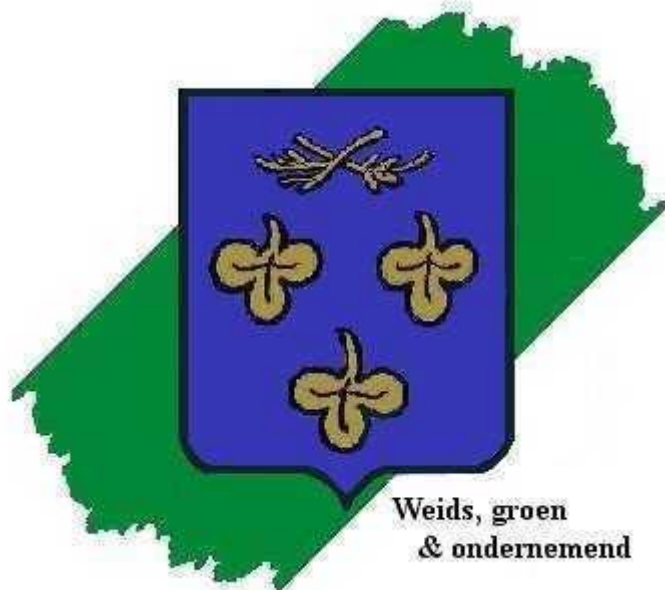


**NOTA**

**LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID**

**GEMEENTE ZOETERWOUDE**

**2008 - 2012**



## **Colofon**

**Opdrachtgever:** Gemeente Zoeterwoude  
**Samenstelling:** GGD Zuid Holland Noord  
N. de Jonge  
**Datum:** 31 januari 2008

## SAMENVATTING

Voor u ligt de tweede nota lokaal gezondheidsbeleid. De meeste activiteiten die wij ons hadden voorgenomen in de periode 2004-2008 zijn uitgevoerd. Sommige knelpunten zijn echter nog steeds actueel (terugdringen overmatig alcoholgebruik en bewegingsstimulering). Deze punten zullen dan ook als beleidsprioriteit in deze nota terugkeren.

Als gemeente willen wij inzetten op die gezondheidsproblemen waar de meeste gezondheidswinst behaald kan worden en waar we als gemeente invloed op kunnen uitoefenen. Wij streven ernaar dat onze burgers een gezonde leefstijl hanteren en vinden het belangrijk dat de gezonde keuze makkelijker wordt gemaakt. Dit neemt echter niet weg dat “gezondheid” uiteindelijk een eigen verantwoordelijkheid is van de burger, al dan niet met ondersteuning van de gezondheidszorg en maatschappelijke organisaties.

Bij het opstellen van deze nota hebben wij ervoor gekozen de lijn van de vijf speerpunten uit de preventienota van VWS te volgen (de gemeente is verplicht in te gaan op de speerpunten overmatig alcoholgebruik, overgewicht, roken, diabetes en depressie). Omdat niet alle speerpunten een even groot probleem in Zoeterwoude vormen, hebben wij ervoor gekozen een prioritering aan te brengen in de speerpunten. Daarbij speelt ook een rol dat wij helaas niet de middelen en de mogelijkheden hebben om alle vijf de speerpunten uit de preventienota even grondig aan te pakken.

Op basis van de beschikbare gezondheidsgegevens komen wij tot de volgende beleidsprioritering voor de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012:

1. Schadelijk alcoholgebruik
2. Eenzaamheid onder ouderen
3. Depressie
4. Overgewicht
5. Diabetes

Van deze beleidsprioriteiten zien wij het schadelijk alcoholgebruik onder jongeren als hoogste prioriteit; dit punt zullen wij dus als eerste oppakken.

De gezondheidssituatie in Zoeterwoude is net als vier jaar geleden in grote lijnen vergelijkbaar of zelfs gunstig ten opzichte van de landelijke en regionale situatie. De punten die extra aandacht vragen voor de toekomst staan enerzijds in verband met de overmatige alcoholconsumptie door onze jeugd, anderzijds met de gevolgen van de vergrijzing. Hoewel uit de beschikbare gezondheidsgegevens niet direct een noodzaak blijkt om actie te ondernemen op het gebied van depressie (waaronder wij ook medicijnen- en druggebruik scharen), vinden wij deze (gezondheids)problemen ernstig genoeg om er een matige prioriteit aan te geven. Ook op lokaal niveau ontsnappen wij niet aan de landelijke trend op het gebied van overgewicht en diabetes. Aan dit laatste punt hechten wij echter een lage prioriteit omdat wij het voorkomen en bestrijden van diabetes geen gemeentelijke taak vinden.

Bij de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid zien wij vooral de rol van bruggenbouwer en regisseur voor ons weggelegd. Wij willen de in deze nota geformuleerde doelstellingen en actiepunten dan ook realiseren in samenwerking met de diverse partijen en organisaties die betrokken zijn bij het lokaal gezondheidsbeleid. Ook intern bewaken wij de integraliteit tussen de betrokken medewerkers volksgezondheid, ouderenbeleid, WMO, openbare orde en veiligheid en ruimtelijke ordening.

# Inhoudsopgave

---

## Samenvatting

### Hoofdstuk 1 Inleiding

- 1.1 Wijze totstandkoming nota
- 1.2 Een nieuwe nota: aandachtspunten voor vernieuwing en verbetering
- 1.3 Relatie lokaal gezondheidsbeleid - WMO
- 1.4 Leeswijzer

### Hoofdstuk 2 Beleidsontwikkelingen

- 2.1 Stand van zaken beleidsprioriteiten nota lokaal gezondheidsbeleid 2004 – 2008
- 2.2 Regionale ontwikkelingen
  - 2.2.1 Regionale commissie
  - 2.2.2 Maatschappelijke opvang en verslavingszorg
  - 2.2.3 Gezond en duurzaam bouwen
- 2.3 Lokale ontwikkelingen
  - 2.3.1 Jeugdbeleid
  - 2.3.2 Openbare orde en veiligheid
  - 2.3.3 Gehandicaptenbeleid & WMO
  - 2.3.4 Ruimtelijke ordening

### Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie Zoeterwoude

- 3.1 Gezondheidsgegevens Zoeterwoude
- 3.2 Gegevens uit het veld: lokale aandachtspunten
- 3.3 Analyse gegevens
- 3.4 Keuze beleidsprioriteiten

### Hoofdstuk 4 Uitvoering lokaal gezondheidsbeleid

- 4.1 Schadelijk alcoholgebruik
- 4.2 Eenzaamheid bij ouderen
- 4.3 Depressie
- 4.4 Overgewicht
- 4.5 Diabetes

Bijlage 1: Stand van zaken beleidsprioriteiten nota lokaal gezondheidsbeleid 2004 – 2008

Bijlage 2: Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

Bijlage 3: Actuele beleidsontwikkelingen

Bijlage 4: Overzicht professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

Bijlage 5: Gezondheidssituatie in de gemeente Zoeterwoude

Bijlage 6: Gezond en duurzaam bouwen

Bijlage 7: Prestatievelden van de WMO

Bijlage 8: Raakvlakken WCPV-onderwerpen met WMO-prestatievelden

Bijlage 9: Overzicht taken GGD

Bijlage 10: De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Bijlage 11: Verslag van de discussiebijeenkomst 2 juli 2007

Bijlage 12: Gebruikte afkortingen

Bijlage 13: Geraadpleegde literatuur

## **1. Inleiding**

---

Gemeenten vervullen een centrale rol in de openbare gezondheidszorg. Op lokaal niveau bestaat immers het meeste inzicht en is kennis aanwezig over de gezondheidssituatie van de bevolking. Via de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) hebben gemeenten een deelverantwoordelijkheid voor de gezondheid van hun inwoners gekregen. Deze medeverantwoordelijkheid laat echter onverlet dat burgers een grote eigen verantwoordelijkheid dragen voor hun gezondheid.

De WCPV verplicht ons elke vier jaar onze ambities voor het gezondheidsbeleid vast te leggen in een nota. De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid besloeg de periode 2004 – 2008. Voorliggende nota is van kracht vanaf 2008 en borduurt deels voort op het beleid van 2004-2008. Sommige knelpunten die toen zijn opgepakt, zijn nog steeds actueel en verdienen daarom nog steeds aandacht. In tegenstelling tot de vorige nota is voorliggende nota vooral een plan van aanpak. Achtergrondinformatie kunt u terugvinden in de bijlagen bij de nota.

Het kabinet heeft in oktober 2006 in de preventienota ‘Kiezen voor gezond leven’ vijf landelijke speerpunten voor de collectieve preventie volksgezondheid benoemd. De leefstijlfactoren roken, overgewicht en schadelijk alcoholgebruik zijn tot speerpunt benoemd, evenals de ziekten depressie en diabetes vanwege hun grote bijdrage aan onze belangrijkste gezondheidsproblemen. De preventienota onderscheidt naast de vijf speerpunten ook twee hoofdlijnen voor preventie: de verbinding landelijk-lokaal en de verbinding preventie-curatie. De inspectie van de volksgezondheid gaat nadrukkelijk toetsen of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd en of de uitvoering van het beleid effectief is. Bovengenoemde vijf speerpunten spelen dan ook een belangrijke rol in deze nota.

### **1.1 Wijze totstandkoming nota**

Wij hebben de GGD Hollands Midden opdracht gegeven de huidige nota lokaal gezondheidsbeleid 2004-2008 te actualiseren en hierbij gebruik te maken van de Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord, de lokale gezondheidsgegevens van de GGD en de kabinetsnota Kiezen voor Gezond Leven. Op 21 mei 2007 heeft de GGD de raadsleden van de commissie Welzijn en Burgerij een toelichting gegeven op deze documenten en op de lokale gezondheidssituatie. Aansluitend is geprobeerd een prioritering aan te brengen in de vijf speerpunten van het ministerie van VWS. De gemeenteraad gaf toen aan, alvorens een besluit te nemen, nog input te willen uit het veld om te horen welke knelpunten de lokale intermediairs ervaren en wat zij belangrijk vinden. Hiertoe is op 2 juli 2007 een discussiebijeenkomst georganiseerd (een verslag hiervan vindt u terug in de bijlagen).

Vervolgens heeft de GGD HM op basis van de informatie voortkomende uit deze beide bijeenkomsten, een evaluatie van de oude nota en de huidige gezondheidssituatie van de inwoners van Zoeterwoude, een voorstel gemaakt voor de beleidsprioriteiten voor 2008 - 2012. In haar vergadering van 27 september 2007 heeft de gemeenteraad uiteindelijk de definitieve kaders van de nieuwe nota bepaald. De gekozen beleidsprioriteiten zijn in voorliggende gezondheidsnota uitgewerkt. Bij het opstellen van deze nota heeft de GGD uiteraard ook gebruik gemaakt van de in februari 2007 verschenen nota jeugdbeleid. Ook is een relatie gelegd met de WMO.

Tijdens de discussiebijeenkomst op 2 juli jl. werd door een aantal deelnemers gepleit voor een gezamenlijke nota lokaal gezondheidsbeleid/WMO. Voor de komende beleidsperiode was dit echter niet meer haalbaar. Voor een volgende cyclus van deze nota's zullen wij nagaan of en hoe een integrale nota tot stand kan worden gebracht. In paragraaf 1.3 wordt aandacht besteed aan de overlap tussen het lokaal gezondheidsbeleid en de WMO.

