

**Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid
Gemeente Nuenen c.a.**

2009 - 2011

Inhoud

Inleiding

Hoofdstuk 1. Visie, kaders en doel

- 1.1 Visie op gezondheid
- 1.2 Taken en rollen van de gemeente (Wet collectieve preventie volksgezondheid)
- 1.3 Beleidskader
- 1.4 Doelstelling Lokaal Gezondheidsbeleid gemeente Nuene c.a.

Hoofdstuk 2. Speerpunten voor de komende jaren

- 2.1 Alcohol en drugs
- 2.2 Mantelzorg
- 2.3 Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg

Hoofdstuk 3. Werkwijze en randvoorwaarden

Inleiding

Voor u ligt de nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Nuenen c.a.

Gezondheid is een belangrijk, zo niet hét belangrijkste bezit. Uit de gezondheidspeilingen van de GGD blijkt dat het met veruit de meeste inwoners van Nuenen goed gaat. Maar dat betekent niet dat wij achterover kunnen gaan leunen. Wij realiseren ons dat mensen die zich gezond voelen, langer zelfstandig kunnen meedoen aan het 'gewone' leven in Nuenen.

Meedoen en meedenken staat dan ook centraal in het gemeentelijk beleid op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning; ook wel de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) genoemd. De gemeente biedt ondersteuning aan personen die als gevolg van een ziekte of beperking moeilijkheden ondervinden in het dagelijks functioneren en er op eigen kracht of met behulp van hun sociaal netwerk niet uitkomen.

De taak van de gemeentelijke overheid op het terrein van het lokaal gezondheidsbeleid richt zich vooral op het voorkomen van (vermijdbare) ziekten (dit wordt ook wel primaire preventie genoemd) en op het vroegtijdig opsporen van ziekten om erger te voorkomen (dit wordt ook wel secundaire preventie genoemd).

In het eerste deel van deze nota wordt duidelijk gemaakt wat de gemeentelijke visie op gezondheid is. Omdat er verschillende overeenkomsten, maar ook op onderdelen verschillen zijn met andere wetgeving meenden wij er goed aan te doen om ook het beleidskader te schetsen waarbinnen wij het gezondheidsbeleid willen voeren, vooral als het gaat om de WMO en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In hoofdstuk 2. wordt een opsomming gegeven van de gemeentelijke prioriteiten (in deze beleidsperiode) die van invloed kunnen zijn op gezondheid. Omdat er nu eenmaal gekozen moet worden, en er over het algemeen immer een afweging gemaakt moet worden zullen wij ook beargumenteren waarop wij onze beleidskeuzes hebben bepaald.

Wij zijn ons ervan bewust dat zeker gezondheid en daaraan gekoppelde voorzieningen betaalbaar moeten blijven, ook op de langere termijn. Vandaar dat wij in deze nota tevens aangeven hoe aan kostenbeheersing op dit gebied gewerkt kan worden i.c het compensatiebeginsel zal worden toegepast.

Wij gaan ervan uit dat we de maatregelen die in deze nota staan in een tijdsbestek van drie jaar kunnen realiseren. Niet alleen daadwerkelijk realiseren, maar ook om er tijdig een evaluatie aan te kunnen wijden opdat bij de actualisering van het gezondheidbeleid op termijn ook meetbare resultaten over onze voornemens in deze nota kunnen worden gepresenteerd.

Nuenen, januari 2008

Hoofdstuk 1. Visie, kader en doel

1.1 Visie op gezondheid in relatie tot meedoen

Gezondheid wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) omschreven als “een toestand van lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden en is daarmee méér dan de afwezigheid van ziekte”. Gezondheid is dus een breed begrip. Een goede gezondheid is voor velen noodzakelijk om in sociaal en economisch opzicht op een volwaardige wijze te kunnen functioneren. Dit betekent dat iedere vorm van maatschappelijke ondersteuning bijdraagt aan het welbevinden en daarmee dus aan de gezondheid van mensen.

Vanuit deze definitie van gezondheid zijn een aantal factoren (determinanten) van belang die gezondheid mede bepalen, namelijk:

- biologische en erfelijke factoren (geslacht, leeftijd en aanleg voor gezondheid of ziekte);
- leefstijl en gedrag (voeding, beweging, genotmiddelengebruik, omgaan met stress);
- sociale omgeving (gezin, buurt, familie, vrienden, sociaal-economische status)
- fysieke omgeving (wonen, milieu, veiligheid en inkomen, onderwijs, arbeid, speelvoorzieningen)
- Gezondheidszorgsysteem (aanwezigheid, bereikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van voorzieningen).

Dit betekent dat iedere burger voor een groot deel zelf verantwoordelijk is voor zijn of haar gezondheid door het ontwikkelen van een goede en gezonde leefstijl. Daarnaast zijn ook anderen verantwoordelijk, zoals de medische sector (verantwoordelijk voor de zorg), werkgevers (verantwoordelijk voor een gezonde werkomgeving) en ouders en leerkrachten (verantwoordelijk voor een omgeving waarin kinderen zich veilig kunnen ontwikkelen op emotioneel en lichamelijk gebied).

Maar ook gemeenten hebben een wezenlijke taak. Daarbij staat voorop het voorkomen van vermijdbare ziekten en het bevorderen van gezondheid, de zogenaamde openbare gezondheidszorg.

1.2 Wettelijk kader

Sinds 1989 tot eind 2008 was de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) het wettelijke kader voor de gemeentelijke taken op het terrein van de collectieve preventie en de volksgezondheid. Sinds 1 december 2008 heeft de Wet Publieke Gezondheid (WPG) de WCPV, de Infectieziektewet en de Quarantainewet vervangen. In de Wet Publieke Gezondheid worden drie deelterreinen onderscheiden collectieve preventie, infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Het deelterrein collectieve preventie biedt lokaal kansen omdat elke gemeente zelf mag bepalen aan welke thema's zij aandacht wil besteden en in welke vorm. De voornemens op dit beleidsterrein dienen vanaf 2003 door elke gemeente om de vier jaar te worden vastgelegd in een nota Lokaal gezondheidsbeleid. De vorige nota van de gemeente Nuenen c.a. die geschreven is in dit kader stamt uit 2003 en dient dus opnieuw op- en vastgesteld te worden.

Omdat gezondheid onlosmakelijk verbonden is met ‘meedoen’, moet de WMO ook toegevoegd worden aan het wettelijke kader voor lokaal gezondheidsbeleid. De WMO heeft als doel dat iedereen kan meedoen en maakt gemeenten verantwoordelijk voor de maatschappelijke ondersteuning. Het begrip maatschappelijke ondersteuning is in de Wmo verwoord in negen prestatievelen. Het ministerie van VWS geeft de kaders aan waarin elke gemeente haar eigen beleid kan maken. In het beleidsplan ‘Wmo in Nuenen 2008-2011, Meedoen en Meedenken’ heeft de gemeente aangegeven wat ze wenst te bereiken op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning.

Voor de gemeente Nuenen is het de komende jaren de uitdaging om beleid te ontwikkelen dat een samenhangend antwoord geeft op sociaal-maatschappelijke (WMO) en gezondheidsproblemen (WPG) en het voorkomen daarvan.

De WPG begeeft zich vooral op het gebied van primaire en secundaire preventie en heeft ten doel de gezondheid van (nog) gezonde burgers te bevorderen en te beschermen. Onder primaire preventie vallen activiteiten die voorkomen dat een bepaald gezondheidsprobleem, ziekte of ongeval ontstaat. Bij secundaire preventie worden ziekten of afwijkingen in een vroeg stadium opgespoord.

De WMO richt zich vooral op secundaire en tertiaire preventie en heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Bij tertiaire preventie (onderdeel van de zorg) worden complicaties en ziekteverergering voorkomen.

Binnen het wettelijk kader van de WMO wordt gesproken over het compensatiebeginsel; in principe moeten inwoners aangeven op welke wijze men getracht heeft alternatieven voor bestaande hulp te vinden c.q. te organiseren. De wet biedt hiervoor mogelijkheden. Maar het moge duidelijk zijn dat als er adequaat beleid gevoerd wordt op het vlak van primaire preventie, de noodzaak tot aanvullende zorg vermindert en daardoor de kosten van deze zorg betaalbaar kunnen blijven.

Kort samengevat kan de relatie tussen beide wetten het best omschreven worden als die van twee naast elkaar fungerende, onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van de kwaliteit van leven van burgers. Op basis van dit beleidskader hebben wij de keus gemaakt om in het lokaal gezondheidbeleid de komende jaren in ieder geval extra aandacht te besteden aan:

- preventie alcohol- en drugsgebruik;
- mantelzorg;
- openbare geestelijke gezondheidszorg.

In het volgende hoofdstuk worden de argumenten van deze keuze beschreven.

1.3 Taken en rollen van de gemeente

De rol van de gemeente in het gezondheidsbeleid staat in deze beleidsnota centraal. Dit wil echter niet zeggen dat andere partijen er minder toe doen. De gemeente is voor het realiseren van haar gezondheidsdoelen aangewezen op de inzet van tal van organisaties, verenigingen, beroepskrachten en vrijwilligers. De betekenis van de gemeente ligt dan ook voor een belangrijk deel in het bijeenbrengen van alle betrokken partijen en het sturen op gezamenlijk gedragen gezondheidsdoelen.

De huidige rollen van de gemeente zijn aan te geven met de kernwoorden: preventie en regie.

Gemeente als beleidsmaker

Om sturing te kunnen geven aan alle inspanningen van de diverse partijen is het noodzakelijk dat de gemeente weet waar het uiteindelijk allemaal toe moet leiden: welke beleidsdoelen heeft de gemeente voor ogen? Deze dienen door de gemeente vierjaarlijks te worden vastgelegd in een nota Lokaal gezondheidbeleid.

Gemeente als regisseur

Op grond van de WPG moet de gemeente afstemmen, bewaken, coördineren en integreren oftewel regisseur zijn in het lokale gezondheidbeleid. Het netwerk van organisaties die betrokken zijn bij de openbare gezondheidszorg is uitgebreid en complex. Het gaat om diverse partijen op lokaal en regionaal niveau die onderling ook weer met elkaar te maken hebben en van elkaar afhankelijk zijn, elk met eigen expertise en mogelijke inbreng.

Gemeente als opdrachtgever

Voor een deel is de gemeente zelf direct verantwoordelijk voor de uitvoering. Deze taken zijn vastgelegd in de WPG. De gemeenten dienen hiervoor een GGD in stand te houden. De ruimte die de gemeente heeft om sturing te geven aan de diverse taken van de GGD varieert. In de jeugdgezondheidszorg bestaat het grootste deel uit het vastgelegde basistakenpakket. Maar bij een taak als gezondheidsbevordering is er meer ruimte voor gemeentelijke opdrachten.

1.4 Doelstelling gezondheidbeleid Nuenen c.a.

Op basis van de visie op gezondheid, het wettelijke kader, en het geschetste beleidskader is door de gemeente Nuenen als doelstelling voor haar lokaal gezondheidbeleid geformuleerd:

Het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van de inwoners van de gemeente Nuenen, door waar mogelijk maatregelen te treffen ter bescherming tegen en preventie van gezondheidsproblemen/-bedreigingen. Deze maatregelen kunnen een materieel of immaterieel karakter hebben.

Hoofdstuk 2. Speerpunten voor de komende jaren

De gemeente staat voor de taak om in deze nota aan te geven op welke wijze zij de komende jaren wil inzetten op het handhaven en/of bevorderen van (gelijke kansen op) een goede gezondheid van haar inwoners.

De gemeente stelt voor om onderstaande thema's de komende beleidsperiode extra prioriteit te geven:

1. Schadelijk alcohol en druggebruik (m.n. bij jeugd)
2. Mantelzorg (beperkte beschikbaarheid, overbelasting, onvoldoende informatievoorziening)
3. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Deze thema's vormen de speerpunten van het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Nuenen voor de jaren 2009-2011.

Daarnaast heeft de gemeente Nuenen, met alle andere regiogemeenten, de GGD de opdracht gegeven om op regionaal niveau aandacht te besteden aan de overige thema's op het gebied van preventie die landelijk zijn vastgesteld:

- Roken
- Overgewicht
- Diabetes
- Depressie
- Seksuele gezondheidsproblemen

Deze thema's zijn vastgesteld als prioriteit voor de periode 2007-2010 in de landelijke beleidsnota 'Kiezen voor gezond leven'. Meer informatie hierover is opgenomen in bijlage 1.

De GGD zal voor deze thema's de huidige aanpak inventariseren waardoor meer inzicht ontstaat in de eventuele knelpunten, leemten en kansen voor onze gemeente.

De thema's die wettelijk zijn verankerd in de WPG heeft de gemeente eveneens weggelegd bij enkele regionale organisaties zoals de GGD Brabant Zuidoost en Zuidzorg. Dit betreft o.a.:

- Bevolkingsonderzoeken: borstkanker en baarmoederhalskanker
- Technische hygiënezorg
- Medisch-milieukundige zorg (geuroverlast, lawaaioverlast, binnenmilieu op scholen)
- Coördinatie bij rampen
- Inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking
- Infectieziekten bestrijding (SOA, TBC e.d.)
- Jeugdgezondheidszorg (vroegtijdige opsporing incl. verwerven van inzicht in gezondheidstoestand jeugdigen, vaccinatieprogramma)

De gemeente ziet er op toe dat de huidige werkwijze ook de komende beleidsperiode wordt voortgezet.

