidsbeleid te creëren is het belangrijk om bij elke beslissing die gerelateerd is aan volksgezondheid advies in te winnen. Op verschillende beleidsterreinen binnen de gemeente wordt nu beter dan voorheen overlegd met de GGD. Zowel de medewerkers van de gemeentewinkel (milieu, gebouwenbeheer) als van de afdeling beleid en ontwikkeling (volksgezondheid, kinderopvang, jeugdbeleid, ouderenbeleid en sport) hebben regelmatig contact over de gezondheidsaspecten binnen hun beleidsterrein.

5.2.6 Toegankelijkheid en afstemming voorzieningen jeugdzorg onvoldoende

Zie knelpunt 2 en 3.

5.2.7 Stress door drukke leefstijl

Hiervoor zijn geen gerichte acties ondernomen.

5.2.8 Afbrokkelen sociale verbanden, eenzaamheid en omgaan met verlies

Actiepunt: sociale verbanden versterken en inzichtelijk maken welke problemen mensen boven de 55 jaar hebben in hun contacten.

Uitvoering: dit punt is opgenomen in het ouderennota.

Overig:

- Het signalerend huisbezoek aan ouderen van 75 jaar is gecontinueerd.
- Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) was extra alert bij signalering van dit probleem en is met mogelijke oplossingen gekomen in het jaarlijkse signaleringsrapport.
- Stichting Welzijn Ouderen Hillegom (SWOH) heeft op de zondag een extra activiteit ingelast voor deze doelgroep.

5.2.9 Ongezonde leefstijl

Er zijn in de nota geen concrete actiepunten geformuleerd. Wel zijn er bepaalde activiteiten opgepakt of uitgevoerd:

Jeugd: In het kader van de Breedtesportimpuls heeft de gemeente een subsidieaanvraag ingediend bij het Ministerie van VWS. Het Ministerie heeft alleen aan de jeugdactiviteiten subsidie toegekend. Leerlingen in groep 7 en 8 kregen een jeugdsportpas, waarmee zij kennis konden maken met verschillende sporten. Zo krijgen leerlingen de mogelijkheid aan te sluiten bij een sportvereniging. Ook in het voortgezet onderwijs kregen leerlingen de gelegenheid kennis te maken met een sport tijdens een sportkennismakingsdag. Deze dag werd gehouden op de accommodaties van de

sportaanbieders, zowel commercieel als niet-commercieel. Hierna werd aansluitend voor belangstellende leerlingen bij deze aanbieders enkele proeftrainingen verzorgd. Ten derde werden voor jongeren binnen de eigen woonwijk activiteiten georganiseerd. Met ondersteuning van een jongerenwerker en in samenwerking met sportverenigingen werden indoor voetbaltoernooien maar ook andere activiteiten georganiseerd. Daarnaast is apart voor meisjes een sportief bewegingsaanbod ontwikkeld. Deze wijkgerichte activiteiten zijn gericht op jongeren vanaf 12 jaar.

Buitenschoolse opvang: Het sportaanbod in de buitenschoolse kinderopvang van 0 tot en met 12 jarigen is uitgebreid. Dit is in samenwerking met de sportverenigingen gebeurd. Het heeft de voorkeur de sporten in het eigen speellokaal uit te voeren, maar als het noodzakelijk is kan het sporten ook bij de sportaanbieder zelf plaatsvinden.

Projecten: de GGD heeft het meerjarenprogramma bewegingsstimulering 2004-2006 opgesteld. Gedeeltelijk gaan de projecten over activiteiten, die zowel bij de GGD- projecten als in het projectplan voor de Breedtesportimpuls zijn opgenomen. Beide projecten vullen elkaar aan. Daarnaast is door de GGD een activiteitenplan ontwikkeld voor 2004. De Breedtesportactiviteiten zijn in 2005 gestart.

Voorlichting: de gemeente heeft actief meegewerkt aan de publieksvoorlichting die regionaal en landelijk werd opgestart en aan de opzet van een subregionale werkgroep voor het maatschappelijk middenveld. Het digitaal presenteren van het bestaande sport- en beweegaanbod is ook in de Breedtesport impuls opgenomen.

De gemeente gaat in overleg met de sportverenigingen kijken of de sociale kaart mogelijkheden biedt om het sport- en beweegaanbod gericht bij de Hillegomse bevolking onder de aandacht te brengen, of dat dit op een andere wijze kan.

5.2.10 Voorlichting over zorgvoorzieningen onvoldoende en versnipperd

Zie knelpunt 3.

5.2.11 Onvoldoende aandacht voor allochtone inwoners, illegalen en vluchtelingen

Actiepunt: meer aandacht voor allochtonen, voorlichting en sport.

Uitvoering: dit punt is opgenomen in de nota ouderen- en jongerenbeleid.

Overige:

- De ambulante jongerenwerker heeft in 2003 (en daarop volgende jaren) een aantal sportactiviteiten voor jongeren georganiseerd, waaraan de allochtone jongeren actief hebben meegewerkt. Deze activiteiten zijn in 2004 voortgezet.
- De uitzetting van uitgeprocedeerde asielzoekers heeft in 2003 veel aandacht gekregen. Het strengere vluchtelingenbeleid zorgt voor een kleinere instroom van vluchtelingen. Het beleid voor de groep vluchtelingen, die nog onder de oude wetgeving valt is in het vierde kwartaal 2003 een aantal keren in de Tweede Kamer besproken. De minister heeft een beperkt generaal pardon uitgesproken. Het ministerie neemt de verantwoording voor de uitzetting.
- De stichting Vluchtelingenwerk en opvang Nieuwkomers Duin- en Bollenstreek Noord is gefuseerd en behoort nu bij de Stichting vluchtelingenwerk Zuid-Holland Noord. Er is overleg over een nieuw budgetcontract. Doordat een aantal gemeenten een achterstand had in de huisvestingstaakstelling en deze moest worden ingehaald is het aantal te begeleiden statushouders oplopen. Ook de "pardonregeling" brengt extra werkzaamheden met zich mee.

5.2.12 Onvoldoende voorlichting beweging en gezondheid en ouderen

Er zijn in de nota geen concrete actiepunten geformuleerd. Wel zijn er bepaalde activiteiten opgepakt of uitgevoerd:

De activiteiten voor ouderen zijn op een andere manier bekostigd dan voor de jeugd maar wel uitgevoerd. Voor ouderen werden er activiteiten opgezet in de buurt of wijk om ze sportief actief te maken en te houden. Ten eerste werd een wandelroute uitgezet langs 20 kunstwerken en monumenten van de gemeente. De routebeschrijving is zowel als brochure als via internet ter beschikking gesteld. Wandelen kan individueel, maar er wordt gestimuleerd om de wandelsport ook georganiseerd te bedrijven. Verder zijn sportverenigingen gestimuleerd het aanbod voor ouderen geschikt te maken. Zoals onder anderen de cursussen van de Sportraad "Als botten en spieren protesteren" een cursus om eventuele klachten veroorzaakt door ouderdomsverschijnselen te

verminderen of te voorkomen en “Valpreventie” een praktische cursus voor senioren die bang zijn om te vallen georganiseerd door Stichting Welzijn Ouderen.

5.2.13 Onvoldoende huisvesting ouderen

Er zijn in de nota geen concrete actiepunten geformuleerd. Wel zijn er bepaalde activiteiten opgepakt of uitgevoerd:

- In februari 2004 is de geactualiseerde woonvisie 2004 en de analyse evaluatie volkshuisvestingsplan 1999 afgerond. Uit deze stukken blijkt dat de vraag naar woningen met name onder starters en ouderen nog steeds groot is. De jongeren trekken de gemeente uit, omdat er geen woning voor hen beschikbaar is. Daardoor is de leeftijdsgroep van 25-34 sterk afgenomen. Het volkshuisvestingsbeleid zal o.a. gericht worden op het behouden en aantrekken van jongeren en gezinnen met jonge kinderen en er wordt prioriteit gegeven aan de bouw van ouderenwoningen. Daarmee kan ook de doorstroming worden bevorderd.
- De ontwikkeling van de zorgzone in Hillegom Zuid is in 2003 enige tijd gestagneerd door bestuursproblemen bij de Stichting Hillegomse Organisaties voor Zorgverlening aan Ouderen (HOZO) en de besluitvorming rondom het Fioreticollege, maar is eind 2003 weer actief opgepakt. Dit proces is nog steeds gaande en in ontwikkeling. Er zijn al wel een aantal ouderenwoningen opgeleverd, maar het verzorgingshuis is nog niet vernieuwd en het multifunctioneel dienstencentrum is vertraagd doordat de school nog niet is verplaatst.
- De renovatie van complex 49 is in volle gang. Hier vindt met name uitbreiding van ouderenhuisvesting plaats.

5.3 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 – 2012. Andere knelpunten worden opgepakt bij andere beleidsterreinen of niet gecontinueerd.