## **1.2 Een nieuwe nota: aandachtspunten voor vernieuwing en verbetering**

De plicht om voor de komende vier jaar een nieuwe nota op te stellen, biedt ons de mogelijkheid zowel de nota als het proces van totstandkoming een kwaliteitsimpuls te geven. Voor de nieuwe nota hebben wij dan ook enkele aandachtspunten geformuleerd die van belang zijn bij de opzet, uitvoering en evaluatie van het nieuwe gezondheidsbeleid:

1. Sommige projecten kennen een lange doorlooptijd, soms langer dan aanvankelijk voorzien. Het is daarom van belang een reëel doel voor ogen te houden qua resultaat en tijdsplanning. Door de doelstellingen van het beleid meetbaar te formuleren, kunnen successen concreet worden omschreven.
2. Wanneer een nota of actieplan wordt opgesteld, dient hier iets mee te gebeuren in het aangegeven tijdbestek. Wanneer andere prioriteiten gesteld worden of wanneer het ontbreekt aan beschikbare middelen, is het van belang goed in kaart te brengen wat er wel kan gebeuren of wanneer het gestelde doel wel bereikt kan worden.
3. Een evaluatie na twee jaar is aan te bevelen. De nieuwe nota kent een looptijd van vier jaar, en het kost enige tijd voordat deelprojecten feitelijk gestart worden en daadwerkelijk lopen. Voor alle betrokken partijen (zowel uitvoerend, beleidsmatig als bestuurlijk) is het van belang om te weten wat het beleid op enig moment heeft opgeleverd.
4. Volgens de officiële planning moet de nieuwe nota voor het eind van 2007 door de gemeenteraad worden vastgesteld. Volgens de gemeentelijke begrotingscyclus kan pas begin 2008 budget aangevraagd worden voor 2009. Om doelstellingen toch al in 2008 te kunnen realiseren is het raadzaam een voorbereidingskrediet beschikbaar te stellen voor de voorbereidingen en de start van de activiteiten die in het kader van lokaal gezondheidsbeleid ontwikkeld worden voor de periode 2008-2012. In de begroting 2008 is hiervoor € 5.000 opgenomen. Voor de uitvoering van de nota zal jaarlijks een concreet activiteitenplan met een daarbij behorende begroting worden opgesteld.
5. Er zijn toenemende mogelijkheden om bij andere subsidieverstrekkers (zoals ziektekostenverzekeraars) subsidie te verkrijgen voor gezondheidsprojecten; dit biedt kansen! Zo financiert zorgverzekeraar AGIS bijvoorbeeld een project 'preventie van overgewicht'. In onze regio wordt het project 'Maathouden' van de GGD HM gefinancierd door zorgverzekeraar Zorg & Zekerheid. Het College van zorgverzekeringen (CVZ) heeft aan de minister van volksgezondheid het advies gegeven om preventie op te nemen in de basisverzekering. Preventie levert op langere termijn gezondheidswinst op. Van deze mogelijkheden kunnen wij in de toekomst meer gebruik maken.
6. Wij realiseren ons dat het ingezette lokale gezondheidsbeleid vaak pas op de lange termijn effect heeft; het resultaat is vaak niet meteen zichtbaar. Het is dan ook lastig om de kosten/batenverhouding met betrekking tot volksgezondheid in getallen uit te drukken.
7. Het is belangrijk het volksgezondheidsbelang mee te wegen bij bestuurlijke beslissingen op andere beleidsterreinen (facetbeleid). Ook kunnen onze (juridische) instrumenten meer en bewuster ingezet worden om gezondheidswinst te behalen.

### 1.3 Relatie lokaal gezondheidsbeleid - WMO

Per 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) ingevoerd en is de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning. De WMO biedt één wettelijk kader voor maatschappelijke participatie en ondersteuning. De wet vervangt daarmee de Welzijnswet, de Wet voorziening gehandicapten (Wvg), delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en enkele daarmee samenhangende subsidieregelingen, en de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). De WMO heeft als dragend principe de zelfredzaamheid van de burgers en hun netwerk. Daar waar deze in onvoldoende mate aanwezig zijn, is het aan de gemeente om middelen in te zetten om hen te compenseren.

Voorliggende nota betreft het lokale gezondheidsbeleid en heeft de WCPV als grondslag. Deze wet heeft als doel de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen. De WCPV-taken bevinden zich daarmee in het publieke domein en dienen het collectieve belang; er is sprake van een “maatschappelijke hulpvraag”. De WMO heeft daarentegen als doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij.

De meeste prestatievelden binnen de WMO hebben betrekking op fysieke en sociale omgevingsfactoren (zoals wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten). Indirect heeft de WMO ook invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld het bevorderen van verslavingsbeleid (prestatieveld 9) en door het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen (prestatieveld 6) valt onder de factor “zorg”. Alle prestatievelden binnen de WMO zijn dus van invloed op de gezondheid in algemene zin. De komst van de WMO roept dan ook vragen op over hoe deze wet zich verhoudt tot de WCPV. De belangrijkste verschillen tussen beide wetten zijn in onderstaande tabel samengevat.

*Tabel 1 Verschillen tussen de WCPV en de WMO*

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

De WCPV en de WMO kunnen het best gezien worden als twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van kwaliteit van leven van burgers. Gezondheid is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en omgekeerd draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid. De relatie tussen de WCPV en de WMO benadrukt bovendien het belang van preventie.

In bijlage 7 vindt u een overzicht van de 9 prestatievelden van de WMO. In bijlage 8 worden per prestatieveld van de WMO enkele regionale projecten beschreven die verwant zijn aan de openbare gezondheidszorg en vanaf 2007 ook (gedeeltelijk) raken aan de WMO, zoals opvoedingsondersteuning en mantelzorg.

## **1.5 Leeswijzer**

In voorliggende nota beschrijven wij aan welke onderwerpen op het gebied van de volksgezondheid wij de komende vier jaar aandacht willen besteed en hoe wij dat gaan aanpakken. In het volgende hoofdstuk wordt teruggeblikt op de beleidsdoelstellingen uit de vorige nota. Ook wordt stilgestaan bij regionale en lokale ontwikkelingen die van belang zijn voor het gezondheidsbeleid. Hierna wordt in hoofdstuk 3 de lokale gezondheidssituatie beschreven. Op basis van een analyse van deze gegevens worden vervolgens in hoofdstuk 4 de beleidsprioriteiten voor de komende vier jaar beschreven. Bij elke prioriteit worden vervolgens doelen gesteld en actiepunten geformuleerd.

Relevante achtergrondinformatie kunt u terugvinden in de bijlagen.



## **Hoofdstuk 2 Terugblik en stand van zaken Zoeterwoude**

---

In de vorige gezondheidsnota hadden wij een actieplan opgenomen waarin stond beschreven welke activiteiten wij in de periode 2004-2008 wilden uitvoeren, ondersteunen of stimuleren. De activiteiten hadden betrekking op de volgende beleidsprioriteiten:

- Bewegingsstimulering;
- Terugdringen overmatig alcoholgebruik;
- Preventie en vroegsignalering van psychosociale problematiek van jongeren;
- Ruimte voor eerstelijnsgezondheidszorg;
- Informatievoorziening op het gebied van zorg, welzijn en wonen;
- Tekort aan woningen voor starters en senioren.

In onderstaande paragraaf wordt een korte evaluatie gegeven van de actiepunten uit de vorige gezondheidsnota. Voor een volledig overzicht van de uitgevoerde actiepunten verwijzen wij u naar bijlage 1. Vervolgens wordt stilgestaan bij enkele regionale en lokale ontwikkelingen die van belang zijn bij het opstellen van (nieuw) gezondheidsbeleid.

### **2.1 Stand van zaken beleidsprioriteiten nota lokaal gezondheidsbeleid 2004 – 2008**

De meeste activiteiten die wij ons hadden voorgenomen in de periode 2004-2008 zijn uitgevoerd. Sommige knelpunten zijn echter nog steeds actueel. Een aantal van deze knelpunten zal daarom als beleidsprioriteit in de nota 2008 – 2012 terugkomen. Andere knelpunten worden opgepakt door andere beleidsterreinen of worden niet gecontinueerd.

1. In het kader van de beleidsprioriteit “Bewegingsstimulering” zijn verschillende activiteiten uitgevoerd. Nog steeds vergen met name gezonde voeding en voldoende beweging aandacht binnen het lokale gezondheidsbeleid. Onvoldoende beweging heeft immers samen met gezond eten grote invloed op het probleem overgewicht. Omdat overgewicht zowel landelijk als regionaal/lokaal steeds vaker voorkomt, zal bewegingstimulering in de nieuwe nota terugkomen onder de beleidsprioriteit ‘Overgewicht’.
2. Aan de beleidsprioriteit “Terugdringen overmatig alcoholgebruik” is op verschillende manieren gewerkt. Van een overkoepelende aanpak is echter nog geen sprake. Deze beleidsprioriteit keert dan ook terug in de nieuwe nota. Aangezien jongeren steeds meer en op steeds jongere leeftijd gaan drinken, vormt alcoholgebruik onder de jeugd een speciaal aandachtspunt.
3. “Preventie en vroegsignalering van psychosociale problematiek van jongeren” is voldoende opgepakt (o.a. via het jeugdbeleid) en keert daarom als beleidsprioriteit niet terug binnen de nieuwe nota. Wel blijft dit punt de aandacht verdienen binnen het jeugdbeleid en de WMO.
4. De actiepunten op het gebied van een “Ruimte voor eerstelijnsgezondheidszorg” en “Tekort aan woningen voor starters en senioren” vallen voortaan onder het beleidsterrein ruimtelijke ordening. Dit onderwerp keert daarom niet terug in de nieuwe nota.
5. De actiepunten op het gebied van “Informatievoorziening zorg, welzijn en wonen” zijn adequaat aangepakt. Het aspect “lokaal loket” valt nu onder de WMO en wordt verder uitgewerkt in de beleidsnotitie WMO.

Qua werkwijze is het integraal werken nog steeds actueel. De aandacht voor dit onderwerp dient vastgehouden te worden en dient ook in de nieuwe nota terug te keren door regelmatig het thema “volksgezondheid” onder de aandacht te brengen van collega-ambtenaren, raadsleden, wethouders en andere relevante personen.

## **2.2 Regionale ontwikkelingen**

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

### **2.2.1 Regionale commissie**

De Regionale Commissie Gezondheidszorg (RCG) Zuid-Holland Noord is het platform van zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en gemeenten in de regio. Alle genoemde partijen zijn in de RCG vertegenwoordigd. De RCG is een onafhankelijk overleg- en adviesorgaan. De RCG bevordert de samenhang, afstemming en samenwerking tussen partijen in de zorg.

In 2006 heeft de RCG een traject ingezet dat moet leiden tot nieuwe afspraken in de regio over voorwaarden die aan de zorg in de regio gesteld worden. Door middel van deze afspraken moeten de negatieve gevolgen voor de cliënt in het algemeen of bepaalde cliëntgroepen in het bijzonder, als gevolg van marktwerking, de invoering van de Wmo of andere ontwikkelingen zo veel mogelijk tegen gegaan worden.

In Zuid-Holland Noord werkt de Stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn van de RCG al langere tijd aan bestuurlijke afstemming op het terrein van wonen, welzijn en zorg. De stuurgroep probeert de scheiding tussen de sectoren ‘zorg’ en ‘wonen/ruimtelijke ordening’ te overbruggen door een gezamenlijke inspanning van gemeenten, woningbouwcorporaties, zorgaanbieders, zorgvragers en zorgverzekeraars. In 2007 is daartoe door vertegenwoordigers van alle betrokken partijen een regionaal ambitieconvenant ondertekend.

### **2.2.2 Maatschappelijke opvang en verslavingszorg**

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

Voor de beleidsperiode 2005 – 2009 is wegens de samenhang van verslavingszorg en maatschappelijke opvang gekozen voor een gezamenlijk regionaal beleidskader. De daartoe ontwikkelde “Beleidsvisie Verslavingsbeleid en Maatschappelijke Opvang 2005 – 2009 Zuid-Holland Noord” is richtinggevend voor de afspraken met de uitvoerende partners. In de visie wordt uitgegaan van de noodzaak van een goede regie en nauwe samenwerking. Er is meer behoefte aan sterkere accenten op veiligheid en overlastbestrijding.

Daarnaast komt het accent de komende tijd te liggen op het beperken van de instroom in voorzieningen die bedoeld zijn als laatste vangnet en op het versnellen van de uitstroom uit deze voorzieningen door middel van actieve begeleiding naar maatschappelijk herstel. Met de komst van de WMO zijn de drie beleidsterreinen maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingszorg samengevoegd in de laatste drie prestatievelden van de WMO. Meer hierover leest u in onze beleidsnotitie WMO.

Gemeenten nemen steeds vaker het initiatief om lokaal verslavingsbeleid te ontwikkelen en vragen hiervoor advies aan de GGD. Er kunnen, in een meerjarenplan, eventueel voorstellen worden opgenomen voor het inzetten van extra preventieactiviteiten op het terrein van jeugd, onderwijs, sport, veiligheid, volksgezondheid en openbare orde. De coördinatie en uitvoering hiervan vallen onder verantwoordelijkheid van Parnassia en de GGD Hollands Midden. De gemeente is vooral verantwoordelijk voor de nadere invulling en uitvoering van het zorg- en overlastbeleid. Dit beleid kan, per gemeente, wisselend worden ingevuld en verschillend worden ondergebracht bij het horecabeleid, het verslavingsbeleid of het jeugdbeleid. De gemeente heeft ook een regionale functie voor wat betreft het uitgaan, het jeugd- en jongerenwerk en het onderwijs en is het van groot belang dat gemeenten onderling samenwerken en het lokale beleid ook regionaal met elkaar afstemmen. Met de komst van de WMO is deze noodzaak nog verder vergroot. Gemeenten zijn verplicht een verslavingsbeleid te formuleren dat past binnen het hiervoor opgestelde WMO prestatieveld 9.