Indien zich de komende jaren nieuwe signalen aandienen kunnen deze of andere thema's binnen lokaal gezondheidsbeleid alsnog extra aandacht krijgen.

2.1 Alcohol- en drugsmisbruik

Risikant gebruik van alcohol

Dagelijks worden we geconfronteerd met berichtgeving over misbruik van genotmiddelen. Nederlandse jongeren drinken jonger, vaker en meer dan leeftijdsgenootjes in de ons omringende landen. De meeste jongeren beginnen tussen de 11 en 13 jaar met drinken en de helft van alle veertien jarigen is al eens dronken geweest. Drank wordt geassocieerd met gezellig samen zijn. Ouders zijn zich vaak niet bewust van de risico's die dit met zich meebrengt. Bovendien zijn er economische belangen gemoeid met alcoholverkoop. Jongeren experimenteren graag en willen erbij horen, maar hebben geen besef van gezondheidsrisico's en zien dus niet de gevaren van bovenmatig alcoholgebruik, omdat ze in het hier en nu denken.

Het binge-drinken (in korte tijd 5/6 of meer glazen alcohol drinken) en comazuipen zijn wel de meest fatale vormen van alcoholgebruik met directe lichamelijke gevolgen als alcoholvergiftiging, black out, acuut nierfalen en soms zelfs de dood tot gevolg. Maar ook het overmatig drinken, zeker als dit met regelmaat gebeurt, leidt tot geheugenproblemen, verminderde schoolprestaties, hartaandoeningen en hersenbeschadigingen op langere termijn. Daarnaast wordt de kans op ongevallen, agressief gedrag en onveilige en ongewenste seks vergroot. Bovendien blijkt uit onderzoek dat jonge drinkers later een grotere kans op verslaving hebben en de intellectuele prestaties en de regulering van gevoelens afnemen.

Het al dan niet krijgen van structurele problemen door alcoholgebruik hangt dus af van een groot aantal factoren waaronder:

- Lichamelijke factoren zoals leeftijd, geslacht en lichaamsgewicht
- Geestelijke factoren zoals de functie van het gebruik
- De hoeveelheid alcohol genuttigd over een bepaalde periode
- Situatie waarin gebruikt wordt

Om een indicatie te kunnen geven van het aantal mensen waarbij sprake is van problematisch / riskant gebruik van alcohol hanteert de GGD in haar peilingen een aantal indelingen dat uitgaat van de consumptie van een hoeveelheid drank over een bepaalde periode

1. Excessief gebruik: Minstens 3 dagen per week tenminste 6 glazen per dag of tenminste 5 dagen per week tenminste 4 glazen per dag
2. Overmatig gebruik bij de jeugd: 20 glazen of meer per week
3. Zwaar gebruik: Minstens 1 keer per week 6 glazen alcohol of meer op één dag

Voor kinderen onder de 16 jaar geldt dat alle gebruik als riskant wordt aangemerkt omdat lichamelijke, emotionele en geestelijke onvolgroeidheid de kans op problemen vergroot.

De laatste jaren heeft zich een verschuiving in het beleid voorgedaan. Werd eerst de boodschap uitgedragen thuis verantwoord met alcohol om te leren gaan, door voortschrijdend inzicht is nu het standpunt: geen alcohol onder de 16 jaar.

Gezien deze maatschappelijke - en gezondheidseffecten van alcoholgebruik heeft de gemeente Nuenen ca. besloten extra in te zetten op een alcoholmatigingsbeleid. Er wordt aangesloten op het regionale beleid van de SRE en landelijke ontwikkelingen.

Risikant gebruik van (soft)drugs

Het gebruik van drugs is voor alle leeftijdsgroepen en voor alle hoeveelheden riskant te noemen.

Maar ook hier geldt dat het al dan niet krijgen van structurele problemen door drugsgebruik afhangt van een groot aantal factoren waaronder:

- Type drug
- De hoeveelheid drugs genuttigd over een bepaalde periode
- Lichamelijke factoren zoals leeftijd, geslacht en lichaamsgewicht
- Geestelijke factoren zoals de functie van het gebruik
- Situatie waarin wordt gebruikt

Extra riskant zijn de illegale drugs. Deze bevatten geen bijsluiter met welke stoffen een middel bevat en wat de risico's en bijwerkingen hiervan zijn.

Doelstellingen

Het doel van het alcohol- en drugsbeleid is de gebruikscijfers de komende jaren naar beneden bij te stellen, door het terugdringen van het gebruik van riskant alcohol- en drugsgebruik middels een integrale aanpak onder regie van de gemeente. De nadruk ligt hierbij op het beïnvloeden van de omgeving van het kind. Uit onderzoek blijkt namelijk dat de meeste gezondheidswinst behaald kan worden door interventies gericht op de omgeving, wanneer nog niet gedronken wordt.

- De richtlijn "geen alcohol onder de 16" uitdragen en controleren.
- Het vergroten van de kennis ten aanzien van alcohol- en drugsproblematiek
- Bewustwording ten aanzien van alcohol- en drugsbeleid
- Werken vanuit een integrale aanpak zodat interventies elkaar versterken, middels systematiek, samenhang en samenwerking.
- Vergroten van de verantwoordelijkheid van de omgeving van de kinderen t.a.v. alcohol en drugsproblematiek, gericht op ouders, (sport)verenigingen, school en horeca.

Gemeente als regisseur

De afgelopen twee jaar is reeds een concrete start gemaakt met Alcohol en drugspreventie in de Nuenen. De gemeente heeft daarin als zodanig een centrale positie ingenomen en zal dit ook in de toekomst hebben. Zij is immers in staat om zowel intern als extern de betrokken partners aan te sturen. Elementen van de regiefunctie zijn:

- Afstemming, stimulering en samenwerking van en met interne en externe partijen op het gebied van alcohol- en drugsproblematiek.
- Afstemming en samenwerking met jeugd en hun ouders.
- Een heldere overlegstructuur en besluitvormingstraject, gebaseerd op de genoemde beleidscyclus.

Het terugdringen van overmatig alcohol- en drugsgebruik is op die manier geen thema dat gevoed wordt door incidenten, maar een beleidsterrein dat continue aandacht heeft. Bovendien wordt aangesloten bij de regionaal door de SRE ingezette acties en activiteiten.

2.1.1 Gezondheidspeilingen

Uit de verschillende gezondheidspeilingen zijn de volgende gegevens ten aanzien van alcohol en drugs af te leiden. Enkele opmerkelijke gegevens uit Nuenen:

- *51% van de jongeren van 12 t/m 18 jaar heeft de 4 weken voorafgaand aan het onderzoek alcohol gedronken.*
- *35% van de jongeren drinkt bij één gelegenheid 5 glazen of meer (zgn. 'binge-drinken'); 4% drinkt zelfs meer dan 20 glazen per week. Deze cijfers komen overeen met de regio, maar liggen hoger dan het landelijke gemiddelde.*
- *Volgens alle 12 t/m 17 jarige jongeren die al alcohol drinken, vindt 52% van hun ouders het goed dat ze drinken en 11% zegt er niets van. Deze 'onverschilligheid' van ouders (samen 63%) is wel afgenomen t.o.v. 2003 (77%)*
- *36% van de volwassenen van 19 t/m 64 jaar voldoet niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik. 14% drinkt 'overmatig' en 7% drinkt '(zeer) excessief'.*
- *5% van de jongeren heeft recent wiet of hasj gebruikt en 0,6% of minder gebruikte XTC, paddo's amfetamines, cocaïne of heroïne.*
- *Volgens de jongeren die softdrugs gebruiken, vindt 5% van de ouders het goed dat ze softdrugs gebruiken. 21% van de ouders raadt het af of verbiedt het. De overige ouders (74%) zijn niet op de hoogte van het drugsgebruik van hun kind.*
- *De combinatie alcohol en (met name soft)drugs kwam voor bij 5% van alle jongeren van 12 t/m 18 jaar.*
- *20% van de moeders van kinderen van 0 t/m 11 jaar heeft gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken*

Meer informatie is opgenomen in bijlage 2.

2.1.2. Huidige aanpak

Lokaal

De afgelopen jaren zijn verschillende activiteiten op het gebied van alcohol en drugspreventie gestart. Een kort overzicht:

- Stimuleren, ondersteunen en scholen van basis scholen om het programma Gezonde School en Genotmiddelen te gebruiken.
- Discussie bijeenkomsten met sportclubs over alcohol en sport: (sept. 2006 en april 2007: in totaal waren er vertegenwoordigers van tien sportclubs.)
- Instructie Verantwoord Alcoholgebruik voor barvrijwilligers: 27 deelnemers, september 2007.
- Ouderavond over drankgebruik in de bibliotheek met een teleurstellende opkomst. Twee weken later is door het jongerenwerk een wel succesvol dronkemansparcours uitgezet.
- De Gerwense Carnavalsvereniging heeft een aantal concrete maatregelen genomen om het drankgebruik onder de 16 te verbieden. Dit was een succes.
- PR via diverse kanalen.
- Bijscholing jongerenwerk door Novadic Kentron.
- Start discussie met jeugd via het jongerenwerk.
- Brede discussie met diverse organisaties die betrokken zijn bij alcohol- en drugs gebruik: In totaal waren er ongeveer 45 mensen aanwezig van scholen, jongerenwerk, winkeliers, horeca, sportverenigingen, enz. Doel was voornamelijk het zoeken naar mogelijkheden om deze problematiek gezamenlijk aan te pakken. Uit de grote opkomst en de enthousiaste deelname tijdens de discussiebijeenkomst, blijkt duidelijk draagvlak en bereidheid bij de verschillende organisaties, actief bij te dragen aan het alcoholmatigingsbeleid van de gemeente. Dit is een belangrijke pijler om de komende jaren dit beleid verder vorm te geven en zo gezamenlijk met daadkracht op te treden.
- Oprichting Lokaal oudercomité. Het oudercomité richt zich op het geven van voorlichting aan andere ouders op scholen en bij sportverenigingen.

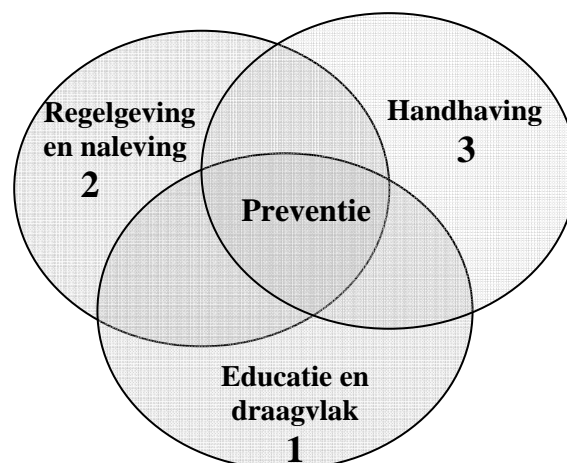
Regionaal

Vanuit de SRE is de campagne “Laat je niet flessen” in 2006 van start gegaan. Alle gemeenten in de regio hebben afgesproken gezamenlijk te werken aan de preventie van alcoholgebruik bij jongeren. Ook de gemeente Nueneen doet mee.

Het beleid richt zich ten principale op alle sectoren en doelgroepen die te maken hebben met alcoholgebruik en heeft een integrale aanpak. De nadruk ligt echter op de omgeving van de kinderen, met specifieke aandacht voor de ouders, omdat wetenschappelijk bewezen is dat zij de meeste invloed hebben op het gedrag van hun kinderen in de leeftijd van 10 tot 16 jaar met betrekking tot drinken.

In onderstaand figuur wordt duidelijk hoe de samenhang tussen de verschillende sectoren is en waarom preventie alleen volledig gestalte kan krijgen door intersectorale samenwerking.

Het blijkt bijvoorbeeld dat door de wettelijke regels strenger te controleren en boetes uit te delen, men eerder bereid is activiteiten op het gebied van preventie en educatie ten aanzien van alcoholmatiging in te zetten.



Voorstellen worden uitgewerkt tot concrete regionaal inzetbare producten in de volgende drie werkgroepen, waarin de verschillende gemeenten participeren:

1. werkgroep educatie en draagvlak (hierin participeren drie ouders Nuenen)
2. werkgroep regelgeving.
3. werkgroep handhaving,

Deze werkgroepen houden zich onder andere met de volgende activiteiten bezig:

Diverse campagnes via media, brochures, interventies op basisscholen, jongerenparticipatie en een integraal regioplan ouders en opvoeders. Ook wordt er gewerkt aan een pilot keetbeleid, naleving sportkantines, alcoholbeleid op voortgezet onderwijs en het ontwikkelen en uitvoeren van handhavings sancties bij openbaar dronkenschap.

De regionaal gemaakte afspraken en de daarvoor ontwikkelde materialen kunnen voor lokaal gebruik worden ingezet. Lokaal krijgen deze ontwikkelde afspraken en methodieken concreet gestalte.

2.1.2 Aanpak voor de komende jaren

Regionaal alcoholbeleid

De regiogemeenten hebben besloten de campagne 'Laat je niet flessen' met vier jaar te verlengen. De gemeente Nuenen zal dus ook voor de komende beleidsperiode aansluiten op deze campagne en voor de lokale aanpak gebruik kunnen maken van de producten die in regionaal verband worden ontwikkeld.