1. Aan het knelpunt ‘Overmatig gebruik alcohol, drugs en genotmiddelen door jongeren’ is op verschillende manieren gewerkt. Echter dit onderwerp is nog steeds actueel. Ondanks onze inspanningen hebben de verschillende activiteiten nog niet het gewenste effect. Er blijkt dat jongeren steeds meer en op steeds jongere leeftijd gaan drinken. Het aspect overmatig alcoholgebruik wordt dan ook gehandhaafd en wordt een beleidsprioriteit in de nieuwe nota. Ook overmatig gebruik van andere genotmiddelen wordt tegengegaan door het continueren van de preventieactiviteiten van de GGD HM en de Brijderstichting voorheen Parnassia.
2. Ten aanzien van knelpunt ‘Opvoedkundige omgeving voor kinderen/jeugd niet optimaal’ 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 – 2012.
3. Knelpunt ‘Onvoldoende afstemming en samenwerking instanties, instellingen en gemeenten richting ketenzorg’ heeft veel aandacht gekregen. De ontwikkeling van de digitale sociale kaart en het lokale loket 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.
4. ‘Onvoldoende integratie van mensen met beperkingen’ verdient nog steeds aandacht maar verschuift naar prestatieveld 5 van de Wmo.
5. Het knelpunt ‘Ontbreken van gezondheidsfacetbeleid op terreinen van verkeer, milieu, volkshuisvesting en ruimtelijke ordening’ 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.
6. Knelpunt ‘Toegankelijkheid en afstemming voorzieningen jeugdzorg onvoldoende’ heeft nog steeds aandacht en wordt binnen het jeugdbeleid en de Wmo opgepakt.
7. ‘Stress door drukke levensstijl’. Hiervoor zijn geen gerichte acties ondernomen en zal niet terugkeren in de nieuwe nota.

8. Het knelpunt 'Afbrokkelen sociale verbanden, vereenzaming en omgaan met verlies is opgenomen in het ouderenbeleid.
9. Voor knelpunt 'Ongezonde leefstijl' waren geen concrete actiepunten geformuleerd. Wel zijn er verschillende activiteiten uitgevoerd die vooral te maken hebben met het stimuleren van 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 ongezonde leefstijl: 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.
10. 'Voorlichting over zorgvoorzieningen onvoldoende en versnipperd'; dit knelpunt keert niet terug in de nieuwe nota maar valt nu onder prestatieveld 3 van de Wmo.
11. Onvoldoende aandacht voor allochtone inwoners, illegalen en vluchtelingen; dit punt is opgenomen in de nota ouderen- en jongerenbeleid.
12. Tekort aan vrijwilligers en mantelzorg; Hiervoor zijn geen gerichte acties ondernomen binnen de nota lokaal gezondheidsbeleid. Dit punt wordt verder op gepakt binnen de Wmo.
13. Onvoldoende voorlichting beweging en gezondheid ouderen; Er zijn in de nota geen concrete actiepunten geformuleerd. Beweging bij ouderen krijgt vanwege de toenemende overgewichtproblemen bij ouderen de aandacht in de nieuwe nota onder beleidsprioriteit 'Overgewicht'.
14. 'Onvoldoende huisvesting ouderen'. Er zijn in de nota geen concrete actiepunten geformuleerd. Dit punt wordt verder op gepakt binnen de Wmo, woonbeleid en ruimtelijke ordening.

6 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Hillegom

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

Bevolking (zie tabel 1)

- Meer inwoners van het cluster met Hillegom ervaren de gezondheid positief t.o.v. landelijk.
- De totale sterfte in Hillegom is hoger dan landelijk.
- De sterfte aan astma/COPD in Hillegom hoger dan landelijk.
- De sterfte aan psychische stoornissen bij vrouwen hoger dan landelijk.
- De verwachting van stijging aantal diabetespatiënten met minimaal 33% tot in 2025.
- In Hillegom wonen meer ouderen dan landelijk.
- Er heeft een stijging plaatsgevonden van het aandeel 55-59 jarigen in 2006 t.o.v. 2001.
- Er is een forsere stijging van aantal inwoners dan ZHN en landelijk.
- De druk van jongeren en ouderen op werkenden is hoger dan in ZHN en landelijk.
- Er zijn meer lageropgeleiden dan in ZHN en Nederland.
- Het huishoudinkomen is hoger, er zijn minder werklozen en personen met een uitkering dan landelijk.
- Het percentage niet-westerse allochtonen is veel lager (westers gelijk) dan ZHN en Nederland.
- Het percentage volwassenen dat moeite heeft met rondkomen is sterk gestegen in 2005 t.o.v. 2000, net als in ZHN (clusterniveau).

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

Sociaaldemografische kenmerken	Hillegom	Zuid-Holland Noord
Inwonersaantal prognose 2025 ⁸	20.317 22.010	516.995 533.966
Gemiddeld besteedbaar inkomen per inwoner per huishouden	€13.000 €31.300	€13.100 €32.000
Moeite met rondkomen (18-64 jarigen)	26%	26%
Niet werkende werkzoekenden	3,6%	3,4%
Arbeidsongeschikten WAO WAZ Wajong	6,9% 0,5% 0,9%	5,2% 0,4% 1,3%
Burgerlijke staat Ongehuwd Verweduwd Gescheiden	31% 2% 8%	35% 1% 7%

⁸ 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.

Gehuwd/samenwonend	59%	57%
Gezinssituatie Eenoudergezinnen	14,7%	14,8%
Allochtonen Westers niet-westers	8,0% 4,6%	8,5% 7,3%
Schulden (18-64 jarigen)	4%	7%

Specifieke ziekten en aandoeningen (zie tabel 2)

- Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Hillegom als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 31% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten.
- In Hillegom wordt 24% van de sterfte veroorzaakt door kanker, dit is een even groot deel van de sterfte vergeleken met landelijk.
- Eén op de vijf 12-17 jarigen in het cluster met Hillegom 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 Hillegom (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 Hillegom en Zuid-Holland Noord bij 18-64 jarigen en 65-94 jarigen

Ziekten en aandoeningen	Cluster met Hillegom		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 Hillegom en ZHN bij 12-17 jarigen en 18-64 jarigen.

Leefgewoonten	Cluster met Hillegom		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).

7 Beleidsprioriteiten

7.1 Inleiding

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

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

- de gezondheidsgegevens van de gemeente Hillegom;
- 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 vijf bovenstaande speerpunten gelden momenteel als de grootste gezondheidsproblemen in ons land en kunnen door ons als gemeente 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'. De gemeente kiest ook voor deze speerpunten vanwege de omvang en het zorgelijke toekomstperspectief van deze problemen.

De gemeente heeft de afgelopen vier jaar een aanzet gegeven om deze problemen te verminderen. Het is 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. Op de lange termijn is er echter veel gezondheidswinst per individu maar vooral voor de gemeente als geheel te behalen.

7.2 Schadelijk alcoholgebruik

7.2.1 Probleemomschrijving

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

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

7.2.2 De lokale situatie:

Zoals reeds beschreven in hoofdstuk 5 drinkt één op de vijf 12-14 jarigen in het cluster met Hillegom 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 Hillegom gaf één op de zes aan minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer te drinken.

7.2.3 Wat gebeurt er al?

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

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

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

7.2.4 Wat willen we bereiken?

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

7.2.5 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 zijn op scholen gecontinueerd en scholen die nog niet deelnamen zijn gestimuleerd te participeren;
2. De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagne met betrekking tot alcoholverkoop onder de 16;
3. Ouders van schoolgaande jeugd zijn geïnformeerd over hun rol in het alcoholgebruik van hun kind.
4. De gemeente heeft een lokaal alcoholmatigingsbeleid opgesteld en heeft dit uitgevoerd.
5. De gemeente heeft gebruik gemaakt van de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de nieuwe Drank en Horecawet. Dit betekent onder andere dat de leeftijdsgrens voor de verkoop van zwakalcoholische dranken verhoogd kan worden naar achttien jaar en dat er in een lokale verordening kan worden vastgelegd dat jongeren onder de leeftijdsgrens een boete krijgen als zij op straat lopen met alcohol;
6. De gemeente heeft beleidsmaatregelen getroffen met jongerenverenigingen en sportfaciliteiten om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden.

7.3 Overgewicht

7.3.1 Probleemomschrijving

Overgewicht is in de Westerse wereld een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat te zwaar is snel. 40% van de volwassenen heeft overgewicht en 10% is obees (ernstig overgewicht). Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Ernstig overgewicht hangt samen met tal van ziekten zoals diabetes mellitus 2, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsstelsel en aandoeningen aan de ademhalingsorganen. De jaarlijkse directe kosten (kosten van de gezondheidszorg) in Nederland van ernstig overgewicht worden geschat op 0.5 miljard euro, terwijl de indirecte kosten (ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten en maatschappelijke kosten) geschat worden op 2 miljard euro.

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.

7.3.2 De lokale situatie

Het overgewicht van de inwoners in Hillegom neemt met de leeftijd toe van 11% bij 3-jarigen tot 15% bij 10-11 jarigen. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 59% van de 50-64 jarigen. Bij ernstig overgewicht is in Hillegom het percentage bij de 3-jarigen echter hoger dan bij de 10-11 jarigen (3,8% versus 2,5%) om uiteindelijk uit te komen bij 13% 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 (zie hoofdstuk 5).

7.3.3 Wat gebeurt er al?

De afgelopen vier jaar heeft de gemeente zich al ingezet om overgewicht van haar burgers te verminderen. Dit door middel van de invoering van de sportpas, door uitbreiding van het sportaanbod in de buitenschoolse kinderopvang, het organiseren van activiteiten in woonwijken, etc. (zie paragraaf 4.2).