### **2.2.3 Gezond en duurzaam bouwen**

De invloed van zowel het binnen- als het buitenmilieu op de gezondheid van mensen staat landelijk steeds hoger op de agenda. Sinds kort is er ook aandacht voor binnenmilieuproblemen in relatie tot schoolprestaties. GGD-en werken vanuit hun afdelingen Medische Milieukunde (MMK) en vanuit doelgroepenbeleid/ gezondheidsbevordering aan kwaliteiten van de gebouwde omgeving. De afgelopen decennia was dit vooral gericht op het beperken van schade als gevolg van slechte, gevaarlijke of belemmerende leefomstandigheden. Uit de WCPV kunnen gemeenten en de gezondheidssector concluderen dat er ook meer preventie en proactieve taken moeten worden opgepakt (WCPV, art. 5 lid 2; zie bijlage 10 voor de volledige tekst van de WCPV). Hierbij worden echter geen harde eisen gesteld aan inzet en prestaties in het veld van ruimtelijke ordening, bouwen en wonen; daaraan moet op regionaal en lokaal niveau uitwerking worden gegeven.

Vanuit het landelijke GGD project ter versterking van de Medische Milieukunde wordt sinds 2004 een bredere en meer proactieve insteek voorgesteld, en ondersteund met richtlijnen en andere kennisbevorderende middelen. Zo heeft GGD Nederland begin 2006 een Richtlijn Gezonde Woningbouw uitgegeven, waarin vier concepten voor nieuwe woningen zijn uitgewerkt: de allergeenarme woning, de stiltewoning, de zorgwoning en de frisse woning. Wanneer zich een goede gelegenheid voordoet binnen een bepaald project, ligt het voor de hand in te zetten op de realisatie van een aantal woningen volgens één van deze concepten. Meer voorbeelden van beschikbare richtlijnen/instrumenten vindt u in bijlage 5.

Gemeenten kunnen gezondheid als thema kiezen op nieuwbouwlocaties. De aandacht voor gezondheid in een vroeg planstadium van woningbouwplannen biedt de beste kansen om gunstige resultaten te boeken tegen de laagste investeringen. GGD Hollands Midden kan adviseren over de mogelijkheden van de overheid om met resultaat, vaak vrij gemakkelijk en betaalbaar, (extra) gezondheidswaarden te bewerkstelligen bij de woningbouw. De medewerkers medische milieukunde kijken vanuit een gezondheidskundig perspectief naar milieuregelgeving. Zo zijn wettelijke grenswaarden – voor bijvoorbeeld de kwaliteit van lucht - vaak niet voldoende om de gezondheid van gevoelige groepen als kinderen en chronisch zieken te beschermen. Wanneer de gemeente in een vroeg stadium de GGD betreft, kunnen ongewenste situaties in een later stadium voorkomen worden.

De GGD Hollands Midden is de afgelopen jaren veelvuldig met het thema 'Gezond Bouwen' betrokken geweest. Activiteiten die de GGD heeft uitgevoerd zijn o.a.:

- Uitvoering van een Gezondheidseffectscreening (GES) in het kader van het Stad en Milieu project Leiden (door EGB en MMK).
- Inspraakreactie op de Woonvisie van gemeente Leiden (door MMK).
- Advisering bij de herstructureringsplannen rondom wonen en werken in de Dobbewijk te Voorschoten (door MMK).
- Advisering bij nieuwbouw van een school te Noordwijk (door MMK).
- Advisering rondom het centrumplan Waddinxveen (door MMK en EGB).
- Uitvoering van een Milieukundige Gezondheidseffectscreening (GES) bij nieuwbouwproject 'De Triangel' in Waddinxveen (door MMK) en vervolgadvisering rondom de inrichting van de wijk.
- Ontwikkeling van een nieuw regionaal pakket 'Duurzaam en Gezond Bouwen', als gezondere variant op het door de Milieudienst ontwikkelde Regionaal Pakket Duurzaam Bouwen Plus Pakket (door MMK).
- Gezondheidskundige reactie op diverse bestemmingsplannen, zoals 'de Hoogkamer' te Voorhout te Leiden (door EGB en MMK).
- Algemene GES in Nieuw Leijden (EGB en MMK).

In het kader van het GGD-programma 'Gezond Bouwen' spitsen de activiteiten zich in eerste instantie toe op:

- woningbouw,
- de bouw van scholen en kinderdagverblijven,
- de bouw van huisvesting voor ouderen (verpleeghuizen, seniorenwoningen).

Daarnaast zal aandacht uitgaan naar de bouw van clubhuizen met multifunctioneel gebruik, omdat uit praktijkervaring is gebleken dat gebouwen vaak niet op verschillende functies zijn ingesteld. Verder kan de GGD adviseren bij kwesties over 'bouwen op luchtbelaste locaties', luchtkwaliteitplannen en programma's voor levensloopbestendige woningen. Hetzelfde geldt voor kwesties over straling van GSM- en UMTS-masten, hoogspanningslijnen en transformatorstations. Tot slot kan de GGD adviseren bij het bevorderen van ruimtelijke voorwaarden voor meer en plezierig bewegen.

## **2.3 Lokale ontwikkelingen**

Hieronder volgt een beschrijving van (actuele ontwikkelingen op) enkele beleidsterreinen waarin volksgezondheid een belangrijke rol speelt.

### **2.3.1 Jeugdbeleid**

In de nota "Eigenwijs, opgroeiend en ondernemend" 2007 – 2011 wordt het jeugdbeleid uitgebreid beschreven. In deze nota zijn de volgende prioriteiten gesteld:

1. Opvoedingsondersteuning;
2. Preventie & vroegsignalering;
3. Voortijdig schoolverlaten;
4. Communicatie en PR rondom succesvolle voorzieningen en projecten;
5. Vrijwillig jongerenwerk.

Van deze beleidsprioriteiten zien wij het voortijdig schoolverlaten als hoogste prioriteit.

### **2.3.2 Openbare orde en veiligheid**

Tijdens een intern gemeentelijk onderzoek naar de toepassing van de zgn. paracommerciële voorwaarden in drank- en horecawetvergunningen die zijn verleend aan niet commerciële horeca zoals sportkantines, werd geopperd om met zowel de commerciële als de paracommerciële horeca afspraken te maken om paal en perk te stellen aan het overmatig alcoholgebruik door jongeren. Voor het aanpakken van deze problematiek is onlangs een discussienotitie opgesteld waarin wordt aangegeven welke maatregelen er mogelijk zijn om alcoholmisbruik onder de jongeren terug te dringen. Het is de bedoeling hierover begin 2008 een open dialoog te voeren met zowel de commerciële als de paracommerciële horeca (sportverenigingen, instellingen en buurthuizen).

### **2.3.3 Gehandicaptenbeleid & WMO**

Gemeenten hebben van het rijk een bepaalde mate van vrijheid gekregen om invulling te geven aan het lokale WMO-beleid. Het feit dat er zaken uit de Welzijnswet, de Wvg en de AWBZ onder één regime worden ondergebracht biedt ons de mogelijkheid om alle voorzieningen in onderlinge samenhang te herijken.

Het gehandicaptenbeleid van de gemeente Zoeterwoude is erop gericht mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking een volwaardige plaats in de samenleving te geven. Het uitgangspunt is dat hun rechten, plichten en verantwoordelijkheden gelijk zijn aan die van alle Nederlanders. Wij willen mensen met een handicap stimuleren zelfstandig te blijven functioneren. Zij moeten zoveel mogelijk gebruik kunnen maken van algemene voorzieningen. Als dit niet kan, zijn extra voorzieningen nodig. Door middel van financiële ondersteuning van de gemeente wordt de gehandicapte in staat gesteld voorzieningen te treffen op het gebied van wonen, zorg en welzijn waardoor hij/zij een volwaardige plaats in de samenleving kan blijven houden.

De gemeente Zoeterwoude heeft een Zorgloket gerealiseerd waar men terecht kan voor alle vragen op de gebieden zorg, werk en inkomen. Het Zorgloket Zoeterwoude is gevestigd in het gemeentehuis. Burgers kunnen zich daar aan de balie melden of gebruik maken van het dagelijkse telefonische spreekuur. Daarnaast houdt het Zorgloket Zoeterwoude 1x per week spreekuur op locatie in verzorgingshuis Emmaus, en 1x per week in de Eendenkooi.

### **2.3.4 Ruimtelijke ordening**

Bij woningbouw maken wij in toenemende mate gebruik gemaakt van beleid en regelgeving die gezond wonen en aanvullende zorg en welzijn bevorderen. Dit gebeurt met aanvullende regels van het rijk, vanuit de regio met projecten als Duurzaam Bouwen Plus, Wonen, zorg en welzijn en met aanvullend lokaal beleid zoals het Politiekeurmerk Veilig Wonen, prestatieafspraken met de woningbouwstichting(en) en het lokale woningbouwprogramma. Hoewel wij de Milieudienst West-Holland regelmatig betrekken bij onze bouwplannen, doen wij dit niet met de GGD.

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

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

Zoeterwoude heeft te maken met restrictief beleid waardoor de ruimte voor woningbouw beperkt is. Dat neemt niet weg dat er op diverse locaties kleine en grote plannen voor woningbouw worden ontwikkeld. Bij nieuwbouwplannen streeft de gemeente naar minimaal 35% sociale sector, een en ander overeenkomstig de "Beleidsvisie Wonen Leidse regio". De komende jaren ligt de nadruk bij woningbouw bij woningen voor starters en senioren. Dit sluit aan op de uitkomsten van recent woonwensenonderzoek.

### **3. Gezondheidssituatie Zoeterwoude**

---

#### **3.1 Gezondheidsgegevens Zoeterwoude**

Hieronder worden de belangrijkste feiten van de gezondheidssituatie in de gemeente Zoeterwoude weergegeven. Een uitgebreide weergave van de gezondheidssituatie is te vinden in bijlage 5.

##### **Bevolking (tabel 1)**

- Het inwonersaantal van onze gemeente zal volgens het CBS in de komende jaren met 32% stijgen tot 12.490 inwoners in 2025.
- Ook het aantal allochtonen zal volgens het CBS in Zoeterwoude tot 2025 enorm stijgen tot 15% westerse allochtonen en 18% niet-westerse allochtonen.
- Het aantal alleenstaanden zal landelijk door de vergrijzing met 40% toenemen tot 2050. Een stijgende trend zal ook in Zoeterwoude te zien zijn.
- Het aantal personen dat moeite heeft met rondkomen is in het cluster met Zoeterwoude in vijf jaar tijd toegenomen van 15% naar 24%. Hetzelfde beeld is te zien in de regio Zuid-Holland Noord.
- Het aantal volwassenen dat in ons cluster schulden heeft in 2005 is lager dan in de regio.
- De totale sterfte in Zoeterwoude is lager dan landelijk.

##### **Algehele gezondheid**

- Zowel volwassenen (19-64 jaar) als ouderen (65-74 jaar) uit het cluster met Zoeterwoude beoordelen hun gezondheid vaker positief dan gemiddeld in de regio.
- Deelname aan preventieprogramma baarmoederhalskanker en griepvaccinatie is bij ouderen uit Zoeterwoude hoger dan regionaal en landelijk.
- Minder 12-17 jarigen hebben in het cluster met Zoeterwoude mogelijk psychosociale problemen dan in de regio (14% versus 19%).

##### **Specifieke ziekten en aandoeningen (tabel 2)**

- Tot 2025 zal de prevalentie van astma met 2% en het aantal personen met COPD met 38% stijgen door demografische ontwikkelingen in de regio en landelijk.
- Het percentage personen met diabetes zal landelijk tussen 2005 en 2025 met 33% stijgen. Ook in Zoeterwoude zal een dergelijke trend te zien zijn.
- Het aantal personen met een gehoor- of gezichtsbeperking zal de komende jaren sterk stijgen. De stijging in gehoorbeperkingen komt mede door een stijging van het aantal jongeren met gehoorschade door lawaai.
- Het aantal personen met dementie zal landelijk door de vergrijzing tot 2020 stijgen met ongeveer 41%.
- In het cluster met Zoeterwoude komen hart- en vaatziekten bij ouderen minder voor dan gemiddeld in de regio (12% versus 16%).
- Ongeveer een derde van alle volwassenen en ouderen heeft angst- of depressie-klachten. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger.