Lokaal alcoholbeleid

De komende jaren richt het alcoholbeleid in Nuenen zich op:

- Het verder uitwerken van al in gang gezette acties en activiteiten.
- Uitbouwen van een integraal lokaal beleid.
- Duidelijke regelgeving en naleving van de afgesproken regels ten aanzien van alcohol en drugsgebruik.
- Handhaving van de regelgeving ten aanzien van alcoholgebruik.
- Naast de landelijke en regionale campagnes ook lokale publiciteit rond het thema met als doel de tolerante houding ten aanzien van alcoholgebruik te verminderen.
- Vergroten bewustwording en verantwoordelijkheid van ouders ten aanzien van het alcoholgebruik van hun kinderen.
- Sport- en verenigingskantines stimuleren duidelijke richtlijnen ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik op te stellen en te handhaven, met aandacht voor de afhankelijkheid van de verenigingen van de kantine inkomsten.
- Educatie van jongeren en hun ouders via diverse kanalen.

Per jaar wordt een concreet plan van aanpak opgesteld, waaraan een financiële paragraaf gekoppeld is.

Gemeente als regisseur

Naast het opstellen van het beleid is de gemeente ervoor verantwoordelijk dat het ingestelde beleid ook daadwerkelijk wordt uitgevoerd en alle partijen zich aan de gemaakte afspraken houden. De gemeente heeft de GGD gevraagd de praktische aansturing van de in gang gezette en te zetten activiteiten, zoals in het plan benoemd, op zich te nemen in de maatwerkuren GBV.

Gemeente als opdrachtgever

Om een aantal zaken te kunnen realiseren kan de gemeente als opdrachtgever optreden om uitvoering te geven aan concrete acties.

Lokaal drugsbeleid

Hoewel de nadruk ligt op de preventie van alcoholgebruik, omdat dit een veel grotere groep betreft, zet de gemeente ook beleid uit richting drugsgebruik.

Wat betreft het terugdringen van drugsgebruik, richt de gemeente zich de komende jaren op de volgende speerpunten:

- Zerotolerance beleid ten aanzien van coffeeshops.
- Inventariseren van de risicolocaties voor drugsgebruik
- Jongerenwerkers scholen in:
 - herkennen van drugsgebruik
 - hoe de jongeren te ondersteunen bij het vinden van hulp.
- Bekendheid geven aan de mogelijkheden waar ouders en jongeren voor hulp terecht kunnen.

2.2 Mantelzorg

Inleiding

Mantelzorg richt zich in tegenstelling tot vrijwilligerswerk op een specifieke groep mensen. Mantelzorg is, de naam zegt het al, meer zorggerelateerd en kenmerkt zich door een speciale (emotionele) band tussen degene die de mantelzorg ontvangt respectievelijk verleent. Overigens is mantelzorg ook gestoeld op vrijwilligheid, men kan in geval mantelzorg ook 'nee' zeggen maar de morele druk daarbij is groter.

Gemeente als beleidsmaker

In de kern weet eenieder dat dankzij de mantelzorg de (materiele) hulpverlening betaalbaar en mogelijk is. Om de zorg ook in de toekomst te kunnen garanderen moet de mantelzorg gekoesterd en zo goed mogelijk ondersteund worden. Er is een toenemende verontrusting waar te nemen over de levering van zorg in het algemeen, in de komende jaren. Zo blijkt uit een recent rapport van de commissie Ouderenbeleid dat aandacht voor (toekomstige) zorg aangemerkt moet worden als een topprioriteit. Geen vreemde gedachte in een vergrijzende maatschappij. Daarom is het des te belangrijker om de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg ook in de toekomst te kunnen waarborgen. Teruggrijpend op het beleidskader, er moet een verantwoorde verhouding blijven bestaan tussen materiele en immateriele compensatie om de zorg in het algemeen voor iedereen toegankelijk te houden. Dus is het van belang dat de lokale mantelzorg die ondersteuning krijgt die het nodig heeft opdat overbelasting of afhaken voorkomen kan worden.

Gemeente als regisseur

Eind 2007 werden onder leiding van de GGD twee bijeenkomsten gehouden over mantelzorg. Deze bijeenkomsten werden georganiseerd voor instellingen die in meer of mindere mate gekoppeld zijn aan de mantelzorg. In de eerste bijeenkomst werden de knelpunten in de mantelzorg geïnventariseerd. In een tweede sessie werd aandacht besteed aan denkbare oplossingen.

In schema zien de resultaten er als volgt uit.

Top vijf knelpunten:	Oplossingsrichting:
1. De <u>samenwerking</u> tussen lokale en regionale partijen in onvoldoende. Ook is er een slechte samenwerking tussen professionele hulpverleners en vrijwilligers.	De gemeente zou hulpverlenende partijen bijeen moeten brengen (professioneel/vrijwillig).
2. Er is onvoldoende <u>informatievoorziening</u> naar organisaties die aan de mantelzorg gekoppeld zijn alsook wat de (ondersteunings) mogelijkheden zijn voor een mantelzorger zelf.	Een gestructureerde aanpak van voorlichting aan organisaties en mantelzorgers in Nuenen.
3. In het verlengde van punt 1), vaak is bij de indicatiestelling <u>niet in beeld</u> of en in welke mate al mantelzorg wordt verleend.	In de vorm van een afstemmingsoverleg zou hier aandacht aan besteed kunnen worden.
4. De belasting van mantelzorgers in het kader van geestelijke gezondheidszorg wordt onderschat (extra belasting voor de mantelzorgers zelf).	De beeldvorming moet in een (extra) PR-campagne worden verbeterd.
5. Onvoldoende aandacht voor <u>emotionele steun</u> /respijtzorg aan mantelzorgers.	De gemeente moet in deze haar opdrachtgevende rol oppakken.

De resultaten van de beide bijeenkomsten leidden tot de volgende acties:

- het starten van een werkoverleg tussen organisaties die mantelzorg coördineren, ondersteunen of uitvoeren (vrijwillig/professioneel). Dit overleg werd door de gemeente gestart, waaraan momenteel door de volgende organisaties deel genomen wordt: GgzE, MEE, steunpunt mantelzorg, KBO, Gehandicaptenvereniging, stichting Vrijwilligers Thuiszorg, klussendienst voor ouderen, Diakonie, Plus Minus en de gemeente.

- Een belangrijk aandachtspunt van dit werkoverleg is zorg te dragen voor een gezamenlijke informatieronde enerzijds voor Nuenense instellingen, anderzijds voor de Nuenense mantelzorgers. Het werkoverleg mantelzorg heeft in 2008 een eerste communicatieplan opgesteld. Het eerste concrete resultaat is een *mantelzorggids* die in het voorjaar van 2009 zal worden verspreid.
- In 2009 aandacht voor de relatie mantelzorg en onderwijs.

De gemeente als opdrachtgever

Uit de gehouden bijeenkomst is ook gebleken dat een aantal lokale maar ook regionale instellingen ondersteunend werk uitvoeren in het kader van de mantelzorg. Ondersteuning is de komende jaren een concreet beleidsdoel. In voorafgaande jaren werd een mantelzorgondersteuningspunt gestart en gefinancierd via het Zorgkantoor. Met ingang van de invoering van de WMO, zijn deze gelden gedecentraliseerd.

Uit verschillende hoeken kwamen verzoeken om subsidie binnen van de (sub) regionale instellingen. Concreet hebben we het over MEE Zuidoost Brabant en de GGzE. Beiden verzorgen reeds jaren ondersteuning van mantelzorgers. Door de doordecentralisatie van financiële middelen kwamen deze organisaties min of meer tussen de wal en het schip terecht. De instellingen pleiten vanzelfsprekend voor continuering van de activiteiten en vragen aan gemeenten daarvoor subsidie. Van rijkswege zijn alle aan de WMO gekoppelde middelen in 2008 via een objectieve verdeelsleutel in een totaalbudget aan gemeenten beschikbaar gesteld. In de kaderbrief 2009 werden om reden hiervoor genoemd, extra budgetten uitgetrokken ten behoeve van de mantelzorg. De benodigde bedragen staan inmiddels geraamd in de begroting (en subsidieprogramma 2009).

2.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Inleiding

Door een toenemende druk op mensen zal de geestelijke gesteldheid van steeds meer mensen tot problemen leiden. Kwetsbare mensen kunnen afglijden in de maatschappij en zo in de maatschappelijke opvang en/of verslavingszorg terechtkomen. De gemeente heeft daarbij de taak om dit met preventie te voorkomen en anderzijds de taak om het herstel van mensen te bevorderen.

Per 1 januari 2007 is de OGGZ met uitzondering van het bieden van 'psychosociale hulp bij rampen', overgeheveld naar de Wmo; prestatieveld 8. Gemeenten zijn vanaf die datum zowel verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ, als voor de uitvoering van maatschappelijke opvang en verslavingszorg.

Openbare geestelijke gezondheidzorg (OGGZ) omvat alle activiteiten op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, bedoeld voor mensen die daar niet zelf om vragen, maar die het wel nodig hebben. Dat men niet om hulp vraagt kan komen omdat men geen hulp wil (zorgmijders), of omdat men niet in staat is om hulp te vragen. Kenmerkend voor de OGGZ-problematiek is dat er vaak een combinatie van problemen bestaat op geestelijk, lichamelijk en sociaal vlak. Door deze combinatie van problemen moet hulpverlening aan deze mensen door instellingen gezamenlijk worden aangepakt.

Prestatieveld 8 heeft raakvlakken met diverse beleidsterreinen, in het bijzonder met prestatievelden 7 (Maatschappelijke opvang) en 9 (Verslavingszorg). Het gaat meestal om dezelfde doelgroep en problemen. OGGZ kan ook de andere WMO-prestatievelden (o.a. 1 en 4) in meer of mindere mate raken.

De gemeente heeft een belangrijke rol bij het totstandkomen van een goed OGGZ-beleid en de uitvoering, maar heeft zelf geen uitvoerende taak. De rol van de gemeente is het coördineren en afstemmen; de regierol. Daarnaast is de gemeente inkoper van zorg.

Doelgroep

Bij de openbare geestelijke gezondheidzorg gaat het vooral om zorg voor mensen die daar zelf niet om vragen, maar wel zorg nodig hebben, zoals:

- zelfstandig wonende ouderen met (beginnende) dementie
- mensen met psychische problemen (bijv. schizofrenie, depressie)
- vereenzaamden / mensen in een sociaal isolement
- slachtoffers, daders en betrokkenen van huiselijk geweld
- jongeren met psychosociale problematiek
- (overbelaste) mantelzorgers
- verslaafden (alcohol / drugs / gokken / medicijnen)
- mensen met schuldenproblematiek
- mensen met niet aangeboren hersenletsel
- illegalen
- asielzoekers met psychische / psychiatrische hulpvraag
- betrokkenen van een suïcide

Deze mensen zitten in een kwetsbare positie, maar is zich voor het merendeel niet bewust van het feit dat men eigenlijk een zorgvraag of ondersteuningsvraag heeft.

De basisfilosofie van de Wmo is juist gericht op de burger die zijn/haar zorgvraag eerst zelf oplost (met hulp van de omgeving) en pas als dat niet lukt, de overheid inschakelt. Hiermee is het dilemma in de OGGZ ten opzichte van de Wmo geschetst: de doelgroep van OGGZ formuleert geen hulpvraag en is, vaak door het ontbreken van een sociaal netwerk (of dóór het sociale netwerk) in zijn/haar situatie terechtgekomen. De scheidslijn tussen eigen verantwoordelijkheid en die van de overheid is niet gemakkelijk te leggen.

Doel

Op het niveau van Nuenen zijn signalering, preventie, herstel en nazorg de belangrijkste doelen.

Binnen lokaal gezondheidsbeleid zal de gemeente de komende beleidsperiode in ieder geval lokaal beleid ontwikkelen op het gebied van preventie, signalering. Daarbij zal zoveel mogelijk worden aangesloten op het regionale beleid waarvoor de gemeente Eindhoven als centrumgemeente inmiddels het initiatief heeft genomen.

2.3.1 OGGZ in Nuenen in cijfers

Bij diverse lokale en regionale instellingen zoals GGzE, Novadic-Kentron en de LEV-groep (maatschappelijk werk) zijn op dit moment inwoners uit Nuenen in behandeling voor problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Het betreft zowel jongeren, volwassenen als ouderen.

Op dit moment ontbreekt nog een goed overzicht van het aantal mensen in Nuenen dat tot de bovengenoemde OGGZ-doelgroepen behoort.

Op dit moment werken diverse organisaties samen om deze gegevens op uniforme en integrale wijze in beeld te brengen. Hierbij worden ook gegevens meegenomen van het meldpunt huiselijk geweld en de resultaten uit de diverse GGD-monitors. Resultaat van deze samenwerking wordt 2^{de} helft 2009 verwacht.

2.3.2 Huidige aanpak

Vanuit regionale middelen worden o.a. de volgende voorzieningen betaald die ook ten goede komen aan de inwoners van Nuenen, maar geregistreerd worden vanuit de centrumgemeente Eindhoven:

- Diverse preventie activiteiten op het gebied van depressie, arbeidsgerelateerde psychische problematiek, psychische problemen bij kinderen van ouders met psychische problematiek en machtsmisbruik; met de centrumgemeente Eindhoven zullen gesprekken worden gevoerd over de wijze waarop preventief beleid op lokaal niveau kan plaatsvinden.
- Regionaal meld- en coördinatiepunt huiselijk geweld.
- Bemoeizorg t.b.v. 'zorgwekkende zorgmijders' met chronische psychiatrische problemen.
- Maatschappelijke opvang.
- Aanpak kindermishandeling (o.a. project RAAK).

Vanuit lokale middelen wordt o.a. ingezet op:

- Overleg en coördinatie aanpak woonoverlast.