In de periode 2003-2006 heeft de GGD in de regio al een meerjarenprogramma bewegingsstimulering uitgevoerd. De regionale focus lag voorheen vooral op bewegen maar is nu uitgebreid met voeding. Gedurende 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het

meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. De doelgroepen jeugd, ouderen en chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en weinig opleiding krijgen specifieke aandacht. Daarnaast heeft de GGD ook de handreiking *Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht* samengesteld. Hierin wordt uitgebreid beschreven welke instrumenten gemeenten op verschillende beleidsterreinen zouden kunnen inzetten

7.3.4 Wat willen we bereiken?

We willen dat er meer bewustwording ontstaat van het probleem overgewicht. Omdat mensen in de nabije omgeving steeds zwaarder worden, worden de verschillen steeds kleiner en lijkt het bijna normaal te worden wanneer je te zwaar bent.

Vooraf de stijging van het aantal te zware mensen moet gaan 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.

7.3.5 Op wie richten we ons?

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

Actiepunten Overgewicht:

1. De gemeente heeft de huidige regionale activiteiten en initiatieven ondersteund en hiervoor lokale publiciteit gegenereerd;
2. De gemeente heeft het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen;
3. De gemeente heeft samen met andere relevante partijen (scholen PO/VO, woonzorgcentra en de GGD) modules afgenomen uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.
4. De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagne '30 minuten bewegen'.
5. De gemeente heeft bij huisvestingsplannen op de lange termijn of bij het aanleggen van nieuwe wijken en/of gebouwen geadviseerd hoe de omgeving zo ingericht kan worden dat mensen meer en makkelijker kunnen bewegen.

7.4 Roken

7.4.1 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.

Er zijn veel ziekten gerelateerd aan roken zoals: longkanker, chronische obstructieve longziekte, coronaire hartziekten en beroerte. 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.

7.4.2 De lokale situatie

In het cluster met Hillegom rookt 13% van de jongeren van 12-17 jaar, bijna een kwart van de volwassenen van 19-64 jaar en 13% van de 65-plussers. In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zijn de meeste rokers (regionaal), maar het aantal sigaretten dat men rookt per dag is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (gemiddeld 13 sigaretten). Mannen roken meer dan vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes. In ZHN roken ongeveer evenveel personen als landelijk (zie bijlage 2).

7.4.3 Wat gebeurt er al?

In de regio voert de GGD preventieprojecten uit voor het voortgezet onderwijs en het basisonderwijs.

In de Leidse regio en in de Rijnstreek organiseert de GGD, en in de Duin- en Bollenstreek de thuiszorgorganisatie stoppen-met-roken cursussen. Ook diverse beroepsgroepen in de gezondheidszorg adviseren hun patiënten te stoppen met roken via een Minimale Interventie Strategie. Voorts biedt de GGD burgers in de gehele regio de mogelijkheid deel te nemen aan het programma "Quit en Win".

7.4.4 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.

7.4.5 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 heeft aangesloten bij de landelijke campagne m.b.t. anti-rookcampagnes door lokaal activiteiten in te zetten en heeft ervoor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt.
2. De gemeente heeft de anti-rook cursussen van GGD en de thuiszorg onder de aandacht gebracht.

7.5 Diabetes

7.5.1 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.

7.5.2 De lokale situatie

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 Hillegom 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.

7.5.3 Wat gebeurt er al?

De gemeente heeft zelf nog niet eerder concrete aandacht gehad voor dit onderwerp. Momenteel wordt er een nieuw project van de Stichting Thuiszorg Groot Rijnland (STGR) opgestart. Per 1 januari 2008 is er een centraal loket bij de STGR voor mensen met (een hoog risico op) diabetes. Bij dit loket kunnen mensen informatie krijgen over het leefstijlprogramma. Na een intake om te beoordelen of zij voor het programma in aanmerking komen, stelt een diëtiste of diabetesverpleegkundige een persoonlijk leefstijlplan op waarna er door de patiënt één of meerdere modules gevolgd kunnen worden. Ook wordt er in verschillende gezondheidscentra in de regio extra aandacht besteed aan chronisch zieken, o.a. aan patiënten met diabetes.

7.5.4 Wat willen we bereiken?

De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in de aanpak van diabetes vraagt om lokale betrokkenheid. Bij diabetes is er veel gezondheidswinst te behalen door het voorkómen of uitstel van ontstaan van diabetes. We willen meer bekendheid geven aan deze ziekte en het belang van preventie gezien enorme 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.

7.5.5 Op wie richten we ons?

Ten eerste richten we 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. Om preventie en zorg meer op elkaar aan te laten sluiten zijn ook instanties en organisaties (die hierin een rol spelen) belangrijke partijen om te benaderen.

Actiepunten Diabetes:

1. De gemeente heeft de kennis van diabetes en de bewustwording van het risico op diabetes bij risicogroepen vergroot door o.a. bekendheid te geven aan de diabetesrisicotest.
2. De gemeente heeft aangesloten bij landelijke campagnes door organisatie van lokale prikacties en cursussen en heeft acties georganiseerd gericht op specifieke doelgroepen;
3. De gemeente heeft draagvlak gecreëerd bij huisartsen en praktijkbegeleiders om mensen die meer moeten bewegen voor te schrijven meer te gaan bewegen (dit kan tevens met aandacht voor depressie en eenzaamheid).

7.6 Depressie

7.6.1 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.

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. Depressie is ook na herstel niet altijd voorgoed weg: iemand die depressief is geweest kan dat gemakkelijk weer worden. Depressie gaat vaak samen met angststoornissen en alcoholmisbruik. Depressie is in 8% van de gevallen de veroorzaker van angststoornissen. Voor alcoholmisbruik is dit 27%. Omgekeerd: angststoornissen leiden in 66% van de gevallen tot een depressie, bij alcoholmisbruik is dat 59%.

7.6.2 De lokale situatie

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

7.6.3 Wat gebeurt er al?

Het regionale platform OGGZ heeft eenzaamheid bij ouderen tot speerpunt benoemd. In 2005 heeft de GGD HM, zowel voor aanbieders van zorg en welzijn als voor gemeenten, kansen voor preventie van eenzaamheid in kaart gebracht. GGD HM biedt ook in 2007 ondersteuning aan gemeenten die aan de slag willen met de preventie van eenzaamheid bij ouderen.

GGD HM en GGZ Leiden e.o. hebben het initiatief genomen tot een tweejarig depressiepreventieproject in Leiden-Zuidwest. Zij worden daarbij ondersteund door het Trimbos-instituut, dat de Integrale Aanpak Depressiepreventie (IAD) heeft ontwikkeld. De IAD beoogt de organisatie van een lokaal samenwerkingsverband. Het doel is verbetering van het vroegtijdig signaleren van ouderen die een risico hebben voor depressie of al klachten hebben. Vervolgens is het tot stand brengen van een goed doorverwijsproces van belang. Daarnaast staat centraal dat deze mensen worden bereikt met effectieve interventies en best practices.

7.6.4 Wat willen we bereiken?

Depressiepreventie moet beter worden ingebed in het lokale beleid en in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast moet de taboesfeer rondom depressie worden doorbroken. We willen zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies.

7.6.5 Op wie richten we ons?

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

Actiepunten Depressie:

1. De gemeente heeft gebruik gemaakt van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie. Hiermee heeft de gemeente een integrale aanpak ontwikkeld die afgestemd is op de eigen gemeente.
2. De gemeente heeft voor het depressiepreventiebeleid een verbinding gelegd met het beweegcomponent¹ (zie ook overgewicht en diabetes).
3. De gemeente heeft initiatieven gestimuleerd en ondersteund op het gebied van sociale preventie zoals vrijwilligerswerk, welzijnsactiviteiten, activerende huisbezoeken, aanleg van netwerken, activering tot participatie met dagbesteding of intergeneratie-projecten
4. De gemeente heeft de eerste lijn gestimuleerd om het systeem om depressie tijdig in beeld te krijgen te verbeteren en gebruik te maken van het voor hen juiste aanbod: een betere probleemanalyse, verwijzing en meer kennis van de sociale kaart. De gemeente heeft een regisseursrol aangenomen in het realiseren van betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie.
5. De gemeente heeft coaching/deskundigheidsbevordering aangeboden aan intermediairen en hulpverleners waardoor de signaleringsvaardigheden en meldingsbereidheid versterkt is.
6. De gemeente heeft voor meer bewustwording en signalering van depressie gezorgd door hier aandacht aan te schenken op de gemeentepagina en middels de lokale media.
7. De gemeente heeft waar mogelijk best-practices en effectieve interventies ingezet zoals bijv. 'Vriendschaps cursus' en 'Escape'. Vooral cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groeps cursussen. De drempels bij internet cursussen zijn vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo met maximale privacy aan de slag.