### Leefstijl (tabel 3)

#### Alcohol (clusterniveau)

- Jongeren van 15-17 jaar drinken vaker vaak en veel (minimaal eens per week meer dan vier glazen op één dag) dan gemiddeld in de regio.
- Volwassenen en ouderen drinken tevens vaker alcohol dan gemiddeld in de regio. Voor volwassenen is het percentage dat alcohol drinkt de laatste vijf jaar gestegen.
- Ook het excessief alcoholgebruik is onder volwassenen hoger dan in de regio (22% versus 18%). Dit percentage is de laatste vijf jaar gestegen.

#### Roken (clusterniveau)

- Bij jongeren is sprake van een sterk dalende trend van het aantal rokers (van 21% in 1998 naar 10% in 2003).
- Ook bij volwassenen is een dalende trend te zien (van 29% naar 21%)

#### Overgewicht en inactiviteit (clusterniveau)

- 44% van de volwassenen heeft overgewicht, vergelijkbaar met de regio en Nederland. Landelijk is in de periode 1981 t/m 2004 een stijgende trend te zien in het percentage mensen met overgewicht (van 33% naar 46%). Ernstig overgewicht steeg in die periode van 5% naar 11%. Het percentage volwassenen met zowel matig als ernstig overgewicht zal flink toenemen.
- Er zijn minder ouderen inactief dan gemiddeld in de regio (18% versus 23%).

### Fysieke omgeving

- De geluidsoverlast van brommers is in Zoeterwoude in vijf jaar tijd afgenomen van 13% naar 9%. Deze percentages zijn lager dan gemiddeld in de regio.
- De geluidsoverlast van vliegtuigen is in die vijf jaar echter toegenomen van 10% naar 14%, waardoor het percentage gelijk is komen te liggen met het gemiddelde in de regio.

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

Sociaaldemografische kenmerken	Zoeterwoude	Zuid-Holland Noord
<b>Inwonersaantal</b>		
Huidig	8.501	516.995
prognose 2025	12.490	533.966
<b>Gemiddeld besteedbaar inkomen</b>		
per inwoner	€13.000	€13.100
per huishouden	€35.400	€32.000
<b>Moeite met rondkomen (18-64 jarigen)</b>	24%	26%
<b>Niet werkende werkzoekenden</b>	1,7%	3,4%
<b>Arbeidsongeschikten</b>		
WAO	4,0%	5,2%
WAZ	0,5%	0,4%
Wajong	5,1%	1,3%
<b>Burgerlijke staat</b>		
Ongehuwd	31%	35%
Verweduwd	2%	1%
Gescheiden	6%	7%
Gehuwd/samenwonend	62%	57%
<b>Gezinssituatie</b>		
Eenoudergezinnen	11,8%	14,8%
<b>Allochtonen</b>		
Westers	5,7%	8,5%
niet-westers	3,3%	7,3%
<b>Schulden (18-64 jarigen)</b>	4%	7%



Tabel 2. Gegevens over angst/depressie en diabetes in het cluster met Zoeterwoude en ZHN bij 18-64 jarigen en 65-94 jarigen

Ziekten en aandoeningen	Cluster met Zoeterwoude		Zuid-Holland Noord	
	18-64 jarigen	65-94 jarigen	18-64 jarigen	65-94 jarigen
<b>Angst en depressie</b>				
Matige angst/depressie	30%	36%	31%	34%
Ernstige angst/depressie	2,7%	2,5%	4,5%	4,0%
<b>Diabetes</b>	2,9%	11%	2,6%	12%

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

Leefgewoonten	Cluster met Zoeterwoude		Zuid-Holland Noord	
	12-17 jarigen	18-64 jarigen	12-17 jarigen	18-64 jarigen
<b>Roken</b>				
Meest recente peiling	10%	21%	13%	25%
Vijf jaar ervoor	21%	29%	21%	31%
<b>Alcohol</b>				
Meest recente peiling	51%	90%	50%	86%
Vaak en veel drinken	8%	--	5%	--
Excessief drinken	--	22%	--	18%
Vijf jaar ervoor	48%	86%	47%	84%
Vaak en veel drinken	12%	--	9%	--
Excessief drinken	--	15%	--	12%
<b>Overgewicht (matig en ernstig)</b>				
Meest recente peiling	9,0%	44%	10%	43%
Vijf jaar ervoor	11%	43%	10%	41%

### 3.2 Gegevens uit het veld: lokale aandachtspunten

Op 2 juli 2007 organiseerde de gemeente Zoeterwoude, in samenwerking met de GGD HM, een discussiebijeenkomst. Aan deze bijeenkomst namen 12 intermediairs deel uit alle sectoren van het lokale zorg- en gezondheidsveld. Een verslag van deze bijeenkomst vindt u in bijlage 10. Tijdens deze bijeenkomst werden de volgende lokale aandachtspunten benoemd: eenzaamheid onder ouderen, alcoholgebruik onder jongeren, toename van depressie en overgewicht, belang van preventieve gezondheidszorg en opvoeding, samenwerking tussen de verschillende organisaties in de regio.

Op zaterdag 13 oktober 2007 stond de fittestbus in Zoeterwoude. Alle inwoners konden in de bus gratis meedoen met de volgende fittesten: lengte en gewicht, bmi-meting, vetploometing, bloeddruk en cholesterol. Aan de hand van de uitkomsten van deze testen kreeg elke bezoeker van de bus een persoonlijk gezondheids- en bewegadvies mee naar huis. Van de 117<sup>1</sup> geteste Zoeterwoudenaars bleek 41,9 % overgewicht te hebben, waarvan 8,5 % ernstig. Slechts 5 % van de geteste Zoeterwoudenaars had een verhoogd cholesterolgehalte; niemand had een sterk verhoogd cholesterolgehalte. De meeste deelnemers aan de fittestbus waren ouder dan 50 jaar.

Gebied	Leeftijd	Matig overgewicht	Ernstig overgewicht
Cluster	Hele bevolking 50-64 jaar	35 % 43 %	8,8 % 13,4 %
Zoeterwoude	Deelnemers fittestbus	41,9 %	8,5 %

<sup>1</sup> Van de 117 geteste Zoeterwoudenaars (33 man en 84 vrouw) bleek 45% van de geteste mannen matig overgewicht te hebben en 12 % ernstig. Bij de geteste vrouwen was dit 29 % en 7 %.

Wanneer de lokale overgewichtcijfers in bovenstaande tabel worden afgezet tegen de cijfers die bekend zijn vanuit het cluster met gemeenten waaronder Zoeterwoude valt, valt het volgende op: óf onze senioren zijn gezonder dan in de rest van het cluster, óf er hebben alleen relatief gezonde senioren aan de fittestbus meegedaan. Wanneer de uitsplitsing man/vrouw wordt bezien (zie voetnoot) valt op dat de geteste Zoeterwoudse vrouwen aanmerkelijk beter scoren dan de mannen. De deelnamecijfers zijn echter te klein om hier een betrouwbare uitspraak over te kunnen doen.

### 3.3 Analyse gegevens

Uit onderzoek<sup>2</sup> blijkt dat preventie van ziekten door voeding en leefstijl wel degelijk werkt. Met een mediterrane voeding, een goed gewicht, niet roken en genoeg bewegen kan tachtig procent van de ziekten van de kransslagaders worden voorkomen, negentig procent van diabetes, zeventig procent van de dikkedarmkankers en ook zeventig procent van de beroertes. Deze cijfers stemmen hoopvol over het belang van preventie.

Gezond leven heeft niet alleen een persoonlijk, maar ook een maatschappelijk belang. Gezonde mensen kunnen zich optimaal ontwikkelen en langer zelfstandig deelnemen aan de maatschappij. Zij hebben minder maatschappelijke ondersteuning en langdurige en/of intensieve zorg nodig. Investeren in een goede preventieve gezondheidszorg dient hiermee een (overduidelijk) maatschappelijk belang. Het is nodig mensen meer tot gezonde keuzes te verleiden, maar dat is niet eenvoudig. Ongezonder gedrag is namelijk niet iets van het individu alleen, maar hangt ook met andere factoren samen. Door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt, ondersteunt de overheid de burger. Gezonde producten moeten gemakkelijk beschikbaar zijn (verkooppunten, prijs, promotie) en de leefomgeving moet uitnodigen tot bewegen (bijvoorbeeld via het inrichten van een woonwijk).

Als gemeente willen we inzetten op die gezondheidsproblemen waar de meeste gezondheidswinst behaald kan worden en waar we als gemeente invloed op kunnen uitoefenen. Wij streven er naar dat onze burgers een gezonde leefstijl hanteren. Door leefstijlfactoren aan te pakken valt er veel gezondheidswinst te behalen. Burgers kunnen kiezen voor gezond leven. Volwassenen moeten dat beseffen. En ook bewust zijn van de keuzes die zij daarin (kunnen) maken en hun voorbeeldfunctie naar jongeren. Het is belangrijk dat de gezonde keuze makkelijker wordt gemaakt.

Wanneer de beschikbare gegevens uit de gezondheidsenquêtes van de GGD en de discussiebijeenkomst met lokale intermediairs naast elkaar worden gelegd, blijken er in totaal 12 knelpunten gesignaleerd te worden binnen het lokaal gezondheidsbeleid. Deze knelpunten zijn in het schema op de volgende bladzijden gerangschikt. Om te bepalen of een knelpunt tot beleidsprioriteit wordt bestempeld, hebben wij gebruik gemaakt van de volgende criteria (deze staan ook verwerkt in het schema):

- is het een gezondheidsprobleem;
- wordt het erkend of genoemd in landelijke en/of regionale nota's;
- zijn er gegevens voorhanden;
- ligt de oplossing binnen de invloedssfeer van de gemeente;
- is er gezondheidswinst te behalen;
- is er een doelmatige oplossing.

---

<sup>2</sup> Gepubliceerd in een overzichtsartikel van Walter Willet, Harvard, uit 2002.

<b>Knelpunt</b>	<b>Omschrijving probleem</b>	<b>Lokale gegevens</b>	<b>Oplossing binnen invloedssfeer gemeente?</b>	<b>Aantoonbare gezondheidswinst te behalen?</b>	<b>Doelmatige oplossingen?</b>
<b>1. Schadelijk alcoholgebruik</b>	In Nederland drinken veel mensen alcohol. Matig gebruik levert meestal geen problemen op, overmatig gebruik wel. Schadelijk alcoholgebruik staat in de top 10 van gezondheidsproblemen in ons land. Het gaat hierbij om verslaving maar ook om acute gezondheidsschade door bijvoorbeeld alcoholvergiftiging. Jongeren drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd.	Zoeterwoudse jongeren, volwassenen en ouderen drinken vaker en meer dan gemiddeld in de regio.	Ja Raakvlak met de beleidsterreinen WMO, jeugd en openbare orde en veiligheid.	Ja	Ja
<b>2. Roken</b>	Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd. Roken is bijzonder verslavend en de verslaving ontstaat vrij snel na het eerste gebruik. Het kost dan ook veel moeite om te stoppen en de kans om succesvol te stoppen is laag.	Dalende trend zichtbaar: jongeren 21% 1998, 10% 2003. Volwassenen: 29% 1998 naar 21%.	Ja	Ja	Ja
<b>3. Eenzaamheid ouderen</b>	Eenzaamheid is een complex probleem: eenzaamheid kent verschillende vormen en oorzaken, is vaak het gevolg van opeenvolgende gebeurtenissen in iemands levensloop en personen op hoge leeftijd zijn vaak niet makkelijk te activeren. Voor eenzame ouderen is de drempel hoog om gebruik te maken van bestaand aanbod. Eenzame ouderen hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk waar op ze terug kunnen vallen voor hulp als ze dat nodig hebben.	Een derde van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Zoeterwoude is matig eenzaam (33%) en 4,9% ernstig eenzaam. Ruim de helft van de alleenstaanden is eenzaam versus een derde van de samenlevenden), 15% is zelfs ernstig eenzaam.	Ja. Raakvlak met de beleidsterreinen ouderen en WMO.	Ja	Ja
<b>4. Opvoeding jeugd</b>	Veel kinderen groeien door verschillende redenen steeds minder op in een veilige en stimulerende omgeving. Er bestaan meer risicogezinnen met jonge kinderen. Ouders en verzorgers hebben steeds meer behoefte aan professionele hulp bij hun vragen over opvoeding en opgroeien. Daarnaast is er nog steeds sprake van versnippering van het lokale jeugdbeleid. Het is noodzaak om meer samenhang te creëren tussen het jeugdbeleid, de jeugdgezondheidszorg en de jeugdzorg. Tijdens de discussiebijeenkomst op 2 juli jl. werden de volgende punten genoemd die onder het onderwerp "opvoeding jeugd" te scharen zijn: - verving van de jeugd - de wens voor een centrum voor Jeugd & Gezin - opvoedkundige problemen van kinderen met stoornissen (met name ADHD)	Deels, via de JGZ.	Ja, door te stimuleren en te regisseren. Raakvlak met de beleidsterreinen jeugd en WMO.	Ja	Ja
<b>5. Overgewicht</b>	Overgewicht is in de westerse wereld een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat te zwaar is snel. 40% van de volwassenen heeft overgewicht en 10% is obees (ernstig overgewicht). Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status.	44% van de volwassenen heeft overgewicht. Het percentage volwassenen met matig en ernstig overgewicht zal in de toekomst flink toenemen.	Ja	Ja	Ja