Betrokken organisaties

- Maatschappelijk werk
- Thuiszorgorganisatie
- Politie
- Welzijnswerk
- GGD
- Woonbedrijf
- Gemeente (Sociale zaken, lokaal loket, Wmo-raad)
- Huisartsen
- MEE
- GGZE
- Maatschappelijke opvang
- Verslavingszorg
- Cliëntenorganisaties en zelfhulporganisaties
- Scholen
- AMK (Algemeen Meldpunt Kindermishandeling)

Knelpunten en leemten

OGGZ gaat vaak om complexe problematiek waarbij veel partijen betrokken zijn. In de Wmo is het duidelijk dat van de gemeente een regisseursrol verwacht wordt. Deze rol moet niet alleen betrekking moeten hebben op het stimuleren van een effectieve aanpak in de ketensamenwerking, maar moet zich ook uitstrekken naar meer zeggenschap krijgen over het aanbod van bijvoorbeeld de GGZ (brief staatssecretaris). Nuenen kan deze sterke regierol op dit moment nog niet waarmaken. Daarvoor zijn meer inhoudelijke expertise, lokale gegevens, competenties en contacten met instellingen nodig.

2.3.2 Aanpak voor de komende jaren

Nuenen wil een actief **lokaal beleid** voeren op het gebied van signalering, preventie, herstel en nazorg binnen de OGGZ met aandacht voor: informatie, communicatie, lokale en regionale activiteiten, beeldvorming en regiefunctie van de gemeente.

Hierbij gelden de volgende uitgangspunten:

- vermaatschappelijking: iedere burger wil in principe zo zelfstandig mogelijk functioneren. Meedoen in de samenleving geeft motivatie en kracht. Als dit niet mogelijk of verantwoord is, dan zijn bijzondere voorzieningen en diensten aan de orde;
- iemand wordt zo lang mogelijk in zijn eigen omgeving ondersteund. Maatschappelijke opvang in de centrumgemeente dient zoveel mogelijk tijdelijk te zijn. Integrale preventie en nazorg zijn dus wezenlijke onderdelen binnen dit uitgangspunt;
- beschikbaarheid van professionele hulpverlening op het moment dat dit noodzakelijk en gewenst is.

De gemeente zal in gesprek gaan met alle organisaties en partijen die voor de gemeente Nuene op OGGZ-gebied werkzaam zijn met als doel meer inzicht verkrijgen in:

- de (lokale) vraag; om hoeveel mensen gaat het, wat is hun probleem en bijbehorende behoefte aan ondersteuning en zorg;
- het huidige ondersteuningsaanbod;
- de belangrijkste knelpunten;
- kansen voor verbetering;
- het draagvlak bij organisaties om bijdrage te leveren aan aanpak van deze knelpunten.

De aanbevelingen worden vervolgens voorgelegd aan de gemeente waarna een concreet plan van aanpak lokaal kan worden opgesteld en uitgevoerd.

Daarnaast is **samenwerking met de regiogemeenten** en betrokken instellingen noodzakelijk. Het ontwerpen van een gezamenlijke 'toekomstagenda' voor de prestatievelden 7, 8 en 9 is nodig om de ketensamenwerking te verbeteren en de centrumgelden eerlijk te verdelen. De **centrumgemeente Eindhoven** heeft hierbij de kartrekkersrol.

Aanpak depressie

In Nederland zijn de laatste jaren allerlei methoden beschikbaar gekomen om depressie bij jongeren, volwassenen en ouderen te voorkomen. Internationaal gezien loopt Nederland hiermee voorop. Behalve geïndiceerde preventie komen steeds meer programma's beschikbaar voor het versterken van de psychische weerbaarheid en opvoedingsondersteuning.

Doelstellingen voor de aanpak zijn:

- Het verzamelen van gegevens in samenspraak met de lokale en regionale verantwoordelijke partijen.
- Het bevorderen van de regionale en lokale ketensamenwerking tussen de verantwoordelijke partijen waardoor meer mensen preventieve hulp krijgen.
- Tegengaan van (angst voor) stigmatisering waardoor de drempel naar de hulpverlening kleiner wordt.
- Inzetten op en een groter bereik van de bewezen effectieve interventies.

Hierbij zal de regionale aanpak worden gevolgd waartoe GGD ZO-Brabant initiatief neemt.

Hoofdstuk 3. Randvoorwaarden en werkwijze

Voor een succesvol verloop van lokaal gezondheidsbeleid is het noodzakelijk dat aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. De belangrijkste van deze voorwaarden is ongetwijfeld het draagvlak. Zonder een breed draagvlak bij zowel de vrijwilligersorganisaties en professionele instellingen, als bij de plaatselijke politiek is het onmogelijk invulling te geven aan bevordering van de gezondheid van de inwoners van onze gemeente.

3.1 Budget

Het gezondheidsbeleid wordt op verschillende manieren gefinancierd. In de begroting 2009 zijn verschillende budgetten opgenomen die direct ten goede komen aan gezondheid(sbeleid). In totaal gaat het om een bedrag van € 690.717.

Categorie	Bedrag
Wet Collectieve preventie	326.200
Jeugdgezondheidszorg	268.000
Alcohol / drugs	11.000
Mantelzorg	57.000
OGGZ	28.517

Dit betreft zowel rijksmiddelen als gemeentelijk budget. Een belangrijk deel van deze middelen gaat naar de GGD ten behoeve van de uitvoering van een groot aantal taken op het gebied van gemeentelijke gezondheidsbeleid, Zuidzorg (uitvoering jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar). Voor de aanpak van de speerpunten mantelzorg en OGGZ zal gebruik worden gemaakt van het budget voor WMO en voor aanpak alcohol en drugs zijn middelen binnen het jeugdbeleid beschikbaar. Er resteert slechts een marginale ruimte om binnen de bestaande budgetten te herschikken, maar daar waar dat nodig is om de aanpak van speerpunten te realiseren, gebeurt dat ook.

3.2 Organisatiestructuur

Voor een efficiënte werkwijze wordt de volgende organisatiestructuur voorgesteld:

- per speerpunt wordt met een aantal kernpartners samengewerkt aan een plan van aanpak / uitvoeringsprogramma en daarin wordt tevens aangegeven op welke wijze de relevante organisaties uitvoering geven aan de activiteiten die in dit plan van aanpak worden opgenomen en hoe overleg en samenwerking tussen deze organisaties plaats vindt (bijv. door formeren van werkgroep of rojectgroep). De kernpartners zijn afkomstig van professionele organisaties eventueel aangevuld met vertegenwoordigers van voor het onderwerp relevante belangenorganisaties.
- de WMO-raad wordt op verschillende momenten geraadpleegd als adviesorgaan.
- de gemeente en de GGD Brabant Zuidoost bewaken de voortgang en coördinatie van de aanpak van de diverse speerpunten en hebben daarbij aandacht voor nieuwe ontwikkelingen en signalen die tussentijds moeten worden opgepakt.

3.3 Evaluatie

Teneinde de mogelijke gevolgen van lokaal gezondheidsbeleid voor de bevordering van gezondheid te kunnen meten zal een evaluatie worden gehouden betreffende de:

1. aanpak van gezondheidsknelpunten; de organisaties en instellingen, die met de opzet en uitvoering van gezondheidsacties van de in het vorige hoofdstuk beschreven gezondheidsknelpunten belast worden, zullen worden verzocht door middel van verslaglegging inzicht te geven in de bereikte resultaten.
2. gezondheidswinst; de door GGD Zuidoost-Brabant in een tijdsbestek van telkens 6 jaar per gemeente te houden Gezondheidspeilingen voor jongeren, volwassenen en senioren zullen onder meer worden

gebruikt voor het “meten van de gezondheid” van de Son en Breugelse bevolking en de eventueel behaalde “gezondheidswinst” door vergelijking met eerdere gezondheidspeilingen en met peilingen in de regio.

3. tussenbalans; om te kunnen beoordelen of de uitgangspunten van deze notitie voldoende aandacht hebben gekregen en effect hebben gesorteerd én om nieuwe ontwikkelingen dan wel speerpunten op te nemen in deze nota, zal twee jaar na vaststelling van de nota een tussenbalans worden opgesteld.

Bijlage 1. Landelijke speerpunten (*vanuit landelijke preventienota*)

Met de nota Kiezen voor gezond leven zijn de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vastgesteld voor de periode 2007 – 2010. Het streven daarbij is dat Nederland op het gebied van de gezondheid weer terugkomt aan de top van de Europese ranglijst. Een sterkere inzet op gezond leven is daarvoor noodzakelijk. Roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht hebben van Nederland een middenmoter gemaakt. Zo roken in Nederland meer vrouwen dan in de landen om ons heen. En jongeren drinken in Nederland vaker en vooral meer alcohol dan in andere EU-landen. Veel jongeren en hun ouders weten niet dat het drinken van alcohol op jonge leeftijd schadelijk is voor de gezondheid en zelfs kan leiden tot hersenbeschadiging.

De landelijke overheid is zich ervan bewust dat dit in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van burgers zelf is, maar wil hen stimuleren 'de gezonde keuze' te maken.

Sterfte, vóórkomen van ziekten en verlies aan kwaliteit van leven bepalen samen de ziektelast van een aandoening. De ziekten in Nederland met de hoogste ziektelast zijn achtereenvolgens; coronaire hartziekten, angststoornissen, beroertes, chronische luchtwegaandoeningen en depressie. Vervolgens: diabetes mellitus, longkanker, alcoholverslaving, artrose en dementie.

Ongezonder gedrag zoals roken, schadelijk alcoholgebruik en overgewicht, levert een forse bijdrage aan deze ziekten. Mensen uit armere milieus gaan gemiddeld 4 jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus, en ze leven gemiddeld 12 jaar korter in goede gezondheid als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder en werken en wonen in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status.

De prioriteiten voor de komende vier jaar liggen daarom bij de aanpak van:

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. roken2. schadelijk alcoholgebruik3. overgewicht (bewegen en voeding)4. diabetes5. depressie |
|--|

Deze hoofdproblemen zijn gekozen op basis van de volgende criteria:

- het zijn omvangrijke gezondheidsproblemen, met grote (toekomstige) maatschappelijke gevolgen voor gebruik van medische voorzieningen en arbeidsdeelname,
- gezond gedrag kan de oorzaak (voor een deel) beïnvloeden
- er zijn geschikte (kosten)effectieve interventies beschikbaar die het gezondheidsprobleem kunnen voorkomen of verkleinen
- de interventies worden nog niet op grote schaal uitgevoerd,
- de overheid kan een rol vervullen in de aanpak van het gezondheidsprobleem.

Wetgeving, voorlichting en prijsbeleid zijn de instrumenten die worden ingezet. Dat vraagt om (betere) samenwerking, zowel binnen als buiten de overheid, landelijk en lokaal.

De rijksprioriteiten zijn dan ook richtinggevend voor de gemeentelijke nota's gezondheidsbeleid.

Betere gezondheid langs de weg van preventie werkt het beste langs korte lijnen met burgers. Daarom moet de zorg voor de gezondheid van kwetsbare groepen in gemeenten worden georganiseerd.

Er worden ook andere preventieve strategieën voor behandelaars verkend. Het adviseren over gezond gedrag aan individuele mensen maakt steeds vaker onderdeel uit van de zorg van artsen. Vooral als stoppen met roken of bestrijden van overgewicht belangrijk is voor de behandeling. Daarnaast hebben ouders en opvoeders een belangrijke rol door kinderen van jongs af aan te leren gezonde keuzes te maken. De rol die ouders en opvoeders hierin hebben bij de opvoeding van kinderen in de toekomst moet groeien, zoals in (het voorkomen van) alcoholgebruik van jongeren.

1. Roken

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare (onnodige) doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven ruim 20.000 Nederlanders aan acht ziektes¹ die met roken te maken hebben. Ongeveer 90 procent van alle longkanker komt door roken. Circa 30 procent van alle kanker is het gevolg van roken. Bij hart- en vaatziekten is dat ongeveer 20 procent. Ook chronische longziekten ontstaan in 80 tot 90 procent van de gevallen na jarenlang roken.

Roken schaadt bovendien de gezondheid van anderen in zijn omgeving. Meerroken (passief roken) leidt in Nederland jaarlijks naar schatting tot (circa) tien gevallen van wiegendood, enkele honderden doden door longkanker, enkele duizenden sterfgevallen door hartaandoeningen en vele tienduizenden (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen bij kinderen.
Stoppen met roken geeft direct resultaat en zorgt ervoor dat mensen langer gezond leven.

Ambitie: Het percentage rokers verminderen van 28% tot 20 procent (in 2010).

Lokale aanpak

Gemeenten en lokale organisaties staan dicht bij mensen en kunnen moeilijk bereikbare groepen beter aanspreken dan wie dan ook. Mogelijkheden voor lokaal tabaksbeleid zijn:

- afspraken met zorgverleners (huisartsen, verloskundigen, ziekenhuizen, thuiszorginstellingen) over 'stoppen met roken advisering' en ondersteuning;
- mogelijkheden voor doorverwijzing naar gerichte hulpverlening en professionals en publiek hierover informeren;
- toegankelijkheid stoppen met roken ondersteuning vergroten door lokaal goed en goedkoop aanbod van ondersteuning te bieden;
- afspraken maken over betere bescherming niet-roker (sport, horeca, gemeentelijke instellingen);
- beschikbare initiatieven (beter) gebruiken op school, in de zorg, de wijk en op het werk.