8 Uitvoering van de nota

8.1 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 wordt in overleg met betrokken partijenacties ontwikkeld. In bijgaand activiteitenplan is beschreven welke acties wij graag willen uitvoeren. Gezondheidsbeleid is geen statisch geheel. Er zijn al activiteiten gaande, bijvoorbeeld rondom het bewegingsaanbod. De komende 4 jaar richten we de aandacht op de 5 genoemde speerpunten, waarbij in 2008, naast de bestaande activiteiten, extra aandacht wordt gegeven aan het onderwerp “schadelijk alcoholgebruik”, in 2009 roken en diabetes als speerpunten worden genomen en in 2010 overgewicht en depressie. Daar waar mogelijk of noodzakelijk wordt in de komende 4 jaar aan landelijke campagnes op deze onderwerpen meegewerkt, onafhankelijk van de lokale planning. In 2011 volgt een eindevaluatie en kunnen de voorbereidingen worden getroffen voor de eerstvolgende nota.

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

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

8.3 Evaluatie

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

Er bestaan drie soorten doelen:

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

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

Om over vier jaar, aan het einde van de looptijd van deze nota, een evaluatie te kunnen uitvoeren over het gevoerde beleid is het zaak dat wordt bijgehouden hoe de uitvoering is gegaan. Per beleidsprioriteit en activiteit kan er vervolgens lering uit worden getrokken en kunnen succesfactoren in een volgend programma worden meegenomen.

8.4 Financiën

De gemeenteraad heeft in de begroting 2008, evenals voorgaande jaren, € 7.300 per jaar beschikbaar gesteld voor de uitvoering van gezondheidszorgprojecten. Daarnaast biedt de GGD HM diverse projecten aan binnen de basistaken, waarvoor de vaste bijdrage van de gemeenten als dekking dient en verzorgt de gemeente Leiden in het kader van de OGGZ (verslavings- en daklozenzorg) projecten.

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

8.5 Activiteitenplan

Doelstellingen Schadelijk Alcoholgebruik		Onderwerp/activiteiten		Prestatie-indicator		Verantwoordelijk / betrokken		Termijn	
Het gebruik van alcohol onder kinderen onder de 17 jaar is verminderd of gelijk gebleven ten opzichte van de gezondheidspeiling 2003.		Het gebruik van alcohol onder volwassenen is verminderd of gelijk gebleven ten opzichte van de gezondheidspeiling 2005.		Alle scholen zijn middels een brief van de GGD HM op de hoogte gebracht van het aanbod van de GGD HM.		Scholen Hilllegom GGD HM		Doorlopend	
De huidige preventieactiviteiten t.a.v. genotmiddelengebruik van de GGD HM zijn op scholen gecontinueerd.		Alle scholen in de gemeente hebben de preventieactiviteiten van de GGD HM ten aanzien van genotmiddelen uitgevoerd.		Alle scholen in de gemeente hebben de preventieactiviteiten van de GGD HM ten aanzien van genotmiddelen uitgevoerd.		Gemeente: volksgezondheid Scholen Hilllegom GGD HM		2008	
De gemeente heeft scholen die nog niet deelnemen aan de preventieactiviteiten t.a.v. genotmiddelengebruik van de GGD HM gestimuleerd om te participeren.		De gemeente heeft de GGD HM gevraagd om alle scholen middels een brief op de hoogte te brengen van het aanbod van de GGD HM.		Scholen die nog niet deelnemen aan de preventieactiviteiten zijn door de gemeente benaderd voor een eventueel adviesgesprek.		Gemeente: volksgezondheid Scholen Hilllegom GGD HM		2008	
De gemeente heeft lokaal aangesloten bij de landelijke campagne m.b.t. alcoholverkoop onder de 16. En heeft er tevens voor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt.		Ouders van schoolgaande jeugd zijn geïnformeerd over hun rol in het alcoholgebruik van hun kind.		Alle scholen in de gemeente hebben de preventieactiviteiten van de GGD HM ten aanzien van genotmiddelen uitgevoerd.		Scholen Hilllegom GGD HM		2008	
Ouders van schoolgaande jeugd zijn geïnformeerd over hun rol in het alcoholgebruik van hun kind.		Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst in het kader van de campagne 'alcohol onder de 16 nog even niet' en andere landelijke campagnes die in 2008-2012 actueel zijn.		Alle scholen zijn door de gemeente benaderd om mee te werken aan voorlichtingsavonden voor ouders.		Gemeente: volksgezondheid, communicatie Scholen Hilllegom		Tijdens campagne 'Alcohol onder de 16 nog even niet'.	
Ouders van schoolgaande jeugd zijn geïnformeerd over hun rol in het alcoholgebruik van hun kind.		Er wordt informatiemateriaal van de GGD HM gebruikt voor de voorlichtingsavonden ¹⁰ voor ouders.		Er zijn ieder jaar ouderavonden- of voorlichtingsavonden ¹ georganiseerd voor ouders en leerlingen.		Gemeente: volksgezondheid Scholen Hilllegom GGD HM		2° en 3° kwartaal 2008. Vervolgens jaarlijks 2° en 3° kwartaal 2008.	

¹⁰ Onder voorbehoud. GGD HM voert deze voorlichtingsavonden uit op basis van beschikbaarheid.

Onderwerp/activiteiten	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk / betrokken	Termijn
	De gemeente heeft de GGD HM om advies gevraagd ten aanzien van het alcoholmatigingsbeleid. Het alcoholmatigingsbeleid is door de gemeente uitgevoerd.	Gemeente Hillegom GGD HM (advies)	2008
De gemeente heeft beleidsmaatregelen met jongerenverenigingen en sportfaciliteiten getroffen om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden.	De gemeente heeft een bijeenkomst georganiseerd voor jongerenverenigingen en sportfaciliteiten om draagvlak te creëren voor alcoholmatigingsbeleid.	Gemeente Hillegom Jongerenverenigingen Sportfaciliteiten	2008
	De gemeente heeft jongerenverenigingen en sportfaciliteiten begeleid om te komen tot een alcoholmatigingsbeleid.	Gemeente Hillegom Jongerenverenigingen Sportfaciliteiten	2008 / 2009
	Jongeren- en sportverenigingen hebben een alcoholmatigingsbeleid opgesteld en handelen hiernaar.	Gemeente: volksgezondheid, veiligheid, toezicht, handhaving	2009
De gemeente heeft gebruik gemaakt van de nieuwe bevoegdheden die voortvloeien uit de aankomende nieuwe Drank en Horecawet. Dit betekent onder andere dat de leeftijdsgrens voor de verkoop van zwakalcoholische dranken is verhoogd naar achttien jaar. Er is in een lokale verordening vastgelegd dat jongeren onder de leeftijdsgrens een boete krijgen als zij op straat lopen met blikjes of flessen drank.	De leeftijdsgrens voor de verkoop van zwakalcoholische dranken is verhoogd naar achttien jaar.	Gemeente: volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	2009
	Er is in een lokale verordening vastgelegd dat jongeren onder de leeftijdsgrens een boete krijgen als zij op straat lopen met blikjes of flessen drank.	Gemeente: volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	2009
	De politie heeft gecontroleerd of deze bovenstaande regels gehandhaafd blijven.	Gemeente: volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	2009
	Op bovenstaande punten is passend beleid ontwikkeld.	Gemeente: volksgezondheid en veiligheid, toezicht, handhaving	2009
	Er zijn minder rokende jongeren en volwassenen. Dit percentage is gedaald ten opzichte van de peilingen vijf jaar ervoor.		
Doelstellingen Roken			
Onderwerp/activiteiten	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk / betrokken	Termijn
De gemeente heeft aangesloten bij de landelijke campagne m.b.t. antirookcampagnes door lokaal activiteiten in te zetten en heeft ervoor gezorgd dat deze campagne lokale media-aandacht krijgt.	De gemeente heeft de GGD HM verzocht om de uitvoering van de landelijke campagnes t.a.v. roken op lokaal niveau.	Gemeente: volksgezondheid, GGD HM	Jaarlijks
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de antirookcampagne door artikelen te plaatsen in de lokale media.	Gemeente: volksgezondheid, communicatie	Jaarlijks

De gemeente heeft de anti- <i>rook</i> cursussen van GGD en de thuiszorg onder de aandacht gebracht.	De gemeente heeft anti- <i>rook</i> cursussen onder de aandacht gebracht door artikelen te plaatsen in de lokale media.	Gemeente: volksgezondheid, communicatie	Jaarlijks
<p style="text-align: center;">Doelstellingen Overgewicht</p>			
<p style="text-align: center;">Onderwerp/activiteiten</p>			
De gemeente heeft de huidige regionale activiteiten en initiatieven t.a.v. gezond eten, bewegen en overgewicht ondersteund en hiervoor lokale publiciteit gegenereerd.	Er zijn in de lokale media artikelen geplaatst met aandacht voor de regionale activiteiten en initiatieven met betrekking tot bewegen.	Gemeente: volksgezondheid, communicatie	Doorlopend
De gemeente ontwikkelt activiteiten ter bevordering van bewegen voor mensen met een verstandelijke en/of lichamelijke beperking.	Opgenomen in Sportvisie.	Gemeente: volksgezondheid en sport.	2008
De gemeente heeft het huidige aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen (module 'Lokaal sport- en beweegaanbod in beeld' uit Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM).	Het aanbod aan sport en bewegingsactiviteiten is in kaart gebracht door de GGD HM met www.zorgwelrijnland.nl .	Gemeente: volksgezondheid en sport	2010
	De gemeente heeft het aanbod onder de aandacht gebracht bij de verschillende doelgroepen door berichten te plaatsen op de gemeentepagina, door de verspreiding van flyers en artikelen in de lokale media, etc.	Gemeente: volksgezondheid, sport, communicatie	2010
	De gemeente heeft een bewegwijzer ontwikkeld voor 50+ ers.	Gemeente: sport	2010