<b>Knelpunt</b>	<b>Omschrijving probleem</b>	<b>Lokale gegevens?</b>	<b>Oplossing binnen invloedssfeer gemeente?</b>	<b>Aantoonbare gezondheids-winst te behalen?</b>	<b>Doelmatige oplossingen?</b>
<b>6. Onvoldoende afstemming, communicatie en samenwerking tussen instanties, instellingen en gemeente</b>	Communicatie en samenwerking tussen dienstverleners van verschillende organisaties om voor een cliënt passende afstemming te realiseren in de benodigde zorg en ondersteuning, regionaal en lokaal, laat te wensen over.	Geen	Gemeenten hebben een zorgplicht in het kader van de WMO. De gemeente moet zorgdragen voor de ontsluiting van informatie op het brede terrein van wonen, welzijn en zorg.	Indirect	Ja
<b>7. Diabetes</b>	Diabetes mellitus, ofwel suikerziekte is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam niet meer het vermogen heeft glucose om te zetten in energie. De symptomen en complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid, gezichtsstoornissen, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen) kunnen de kwaliteit van leven sterk verminderen. Type 1 diabetespatiënten kunnen niet van hun ziekte 'genezen'. Alleen bij patiënten met type 2 en overgewicht is het mogelijk door middel van gewichtsreductie en meer beweging een verbetering te bewerkstelligen. Bijna één op de twintig Nederlanders heeft diabetes.	Van de 12-26 jarige jongeren geeft 0,2% aan diabetes te hebben. Bij de volwassenen is dit 2,9% en bij de 65-plussers 11%. Landelijk zal het percentage met 33% stijgen tussen 2005 en 2025. Dezelfde trend geldt voor Zoeterwoude.	Ja (minimaal)	Ja	Ja
<b>8. Depressie</b>	Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse gedurende 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.	3,3% van de 12-17 jarigen zegt depressief te zijn (gelijk aan de regio). Ongeveer een derde van volwassenen en ouderen heeft angst- of depressieklachten. 4% hiervan heeft een behandeling nodig.	Ja	Ja	Ja
<b>9. Sportaanbod in de gemeente</b>	Behoeft aan een overzicht van de georganiseerde sporten in de gemeente Zoeterwoude.	Deels (in de gemeentegids).	Ja	Nee	Aanbod wordt reeds door de GGD HM in kaart gebracht op de digitale sociale kaart <a href="http://zorgwelrijland.nl">zorgwelrijland.nl</a>

<b>Knelpunt</b>	<b>Omschrijving probleem</b>	<b>Lokale gegevens?</b>	<b>Oplossing binnen invloedssfeer gemeente?</b>	<b>Aantoonbare gezondheids-winst te behalen?</b>	<b>Doelmatige oplossingen?</b>
<b>10. Tekort aan mensen in de zorg</b>	Er is een tekort aan mensen in de zorg in situaties van langdurige en/of intensieve zorg. Het gaat om professionals maar ook om mantelzorgers en vrijwilligers. In Nederland zijn er rond een miljoen mensen die dagelijks zorg en hulp geven aan hun naasten. Mantelzorgers vormen zelf een risicogroep: ze bevorderen de gezondheid en het welzijn van anderen, maar hun eigen gezondheid loopt ook risico.	Geen gegevens beschikbaar over professionals en vrijwilligers. M.b.t. mantelzorgers is 14% van de 19-94 jarigen in het voorafgaande jaar mantelzorg geweest. Geven van mantelzorg is afhankelijk van de leeftijd. Van de 19-34 jarigen in de regio geeft 7,9% mantelzorg. Dit loopt op tot 22% van de 50-64 jarigen. Daarna daalt het percentage weer (15% bij zelfstandig wonende 65-74 jarigen en 10% bij 75-94 jarigen). Eén op de zeven voelt zich tamelijk zwaar tot zeer zwaar belast met de zorg, bij ouderen is dit opgelopen tot een kwart.	Deels. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het ondersteunen van mantelzorgers. Raakvlak met beleidsterrein WMO.	Indirect	Nee
<b>11. SOA's</b>	Soa is een afkorting voor seksueel overdraagbare aandoeningen. Per jaar lopen in Nederland naar schatting ruim 100.000 mensen een soa op. Sommige soa's hebben ernstige gevolgen als ze niet op tijd worden behandeld. Gelukkig zijn de meeste soa's gemakkelijk te genezen. Voorbeelden van soa's zijn: hiv (het virus dat aids veroorzaakt), chlamydia, genitale wratten, herpes genitalis, gonorrhoe, hepatitis B en syfilis.	Nee (alleen gegevens over prevalentie maar niet over incidentie).	Ja	Ja	Ja
<b>12. Tandheelkundige zorg voor jongvolwassenen 18 – 20 jaar</b>	Voor tandheelkundige zorg dienen volwassenen zich, sinds de komst van de nieuwe zorgverzekering, bij te verzekeren. Voor kinderen is dit opgenomen in het basispakket. Het blijkt echter dat veel jongvolwassenen tandartszorg mijden vanwege de kosten die dit met zich meebrengt.	Nee	Nee	Ja	Het rijk heeft inmiddels besloten dat jongvolwassenen tot 21 jaar de tandartskosten vergoed krijgen.



### **3.3 Keuze beleidsprioriteiten 2008-2012**

Bij het opstellen van deze nota hebben wij ervoor gekozen de lijn van de vijf speerpunten uit de preventienota van VWS te volgen (de gemeente is verplicht in te gaan op de speerpunten overmatig alcoholgebruik, overgewicht, roken, diabetes en depressie). Omdat niet alle speerpunten een even groot probleem in Zoeterwoude vormen, hebben wij ervoor gekozen een prioritering aan te brengen in de speerpunten. Daarbij speelt ook een rol dat wij helaas niet de middelen en de mogelijkheden hebben om alle vijf de speerpunten uit de preventienota even grondig aan te pakken.

De gezondheidssituatie in Zoeterwoude is net als vier jaar geleden in grote lijnen vergelijkbaar of zelfs gunstig ten opzichte van de landelijke en regionale situatie. De punten die extra aandacht vragen voor de toekomst staan enerzijds in verband met de overmatige alcoholconsumptie door onze jeugd, anderzijds met de gevolgen van de vergrijzing. Hoewel uit de beschikbare gezondheidsgegevens niet direct een noodzaak blijkt om actie te ondernemen op het gebied van depressie (waaronder wij ook medicijnen- en druggebruik scharen), vinden wij deze (gezondheids)problemen ernstig genoeg om er een matige prioriteit aan te geven. Ook op lokaal niveau ontsnappen wij niet aan de landelijke trend op het gebied van overgewicht en diabetes. Aan dit laatste punt hechten wij echter een lage prioriteit omdat wij het voorkomen en bestrijden van diabetes geen gemeentelijke taak vinden.

Op basis van de beschikbare gezondheidsgegevens komen wij dus tot de volgende beleidsprioritering voor de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012:

1. Schadelijk alcoholgebruik
2. Eenzaamheid onder ouderen
3. Depressie
4. Overgewicht
5. Diabetes

Van deze beleidsprioriteiten zien wij het schadelijk alcoholgebruik onder jongeren als hoogste prioriteit; dit punt zullen wij dus als eerste oppakken. De beleidsprioriteit “eenzaamheid onder ouderen” zal inclusief de bijbehorende actiepunten door de medewerker ouderenbeleid worden opgepakt.

De keuze is op deze onderwerpen gevallen omdat zij voldoen aan de aangegeven VWS-criteria en vanwege de ernst en verwachte toename van deze problemen. Tevens zijn het allemaal onderwerpen die tijdens de discussiebijeenkomst met de verschillende intermediairs herkend werden en nadrukkelijk naar voren kwamen. Daarnaast onderbouwen wij onze keuze als volgt:

- Uit de beleidsevaluatie van de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid blijkt dat het noodzakelijk is het onderwerp ‘schadelijk alcoholgebruik’ te handhaven in de nieuwe nota. Ook het onderwerp bewegingsstimulering zal opnieuw een plek krijgen binnen de nieuwe nota onder het knelpunt ‘overgewicht’. Uit de gezondheidsgegevens van de GGD HM blijkt dat deze onderwerpen een groot probleem vormen in de regio.
- Het knelpunt ‘roken’ voldoet aan de VWS-criteria, maar er is een dalende trend zichtbaar in de gemeente voor dit probleem. Aangezien dit onderwerp ook niet ter discussie is gesteld tijdens de discussiebijeenkomst met lokale intermediairs, wordt “roken” niet als beleidsprioriteit opgenomen in de nieuwe nota.
- Het knelpunt ‘opvoeding jeugd’ voldoet ook aan de criteria. Dit onderwerp is veel besproken door de intermediairs tijdens de discussiebijeenkomst, maar wordt al volop aangepakt binnen het beleidsterrein jeugd (zie nota jeugdbeleid 2007-2011 ‘Eigenwijs,

opgroeïend en ondernemend). Het onderwerp valt ook onder prestatieveld 2 van de WMO. Om deze redenen wordt dit knelpunt niet opgepakt binnen het lokaal gezondheidsbeleid.

- Het knelpunt ‘tekort aan mensen in de zorg’ voldoet niet aan de VWS-criteria. Bovendien komt dit onderwerp beter tot zijn recht binnen het WMO-beleid.
- Het onderwerp SOA’s beantwoordt niet aan de VWS-criteria. Aan dit onderwerp wordt in het algemeen al veel aandacht besteed door preventieve voorlichting, deels door de GGD HM, deels door diverse andere organisaties. Er zijn geen lokale gegevens bekend, maar er zijn ook geen signalen dat het aantal SOA’s een groot probleem vormt binnen onze gemeente. Dit werd tijdens de discussiebijeenkomst onderschreven door een huisarts en een GGD-arts.
- Op het gebied van de knelpunten ‘sportaanbod in de gemeente’ en ‘tandheelkundige zorg voor jongvolwassenen 18 – 20 jaar’ zijn er reeds enkele gunstige ontwikkelingen. Zo wordt door de GGD HM het sportaanbod in kaart gebracht. Alle relevante informatie zal in 2008 op de digitale sociale kaart [www.zorgwelrijnland.nl](http://www.zorgwelrijnland.nl) beschikbaar zijn. Wat betreft de tandheelkundige zorg heeft het rijk besloten deze tot 21 jaar op te nemen in de basiszorgverzekering.
- Het knelpunt ‘onvoldoende afstemming, communicatie en samenwerking tussen instanties, instellingen en gemeente’ wordt niet als aparte beleidsprioriteit opgenomen in de nieuwe nota, maar keert als aandachtspunt als een rode draad terug in de aanpak van de overige beleidsprioriteiten.

In het volgende hoofdstuk worden per beleidsprioriteit doelen gesteld en actiepunten geformuleerd.



#### **4. Actiepunten en uitvoering lokaal gezondheidsbeleid**

*Burgers kunnen kiezen voor gezond leven. Zij hebben hierin een eigen verantwoordelijkheid. Wij vinden dan ook dat wij onze burgers mogen aanspreken op keuzes in hun gedrag die bekende gevolgen hebben voor hun eigen gezondheid, voor die van hun omgeving of voor de gezondheidszorg in het algemeen. Uiteraard willen wij onze burgers ondersteunen bij het maken van gezonde keuzes, bijvoorbeeld door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt.*

Bij de uitvoering van het lokaal gezondheidsbeleid zien wij vooral de rol van *bruggenbouwer* en *regisseur* voor ons weggelegd. Als *bruggenbouwer* willen wij verbindingen leggen tussen de verschillende partijen die zich met een gezondheidsprobleem bezighouden. Als *regisseur* hebben wij een beeld waar wij naartoe willen met de gezondheidssituatie in Zoeterwoude, maar wij vinden dat de weg naar dit eindplaatje toe meer (en beter) in handen is van anderen. Wij willen de in deze nota geformuleerde doelstellingen en actiepunten dan ook realiseren in samenwerking met de diverse partijen en organisaties die betrokken zijn bij het lokaal gezondheidsbeleid. Ook intern bewaken wij de integraliteit tussen de betrokken medewerkers volksgezondheid, ouderenbeleid, WMO, openbare orde en veiligheid en ruimtelijke ordening.