2. Schadelijk alcoholgebruik

Onderzoek toont aan dat jongeren in Nederland fors meer alcohol drinken de afgelopen jaren. Nederlandse jongeren behoren tot de stevigste drinkers van Europa. Het drinken van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de gezondheid en kan bijvoorbeeld leiden tot hersenbeschadiging. Ouders zijn steeds makkelijker geworden over het (toenemende) drankgebruik van hun kinderen. Zij kennen de schadelijke effecten van alcohol meestal ook niet.

En zij weten vaak niet goed hoe zij in de opvoeding met het alcoholgebruik van hun kinderen moeten omgaan.

Schadelijk alcoholgebruik is niet alleen een volksgezondheidsprobleem, maar hangt tevens samen met agressie, criminaliteit, openbare orde en verkeersveiligheid. Zo wordt 70 procent van het uitgaansgeweld veroorzaakt onder invloed van alcohol. Circa een kwart van de verkeersongevallen komt door rijden onder invloed van alcohol, al dan niet in combinatie met drugs.

De totale ziektelast in Nederland is voor 6,6 procent het gevolg van schadelijk alcoholgebruik. Daarnaast veroorzaakt alcoholgebruik een aanzienlijk (8,6 procent) verlies aan kwaliteit van leven. Per jaar overlijden circa 2.500 personen direct of indirect door alcoholgebruik. In 2001 schatte het adviesbureau KPMG de totale jaarlijkse maatschappelijke kosten van overmatig alcoholgebruik op € 2,58 miljard.

Ambitie:

- Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992
- minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010.

Matig en verstandig alcoholgebruik van volwassenen wordt niet tegengegaan. Het gebruik van alcohol is cultureel en sociaaleconomisch diep in onze samenleving geworteld. Voor de meeste volwassenen kan matig en verstandig alcoholgebruik geen kwaad. Onderzoek toont aan dat mensen van middelbare leeftijd die weinig drinken en dat bovendien spreiden over de week minder risico lopen op hart- en vaatziekten dan geheelonthouders.

Lokale aanpak

- Het lokale bestuur geeft het alcoholbeleid in de praktijk concreet gestalte. De gemeente verleent immers – namens de rijksoverheid - de vergunningen aan horeca- en slijtersbedrijven. De gemeenteraad kan op grond van de Drank- en Horecawet in een verordening extra regels stellen.
- Het kabinet gaat de rol van de burgemeester in de Drank- en Horecawet versterken. Zo krijgt de burgemeester aanvullende bevoegdheden naar horeca- en slijtersbedrijven.
- Deze bevoegdheden kan hij gebruiken om problemen met de openbare orde, die met alcohol samenhangen, aan te pakken. Zo kan de burgemeester straks Drank- en Horecawetvergunningen schorsen. En hij kan in de toekomst lokale controleurs aanstellen, die toezien op de naleving van het vergunningstelsel en de gemeentelijke Drank- en Horecawetverordeningen.
- De GGD'en zijn lokaal betrokken bij voorlichting op scholen. De instellingen voor verslavingszorg leveren ambulante en soms ook klinische zorg.

3. Overgewicht (bewegen en voeding)

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen (volwassenen en kinderen) dat te zwaar is snel. De nieuwste cijfers over de toename van overgewicht en obesitas (ernstig overgewicht) bij kinderen zijn verontrustend. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in

1997 was dit al 1 op de 8 á 9 kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot 1 op de 5 kinderen.

Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, goedkopere huisvesting, achterstand in gezondheid). Mensen met obesitas leven minder lang en vooral langer in slechtere gezondheid. Met overgewicht lopen mensen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaak een negatief stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken.

Ambitie:

- het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005) ;
- het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.

De volgende doelgroepen krijgen daarbij speciale aandacht:

- jeugd
- mensen met een lage sociaal-economische status.

Lokale aanpak

- Gemeenten hebben lokaal de regie bij het bevorderen van de gezondheid van burgers.
- Het convenant Overgewicht is een goede basis voor een betere lokale aanpak, omdat tal van lokale partijen (zoals supermarkten, horeca, industrie, zorgverzekeraars en anderen) koepelorganisaties hebben die de doelstellingen van het (nationale) convenant Overgewicht al steunen. Het convenant kan eenvoudig model staan voor een goede lokale aanpak. VWS De lokale 'vertaling' van het convenant Overgewicht wordt onderdeel van een nieuwe handleiding voor het voorkomen van overgewicht met goed lokaal gezondheidsbeleid.
- Samenwerking met lokale zorgverleners zorgt voor een effectiever lokaal gezondheidsbeleid.
- Leefstijladviesing (voeding, bewegen en gedragstherapie) kan in een jaar leiden tot een (klinisch relevant) gewichtsverlies van 5 procent. Dit betekent dat zorgverleners in de eerstelijnszorg die cliënten/patiënten op dit punt intensiever begeleiden of betere 'ketenzorg' vanuit de jeugdgezondheidszorg goede mogelijkheden bieden voor het aanpakken van overgewicht.

4. Diabetes

In Nederland hebben meer dan 600.000 mensen diabetes¹¹, elk jaar komen er ruim 70.000 bij. Het RIVM voorspelt dat het aantal personen met diabetes tussen 2005 en 2025 met een derde toeneemt (32,5 procent). Bovendien hebben naar schatting 250.000 mensen de ziekte al zonder dat ze het weten, met als gevolg: meer kans op complicaties bij de ziekte. De groei van diabetes komt vooral door demografische ontwikkelingen zoals veroudering van de bevolking en steeds zwaardere mensen in alle leeftijdsgroepen. De verontrustende toename van (vooral ook jongere) diabetespatiënten, bedreigt de vitaliteit van de samenleving en heeft ook economische gevolgen, bijvoorbeeld voor de arbeidsmarkt, en de betaalbaarheid van de zorgsector. Diabetes is een ernstige chronische ziekte. Zonder een passende leefstijl en goede behandeling krijgen veel patiënten complicaties, waaronder hart- en vaatziekten, blindheid, aantasting van de nieren en het zenuwstelsel en soms amputaties. Preventie kan de kans op diabetes verminderen en complicaties voorkomen.

Ambitie:

- tijdig signaleren,
- integratie van preventie en zorg; het beter integreren van activiteiten op het gebied van preventie en zorg leidt tot minder mensen met diabetes, tot een betere opvang van groepen met een hoog risico en tot betere zorg van diabetespatiënten.
- bevorderen van gezond gedrag; overgewicht, voeding, fysieke activiteiten en roken, vooral in combinatie met elkaar, zijn belangrijke risicofactoren voor het krijgen van diabetes.
- het aantal patiënten met diabetes stijgt tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgt.
- 65 procent van de diabetespatiënten heeft geen complicaties.

Doelgroepen (met meer kans op diabetes):

- jongeren met overgewicht,

- mensen met een lage sociaal economische status,
- allochtonen met een bovenmatig risico,
- zwangere vrouwen
- mensen die al diabetes hebben maar dat nog niet weten.

Lokale aanpak

De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in dit diabetesprogramma vraagt ook om lokale betrokkenheid. Verschillende activiteiten dienen aan te sluiten bij de jeugdgezondheidszorg of bij de lokale gezondheidsprogramma's. Zo zullen de mogelijkheden in kaart gebracht worden om diabetes op te sporen bij kinderen met een te hoge Body Mass Index of andere risicofactoren voor diabetes. Dit onderzoek helpt om educatie en voorlichting over (het ontstaan van) diabetes bij kinderen te verbeteren.

5. Depressie

Per jaar lijden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. 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 procent van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer

dan twee jaar. 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 procent van de gevallen de veroorzaker van angststoornissen. Voor alcoholmisbruik is dit 27 procent. Omgekeerd: angststoornissen leiden in 66 procent van de gevallen tot een depressie, bij alcoholmisbruik is dat 59 procent.

De Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organisation, WHO) zet depressie bij mannen op de tweede plaats van veroorzakers van de grootste ziektelasten, bij vrouwen van 15 tot 40 jaar zelfs op de eerste plaats. De gezamenlijke maatschappelijke kosten van depressie bij 18 tot 65 jarigen bedragen volgens een lage schatting € 1,3 miljard per jaar.

In Nederland zijn de laatste jaren allerlei methoden beschikbaar gekomen om depressie bij jongeren, volwassenen en ouderen te voorkomen. Internationaal gezien loopt Nederland hiermee voorop. Behalve geïndiceerde preventie komen steeds meer programma's beschikbaar voor het versterken van de psychische weerbaarheid en opvoedingsondersteuning.

Ambitie:

- meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies; op dit moment gebruiken jaarlijks ongeveer 4.000 personen (jongeren, volwassenen en ouderen) preventieve hulp tegen depressies. Dat is ruwweg 1 procent van het aantal mensen dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt (359.000).
- zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies de komende jaren: cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groeps cursussen. De drempels bij internetcursussen zijn immers vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo, met maximale privacy aan de slag. Hier liggen kansen om het bereik (flink) te vergroten.
- verbeteren van de aansluiting van preventie op de eerstelijnszorg
- preventie beter inbedden in regionale samenwerkingsverbanden.
- tegengaan van (angst voor) stigmatisering waardoor de drempel naar de hulpverlening kleiner wordt..

Lokale aanpak

Voor de aanpak van depressie op lokaal niveau zal het Partnership Depressie Preventie een handleiding voor gemeentelijk preventiebeleid schrijven.

De **VNG** en **GGD Nederland** vragen aanvullend op de Preventienota aandacht voor de speerpunten:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - sociaal-economische gezondheidsverschillen - seksuele gezondheidsproblemen - integrale aanpak van gezondheid |
|--|

Bijlage 2. Resultaten GGD - gezondheidspeilingen

In het kader van de WCPV verzamelt en analyseert de GGD elke vier jaar gegevens betreffende de gezondheidssituatie van de verschillende bevolkingsgroepen. Dat houdt in dat elk jaar een andere groep wordt onderzocht; achtereenvolgens de jeugd van 0-11 jaar, de jeugd van 12-18 jaar, de volwassenen tot 65 jaar en de ouderen. De uitkomsten van deze monitors leveren een schat aan informatie voor gemeentelijk beleid. Niet alleen het gezondheidsbeleid, maar ook het jeugdbeleid, ouderen- en gehandicaptenbeleid en niet te vergeten het beleid ten aanzien van de WMO kan de regionale en veelal ook lokale cijfers als input gebruiken.

Hieronder wordt een opsomming gegeven van de belangrijkste resultaten op het gebied van gezondheid en welzijn van de monitors in de afgelopen vier jaar, gegroepeerd naar thema en leeftijdsgroep. Opgemerkt dient te worden, dat het voor de doelgroepen 12 t/m 17 jarigen, volwassenen en ouderen mogelijk was om de resultaten te vergelijken met eerder onderzoek. Voor de doelgroep 0-11 jarigen zijn nog geen trends weer te geven.

Geraadpleegde bronnen	
Jeugdmonitor 0 t/m 11 jarigen	peildatum voorjaar 2005
Jeugdmonitor 12 t/m 18 jarigen	peildatum najaar 2007
Volwassenenmonitor 19 t/m 64 jarigen	peildatum najaar 2005 (vergeleken met gezondheidspeiling 1999)
Ouderenmonitor 65 t/m 84 jarigen	peildatum najaar 2006 (vergeleken met gezondheidspeiling 2001)

Leefstijl

De manier waarop we leven en het gedrag dat we vertonen zijn van invloed op de gezondheid. Een gezonde leefstijl is van belang voor vele aspecten van gezondheid. Veel preventieve interventies richten zich daarom op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

0-11 jarigen

- Roken tijdens de zwangerschap wordt in Nuenen juist minder gedaan dan in de regio (14% versus 18%).
- **Borstvoeding** beschermt en bevordert de gezondheid van moeder en kind en beschermt tegen overgewicht op latere leeftijd. Bijna een kwart van de moeders in Nuenen c.a. (22%) heeft haar baby, conform het advies van de WHO, tenminste 6 maanden borstvoeding gegeven. Ruim een kwart van de moeders in Nuenen c.a. heeft nooit borstvoeding gegeven. Dat is minder dan in de regio waar 33% geen borstvoeding gegeven heeft.
- Voor opgroeiende kinderen is een goed **ontbijt** belangrijk. Onder kinderen die niet ontbijten komt overgewicht twee keer zo vaak voor als onder kinderen die wel een ontbijt gebruiken. In Nuenen c.a. krijgt 2% van de 1-11 jarigen minder dan 5x per week een ontbijt. Naast een goed ontbijt is dagelijks fruit en groente van belang. Het lukt 35% van de kinderen niet om dagelijks fruit te eten en bij 41% lukt het niet dagelijks groente te eten. Deze percentages zijn in de regio vergelijkbaar.
- Het **poetsen van de tanden** is het belangrijkste onderdeel van de dagelijkse tandzorg. Ouders van kinderen tot 9 jaar wordt geadviseerd na te poetsen. Ruim tweederde van de ouders (69%) in Nuenen c.a. doet dit.
- Het aantal **tussendoortjes** speelt een belangrijke rol bij het behoud van zowel het gebit als het voorkomen van overgewicht. Een derde (34%) van de kinderen in Nuenen c.a. krijgt minstens 4 x per dag een tussendoortje (ook fruit).