<p>De gemeente heeft aangesloten bij landelijke campagnes door organisatie van lokale prikacties en cursussen en heeft acties georganiseerd gericht op specifieke doelgroepen.</p>	<p>In het kader van de landelijke campagne 'Kijk op diabetes' zijn er lokale prikacties of acties t.a.v. de diabetesrisicotest georganiseerd.</p> <p>De gemeente besteedt aandacht aan de lokale prikacties voor diabetes of acties t.a.v. de diabetesrisicotest door artikelen te plaatsen in de lokale media.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid</p>	<p>2008 en vervolgens jaarlijks</p>								
<p>De gemeente heeft draagvlak gecreëerd bij huisartsen en praktijkbegeleiders om mensen die meer moeten bewegen voor te schrijven meer te gaan bewegen (dit kan tevens met aandacht voor Geestelijke Gezondheid).</p>	<p>De gemeente heeft de eerstelijnszorg, zoals huisartsen en fysiotherapeuten gestimuleerd als doorverwijsorgaan te dienen naar sport en bewegen (Ook kunnen ouderadviseurs een doorverwijsfunctie hebben). Hier wordt uitgegaan van het concept 'Gezond eten en bewegen op recept'¹².</p> <p>De gemeente heeft speciaal sportaanbod voor diabetes ontwikkeld.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid GGD HM</p>	<p>Start 2008 en wanneer de campagne wordt uitgevoerd</p> <p>Start 2009</p>								
<p>Doelstellingen Depressie</p>											
<p>Versterking van de preventieve aanpak van depressie (en eenzaamheid) vanuit een integrale visie.</p>											
<p>Er worden meer mensen bereikt met voorlichting over depressie.</p>											
<p>Er worden meer mensen gesignaleerd met depressieve klachten</p>											
<p>Er stromen meer mensen met depressieve klachten door naar psychosociale hulp.</p>											
<p>Er gaan meer mensen gebruik maken van het aanbod van depressie - en eenzaamheidspreventie of programma's gericht op de geestelijke gezondheidsbevordering.</p>											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="1093 1377 1197 2184">Onderwerp/activiteiten</th> <th data-bbox="1093 772 1197 1366">Prestatie-indicator</th> <th data-bbox="1093 324 1197 761">Verantwoordelijk / betrokken</th> <th data-bbox="1093 33 1197 313">Termijn</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="1101 1377 1197 2184"> <p>De gemeente heeft gebruik gemaakt van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie¹³. Hiermee heeft de gemeente een integrale aanpak ontwikkeld die afgestemd is op de eigen gemeente.</p> </td> <td data-bbox="1101 772 1197 1366"> <p>De gemeente heeft met behulp van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie een integrale aanpak ontwikkeld voor depressie (en eenzaamheid). In dit plan zijn onderstaande punten verwerkt.</p> <p>De gemeente heeft het Wmo-beleid , het ouderenbeleid en lokaal gezondheidsbeleid op elkaar afgestemd.</p> </td> <td data-bbox="1101 324 1197 761"> <p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen Wmo</p> <p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen, Wmo</p> </td> <td data-bbox="1101 33 1197 313"> <p>2010</p> <p>2010</p> </td> </tr> </tbody> </table>				Onderwerp/activiteiten	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk / betrokken	Termijn	<p>De gemeente heeft gebruik gemaakt van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie¹³. Hiermee heeft de gemeente een integrale aanpak ontwikkeld die afgestemd is op de eigen gemeente.</p>	<p>De gemeente heeft met behulp van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie een integrale aanpak ontwikkeld voor depressie (en eenzaamheid). In dit plan zijn onderstaande punten verwerkt.</p> <p>De gemeente heeft het Wmo-beleid , het ouderenbeleid en lokaal gezondheidsbeleid op elkaar afgestemd.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen Wmo</p> <p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen, Wmo</p>	<p>2010</p> <p>2010</p>
Onderwerp/activiteiten	Prestatie-indicator	Verantwoordelijk / betrokken	Termijn								
<p>De gemeente heeft gebruik gemaakt van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie¹³. Hiermee heeft de gemeente een integrale aanpak ontwikkeld die afgestemd is op de eigen gemeente.</p>	<p>De gemeente heeft met behulp van de handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid voor depressie een integrale aanpak ontwikkeld voor depressie (en eenzaamheid). In dit plan zijn onderstaande punten verwerkt.</p> <p>De gemeente heeft het Wmo-beleid , het ouderenbeleid en lokaal gezondheidsbeleid op elkaar afgestemd.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen Wmo</p> <p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen, Wmo</p>	<p>2010</p> <p>2010</p>								

¹² Module uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.

¹³ Met de handleiding 'Preventie van depressie' kan de gemeente snel de contouren voor een gemeentelijk depressiepreventiebeleid scheitsen, een selectie maken van wat voor uw specifieke werkgebied relevant is en een eigen plan voor intern gebruik opstellen

<p>De gemeente heeft voor het depressiepreventiebeleid een verbinding gelegd met het beweegcomponent¹⁴ (zie ook overgewicht en diabetes).</p>	<p>De gemeente heeft onderzocht welke module het beste past bij het depressiepreventiebeleid. De gemeente heeft hiervoor advies ingewonnen bij de GGD HM.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen, Wmo GGD HM</p>	<p>2010</p>
<p>De gemeente heeft initiatieven gestimuleerd en ondersteund op het gebied van sociale preventie zoals vrijwilligerswerk, welzijnsactiviteiten, activerende huisbezoeken, aanleg van netwerken, activering tot participatie met dagbesteding of intergeneratie-projecten.</p>	<p>De gemeente heeft een programma uitgevoerd waarbij de relatie is gelegd tussen depressie/eenzaamheid en bewegen.</p> <p>De gemeente heeft de voorgenomen activiteiten uit de 'Wmo-beleidsnota Domein 3: Mantelzorg en vrijwilligers' uitgevoerd.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid Ouderen, Wmo Sport Gemeente: Wmo</p>	<p>2010 en vervolgens jaarlijks Doorlopend</p>
Onderwerp/activiteiten			
Prestatie-indicator			
Verantwoordelijk/betrokken			
<p>De gemeente heeft de eerste lijn gestimuleerd om het systeem om depressie tijdig in beeld te krijgen te verbeteren en gebruik te maken van het voor hen juiste aanbod: een betere probleemanalyse, verwijzing en meer kennis van de sociale kaart. De gemeente heeft een regisseursrol aangenomen in het realiseren van betere afstemming en samenwerking binnen de infrastructuur voor depressiepreventie.</p>	<p>De gemeente heeft een bijeenkomst georganiseerd voor de eerstelijns om het systeem om depressieve mensen tijdig in beeld te krijgen te verbeteren.</p> <p>Op basis van de resultaten van deze bijeenkomst heeft de gemeente een voorstel gemaakt om het signaleringssysteem te verbeteren.</p> <p>Dit bovenstaande plan is voorgelegd aan de eerstelijns.</p> <p>Dit bovenstaande plan is uitgevoerd.</p>	<p>Gemeente: volksgezondheid, Ouderen Wmo Eerstelijns en tweedelijns-preventie Gemeente: volksgezondheid, Ouderen, Wmo Gemeente: Ouderen, Wmo, Volksgezondheid en Eerstelijns Gemeente: Ouderen, Wmo, volksgezondheid Eerstelijns</p>	<p>2010 2010 2010 2010 2011</p>
<p>De gemeente heeft coaching/deskundigheidsbevordering aangeboden aan intermediairen en hulpverleners waardoor de signaleringsvaardigheden en meldingsbereidheid versterkt is.</p>	<p>De eerstelijns is schriftelijk geïnformeerd over het aanbod van het bevorderen van de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering en het belang van (vroeg)signalering van eenzaamheid en depressie.</p> <p>Er is door de eerstelijns een aanbod afgenomen om de preventiedeskundigheid ten aanzien van (vroeg)signalering te bevorderen.</p>	<p>Gemeente: Ouderen, Wmo, volksgezondheid Eerstelijns en tweedelijns-preventie</p>	<p>2010 en vervolgens jaarlijks</p>
<p>De gemeente heeft voor meer bewustwording en signalering van depressie gezorgd door hier aandacht aan te schenken op de gemeentepagina en middels de lokale media.</p>	<p>De gemeente heeft aandacht besteed aan eenzaamheid en depressie door artikelen te plaatsen op de gemeentepagina en in de lokale media.</p>	<p>Gemeente: Ouderen, Wmo, volksgezondheid, communicatie</p>	<p>2010</p>

¹⁴ In het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM zijn twee modules opgenomen voor de oudere doelgroep.