##### **4.1 Beleidsprioriteit 1: Overmatig alcoholgebruik**

###### Probleemomschrijving

Overmatig alcoholgebruik behoort tot de 10 grootste gezondheidsproblemen in ons land. Het drinken van alcohol is steeds gewoner geworden. Er wordt in Nederland veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als qua frequentie. Overmatig alcoholgebruik veroorzaakt talrijke gezondheidsproblemen, zoals een verhoogde kans op leverziekten, hart- en vaatziekten, beroertes, slokdarmkanker, dikke darmkanker en letsel door ongevallen. Men kan verslaafd raken aan alcohol maar ook acute gezondheidsschade oplopen door bijvoorbeeld alcoholvergiftiging. Matig alcoholgebruik levert meestal geen problemen op.

Het gebruik van alcohol op jonge leeftijd is schadelijk voor de ontwikkeling van een kind. Vanuit gezondheidsoverwegingen is het voor kinderen onder de 16 jaar dan ook af te raden om alcohol te gebruiken. Helaas zijn ouders zich vaak niet of onvoldoende bewust van de invloed van (overmatig) alcoholgebruik op de gezondheid van hun kind. Het is daarom belangrijk om ook ouders voor te lichten over de effecten van alcoholgebruik.

Overigens zijn het niet alleen de jongeren die veel drinken, met de leeftijd gaan steeds meer mensen frequent drinken. Alcoholgebruik is maatschappelijk zeer geaccepteerd en wordt daardoor onvoldoende afgekeurd of ontmoedigd door de sociale omgeving.

Alcohol en sport gaan slecht samen. Desondanks zijn er weinig sportkantines waar geen alcohol wordt geschonken. Feit is dat in veel sportkantines kinderen en jongeren rondom sportwedstrijden geconfronteerd worden met alcoholgebruik en soms overmatig gebruik door oudere jongeren/leden en volwassenen/leden. Hiermee wordt een verkeerd voorbeeld gegeven waardoor jonge leden van sportverenigingen binnen hun vereniging leren dat overmatig alcoholgebruik rondom het sportgebeuren normaal is. Toch bestaan bij veel besturen van sportverenigingen de behoefte om bij te dragen aan een verantwoord alcoholbeleid. Men wil alcoholgebruik bij te jonge bezoekers/leden voorkomen evenals het deelnemen aan het verkeer na alcoholgebruik in de sportkantine.

Een extra risicofactor is dat alcoholgebruik agressie rondom de sportvelden in de hand kan werken. Gemeenten zijn als vergunningverlener en subsidieverlener mede verantwoordelijk voor een veilig en gezond beleid van sportkantines.

#### De lokale situatie

Geregeld en overmatig alcoholgebruik door grote groepen jongeren op steeds jongere leeftijd is, ook binnen onze gemeente, “normaal” aan het worden. In het cluster met Zoeterwoude drinken zowel meer volwassenen als meer ouderen meer alcohol dan gemiddeld in de regio. Ruim 80% van de 19-94 jarigen in het cluster met Zoeterwoude drinkt alcohol. Bijna een kwart van de 12-14 jarigen in ons cluster drinkt al af en toe alcohol en 81% van de 15-17 jarigen. De 15-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude drinken vaker dan gemiddeld minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer (18%).

#### Wat gebeurt er al?

De GGD heeft de ‘Handreiking Beleidsadvies Preventief Verslavingsbeleid 2007-2010’ geschreven. Hierin wordt een toelichting gegeven op het Rijksbeleid, de regionale beleidsvisie en de wet- en regelgeving. Verder zijn landelijke en regionale epidemiologische cijfers en aandachtspunten voor verslavingsbeleid opgenomen. Ook worden de mogelijkheden voor lokale beleidsvorming beschreven, evenals een aanbod voor beleidsondersteuning en advisering door de GGD.

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

Zoals al vermeld in paragraaf 2.3.2 is onlangs vanuit de afdeling openbare orde en veiligheid een discussienotitie opgesteld waarin wordt aangegeven welke maatregelen er mogelijk zijn om alcoholmisbruik onder de jongeren terug te dringen. Deze maatregelen zijn verwerkt in onderstaande actiepuntenlijst (actiepunten 3 t/m 12).

#### Wat willen we bereiken?

Wij willen meer bewustwording creëren voor de gevolgen van overmatig alcoholgebruik. Ook willen wij dat het overmatige alcoholgebruik onder jongeren afneemt. Wij willen alcoholgebruik onder de 16 jaar ontmoedigen en jongeren boven de 16 jaar bewuster en verantwoordelijk om laten gaan met alcohol. Ouders spelen hierin met hun voorbeeldgedrag een belangrijke rol; ook moeten zij weten wat de negatieve effecten zijn van alcoholgebruik op hun opgroeiende kind. Om dit te bereiken is samenwerking tussen de gemeente en de diverse lokale intermediairs onmisbaar.

Onze lokale aanpak van overmatig alcoholgebruik heeft raakvlakken met prestatievelden 3 en 9 van de WMO, met het jeugdbeleid en met het beleid op het terrein van openbare orde en veiligheid. Wij willen overmatig alcoholgebruik dan ook integraal aanpakken vanuit de beleidsterreinen volksgezondheid, jeugd, WMO en openbare orde en veiligheid.

#### Op wie richten we ons?

Wij maken ons het meest zorgen om overmatig alcoholgebruik onder de jeugd. Aangezien Zoeterwoude geen voortgezet onderwijs kent, is het voor ons lastig deze doelgroep te bereiken. Wij zullen ons daarom vooral richten op de ouders van de schoolgaande jeugd en op de lokale intermediairs die een rol spelen bij het voorkomen van overmatig alcoholgebruik (basisscholen, GGD, sport- en jongerenverenigingen, horecagelegenheden, huisartsen).

#### **Actiepunten beleidsprioriteit overmatig alcoholgebruik:**

1. De gemeente stelt in overleg met relevante partijen een lokaal alcoholmatigingsbeleid op en voert dit alcoholmatigingsbeleid uit.
2. Ter voorbereiding hierop organiseert de gemeente vanuit het preventie oogpunt een startbijeenkomst voor relevante partijen (horeca, sport- en jongerenverenigingen, supermarkten, schoolbesturen en –directeuren, oudercommissies, huisartsen, wijkagent, GGD, Parnassia).
3. Vanuit het handhavingsoogpunt organiseert de gemeente een discussiebijeenkomst met zowel de commerciële als de paracommerciële horeca (sportverenigingen, instellingen en buurthuizen) om de notitie paracommercialisme te bespreken.
4. De gemeente brengt het schenkbeleid in kaart van horeca-instellingen en sport- en jongerenverenigingen.
5. De gemeente treft beleidsmaatregelen met horeca-instellingen en sport- en jongerenverenigingen om een alcoholmatigingsbeleid te hanteren: kritischer schenkgedrag, minder aantrekkelijke prijsstelling, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de schenktijden.
6. De gemeente maakt duidelijke afspraken met horeca-instellingen, sport- en jongerenverenigingen en supermarkten om verkoop van alcohol onder de 16 jaar tegen te gaan.
7. Met de politie worden afspraken gemaakt om op de handhaving van deze afspraken te controleren.
8. De gemeente maakt duidelijke afspraken met horeca-instellingen, sport- en jongerenverenigingen en supermarkten om eerder op te treden bij drankmisbruik.
9. De gemeente maakt duidelijke afspraken met horeca-instellingen, sport- en jongerenverenigingen en supermarkten om de schenkgereguleerders te handhaven (zwakalcoholische dranken vanaf 16 jaar en sterk alcoholische dranken vanaf 18 jaar).
10. De gemeente ziet er op toe dat binnen de paracommerciële instellingen (met name die met veel jeugdleden) duidelijke afspraken worden gemaakt over de verenigingsactiviteiten waarbij wel of geen alcoholhoudende drank wordt geschonken. Ook worden afspraken gemaakt over hoeveel de jeugdleden maximaal mogen drinken (drinklimiet).
11. De gemeente ziet er op toe dat bovenvermelde werkwijzen (punten 5 t/m 10) worden opgenomen in de Instructie Verantwoord Alcoholgebruik en worden besproken met de barvrijwilligers.
12. De gemeente bespreekt/evalueert 4x per jaar met de barvrijwilligers de toepassing van het Bestuursreglement en de Instructie Verantwoord Alcoholgebruik.

### **Vervolg actiepunten beleidsprioriteit overmatig alcoholgebruik:**

13. De gemeente stimuleert de scholen die nog niet deelnemen aan de preventieactiviteiten van de GGD om te participeren.
14. De gemeente organiseert jaarlijks om en om een voorlichtingsbijeenkomst over alcoholmisbruik voor ouders van de schoolgaande jeugd en voor jongeren van 12 – 16 jaar.
15. De gemeente zorgt voor meer bewustwording over de gevolgen van overmatig alcoholgebruik door hier aandacht aan te schenken op de gemeentepagina en via de lokale media.
16. De gemeente sluit aan bij de landelijke campagne m.b.t. alcoholverkoop onder de 16 jaar en genereert hiervoor lokale media-aandacht.
17. De gemeente stimuleert dat relevante partijen ook aanhaken bij deze campagne.
18. De gemeente dringt bij GGD en Parnassia aan (meer) bekendheid te geven aan bestaande (regionale) preventieprojecten op het gebied van alcoholmisbruik.
19. De gemeente ondersteunt de huidige regionale activiteiten en initiatieven op het gebied van alcoholmisbruik en genereert hiervoor lokale publiciteit.
20. De gemeente stimuleert de Zoeterwoudse scholen de huidige preventieactiviteiten van de GGD te continueren.

## **4.2 Beleidsprioriteit 2: Eenzaamheid onder ouderen**

### **Probleemomschrijving**

Gelukkig gaat het met de meeste ouderen goed. Er is echter ook veel verborgen leed onder ouderen, waarvan slechts het topje van de ijsberg bekend is. Eenzaamheid, depressie en ouderen mishandeling zijn problemen die meestal niet direct zichtbaar zijn. Het zijn ook problemen die niet makkelijk bespreekbaar zijn en waarop een taboe rust. Ouderen komen er immers niet graag voor uit als zij zich eenzaam of depressief voelen. Het taboe rond ouderen mishandeling is nog veel sterker. Met een sluitende aanpak is veel lichamelijke, psychische en sociale gezondheidswinst te behalen. Gemeenten kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

Eenzaamheid is een complex probleem: eenzaamheid kent verschillende vormen en oorzaken, is vaak het gevolg van opeenvolgende gebeurtenissen in iemands levensloop en personen op hoge leeftijd zijn vaak niet makkelijk te activeren. Voor eenzame ouderen is de drempel hoog om gebruik te maken van bestaand aanbod. Eenzame ouderen hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk waar op ze terug kunnen vallen voor hulp als ze dat nodig hebben. Dit betekent dat zij eerder professionele hulp zullen vragen.

Problematisch alcoholgebruik door ouderen neemt toe, mede als gevolg van eenzaamheid. Te veel alcohol is riskant, zeker in combinatie met medicijnen, waaronder slaap- en kalmeringsmiddelen, omdat ze elkaars verdovende werking versterken. Eenzaamheid leidt ook tot een slechtere kwaliteit van leven en gezondheidsproblemen zoals stressreacties, hoofdpijn, slaapstoornissen, maagpijn en spierspanningen. Eenzaamheid leidt tot een groter beroep op ondersteuning, zorg en welzijnsvoorzieningen. Met de vergrijzing en de ontwikkeling dat ouderen steeds langer zelfstandig blijven wonen, neemt ook de omvang van eenzaamheid bij ouderen toe.