12-18 jarigen

- Door 6% van de jongeren worden dagelijks **sigaretten gerookt** (14% van de 16 t/m 18 jarigen). Bij 28% wordt thuis (wel eens) gerookt waar de jongere bij is.
- Zeven procent van de 12 t/m 17 jarige jongeren in Nuenen **ontbijt** minder dan 5 keer per week. Deze groep is kleiner dan in de regio (13%) en ook kleiner dan in 2003 (14%). Het is bekend dat het overslaan van het ontbijt kan leiden tot verminderde concentratie op school. Ook bestaat er een verband met overgewicht: kinderen die minder vaak ontbijten, hebben vaker overgewicht.
- Van de 12 t/m 18 jarigen in Nuenen heeft 23% wel eens **geslachtsgemeenschap gehad**. (regio idem). 65% van de seksueel actieve jongeren heeft wel eens onveilig gevreeën (meer meisjes dan jongens). Vrijen zonder condoom vergroot het risico op seksueel overdraagbare aandoeningen.
- Van de jongeren in Nuenen heeft 7% wel eens een ongewenste seksuele ervaring gehad zoals zoenen, intiem betasten of met iemand naar bed gaan (9% van de 16 t/m 18 jarigen) en 10% van de meisjes.

19-64 jarigen

- Het aantal mensen dat **rookt** is in de regio in de afgelopen jaren duidelijk afgenomen, zowel in Nuenen (van 30% naar 24%) als in de regio (van 34% naar 27%). Het betreft een vergelijking tussen gegevens uit 1999 en 2005.

65-plussers

- Uit de ouderenmonitor 2006 blijkt dat 68% van de ouderen in Nuenen niet voldoet aan de aanbeveling voor **groente-** en 49% voldoet niet aan de aanbeveling **fruitconsumptie**.

Alcohol- en drugsgebruik

0-11 jarigen

- Hoewel het drinken **van alcohol tijdens de zwangerschap** wordt afgeraden, heeft 20% van de moeders in Nuenen c.a. gedurende (een deel van) de zwangerschap alcohol gedronken. Dit is een beduidend *hoger* percentage dan in de regio, waar 15% van de moeders aangeeft alcohol gedronken te hebben tijdens de zwangerschap.

12-18 jarigen

- Het percentage **alcohol** drinkende jongeren in Nuenen is c.a. 51% (12 t/m 18 jaar). Dit percentage is vergelijkbaar met dat van 2003. Regionaal is het percentage alcohol drinkende jongeren gedaald ten opzichte van 2003 (12-17 jarigen: 2007 45%, 2003: 54%). Deze daling is het meest uitgesproken in de groep onder de 16 jaar.
- De grootste groep (48%) drinkt alleen in het **weekend**. 11% doet dit op 2 weekenddagen. 22% drinkt op 1 dag. Slechts 4% drinkt op max.1 of 2 **doordeweekse** dagen (ma. t/m do).
- Veel jongeren (35%) drinken bij één gelegenheid wel 5 glazen alcohol of meer. Dit 'binge-drinken' komt in Nuenen evenveel voor als in de regio. Vier procent van de 12 t/m 18 jarigen drinkt per week zelfs meer dan 20 glazen, dat is vergelijkbaar met de regio (6%). Als we de groep 12 t/m 17 jarigen vergelijken met 2003 dan is dit percentage in Nuenen gelijk gebleven. Regionaal is er een lichte daling in deze groep ten opzichte van 2003.
- 17% van de 12 t/m 17 jarige jongeren is in de afgelopen 4 weken dronken of aangeschoten geweest (2003: 22%). Ook in de regio is dit percentage afgenomen van 23% naar 18%.
- Van de 12 t/m 18 jarigen is 7% al meer dan 20x dronken geweest.
- De leeftijd waarop kinderen beginnen te drinken is in Nuenen vergelijkbaar met de regio. 6% drinkt al voor zijn 12^{de} jaar het eerste glas alcohol, 18% is 12-13 jaar en 30% is 14-15 jaar. 6% begint met drinken na zijn 16^{de} verjaardag. 40% geeft hierbij aan nooit gedronken te hebben.
- De 12 t/m 18 jarige jongeren die elke week drinken doen dit vooral in het **café** (14%, regio 16%) of de **discotheek** (9%, regio 13%). Zes procent drinkt elke week bij **anderen thuis** en 5% drinkt elke week **thuis**. Slecht 0,2% drinkt elke week in een **hok, schuur of keet** (regio 3%)
- De meeste jongeren **kopen de alcohol zelf** (38% - regio 36%). Van de groep 12 t/m 15 jaar zegt 14% (=regio) dat ze de alcohol **van hun ouders krijgen** en 9% dat ze het zelf kopen.
- Volgens alle 12-17 jarige jongeren in Nuenen die al alcohol drinken, vindt 52% van hun ouders het goed dat ze alcohol drinken (2003: 59%) en 11% zegt er niets van (2003: 18%). In 2003 stond in totaal dus 77% **onverschillig** t.o.v. het drankgebruik van hun kind, terwijl dit in 2007 is afgenomen tot 63%. 25% van de ouders raadt het daarentegen af (2003: 21%) en 4% vindt dat de jongere minder zou moeten drinken (in 2003 was dit geen antwoordmogelijkheid). Vier procent verbiedt het (2003: 0,4%). Het lijkt er dus op dat de ouders in Nuenen **kritischer** zijn geworden t.o.v. het drankgebruik van hun kinderen (2007:33% - 2003: 21%).

- De groep drugsgebruikers in Nuenen is relatief klein; 5% van de 12 t/m 18 jarigen heeft recent (= 4 weken voor het onderzoek) softdrugs gebruikt, minder dan 1% van de jongeren gebruikte paddo's. XTC, amfetamines, cocaïne of heroïne werden door geen van de jongeren gebruikt. Ten opzichte van de peiling in 2003 zijn er in 2007 geen verschillen in de percentages jongeren in Nuenen die drugs gebruiken.
- Van de 12 t/m 18 jarigen in Nuenen zegt 83% nog nooit hasj of wiet te hebben gebruikt (regio 86%). 8% van alle jongeren in Nuenen (12 t/m 18 jaar) heeft in hun leven 1 of 2 keer hasj of wiet gebruikt (regio 6%). Iets meer dan 4% heeft meer dan 11 x gebruikt.
- De meeste 12 t/m 18 jarige jongeren uit Nuenen krijgen de hasj of wiet van vrienden (5%). 3% koopt het in de coffeeshop, 2% krijgt het via schoolgenoten, 1% van een (huis)dealer.
- Van alle 12 t/m 18 jarige jongeren uit Nuenen zegt 28% dat ze ooit hasj of wiet hebben aangeboden gekregen, 6% heeft ooit harddrugs aangeboden gekregen. Meest genoemde locaties zijn voor alle soorten drugs 'straat / park / hangplek' en 'café / disco / feest / concert'. 'School' en '(bij vrienden) thuis' worden vooral genoemd bij hasj en wiet.
- Volgens alle 12-17 jarige jongeren in Nuenen die softdrugs gebruiken, raadt 14% van de ouders dit af (2003 incl. harddrugs: 38%) en 6% verbiedt het (2003 incl. harddrugs: 25%). 6% van de ouders vindt het goed (2003 incl. harddrugs: 6%). Het is moeilijk te zeggen of de mening van de ouders in Nuenen t.o.v. het drugsgebruik van hun kind is veranderd omdat de groep die niet op de hoogte is van het drugsgebruik van hun kind groter is geworden (2007: 80% - 2003 incl. harddrugs: 25%).
- De **combinatie** van **alcohol** en (met name soft-) **drugs** kwam voor bij 5% van alle 12 t/m 18 jarige jongeren. Deze jongeren geven aan op een dag of avond alcohol samen te gebruiken met wiet/hasj. In de regio is dit vergelijkbaar (3%).

19-64 jarigen

- Het **alcoholgebruik** in de gehele regio is relatief hoog. Van de volwassenen in Nuenen c.a. voldoet 36% niet aan de norm verantwoord alcoholgebruik. In de provincie Noord-Brabant is dit percentage ook 33%, maar in de regio zuidoost Brabant 37%. Veertien procent in Nuenen drinkt 'overmatig' en 7% drinkt '(zeer) excessief'. Deze percentages zijn vergelijkbaar met de regio. Overigens is het percentage dat (zeer) excessief drinkt in Nuenen in 2005 lager dan in 1999 (gedaald van 11% naar 7%).

Overgewicht

Het aantal mensen met overgewicht neemt toe. De verwachting is dat dit probleem in de toekomst gaat toenemen. Overgewicht kan leiden tot het ontstaan van suikerziekte, hart- en vaatziekten, gewrichtsproblemen en leverafwijkingen. Ernstig overgewicht heeft een grotere invloed op het aantal chronische aandoeningen dan roken of overmatig alcoholgebruik.

0-11 jarigen

- Van de kinderen vanaf 2 jaar heeft 10% **overgewicht** in Nuenen c.a.. Bij 2% is zelfs sprake van obesitas. De belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van overgewicht is een verkeerde balans tussen energie-inname (via voeding) en energiebesteding (voornamelijk via lichamelijke activiteit).
- Kinderen die meer dan **2 uur per dag televisiekijken** en/of meer dan 2 uur per dag achter de computer zitten, minder dan een half uur per dag buitenspelen of geen lid zijn van een sportclub hebben vaker overgewicht. De meerderheid van de 0-11 jarigen speelt dagelijks minimaal een half uur buiten, slechts 2% haalt dat niet. In Nuenen c.a. kijkt 7% van de kinderen vanaf één jaar meer dan 2 uur per dag tv of video (dit is minder dan in de regio) en 2% van de kinderen zit meer dan 2 uur per dag achter de computer. Het aantal kinderen dat langer dan 2 uur per dag tv kijkt of achter de computer zit, neemt sterk toe met de leeftijd.
- Ruim één op de 5 kinderen wordt meestal **per auto naar school gebracht** (28%). Dit is meer dan gemiddeld in de regio (17%). Waarschijnlijk het dit te maken met het feit dat in Nuenen minder kinderen in de eigen woonwijk naar school gaan dan in de regio. Voor de lichaamsbeweging van kinderen zou het echter beter zijn als ze zelf naar school lopen of fietsen.

12-18 jarigen

- Acht procent van de jongeren heeft overgewicht; 0,4% zelfs ernstig **overgewicht**.
- Bijna driekwart van de jongeren **sport of beweegt** minder dan één uur per dag (beweegnorm), terwijl 77% van mening is voldoende te bewegen. Vooral meisjes en 16 t/m 18 jarigen voldoen niet aan de beweegnorm.

19-64 jarigen

- Het aantal volwassenen met **overgewicht** in Nuenen c.a. is in de afgelopen jaren toegenomen. In 1999 had 37% overgewicht en in 2005 43%. In de regio is eveneens een toename te zien van het aantal mensen met overgewicht (van 40% naar 47%). Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht is in Nuenen lager dan in de regio (7% versus 11%).
- Bewegen en sporten doen de volwassenen in Nuenen c.a. en de regio relatief vaak. Bijna twee op de drie volwassenen (64%) voldoen aan de **Nederlandse Norm Gezond Bewegen**.

65-plussers

- Van de senioren in Nuenen heeft in 2006 51% **overgewicht**, dit is minder dan in de regio (58%). Bij 12% is het overgewicht ernstig te noemen. In 2001 waren deze percentages voor Nuenen redelijk vergelijkbaar.
- 32% voldoet niet aan de **Nederlandse Norm Gezond Bewegen** voor 55+ (minstens 5 dagen per week een half uur matig intensief lichamelijke activiteit). Deze cijfers zijn niet direct vergelijkbaar met 2001. Toen deed 28% van de senioren aan sport en 67% had minimaal 1 keer per week andere lichaamsbeweging.

Gezondheid en welzijn

Naast lichamelijke gezondheid bepaald door *objectieve* indicatoren van gezondheid, spelen ook *subjectieve* maten een rol zoals hoe de gezondheid beleefd wordt. Daarnaast kent gezondheid een psychische component.

0-11 jarigen

- Het grootste deel van de **ouders beoordeelt de gezondheid van hun kind** als (heel) goed. In Nuenen c.a. geeft 5% van de ouders aan de gezondheid van hun kind matig tot slecht te vinden.
- Een grotere groep van de kinderen heeft één of meer **langdurige aandoeningen**, namelijk 30%. De meest genoemde langdurige aandoeningen zijn eczeem / huidauitslag (11%), astma / bronchitis (8%) en allergie (5%).
- Maar liefst 47% van de kinderen heeft in de afgelopen 14 dagen **medicijnen gebruikt** (inclusief versterkende en weerstandsverhogende middelen). De meeste medicijnen, 38%, worden gebruikt zonder recept van de arts. 19% Van de kinderen heeft medicijnen gebruikt met recept van de arts.
- Met behulp van 7 gezichtjes die de gevoelens weergeven van erg blij tot erg somber is aan de ouders gevraagd hoe hun kind **zich de afgelopen 3 maanden voelde**. Ruim driekwart van de kinderen voelt zich (heel) blij. Volgens de ouders is 1% van de kinderen een beetje tot erg somber.