De gemeente heeft waar mogelijk best-practices en effectieve interventies ingezet zoals bijv. 'Vriendschapskursus' en 'Escape'. Vooral cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groepscursussen. De drempels bij internetcursussen zijn vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo met maximale privacy aan de slag.	De gemeente heeft onderzocht welke effectieve interventies zij wil inzetten in de gemeente.	Gemeente: Ouderen, volksgezondheid	2010
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de effectieve interventies door artikelen te plaatsen op de gemeentepagina en in de lokale media.	Gemeente: Ouderen, volksgezondheid, communicatie	2010 En vervolgens jaarlijks
	De gemeente heeft aandacht besteed aan de effectieve interventies door de eerstelijns hierover schriftelijk te informeren.	Gemeente: Ouderen, volksgezondheid Eerstelijns	2010

9 Bijlagen

9.1 Bijlage I 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
Geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen	Regionaal	Taken op het gebied van ongevallen- en rampenbestrijding
Ambulancevervoer (RAD)	Regionaal	
Eerstelijnsgezondheidszorg	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
Huisarts	Lokaal	7 praktijken, waarvan 2 dubbelpraktijken
Tandarts	Lokaal	7
Fysiotherapeut	Lokaal	8
Apotheker	Lokaal	3
Logopedist	Lokaal	1
Verloskundige	Lokaal	1 praktijk met 3 verloskundigen
Thuiszorg Groot Rijnland	Regionaal	Huishoudelijke verzorging, verpleging, dieetadvies, alphahulpverlening en advisering/voorlichting.
Thuiszorg Valent Regio Duin- en Bollenstreek	Regionaal	Huishoudelijke verzorging, verpleging, dieetadvies, alphahulpverlening en advisering/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
Lokaal loket	Lokaal	Samenwerkingsverband van 9 organisaties op het gebied die informatie en advies geven over wonen, zorg, welzijn en inkomen.
Stichting Hulpverlening Anticonceptie en Seksualiteit	Regionaal	Laagdrempelige hulpverlening op het totale gebied van seks, seksualiteit en geslachtsorganen.
Oefentherapie Cesar	Lokaal	1 praktijk
Vrijgevestigde psychologen/psychiaters	Lokaal	2
Homeopathische huisarts	Lokaal	1
Acupuncturist	Lokaal	1
Osteopaat	Lokaal	1
Gezondheidscentrum	Lokaal	Huisartsen, homeopathische artsen, poliklinische spreekuren van het Spaarneziekenhuis en de bloedbank.
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
Ziekenhuizen	Regionaal	Inwoners gaan naar de ziekenhuizen in Hoofddorp, Haarlem, Leiderdorp en Leiden. Verder zijn er lokale poliklinieken.
Algemene psychiatrische ziekenhuizen	Regionaal	De Geestgronden Bennebroek

St. Rijnlands Zeehospitium	Regionaal	Revalidatiecentrum
Herstellingsoord 'De Kim'	Regionaal	Een herstellingsoord voor patiënten met somatische aandoeningen.
Verzorgings-en verpleeghuizen	Lokaal/regionaal	- Parkwijk (HOZO) - Bloemswaard (HOZO) - Zorgbalans groep Psychogeriatrisch verpleeghuis Den Weeligenberg
Zorg voor verstandelijk gehandicapten	Lokaal/regionaal	- Willem van de Bergh - Stichting Bollenstreek
Stichting Raamwerk	Lokaal/regionaal	Vestigingen 's Heerenloo en Hartekampgroep: begeleid wonen en dagopvang
Rijnlands Voorzieningscentrum	Regionaal	Woonvorm voor ernstig lichamelijk gehandicapte jongeren en volwassenen.
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 voortgezet speciaal onderwijs voor zeer moeilijk lerende kinderen.
Geestelijke gezondheidszorg Kinderen en Jeugd Rivierduinen	Lokaal	Biedt deskundige, ambulante hulp aan kinderen van 0-18 jaar met psychiatrische problemen
Geestelijke gezondheidszorg Duin- en Bollenstreek	Lokaal	Een breed pakket van behandelmogelijkheden, verzorging en begeleiding op GGZ-terrein
Verslavingszorg de Brijderstichting (Parnassia)	Regionaal	Het aanbod bestaat uit ambulante, poliklinische en klinische zorg, deeltijdbehandeling, preventieactiviteiten en justitiële verslavingszorg. De zorg bestaat uit individuele begeleiding of behandeling, maatschappelijke begeleiding en methadonverstrekking.
Maatschappelijke organisaties	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
De Vriendendienst Duin- en Bollenstreek	Lokaal	Een organisatie die vrijwilligers inzet bij mensen met een psychiatrische achtergrond die eenzaam zijn. Het doel is het doorbreken van isolement en het ondernemen van allerlei activiteiten samen.
Maaltijdaanbieders	Lokaal	Wanneer mensen door omstandigheden tijdelijk of langdurig niet meer in staat zijn om te koken, kunnen maaltijden aan huis worden bezorgd.
Stichting MEE Zuid- Holland Noord (ook deelnemer in lokaal loket)	Regionaal / lokaal	Zij biedt informatie, advies en ondersteuning aan alle mensen met een beperking.
Stichting Welzijn Ouderen Hillegom (SWOH)	Lokaal	Verzorgt o.a. maaltijdvoorzieningen, vervoer, alarmering, meer bewegen voor ouderen, cursussen, wandeltochten etc.
Ouderenadviseur (onderdeel SWOH)	Lokaal	De ouderenadviseur biedt hulp bij thuisadministratie, informatie en advies aan ouderen boven de 55 jaar die niet vermogend zijn.
Stichting Hillegomse Organisaties voor zorgverlening aan ouderen (HOZO)	Lokaal	Biedt aan zelfstandig wonende ouderen een service – en activiteitenpakket en beheert de 2 verzorgingshuizen in Hillegom
Ouderenbonden:	Landelijk/Lokaal	ANBO en Vereniging van senioren KBO Hillegom bieden welzijnactiviteiten aan zoals contactmiddagen, uitgaansdagen en feestelijke bijeenkomsten; behartigen de belangen van ouderen.
Steunpunt vrijwillige hulp Duin-en Bollenstreek	Regionaal	Bemiddeling van vrijwilligers naar organisaties die met vrijwilligers werken.
Steunpunt Mantelzorg Duin- en Bollenstreek	Lokaal	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.

Maatschappelijke organisaties	Verzorgingsgebied	Aanvullende informatie
Intergemeentelijke Sociale Dienst Bollenstreek	Regionaal	Het uitvoeren van de sociale diensttaak voor de deelnemende gemeenten, onder andere Wet werk en bijstand, individuele voorzieningen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning, Wet inburgering
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.
Nederlandse Rode Kruis	Lokaal/ Landelijk	Hulp aan mensen in nood, ouderen, mensen met een chronische ziekte of handicap.
Nationale vereniging De Zonnebloem	Lokaal/ Landelijk	Hulp van vrijwilligers aan langdurig zieken, lichamelijk gehandicapten en hulpbehoevende ouderen.
Stichting Vrouwenopvang Rosa Manus	Regionaal	opvang en begeleiding voor vrouwen met of zonder kinderen, die geestelijk, lichamelijk of seksueel worden mishandeld of daarmee worden bedreigd
Palliatieve Terminale Thuiszorg (VPTZ)	Regionaal	Vrijwilligers bieden ondersteuning aan mensen van wie het levenseinde nabij is en die thuis in de eigen omgeving willen sterven.
Hospice Duin- en Bollenstreek te Sassenheim	Regionaal	Palliatieve zorg voor mensen in hun laatste levensfase.
De Binnenvest te Leiden	Regionaal	Hulpverlening aan dak- en thuislozenzorg, verslaafden- zorg. Beschikt over een slaaphuis waarin daklozen de nacht kunnen doorbrengen, een sociaal pension en een dienstencentrum. Tevens crisisopvang en begeleidwonen-projecten.

9.2 Bijlage 2 Gezondheidssituatie van de inwoners van Hillegom

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 Hillegom. 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 gebruikt¹⁵. Een aantal ziekten worden nader belicht. De keuze is gemaakt op grond van landelijke informatie wat de meest voorkomende ernstige ziekten of aandoeningen zijn, waar mensen relatief jong aan sterven of welke ziekten erg ingrijpend zijn. Ook is van belang of de ziekte beïnvloedbaar is door gemeentelijk beleid. Het Ministerie van VWS heeft in 2006 vijf speerpunten voor beleid aangewezen: diabetes, depressie, overgewicht, roken en risicovol alcoholgebruik. Deze komen in dit hoofdstuk aan bod. Daarnaast worden de volgende ziekten of aandoeningen nader bekeken: hart- en vaatziekten, kanker, ernstige luchtwegaandoeningen, overige psychische stoornissen en beperkingen. Vervolgens worden nog enkele andere risicofactoren die deze ziekten beïnvloeden behandeld. Waar mogelijk wordt vergeleken met de regio Zuid-Holland Noord en Nederland en wordt de regionale en landelijke trend over de afgelopen periode en de toekomst besproken. Tot slot wordt aandacht besteed aan het zorggebruik.