### De lokale situatie

Een derde van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Zoeterwoude is matig eenzaam (33%) en 4,9% erg eenzaam. Vrouwen zijn vaker ernstig eenzaam dan mannen en met de leeftijd neemt de groep eenzamen toe. Alleenstaanden zijn vaker eenzaam dan ouderen die niet alleen wonen (ruim de helft van de alleenstaanden is eenzaam versus een derde van de samenlevenden), 15% is zelfs ernstig eenzaam. Hoe eenzamer ouderen zijn, des te vaker ze angst- of depressieve klachten hebben en/of aan suïcide denken.

In Zoeterwoude woont volgens het CBS 8% van alle inwoners alleen (ca. 700 personen), een kwart van de alleenstaanden is ouder dan 65 jaar (ca. 175 personen, waarvan 51 bij Emmaus wonen). Regionaal is ruim de helft van de alleenstaande ouderen eenzaam (15% erg eenzaam), vergeleken met een derde van de niet-alleen wonende ouderen. Wanneer we dit in Zoeterwoudse cijfers vertalen, betekent dit dat ca. 90 alleenstaande ouderen eenzaam zijn, waarvan 26 ouderen erg eenzaam. Van de alleenstaande ouderen die daarnaast ook één of meerdere lichamelijke beperkingen of chronische ziekten hebben en moeite hebben met rondkomen (2% van de 65-74 jarigen en 5% van de 75-plussers) is zelfs een kwart erg eenzaam.

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

### Wat gebeurt er al?

Het regionale platform OGGZ heeft eenzaamheid bij ouderen tot speerpunt benoemd. In 2005 heeft de GGD HM, zowel voor aanbieders van zorg en welzijn als voor gemeenten, kansen voor preventie van eenzaamheid in kaart gebracht. Gemeenten kunnen onder meer bijdragen aan de vermindering van eenzaamheid vanuit het welzijns- en ouderenbeleid maar ook door het waarborgen van een goede sociale en fysieke woonomgeving waarin mensen zich veilig voelen en elkaar makkelijk ontmoeten.

In 2006 heeft de GGD HM in een vervolgproject een start gemaakt met het versterken van een preventieve aanpak van eenzaamheid en depressie. In Oegstgeest en Teylingen zijn bijeenkomsten geweest met vertegenwoordigers van ondermeer welzijns- en zorginstellingen en ouderenbonden. De GGD HM biedt ook de komende jaren ondersteuning aan gemeenten die aan de slag willen met de preventie van eenzaamheid bij ouderen. In dit kader organiseert de GGD HM op 5 november 2007 een themabijeenkomst 'Verborgен leed bij ouderen'. Deze bijeenkomst over preventie van eenzaamheid, depressie en ouderenmishandeling wordt – vooruitlopend op de uitvoering van onderstaande actiepunten – door onze ambtenaar ouderenbeleid bezocht.

In de regio wordt verder de vriendschapskursus aangeboden. Tijdens deze cursus staan sociale vaardigheden, verandering in het gevoelsleven en cognitieve veranderingen centraal.

De nota 'De zorg voor onze ouder(en) 2004' biedt een inventarisatie van het aanbod van (zorg)voorzieningen en activiteiten in de gemeente en geeft een goed beeld van de reeds bestaande mogelijkheden. Ook de seniorenwijzer in de gemeentegids biedt een uitgebreid overzicht van alle activiteiten die zich op ouderen richten.

Onlangs is een burgerinitiatief ingediend om een ontmoetingsplaats voor ouderen in Zoeterwoude te organiseren. Dit initiatief is in het Open Huis besproken met de initiatiefneemster en vertegenwoordigers van verschillende organisaties die activiteiten op het gebied van ouderen aanbieden. Op lokaal niveau is er een ruim aanbod aan activiteiten en voorzieningen die zich richten op ouderen. Het blijkt echter dat de ouderen hier, ondanks vermelding in de seniorenwijzer, niet of beperkt van op de hoogte zijn. In Emmaus worden veel activiteiten georganiseerd die voor iedereen toegankelijk zijn. Ook kunnen alle ouderen gebruik maken van het spreekuur. De drempel naar Emmaus is echter voor veel ouderen heel erg hoog. Met de zorgconsulent van Emmaus is een afspraak gemaakt om te bespreken hoe deze drempel weggenomen kan worden. Ook moet meer bekendheid gegeven worden aan wat er gedaan wordt voor ouderen in Zoeterwoude. Het aanbod van Emmaus zal uitgebreider en overzichtelijker in de seniorenwijzer worden opgenomen. Tevens zal gekeken worden naar de mogelijkheid tot het oprichten van een Stichting Welzijn Ouderen.

#### *Wat willen we bereiken?*

Wij willen bevorderen dat er meer afstemming plaatsvindt tussen de verschillende partijen die zich met eenzaamheid onder ouderen bezighouden. Ouderen die eenzaam zijn, moeten de kans krijgen meer deel te nemen aan de samenleving. Daarnaast dienen professionals en vrijwilligersorganisaties die zich met ouderen bezighouden eenzaamheid beter te signaleren. Voordat wij bestaande projecten en voorzieningen voor ouderen gaan verbreden en vernieuwen, willen wij eerst inventariseren aan welke activiteiten en voorzieningen eenzame ouderen behoefte hebben.

Onze lokale aanpak ten aanzien van eenzaamheid onder ouderen heeft raakvlakken met de prestatievelden 1, 4, 5 en 6 van de WMO en met het ouderenbeleid. Wij willen eenzaamheid onder ouderen dan ook integraal aanpakken vanuit de beleidsterreinen ouderenbeleid, volksgezondheid en WMO.

#### *Op wie richten we ons?*

Op ouderen die risico lopen op eenzaamheid: alleenstaanden, recente weduwen/weduwnaren, ouderen die nog zelfstandig wonen, ouderen met lichamelijk beperkingen of chronische ziekten. Daarnaast moeten de eerstelijnszorg en vrijwilligersorganisaties die zich met ouderen bezighouden betrokken worden bij de aanpak zodat signalen van eenzaamheid eerder worden opgepikt en men sneller op de juiste plaats terecht komt.

### Actiepunten beleidsprioriteit eenzaamheid onder ouderen:

1. De gemeente stimuleert dat de sociale omgeving melding maakt van een eenzame oudere door het creëren van een meldingsmogelijkheid bij het zorgloket van de gemeente.
2. De gemeente onderzoekt in samenwerking met relevante intermediairs (eerstelijns gezondheidszorg, vrijwilligersorganisaties die met ouderen werken, GGD) aan welke activiteiten en voorzieningen eenzame ouderen behoefte hebben.
3. De gemeente stimuleert relevante intermediairs (eerstelijns gezondheidszorg, vrijwilligersorganisaties die met ouderen werken) om eenzame ouderen tijdig in beeld te krijgen, de probleemanalyse en verwijzing te verbeteren en de kennis van de lokale sociale kaart te verbeteren.
4. De gemeente organiseert hiertoe een eenmalige informatiebijeenkomst voor relevante intermediairs en vrijwilligers over eenzaamheid onder ouderen
5. De gemeente biedt (in samenwerking met de GGD) vrijwilligers en hulpverleners die in hun werk met ouderen te maken hebben jaarlijks een training aan om eenzaamheid onder ouderen beter te signaleren.
6. De gemeente dringt bij de relevante intermediairs (GGD, huisartsen, Emmaus) aan (meer) bekendheid te geven aan bestaande (regionale) preventieprojecten op het gebied van eenzaamheid onder ouderen.
7. De gemeente ondersteunt de huidige regionale activiteiten en initiatieven op het gebied van eenzaamheid onder ouderen en genereert hiervoor lokale publiciteit.
8. De gemeente onderzoekt in overleg met relevante partijen welke bestaande effectieve interventies in Zoeterwoude aangeboden kunnen worden.
9. De gemeente zoekt contact met de verschillende lokale partijen die zich bezighouden met sociale participatie en activering van ouderen en stimuleert en ondersteunt succesvolle initiatieven (vrijwilligerswerk, welzijnsactiviteiten, activerende huisbezoeken, aanleg van netwerken, activering tot participatie met dagbesteding, intergeneratieprojecten, etc.).

### **4.3 Beleidsprioriteit 3: Depressie**

#### Probleemomschrijving

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

Mensen met een depressie worden ernstig beperkt in hun sociaal en maatschappelijk functioneren. De mogelijke gevolgen van depressie zoals verzuim, eenzaamheid, gedragsproblemen en overlast betekenen niet alleen veel persoonlijk leed, maar vormen ook een maatschappelijk probleem. Depressie is op bevolkingsniveau namelijk één van de duurdere ziekten. Enerzijds maken mensen met depressie extra gebruik van medische voorzieningen en anderzijds ontstaan er productieverliezen in betaalde en onbetaalde arbeid door ziekteverzuim. Voor depressie zijn de jaarlijkse behandelkosten in Nederland 388 miljoen euro, waarbij de (economische tegenwaarde van) hulp door familieleden en vrienden is meegerekend. Worden de kosten van de productieverliezen hierbij opgeteld, dan kost depressie de Nederlandse samenleving 2,1 miljard euro per jaar. Deze kosten zijn berekend voor 18- tot 65-jarigen. Als jongeren en ouderen worden meegerekend is het bedrag hoger.

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

Psychische klachten zoals depressies zijn een landelijk probleem, maar moeilijk aan te pakken met landelijke maatregelen. Ook is de preventie van depressies niet alleen een zaak van gespecialiseerde GGZ-instellingen. Net als bij het bevorderen van een gezonde leefstijl moet ook het tegengaan van depressie gebeuren op de plaatsen waar mensen leven: thuis, op school, op het werk en in de wijken. Gemeenten kunnen vanuit hun lokale regierol hierin een belangrijke bijdrage leveren.

### De lokale situatie

In vergelijking tot de regio heeft een lager percentage van de 12-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude een indicatie voor psychosociale problemen (14%). Verder geeft 3,3% aan depressief te zijn, wat overeenkomt met de regio. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen in de regio heeft ruim éénderde angst- of depressieve klachten. Bij 4% zijn de klachten zo ernstig dat ze een behandeling nodig hebben. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger.

### Wat gebeurt er al?

De rijksoverheid stelt zich tot taak om lokale overheden en sociale partners te ondersteunen bij het verbeteren van de aanpak van depressie. In dit kader heeft het ministerie van VWS aan het Trimbos-instituut gevraagd om in samenwerking met GGD Nederland een integrale aanpak voor depressiepreventie te ontwikkelen. Een aanpak die uitvoerbaar is binnen het lokale gezondheidsbeleid van gemeenten en die lokale processen gericht op de bevordering van de geestelijke gezondheid en preventie van depressie versterkt. Inmiddels is een integrale aanpak voor preventie van depressie bij ouderen ontwikkeld. Later zullen vergelijkbare methoden voor jongeren en volwassenen worden ontwikkeld.

GGD HM en GGZ Leiden e.o. (Rivierduinen) zijn inmiddels in Leiden-Zuidwest gestart met bovengenoemde integrale preventie aanpak tegen depressie onder ouderen. Het doel van dit project is de verbetering van het vroegtijdig signaleren van ouderen die een risico hebben voor depressie of al klachten hebben. Vervolgens is het tot stand brengen van een goed doorverwijsproces van belang. Daarnaast staat centraal dat deze mensen worden bereikt met effectieve interventies en best practices.

Er zijn op landelijke schaal tal van effectieve interventies en best-practices bekend in de aanpak van depressie. Vooral cursussen via internet kunnen meer mensen bereiken dan groepscursussen. De drempels bij internetcursussen zijn vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo, met maximale privacy aan de slag. kunnen meer mensen bereiken dan groepscursussen. De drempels bij internetcursussen zijn vrij laag: mensen kunnen op zelfgekozen momenten, in eigen tempo, met maximale privacy aan de slag.

### Wat willen we bereiken?

Als regisseurs van het lokale gezondheidsbeleid willen wij er op toezien dat preventie en zorg op het gebied van depressie goed is geregeld voor onze burgers. Hiertoe willen wij de afstemming verbeteren tussen de verschillende partijen die zich met depressieve klachten bezighouden (huisartsen, thuiszorg, GGD, de apotheek, Emmaus, GGZ / Rivierduinen).



Hierdoor verbetert de vroegsignalering en kunnen nieuwe gevallen van depressieve stoornissen eerder worden aangepakt.

Daarnaast willen wij aandacht besteden aan verantwoord medicijngebruik (hieronder scharen wij ook verantwoord druggebruik). Dit is van belang omdat het gebruik van antidepressiva de afgelopen jaren in Nederland is verdubbeld. Uit lokale gegevens blijkt daarnaast dat steeds meer jongeren uit Zoeterwoude last hebben van depressieve klachten en hierdoor hun toevlucht zoeken in alcohol- en druggebruik.