12-18 jarigen

- Vijftien procent van de jongeren **ervaart de eigen gezondheid** als matig of slecht en 3% wordt door een aandoening erg **belemmerd** in het dagelijks leven. Dit geldt vooral voor meisjes en 16 t/m 18 jarigen. Het aantal jongeren met een matige of slechte gezondheid is in Nuenen niet gedaald ten opzichte van 2003. In de regio is dat wel het geval.
- Eén op de vijf jongeren in Nuenen heeft een **chronische aandoening** vastgesteld door een arts. Het gaat hierbij vooral om luchtwegklachten (astma, bronchitis) en huidaandoeningen (eczeem). Een grote groep geeft aan één of meerdere **allergieën** te hebben (25%); vooral hooikoorts en huisstofmijtallergie worden genoemd. Allergieën worden in Nuenen meer genoemd dan in de regio (18%). Een klein gedeelte van de jongeren in Nuenen (1,2%) noemt een **vorm van autisme**.
- Meisjes en 16-plussers hebben vaker **psychische problemen**. In het totaal vindt 14% van de jongeren de eigen geestelijke gezondheid slecht en 5% voelt zichzelf somber. In 2007 zijn er meer jongeren die hun eigen psychische gezondheid slecht vinden dan in 2003 (12-17 jarigen: 2007 14%, 2003 9%). Acht procent heeft wel eens aan **zelfmoord** gedacht en 0,9% heeft in het afgelopen jaar een poging ondernomen. Deze cijfers wijken niet af van de regio.
- Over de kwaliteit van de **relatie met hun ouders** is een aantal vragen gesteld. Negentien procent ervaart de relatie als minder goed. Meisjes en 16-plussers geven dit vaker aan.
- Aan de jongeren is gevraagd of er dingen zijn waar zij erg mee zitten. Twaalf procent heeft een **probleem** dat hen dag en nacht bezighoudt en 61% piekert regelmatig, maar niet dag en nacht, over iets. Het aantal jongeren met problemen is groter dan in 2003 (12-17 jarigen: 2007 73%, 2003 63%). In de meeste gevallen gaat het over schoolprestaties, hun uiterlijk en verveling. Meisjes en 16-plussers piekeren het meest.
- Als ze **hulp** nodig hebben dan zoekt 53% dat alleen in haar directe omgeving en 43% zoekt ook hulp bij professionals. In het afgelopen jaar heeft 34% hulp gezocht bij een hulpverlener. De meest bezochte hulpverleners zijn de leerlingbegeleider of mentor, de huisarts en een psycholoog, pedagoog

of psychiater. In Nuenen hebben minder jongeren hulp gezocht bij leerlingbegeleider of mentor dan in de regio (resp. 18% en 24%). Twee procent van de jongeren geeft aan **momenteel behoefte** te hebben **aan professionele hulp**. De minst bekende hulpverleners bij jongeren in Nuenen zijn: het COC, Novadic/Kentron en het JIP.

19-64 jarigen

- De volwassenen in Nuenen c.a. **beoordelen hun lichamelijke gezondheid** over het algemeen beter dan in de regio: 9% ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht, in de regio is dit 12%.
- Ruim eenderde van de volwassenen in Nuenen c.a. (35%) heeft één of meer **chronische ziekten**, vastgesteld door een arts. Hoge bloeddruk (9%) en ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (9%) en gewrichtsslijtage (5%) komen het meeste voor. In Nuenen c.a. heeft 0,6% van de volwassenen diabetes.
- Net als in de regio heeft ruim de helft (55%) van de respondenten in het afgelopen jaar **medicijnen op recept** gebruikt. Bijna één op de drie respondenten (29%) deed dit in de twee weken voorafgaand aan het onderzoek. Ook vrij verkrijgbare medicijnen worden geregeld gebruikt, in Nuenen zelfs meer dan in de regio (64% het afgelopen jaar in Nuenen tegenover 53% in de regio).
- In totaal 7% van de volwassenen in Nuenen voelde zich het afgelopen jaar een beetje tot zeer **somber**; dit is minder dan in de regio (9%).

65-84 jarigen

- Senioren in Nuenen vinden hun **lichamelijke gezondheid** duidelijk beter dan in de regio: in Nuenen vindt 23% de eigen gezondheid matig tot slecht, in de regio is dit 30%. Ook in het percentage met chronische aandoeningen komt dit verschil met de regio terug: in Nuenen heeft 63% één of meer **chronische ziekten**, vastgesteld door een arts, in de regio 68%.
- 11% van de senioren in Nuenen heeft **grote moeite met of hulp nodig** bij de 1 of meerdere dagelijkse handelingen; dit percentage is lager dan in de regio (19%). In Nuenen zijn ouderen dus meer zelfredzaam dan in de regio.
- Van de senioren heeft 77% **medicijnen** gebruikt op recept, 36% gebruikt medicijnen zonder recept. 10% van de senioren in Nuenen ervaart één of meerdere problemen met het eigen medicijngebruik. In 2001 gaf 17% van de senioren dat aan (het percentage is dus afgenomen).
- In Nuenen c.a. voelt een kwart van de senioren zich vrolijk. 11% voelt zich daarentegen een beetje tot erg **somber**. 10% is beperkt in zijn bezigheden als gevolg van **emotionele problemen**. Van alle senioren denkt 7% zich beter of gelukkiger te voelen door een betere geestelijke gezondheid.

Eenzaamheid

Eenzaamheid heeft te maken met tekorten in iemands sociale relaties. Het is een onplezierig en bedrukkend gevoel en daarom niet hetzelfde als “eenzaam zijn”.

19-64 jarigen

- Eenzaamheid is onder te verdelen in emotionele en sociale eenzaamheid. Bij emotionele eenzaamheid is er sprake van het gemis van intimiteit in persoonlijke relaties, of gemis van een vertrouwenspersoon. Bij sociale eenzaamheid is het aantal of de kwaliteit van de persoonlijke relaties minder dan gewenst. De groep volwassenen die zich eenzaam voelt, is in Nuenen ongeveer even groot als in de regio, zowel sociaal als emotioneel. **Sociale eenzaamheid** komt vaker voor (39%) dan **emotionele eenzaamheid** (24%).
- Een behoorlijk deel (37%) van de 19- t/m 64 jarigen uit Nuenen c.a. blijkt zich matig tot zeer ernstig eenzaam te voelen. Vijf procent van de respondenten in Nuenen c.a. geeft aan zich (zeer) ernstig eenzaam te voelen. Dit is vergelijkbaar met de regio. Het percentage volwassenen dat zich eenzaam voelt is niet veranderd ten opzicht van 1999.

65-84 jarigen

- Van de senioren is 43% matig tot (zeer) ernstig **eenzaam**. Zeven procent is dit zelfs (zeer) ernstig.
- **Emotionele eenzaamheid** komt voor bij een ruim kwart van de senioren. **Sociale eenzaamheid** komt meer voor (47%).
- In Nuenen c.a. geeft 6% van de senioren aan hulp te krijgen bij hun eenzaamheid. Drie procent van de senioren wil wel hulp maar krijgt dit nog niet.
- In Nuenen c.a. behoort het grootste deel (39%) van de senioren tot het ‘lokaal geïntegreerd’ **netwerktipe** (wij kennen elkaar allemaal in de buurt en zorgen voor elkaar. Er komt altijd wel iemand

kijken hoe het met mij gaat). Opvallend is echter dat in Nuenen het 'lokaal familie afhankelijke netwerktype' veel minder voorkomt dan in de regio, namelijk 19% versus 30% ('ik heb gelukkig familie in de buurt. Zij zullen zonedig voor mij zorgen'). Het netwerktype 'gericht op de wijdere samenleving' ('ik heb niet veel contact met mensen in de buurt, maar ik ben misschien altijd al te onafhankelijk') komt met 9% juist vaker voor dan in de regio (6%). Ook het netwerktype 'lokaal gereserveerd' ('ik hou ervan op mezelf te zijn, maar ik weet dat de burenen er zijn als ik ze nodig heb') komt in Nuenen vaker voor dan gemiddeld in de regio (26% versus 19%).

Ongevallen en letsels

Ongevallen kunnen worden ingedeeld in privé-ongevallen, arbeidsongevallen, sportblessures en verkeersongevallen. Het gaat om letsels die plotseling zijn ontstaan en medisch behandeld zijn.

0-11 jarigen

- **Ongevallen** dragen in belangrijke mate bij tot gezondheidsproblemen bij kinderen. Van de kinderen in Nuenen c.a. heeft 5% de afgelopen 3 maanden een medisch behandeld letsel, vergiftiging of blessure gehad.

12-18 jarigen

- In de afgelopen drie maanden is 18% van de jongeren behandeld voor **letsels**, dat is minder dan in 2003 (12-17 jarigen: 2007 19%, 2003 26%). Het gaat hierbij voornamelijk om sportblessures (11%). Jongens lopen meer risico hierop dan meisjes.

19-64 jarigen

- In de afgelopen drie maanden is 12% medisch behandeld voor een letsel, vergiftiging of blessure. Het betreft vooral letsels ontstaan in en om het huis, tijdens het sporten of tijdens betaald werk.

65-84 jarigen

- Van de senioren heeft 10% de afgelopen 3 maanden **letsel** opgelopen dat medisch behandeld is.

School en kinderopvang

Kinderen brengen vanaf hun vierde jaar veel tijd door op school. De vaardigheden die kinderen op school leren zijn van groot belang voor hun latere leven. Daarnaast is school een belangrijke plek om sociale contacten op te doen en vrienden te maken.

0-11 jarigen

- In Nuenen gaan minder kinderen **in de eigen wijk naar school** dan in de regio (70% versus 80%). Het gevolg hiervan is dat in Nuenen meer kinderen met de auto naar school worden gebracht dan in de regio (28% versus 17%).
- **Problemen op school** die met name genoemd worden door ouders van schoolgaande kinderen (vanaf 4 jaar) zijn concentratieproblemen (19%). Ook problemen in relaties met andere kinderen worden vaak genoemd (11%). In Nuenen wordt minder dan in de regio genoemd dat de relatie met de leraar niet goed is (7% tegenover 10%).
- Opvallend is, dat in Nuenen een hoger percentage kinderen **dyslexie** (bevestigd in een test) heeft dan in de regio (6% tegenover 2%).
- Gekeken naar **kinderopvang** blijkt, dat in Nuenen meer kinderen naar het kinderdagverblijf gaan dan in de regio. Ook maken kinderen in Nuenen meer gebruik van een continuooster op school (of opvang tussen de middag) dan elders in de regio. Ook naschoolseopvang komt in Nuenen meer voor dan in de regio.

12-18 jarigen

- Vrijwel alle jongeren van 12 t/m 18 jaar zijn **schoolgaand**. Een kleine groep volgt nog basison-derwijs (3%) of speciaal onderwijs (2%). Een grote groep respondenten is afkomstig van HAVO, VWO, HBO of universiteit (58%). Ten opzichte van de regio heeft Nuenen minder VMBO-ers en meer HAVO/VWO-ers. Er is geen verschil in de verdeling naar schoolsoort tussen 2007 en 2003.
- In de vier weken voorafgaand aan de vragenlijst heeft 32% een keer **wegens ziekte verzuimd** van school. Ziekteverzuim komt meer voor bij meisjes dan bij jongens.

- De meeste jongeren hebben **geen hekel aan school** maar 3% vindt school niet leuk of vreselijk. Tien procent heeft in de afgelopen vier weken een keer **gespijeld**, dit betreft vooral de oudste groep jongeren (19% van de 16-18 jarigen en 4% van de 12-15 jarigen).
- Vijf procent van de jongeren (vooral 12 t/m 15 jarigen) geeft aan regelmatig **gepest** te worden en 3% pest zelf; vooral jongens en de jongste groep.

Opvoedingsondersteuning

Ouders van opgroeiende kinderen hebben in meer of mindere mate vragen op het gebied van opvoeding.

(ouders van) 0-11 jarigen

- Opvoeden valt niet altijd mee; 28% van de ouders van de 0-11 jarigen in Nuenen c.a. ervaart bovengemiddeld veel **stress bij de opvoeding** en 12% ervaart zelfs zeer veel stress.
- 43% Van de ouders heeft soms tot vaak **problemen bij de opvoeding**. Dit is vergelijkbaar met de regio. De problemen hebben vooral te maken met 'luisteren en gehoorzamen' en 'het houden aan of stellen van grenzen, regels en afspraken'.
- In de vragenlijst heeft 5% van de ouders aangegeven dat ze **momenteel behoefte heeft aan professionele ondersteuning bij de opvoeding**. In totaal 13% heeft voor problemen al professionele hulp of advies gevraagd.

19-64 jarigen

- Eenderde van de ouders met thuiswonende kinderen jonger dan 25 jaar, ervaart bovengemiddeld veel stress bij de opvoeding; 20% ervaart zelfs zeer veel stress.
- In Nuenen c.a. heeft 49% van de ouders soms tot vaak **problemen bij de opvoeding** (vergelijkbaar met 1999). In de regio is een stijging te zien (van 43% naar 46%) maar deze wordt in Nuenen niet gezien. Meest genoemde problemen hebben te maken met houden aan of stellen van grenzen en luisteren/gehoorzamen. De gemiddelde leeftijd van deze kinderen is overigens 12 jaar.
- 12% van de ouders met kinderen jonger dan 25 jaar heeft voor deze problemen **professionele hulp gevraagd**.
- 6% van alle ouders heeft momenteel **behoefte aan professionele ondersteuning bij de opvoeding**. Overigens is in Nuenen de groep ouders die de laatste 12 maanden hulp heeft gezocht bij een professionele instantie kleiner dan in de regio (10% versus 17% in de regio).