Algehele gezondheid

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

Diverse ziekten en aandoeningen lieten tussen 1993 en 2003 grote veranderingen in het vóórkomen zien. Ook het sterfjepatroon 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) borstkanker (v) huidkanker darmkanker diabetes	astma diabetes depressie angststoornissen beroerte	dementie longkanker (v) COPD (v) slokdarmkanker accidentele val
sterkste dalers	longkanker (m) griep privé -ongevallen maagkanker sportblessures	COPD zweren maag en 12-vingerige darm slechthorendheid hartfalen (v) ziekte van Parkinson	ziekte kransslagaders longkanker (m) beroerte hartfalen COPD (m)

m = mannen, v = vrouwen
bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid

¹⁵ 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 Hillegom en Nederland, dan blijkt dat zowel voor mannen als vrouwen de totale sterfte hoger is dan de sterfte in Nederland. De sterfte in ZHN is echter 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 Hillegom. 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 Hillegom 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 Hillegom 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 tot 65 jaar in het cluster met Hillegom 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%.

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

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Hillegom als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 31% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten. Vergeleken met Nederland sterven in Hillegom 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.

risicofactoren

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

trend

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

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

Kanker

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

voórkomen

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

In Hillegom wordt 24% 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 prostaatkanker (4%). Bij vrouwen met kanker gaat het vaak om borstkanker (6%) en longkanker (3%). Bij overlijden op jongere leeftijd (tussen 20 en 65 jaar) is kanker de belangrijkste doodsoorzaak: de helft van de vrouwen die in deze leeftijdsgroep overlijden, sterft aan kanker (17% aan borstkanker). Bij mannen sterft een derde aan kanker in deze leeftijdsgroep.

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.

voórkomen

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

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 hoger dan 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, astbest of ammoniak mogelijk een rol bij het ontstaan van COPD.

trend

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

Diabetes

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

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

Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

voórkomen

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 Hillegom is dit 3,1% en bij de 65-plussers 14%. Het komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Voor Nederland gelden vergelijkbare percentages.

De cijfers over het aantal mensen dat overlijdt aan diabetes zijn onbetrouwbaar omdat deze mensen vaak sterven aan complicaties zoals een hartinfarct of beroerte.

risicofactoren

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

trend

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

Psychische stoornissen

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

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

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

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

voórkomen

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

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

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

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

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

gebied	leeftijd	suicide-gedachten
cluster	19-64 65+	6,5% 2,1%
ZHN	19-64 65+	6,5% 3,9%

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

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.

voórkomen

Jaarlijks denkt 0,8% van de 12-17 jarigen en 6,5% van de volwassenen in het cluster met Hillegom 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.

Twee procent van de totale sterfte in Hillegom 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 Hillegom 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 Hillegom 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 ouderdomsslechthorendheid 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 Hillegom 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.

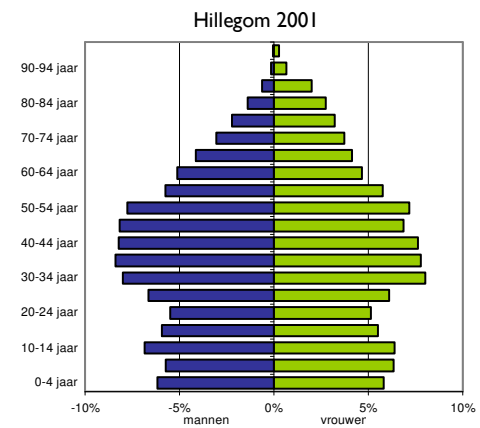
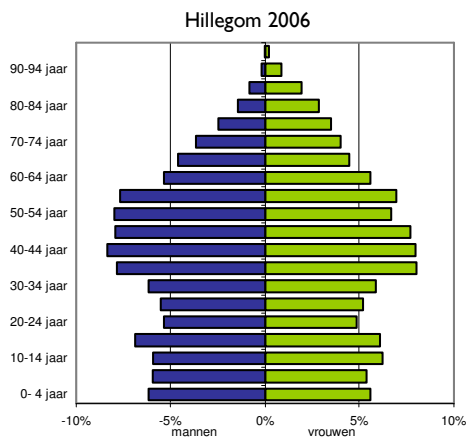
mobiliteit

Naast deze beperkingen is een kwart van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Hillegom 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 een waar rekening mee moet worden gehouden). Andere risicofactoren zoals leefgewoonten of de fysieke omgeving zijn wel te beïnvloeden. De risicofactoren die hier worden genoemd hebben een relatie met de bovengenoemde ziekten en

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



Leeftijd

Van de bevolking in Hillegom is in 2006 24% jonger dan 20 jaar en 16% is 65 jaar of ouder. De leeftijdsopbouw in de Hillegom komt vrijwel overeen met die van Nederland, alleen ligt landelijk het percentage ouderen iets lager (14%). Vergeleken met 2001 is in de bevolkingspiramide van 2006 duidelijk te zien dat het aandeel 55-59 jarigen in 2006 veel groter is dan in 2001.

Verwacht wordt dat in 2025 in Hillegom 22% van de bevolking jonger is dan 20 jaar en 23% 65 jaar of ouder.

Doordat de verwachting is dat het inwonersaantal in Hillegom in 2025 met 8% gegroeid is, zal het aantal jongeren ongeveer gelijk blijven (bijna 5.000), maar het aantal 65-plussers zal met ongeveer 2.000 personen stijgen (tot 5.000 in 2025). Dit is een stijging van het aantal ouderen met 60%.

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

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 Hillegom 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 Hillegom 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.

Regionaal hebben een op de drie jonge mannen en één op de vijf jonge vrouwen (20-ers) de gewoonte minimaal één keer per week veel te drinken per keer (voor mannen zes en voor vrouwen vier glazen op één avond). Het zijn echter niet alleen de jongeren die veel alcohol per week drinken. Met de leeftijd gaat men meer keren per week drinken: ongeveer een derde van de 50-plussers drinkt dagelijks. De leeftijdsgroep van 50-64 jaar drinkt gemiddeld de meeste glazen alcohol per week (14 glazen). Mannen drinken duidelijk meer dan vrouwen en lager opgeleiden drinken meer dan hogeropgeleiden. Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is voor de jongeren hoger, maar voor de volwassenen vergelijkbaar met dat van de rest van Nederland.

gebied	leeftijd	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*

Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is in de afgelopen 5 jaar toegenomen: meer mensen drinken tegenwoordig (met name meisjes en volwassen vrouwen). Ook het aantal glazen per keer is toegenomen: jongeren van 12-14 jaar dronken in 1996 gemiddeld 1,5 glas alcohol per keer, in 2003 was dit bijna 4 glazen. Bij 15-17 jarigen is er ook een toename: van 4,5 naar 6 glazen per keer. Bij volwassenen is het percentage dat (zeer) excessief drinkt¹⁷ 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 Hillegom rookt 13% van de jongeren van 12-17 jaar, bijna een kwart van de volwassenen van 19-64 jaar en 13% van de 65-plussers. In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zijn de meeste rokers (regionaal), maar het aantal sigaretten dat men rookt per dag is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (gemiddeld 13 sigaretten). Mannen roken meer dan 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

¹⁶ Vaak en veel alcohol drinken bij de jongeren is gedefinieerd als minimaal eens per week meer dan vier glazen op één dag drinken.

¹⁷ Excessief drinken is gedefinieerd als: in één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen tenminste zes glazen.

ouder is het percentage rokers tussen 1980 en 2004 sterk gedaald. In het cluster met Hillegom 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	cannabis	harddrugs
cluster	12-17 18-26	2,7% 11%	0,8% 3,1%
ZHN	12-17 18-26	4,5% 10%	1,0% 4,0%
NL	12-19	9%	1,8%

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

Drugs

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

In 2003 gebruikte 2,7% van de 12-17 jarigen in het cluster met Hillegom 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.

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: Gezondheidspeilingen ZHN 2005

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

Lichamelijke inactiviteit

In het cluster met Hillegom voldoet ruim een derde van de volwassenen van 19-64 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen¹⁸ 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 volwassenen¹⁹; van de 12-17 jarigen in het cluster met Hillegom 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

¹⁸ 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.

¹⁹ 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.

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.

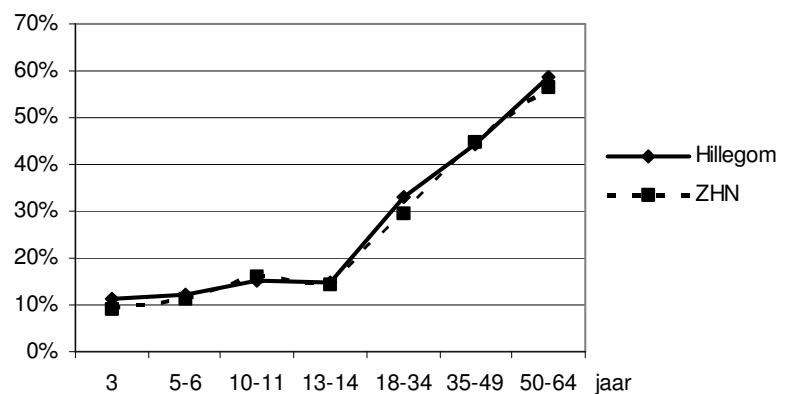
In de periode 2000-2004 is het percentage Nederlanders van 18 jaar en ouder dat niet aan de norm voldoet gedaald: er wordt dus meer bewogen. Personen met overgewicht bewegen ook meer dan in 2000, maar de stijging is minder groot dan bij personen zonder overgewicht.

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 Hillegom 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 gemaksvuedsel 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.