Vrijtijdsbesteding

12-18 jarigen

- **Contact met vrienden** vinden vooral plaats op school en (bij vrienden) thuis, maar ook de sportvereniging en café of disco zijn belangrijke ontmoetingsplaatsen. Weinig jongeren gaan regelmatig (een paar keer per jaar of vaker) naar een coffeeshop (3%) of een speelhal (10%). Zeven procent is een paar keer per week in een café of snackbar te vinden.
- In hun **vrije tijd** zijn jongeren vaak digitaal actief: 38% surft dagelijks op internet, 32% e-mailt of chat dagelijks en 15% doet dagelijks computerspelletjes. Muziek luisteren (63%) en TV kijken (58%) zijn ook populaire dagelijkse activiteiten. Veel jongeren bellen of SMS-en hun vrienden dagelijks (43%).
- Een klein deel van de jongeren **gokt** wel eens of **speelt om geld** (5%). Het zijn vrijwel uitsluitend jongens en vooral 16 t/m 18 jarigen die dit doen.
- Veel jongeren zijn **lid van een club** (88%), vooral van een sportclub of –vereniging (80%). In beide gevallen is dat meer dan in de regio. Ook ten opzichte van 2003 zijn er nu meer jongeren lid van een sportclub (12-17 jarigen: 2007 80%, 2003 68%). Tien procent doet **vrijwilligerswerk**.
- Vrijwel alle jongeren kunnen thuis **internetten** en 14% doet dat in haar vrije tijd meer dan 16 uur per week (regio 19%). Twee procent geeft aan in het afgelopen jaar **digitaal gepest** te zijn en 2% heeft anderen gepest. In totaal is 29% vervelend bejegend of lastig gevallen op internet.
- De meeste jongeren geven een voldoende aan de **buurt** waarin ze wonen (91%). Het gemiddelde cijfer is een 7,7. Veel jongeren (50%) missen een **ontmoetingsplek of speelvoorziening** in de buurt. Vooral jongens en 12 t/m 15 jarigen geven dit aan. Het meest genoemd worden hierbij: pleintjes, een voetbalveld en hangplekken. In 2003 waren er meer jongeren die een ontmoetingsplek misten. Volgens 48% worden er in de buurt **(veel) te weinig leuke dingen voor jongeren georganiseerd**. Deze groep is in Nuenen groter dan in de regio (43%).

(Binnen)milieu

De kwaliteit van het binnenmilieu is onder andere afhankelijk van de mate van ventilatie, of er gerookt wordt binnen, en de vochtigheidsgraad indien er schimmel- of vochtplekken in huis aanwezig zijn.

0-11 jarigen

- Kinderen van **rokende ouders** hebben meer kans op ziekten zoals luchtweginfecties, astma en oorontsteking dan kinderen bij wie nooit gerookt wordt in de omgeving. Bij 22% van de 0-11 jarigen in Nuenen c.a. rookt tenminste één van de ouders, dit is minder dan in de regio (30%). Volgens rapportage van de ouders is 15% van de kinderen afgelopen week blootgesteld in huis aan (sigaretten)rook; ook dit percentage is lager dan in de regio (21%).
- Kinderen die opgroeien in **een vochtige woning** hebben een grotere kans op gezondheidsklachten als benauwdheid en hoesten of luchtwegklachten. In Nuenen c.a. signaleert 14% van de ouders schimmel of vocht in de woning, dit is vergelijkbaar met de regio.

19-64 jarigen

- Ook voor volwassenen geldt dat vocht- en schimmelplekken en beperkte continue ventilatie kunnen leiden tot een hogere gezondheidsbelasting door een hogere blootstelling aan verontreiniging in het binnenmilieu. Dit kan zich onder andere uiten in meer luchtwegklachten. **Schimmel- of vochtplekken in huis** komen in Nuenen c.a. bij 24% van de inwoners voor.
- Bijna een kwart van de volwassenen (24%) wordt **blootgesteld aan sigaretten- of sigarenrook in huis**; dit is minder dan in de regio, waar het percentage 32% bedraagt.
- Voor een gezond binnenmilieu is goed ventileren onontbeerlijk. Vooral in de woonkamer en keuken wordt onvoldoende **geventileerd**. In Nuenen c.a. ventileert ongeveer 66% van de volwassenen deze ruimten minder dan 24 uur per dag. In Nuenen c.a. zijn de percentages vergelijkbaar met de regio.
- Een kwart van de volwassenen in Nuenen c.a. wordt **gehinderd door geluid**, 10% zelfs in erge mate. Men geeft aan het meest gehinderd te worden door geluid van wegverkeer (11%) en burens (8%). Geluidshinder van vliegtuigen is in Nuenen lager dan in de regio (5% versus 8%).
- 10% van de volwassenen in Nuenen wordt **gehinderd door stank**. Deze groep is kleiner dan gemiddeld in de regio (14%).

Mantelzorg

Mantelzorg wordt gegeven door een bekende uit de omgeving, zoals de partner, ouders, kind, burens of vrienden, als de verzorgde voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald.

Als kanttekening moet worden aangegeven dat diegenen die al langere tijd intensief mantelzorg verlenen, vaak niet in de gelegenheid zijn om de vragenlijst van de GGD monitor in te vullen. Derhalve geven de cijfers hieronder waarschijnlijk een ondergrens aan.

12 t/m 18 jarigen

- De groep jongeren die **mantelzorg** geeft bedraagt 6% en niemand vindt dat een zware belasting.

19-64 jarigen

- In Nuenen c.a. wordt momenteel door 7% **mantelzorg gegeven**. Dit cijfer is vergelijkbaar met de regio (8%). Voor de totale regio valt op dat, wanneer het cijfer wordt vergeleken met 1999, dit cijfer behoorlijk gedaald is: in 1999 zei in de regio maar liefst 17% momenteel mantelzorg te verlenen.
- Van de volwassenen in Nuenen c.a. geeft 1% langer dan drie maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg. Dit percentage is vergelijkbaar met de regio.
- Vrouwen blijken vaker mantelzorger dan mannen. Gezelschap, troost, afleiding (5%) en begeleiding en/of vervoer (4%) alsmede hulp in de huishouding (3%) en regelen van administratieve taken (2%) zijn de vormen van mantelzorg die het meest gegeven worden. Mantelzorg wordt door deze leeftijdsgroep vooral gegeven aan (schoon)ouders (5%). Verreweg de meeste verlenen 1-10 uur zorg per week.
- Het grootste deel van de mantelzorgers heeft geen **behoefte aan (extra) hulp of ondersteuning bij hun werkzaamheden als mantelzorger** (ongeveer 85% van de groep die mantelzorger is). Mantelzorgers die wel behoefte hebben aan (extra) hulp (circa 150 personen van 19-64 jaar in Nuenen) noemen hierbij vooral informatie en advies, en een vervanger zodat de mantelzorger ook af en toe een vrije dag kan opnemen of met vakantie kan gaan. Daarnaast is er een groep mantelzorgers

die behoefte heeft aan emotionele steun en aan belangenbehartiging. Behoefte aan 'ontspannende activiteiten' wordt in Nuenen (nagenoeg) niet genoemd.

- Slechts 0.5% van alle volwassenen in Nuenen c.a. voelt zich (tamelijk) zwaar **belast** door het geven van mantelzorg. Wel is het zo dat er een sterke relatie bestaat tussen de mate van belasting en de behoefte aan mantelzorgondersteuning; mantelzorgers die langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week mantelzorg geven, vormen een duidelijke risicogroep. Deze groep voelt zich veel vaker overbelast en heeft ook meer behoefte aan (extra) hulp.
- Als meest voorkomende **redenen voor het geven van mantelzorg** worden algemene ouderdomsklachten (3%) genoemd. Door de toenemende vergrijzing zal de vraag naar mantelzorg dus allen maar toenemen.
- In Nuenen c.a. **ontvangt** 3% van de volwassenen **momenteel mantelzorg**, vooral van de partner. Dit is vergelijkbaar met de regio. Evenals bij het geven van mantelzorg zijn gezelschap, is hulp in de huishouding (2%) de meest genoemde vorm van mantelzorg, maar ook wordt hulp verkregen bij klaarmaken van de warme maaltijd, gezelschap, vervoer.

65-84 jarigen

- In 2006 **geeft** van alle zelfstandig wonende senioren 9% (ongeveer 290 personen) momenteel **mantelzorg**. Dit is vergelijkbaar met de regio. 5% (ongeveer 160 personen) doet dit langer dan 3 maanden en meer dan 8 uur per week. Het percentage ouderen dat in 2006 mantelzorg geeft, is in Nuenen (maar ook in de totale regio Zuidoost-Brabant) gedaald ten opzichte van 2001. In 2001 gaf namelijk 21% van de 65-85 jarigen mantelzorg in Nuenen, in 2006 is dit bij de 65-plussers 9%.
- In Nuenen voelt 3% van senioren zich **tamelijk zwaar belast tot overbelast** door het geven van mantelzorg (circa 95 personen). Dit is iets meer dan in de regio (2%).
- De meest voorkomende problemen bij het geven van mantelzorg in Nuenen zijn: emotioneel te zwaar (6%, tegenover 4% in de regio) en lichamelijk te zwaar (5%, tegenover 5% in de regio).
- Circa 130 mantelzorgers in Nuenen in de leeftijd van 65-85 jaar geven aan behoefte te hebben aan ondersteuning. In Nuenen wordt meer dan in de regio aangegeven dat men behoefte heeft aan emotionele **steun** (2% versus 0,5% in de regio). Verder wordt in Nuenen genoemd de behoefte aan informatie en advies, een vervanger en belangenbehartiging.
- In de seniorenmonitor zijn ook vragen gesteld over het **sociale netwerk van de ouderen**. In Nuenen blijken ouderen een 'minder tot lokaal familie afhankelijk' netwerktype te zijn dan in de regio, en er meer van houdt op zichzelf te zijn en eventueel een beroep te doen op bijv. de burens als het nodig mocht zijn. Ook zeggen meer ouderen dat alle familie ver weg woont maar dat er gelukkig goede vrienden dichtbij wonen die zonnodig zullen helpen.
- Voor 8% is het geven van mantelzorg een vanzelfsprekendheid (in de regio vergelijkbaar). Andere redenen om mantelzorg te geven zijn: 'een goede relatie met de hulpbehoevende, dus het er wel voor over te hebben', 'uit liefde en genegenheid', 'vindt het zijn plicht'.
- 10% van de senioren **ontvangt momenteel mantelzorg**, vooral van de kinderen of schoondochter / schoonzoon.
- In Nuenen verricht een grotere groep ouderen **vrijwilligerswerk** dan in de regio (31% t.o.v. 26%). Meer mensen dan in de regio doet dit meer dan 2 uur per week vrijwilligerswerk (20% t.o.v. 16%).

Risicofactoren (alle monitors samen)

Lage sociaal economische status

Het opleidingsniveau (van de ouders) geeft, naast inkomen en beroepsklasse, een indruk van de sociaal economische status (ses). Een lagere ses is gerelateerd aan een gemiddeld kortere levensverwachting en een geringer aantal jaren dat in goede gezondheid wordt doorgebracht. Ook op de leefstijlfactoren scoren lage ses groepen ongunstiger; ze roken meer, eten minder groente en fruit en bewegen minder. Bovendien zijn de woon- en werkomstandigheden vaker ongunstig.

- Algemeen kan gesteld worden dat de inwoners in Nuenen **gemiddeld hoger opgeleid** zijn dan in de regio. Relatief veel ouders van 12 t/m 18 jarigen zijn **hoger opgeleid** en slechts 11% heeft ten hoogste MBO-kort (regio 20%).
- In 5% van de gezinnen is één of beide ouders **werkloos, arbeidsongeschikt of langdurig ziek**. Dat is minder dan in de regio (8%).
- Het percentage ouders met kinderen van 0-11 jaar dat een laag **inkomen** heeft, is in Nuenen c.a. relatief laag; 14% verdient minder dan €1751 per maand netto, in de regio is dat 23%. Van de ouders in Nuenen geeft 2% aan grote moeite te hebben om financieel rond te komen.

- Uit cijfers van het CBS (2005) blijkt dat van alle twee-ouder gezinnen in Nuenen 3% een inkomen heeft onder of rond het **sociaal minimum** , terwijl dit voor 26% van de éénouder gezinnen geldt. In de regio Zuidoost-Brabant geldt dat voor respectievelijk 3% en 25% van de gezinnen.
- 73% van de volwassenen in Nuenen c.a. heeft **betaald werk** . Het huishoudinkomen is bij 23% lager dan €1750,- per maand, waarvan 12% lager dan €1150,-. Van de volwassenen in Nuenen c.a. heeft 21% enige moeite om rond te komen; 3% heeft grote moeite. Deze groep is groter dan in 1999 waar 12% enige tot grote moeite had om rond te komen. In de regio is eveneens een toename te zien van de groep die moeite heeft rond te komen.

Eénoudergezin

- Van de 0-11 jarigen in Nuenen c.a. woont 5% van de kinderen in een éénoudergezin. Eenoudergezinnen hebben vaker moeite met rondkomen. Dat komt grotendeels door het lagere gezinsinkomen. In vergelijking met de 0-11 jarigen is het percentage jongeren dat in Nuenen in een éénoudergezin woont bij de 12 t/m 18 jarigen met 9% hoger (in de regio is dit 8%).

Allochtonen

- Als risicofactor voor gezondheid bij kinderen wordt ook een niet-westerse achtergrond genoemd. In Nuenen c.a. heeft 3% van de 0-11 jarigen een niet-westerse etniciteit. Dat is lager dan gemiddeld in de regio waar 5% van niet-allochtone afkomst is. Ook het aandeel 12 t/m 18 jarige jongeren met een **niet-westerse etniciteit** is kleiner dan in de regio (resp. 2% en 8%). Slechts 0,9% van de jongeren rekent zich tot een niet-westerse bevolkingsgroep.
- In Nuenen c.a. bestaat 3% van de volwassenen uit niet-westerse allochtonen.