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

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

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN
bron: peilingen ZHN: jongeren 2003 en 1998, volwassenen 2005 en 2000

Overgewicht

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

Het overgewicht van de inwoners in Hillegom neemt met de leeftijd toe van 11% bij 3-jarigen tot 15% bij 10-11 jarigen. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 59% van de 50-64 jarigen. Bij ernstig overgewicht is in Hillegom het percentage bij de 3-jarigen echter hoger dan bij de 10-11 jarigen (3,8% versus 2,5%) om uiteindelijk uit te komen bij 13% 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.

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

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

Fysieke omgeving

De fysieke omgeving waar mensen een groot deel van hun tijd doorbrengen is in de eerste plaats de eigen woning en de woonbuurt. De woningvoorraad in Hillegom bestaat voor 60% uit koopwoningen (59% in ZHN en 56% landelijk). Dit percentage is de laatste zes jaar minder snel toegenomen dan in ZHN (een versus drie procent).

Ruim een derde van het oppervlak en circa drie kwart van de woningen in Nederland ondervindt een gecumuleerde geluidbelasting door weg-, rail- en vliegverkeer van meer dan 50 dB(A). Het wegverkeer is hiervan de belangrijkste veroorzaker. Naast hinder kan blootstelling aan geluid ook gezondheidsproblemen veroorzaken die verband houden met slaapverstoring en stressgerelateerde aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten). Ongeveer een derde van de volwassenen in het cluster met Hillegom ervaart geluidsoverlast. 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 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 38% van de inwoners in Hillegom laag opgeleid; zij hebben hooguit mavo of voorbereidend beroepsonderwijs. Dit percentage is hoger dan in 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 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.

Hillegom 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 Hillegom lager dan landelijk (3,6% versus 5,9%) en hebben relatief weinig personen een bijstandsuitkering (1,2% versus 3,4% in Nederland). Het percentage arbeidsongeschikten is in Hillegom vergelijkbaar met Nederland (8,3% versus 8,5%).

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

Schulden vormen geen probleem als men deze binnen de gestelde termijn kan aflossen. Problemen ontstaan als de betalingsachterstanden oplopen. Volgens het NIBUD zijn de schulden *risicovol* als er meer dan drie schuldeisers zijn, als een betalingsachterstand twaalf maanden of langer heeft geduurd, als een betalingsachterstand groter is dan duizend euro of als men tenminste één van de betalingsachterstanden niet zelfstandig binnen twaalf maanden kan oplossen. De schulden worden *problematisch* als twee of meer van bovenstaande situaties gelden. Drie procent van de 19-94 jarigen in het cluster met Hillegom heeft een risicovolle of problematische schuld (waarvan ruim de helft problematisch). In ZHN is dit het dubbele. Het percentage in het cluster met Hillegom is het hoogst bij 19-34 jarigen (6,1%) en het laagst bij 65-plussers (2,4%).

Alleenstaanden

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

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

Eenoudergezinnen

In Hillegom staat bij 15% van de gezinnen met kinderen één ouder aan het hoofd (gelijk aan ZHN). Nederland heeft een hoger percentage eenoudergezinnen (18%). In Hillegom 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, rekent men tot de allochtonen. In vergelijking met landelijke cijfers, zijn in Hillegom ongeveer even veel westerse allochtonen (8,0%) maar veel minder niet-westerse allochtonen (4,6% 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 Hillegom is gestegen (naar 11% westerse en 8,3% niet-westerse allochtonen).

Huiselijk geweld

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

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 Hillegom (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 Hillegom 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 Hillegom 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 Hillegom 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%). Eén procent van de 12-26 jarigen heeft contact gehad met Bureau Jeugdzorg.

Verzorgings- en verpleeghuis

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

In Hillegom bevinden zich twee woonzorgcentra. Bloemswaard is een woonzorgcentrum met 110 plaatsen. Hiervan zijn 38 plaatsen voor cliënten met aanvullende psychogeriatrische zorg, 15 plaatsen voor cliënten met aanvullende somatische zorg en 5 plaatsen voor kortdurend verblijf. Parkwijk heeft plaats voor 60 cliënten, waarvan 15 plaatsen beschikbaar zijn voor cliënten met een indicatie voor aanvullende somatische zorg.

In Hillegom bevindt zich het psychogeriatrisch verpleeghuis Den Weeligenberg. Deze instelling biedt plaats aan 96 bewoners.

Thuiszorg

Van de volwassenen in het cluster met Hillegom heeft 1,9% het voorafgaande jaar gebruik gemaakt van de thuiszorg (onder andere wijkverpleegkundige, gezinsverzorging of alfhulp). 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 verweeduwen) 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 Hillegom 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 Hillegom 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 Hillegom 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 Hillegom 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 95% van de 9-jarigen in Hillegom gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (D(K)TP) en 98% tegen bof, mazelen en rode hond (BMR). En van de 65-plussers is 96% de afgelopen winter gevaccineerd tegen griep. Ook de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker kennen een hoog opkomstpercentage (respectievelijk 83% en 69%). De percentages stijgen jaarlijks langzaam.

9.3 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.

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

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

Beleidsadvisering

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

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

Gezondheidsbevordering

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

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

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

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

Medische milieukunde

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

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

Technische hygiënezorg

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

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

Bestrijding van infectieziekten

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

Jeugdgezondheidszorg

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

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

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

Medische Opvang Asielzoekers

De GGD is in 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, hygiëeadvisering, bestrijding van infectieziekten en gezondheidsvoorlichting.

De GGD voert ook niet wettelijk verplichte taken uit:

Reizigersadvisering

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.

9.5 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 Hillegom 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 (Wvpg). 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.

9.6 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 zorganspraken 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 hypothyroidie (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.

9.7 Bijlage 7 Gebruikte afkortingen

AA	Anonieme Alcoholisten
AGS	Adrenogenaal syndroom
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BANS	Bestuursakkoord Nieuwe Stijl
BMR	Bof -, mazelen- en rode hondvaccinatie
BZK	Ministerie van Buitenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CHT	Congenitale hypothyroïde
CJG	Centrum voor Jeugd en gezin
CJGZ	Centrum voor Jeugdgezondheidszorg
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DKTP	Difterie -, kinkhoest -, poliomyelitis - en tetanusvaccinatie
EKD	Elektronisch Kinddossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD HM	Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hollands Midden
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GSM	Global system for mobile communication
HOZO	Stichting Hillegomse Organisaties voor Zorgverlening aan Ouderen
IAD	Integrale Aanpak Depressiepreventie
IVA	Instructie verantwoord alcoholgebruik
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JIF	Jongeren Informatie Functies
MW	Maatschappelijk Werk
NIBUD	Nederlands Instituut voor Budgetvoorlichting
OAB	Onderwijsachterstandenbeleid
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
PKU	Phenylketonurie
PO	Primair Onderwijs
RCG	Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
STGR	Stichting Thuiszorg Groot Rijnland
SWOH	Stichting Welzijn Ouderen Hillegom
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
TRV	Tijdelijke Regeling Vroegsignalering
VO	Voortgezet Onderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VVE	Voor - en vroegschoolse Educatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WI	Wet inburgering
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZAT	Zorg - en adviesteam
ZHN	Zuid-Holland Noord
3VO	Verenigde Verkeers Veiligheids Organisatie

10 Geraadpleegde literatuur

Hoofdstuk 1 Inleiding

1. Gemeente Hillegom
<http://www.hillegom.nl>
2. Samenwerking bollengemeenten
<http://www.samenwerkingbollengemeenten.nl>

Hoofdstuk 2 De visie op gezondheid

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

Hoofdstuk 3 Actuele beleidsontwikkelingen

5. Convenant ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning Zuid-Holland Noord 2007-2010
6. 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.
7. Wijngaarden van, R., Pajmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
8. Regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
<http://www.rcgzhn.nl>
9. Ministerie van VWS: *Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg*, januari 2005
http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg_tcm19-96761.pdf
10. 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>
11. 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>
12. Gemeente Hillegom
<http://www.hillegom.nl>

Hoofdstuk 4 Terugblik en stand van zaken

13. Gemeente Hillegom
<http://www.hillegom.nl>

Hoofdstuk 5 Belangrijke feiten gezondheidssituatie Hillegom

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

Hoofdstuk 6 Beleidsprioriteiten

27. Van Kesteren, DJ. (2004) *Nuchter beleid. Adviesrapport over lokale mogelijkheden ter preventie van alcohol- of drugsmisbruik van jeugdigen*. GGD ZHN, Leiden.
28. Van Wijngaarden, R. (november 2005). *Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht. Een handreiking voor gemeenten*. GGD ZHN, publicatienummer 05028, Leiden.
29. Van der Zouwe N. (2006), *Eenzame ouderen over de drempel, een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen in Zuid-Holland Noord*. GGD Hollands Midden, Leiden.
30. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.

Hoofdstuk 7 Bijlagen

Bijlage 1 Overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

31. Informatiebron voor zorg, welzijn en wonen www.zorgwelrijland.nl

Bijlage 2 De gezondheidssituatie van de inwoners van Hillegom

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

Bijlage 3 De Wmo- prestatievelden

45. 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 HM

46. 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

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

Bijlage 6 De Wet collectieve preventie volksgezondheid

48. Vereniging van Nederlandse gemeenten

<http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=57480&it=3>

Tekst geldend op: 06-08-2007

Bijlage 7 Gebruikte afkortingen