Onze lokale aanpak van depressie heeft raakvlakken met prestatievelden 3, 5, 6 en 8 van de WMO. Het aandachtspunt verantwoord medicijngebruik heeft raakvlakken met prestatieveld 9 van de WMO. Wij willen depressie integraal aanpakken vanuit de beleidsterreinen volksgezondheid, WMO, jeugd- en ouderenbeleid.

#### Op wie richten we ons?

We richten ons op mensen met depressieve klachten die risico lopen op een echte depressieve stoornis. Ook richten we ons op de verschillende intermediairs die zich met depressie bezighouden (huisartsen, eerstelijns psychologen, thuiszorg, GGD, de apotheek, Emmaus, GGZ / Rivierduinen).

#### **Actiepunten beleidsprioriteit depressie:**

1. De gemeente bevordert dat er meer afstemming plaatsvindt tussen de verschillende partijen die zich met depressie bezighouden.
2. Hiertoe organiseert de gemeente een eenmalige startbijeenkomst voor de intermediairs (huisartsen, eerstelijns psychologen, thuiszorg, GGD, de apotheek, Emmaus, GGZ / Rivierduinen) ten behoeve van een lokale aanpak van depressie.
3. Bij het vormgeven van ons Centrum voor Jeugd & Gezin worden ook de huisartsen, eerstelijns psychologen en de GGZ / Rivierduinen betrokken.
4. De gemeente dringt bij de relevante intermediairs (GGD, GGZ / Rivierduinen, huisartsen) aan (meer) bekendheid te geven aan bestaande (regionale) preventieprojecten op het gebied van depressie.
5. De gemeente ondersteunt de huidige regionale activiteiten en initiatieven op het gebied van depressie en genereert hiervoor lokale publiciteit.
6. De gemeente draagt zorg voor een (digitaal) lokaal informatiepunt m.b.t. depressie, waarin minimaal een overzicht wordt gegeven van beschikbare preventieprogramma's op het gebied van depressie, evenals een lijst met lokale organisaties (incl. contactpersonen) die een bijdrage kunnen leveren aan het voorkomen en bestrijden van depressieve klachten.
7. Hiervoor wordt in ieder geval bekeken welke combinatiemogelijkheden er zijn met de digitale sociale kaart [www.zorgwelrijnland.nl](http://www.zorgwelrijnland.nl) en het zorgloket Zoeterwoude.
8. De gemeente onderzoekt in overleg met relevante intermediairs (GGD, GGZ / Rivierduinen, huisartsen) wat de mogelijkheden zijn om in Zoeterwoude anti-depressiecursussen via internet aan te bieden.
9. In overleg met relevante intermediairs onderzoekt de gemeente op welke wijze lokaal aandacht kan worden besteed aan verantwoord medicijn-/druggebruik.

## 4.4 Beleidsprioriteit 4: Overgewicht

### Probleemomschrijving

Overgewicht is in de westerse wereld een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat te zwaar is snel. 40% van de volwassenen heeft overgewicht en 10% is obees (ernstig overgewicht). Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Ernstig overgewicht hangt samen met tal van ziekten zoals diabetes mellitus 2, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsstelsel en aandoeningen aan de ademhalingsorganen. De jaarlijkse directe kosten (kosten van de gezondheidszorg) in Nederland van ernstig overgewicht worden geschat op 0,5 miljard euro, terwijl de indirecte kosten (ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten en maatschappelijke kosten) geschat worden op 2 miljard euro.

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

De beste manier om aan de norm voor gezond bewegen te voldoen is niet uitsluitend te gaan sporten, maar ook de lichamelijke activiteit te integreren in het dagelijkse leven. Dit betekent bijvoorbeeld wandelen naar de winkel, fietsen naar het werk en de trap nemen in plaats van de lift. De gemeente kan onder andere zorgen voor een 'beweegvriendelijke' inrichting van de woonomgeving, zij kan sport en beweging op school bevorderen en het 'langzaam verkeer' (te voet, op de fiets of anderszins) voor transport- en recreatiedoeleinden stimuleren.

### De lokale situatie

In het cluster met Zoeterwoude voldoen bijna vier van de tien volwassenen van 19-64 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen<sup>3</sup> en 8,4% van hen is inactief (minder dan één dag per week 30 minuten bewegen). Onder 65-plussers haalt 42% de norm niet en is 18% inactief. Voor jongeren is de norm veel hoger dan voor volwassenen<sup>4</sup>; van de 12-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude haalt 85% de gestelde norm niet.

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

---

<sup>3</sup> De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of klus-werk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

<sup>4</sup> De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

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

Het overgewicht van de inwoners in Zoeterwoude neemt met de leeftijd toe van 7,6% bij 3-jarigen tot 13% bij 10-11 jarigen, waarna er weer een daling te zien is bij oudere tieners. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 53% van de 50-64 jarigen. Ernstig overgewicht vertoont eenzelfde lijn: 1,5% bij de 3-jarigen tot 2,5% bij de 5-6 jarigen, een kleine daling bij de 10-11 en 13-14 jarigen (ongeveer 1,3%) om uiteindelijk uit te komen bij 11% van de 50-64 jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in de regio vaker overgewicht dan jongens. Vanaf 13 jaar komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.

#### Wat gebeurt er al?

In de periode 2003-2006 heeft de GGD in de regio een meerjarenprogramma bewegingsstimulering uitgevoerd. De regionale focus lag voorheen vooral op bewegen maar is nu uitgebreid met voeding. In de periode 2007-2010 voert de GGD HM in de regio Zuid-Holland Noord daarom nu het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' uit. De doelgroepen jeugd, ouderen, chronisch zieken en mensen met een laag inkomen en weinig opleiding krijgen specifieke aandacht. Daarnaast heeft de GGD ook de handreiking 'Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht' samengesteld. Hierin wordt uitgebreid beschreven welke instrumenten gemeenten op verschillende beleidsterreinen zouden kunnen inzetten.

Gelegen in het Groene Hart doen wij al veel aan de aanleg van fietsroutes, wandelroutes en een kanoroute. Voor de jeugd zijn in alle wijken speelvoorzieningen aangelegd. Daarnaast draagt onze gemeente zorg voor het in stand houden van sportverenigingen en het handhaven van bestaande voorzieningen door middel van indirecte subsidies. De gemeente stelt sportcomplexen beschikbaar en onderhoudt deze. Daarnaast subsidieert de gemeente het MultiCentrum De Eendenkooi waarin een sportzaal is gevestigd, en het sport- en recreatiecentrum De Klaverhal.

De afgelopen vier jaar hebben wij ons al ingezet om overgewicht van onze burgers te verminderen (zie ook bijlage 2). Dit o.a. door middel van de invoering van het project WhoZnext, bewegingsstimulering van ouderen via het GALM-project en Meer Bewegen voor Ouderen en via het realiseren van skateparkjes voor de jeugd. Ook hebben wij in de informatiecampagne voor de jeugd aandacht besteed aan een gezonde leefstijl en bezocht in het najaar van 2007 de fittestbus Zoeterwoude. Voor de periode 2008-2012 willen wij de GALM-groepen continueren en onderbrengen bij het Meer Bewegen Voor Ouderen. In 2012 willen wij een "herhalings" GALM-project uitvoeren.

#### Wat willen we bereiken?

We willen meer bewustwording creëren voor het probleem overgewicht. Gestreefd wordt naar een daling van het aantal te zware volwassenen en kinderen in onze gemeente. Daarnaast willen wij bij het algemene publiek het belang benadrukken van een gezonde leefstijl (gezond eten en voldoende bewegen). Via preventie activiteiten willen we mensen (zowel met als zonder overgewicht) ertoe verleiden de Nederlandse Norm Gezond Bewegen te halen en gezonder te gaan eten. Om dit te bereiken is samenwerking tussen de gemeente en de diverse lokale intermediairs onmisbaar.

Onze lokale aanpak van overgewicht heeft raakvlakken met prestatievelde 3 van de WMO, met het gemeentelijk sportbeleid en met ruimtelijke ordening. Wij willen overgewicht dan ook integraal aanpakken vanuit deze beleidsterreinen.

#### Op wie richten we ons?

Vanuit de gemeente willen wij ons richten op het algemene publiek en op de (lokale) intermediairs. Deze samenwerkingspartners (scholen, GGD, eerstelijnsvoorzieningen zoals huisartsen en fysiotherapeuten, Emmaus, ouderenverenigingen, thuiszorg) wordt gevraagd zich op hun beurt te richten op hun eigen populatie om het probleem overgewicht aan te pakken.

#### **Actiepunten beleidsprioriteit overgewicht:**

1. De gemeente bevordert dat er meer afstemming plaatsvindt tussen de verschillende partijen die zich met overgewicht bezighouden.
2. Hiertoe organiseert de gemeente samen met de GGD HM een eenmalige informatiebijeenkomst voor intermediairs over het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM.
3. Aan de hand van deze bijeenkomst kiest de gemeente samen met de intermediairs welke modules uit het Meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD HM de komende vier jaar worden afgenomen.
4. De gemeente organiseert jaarlijks in samenwerking met de GGD een lokale campagne om het belang van een gezonde leefstijl te benadrukken.
5. De gemeente continueert de GALM-groepen in de periode 2008-2012 en brengt deze onder bij het Meer Bewegen Voor Ouderen
6. De gemeente ondersteunt de huidige regionale activiteiten en initiatieven op het gebied van overgewicht en genereert hiervoor lokale publiciteit.
7. De gemeente brengt het huidige aanbod aan sport- en bewegingsactiviteiten onder de aandacht bij de verschillende doelgroepen.
8. De gemeente onderzoekt samen met de GGD op welke wijze wij invulling kunnen geven aan art. 5 lid 2 van de WCPV.
9. De gemeente besteedt bij nieuwbouw- en renovatie projecten (meer) aandacht aan een 'beweegvriendelijke' inrichting van de woonomgeving.
10. De gemeente stimuleert het 'langzaam verkeer' (te voet, op de fiets of anderszins) voor transport- en recreatiedoeleinden.

## **4.5 Beleidsprioriteit 5: Diabetes**

### Probleemomschrijving

Diabetes mellitus (suikerziekte) is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam niet meer het vermogen heeft glucose om te zetten in energie. De symptomen en complicaties (hart- en vaatziekten, blindheid, gezichtsstoornissen, nierziekten en gevoelloosheid en/of pijn in de ledematen) kunnen de kwaliteit van leven sterk verminderen. Type 1 diabetespatiënten kunnen niet van hun ziekte 'genezen'. Alleen bij patiënten met type 2 en overgewicht is het mogelijk door middel van gewichtsreductie en meer beweging een verbetering te bewerkstelligen. Bijna één op de twintig Nederlanders heeft diabetes (zie ook bijlage Gezondheidssituatie Zoeterwoude). Bij diabetes is er veel gezondheidswinst te behalen door het voorkomen of uitstellen van het ontstaan van diabetes.

### De lokale situatie

Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in het cluster met Zoeterwoude geeft aan diabetes te hebben (0,2%). Bij de volwassenen is dit 2,9% en bij de 65-plussers 11%. In de regio komt dit even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Voor Nederland in het algemeen gelden vergelijkbare percentages.

### Wat gebeurt er al?

Vanuit de gemeente is niet eerder aandacht besteed aan dit onderwerp. Stichting Thuiszorg Groot Rijnland (STGR) biedt op dit moment een nieuw project op het gebied van diabetes aan. In gezondheidscentra wordt vaak extra aandacht besteed aan chronisch zieken, o.a. aan patiënten met diabetes. Onduidelijk is of dit ook in Zoeterwoude gebeurt bij de eerstelijnsvoorzieningen.

Door het uitvoeren van de eerder genoemde actiepunten op het gebied van overgewicht en bewegingsstimulering dragen wij wel indirect bij aan het voorkomen van diabetes.

### Wat willen we bereiken?

De noodzakelijke samenhang tussen preventie en curatie in de aanpak van diabetes vraagt om lokale betrokkenheid. Het voorkomen en bestrijden van diabetes vinden wij echter geen gemeentelijke taak. Uiteraard willen wij er vanuit onze regierol wel voor zorgen dat de preventie en curatie van diabetes lokaal goed is geregeld.

### Op wie richten we ons?

Wij richten ons uitsluitend op de lokale intermediairs (thuiszorg, GGD, eerstelijnsvoorzieningen zoals huisartsen, fysiotherapeuten, de apotheek, Emmaus) en verzoeken deze instellingen zich op hun beurt te richten op hun eigen populatie om het probleem diabetes aan te pakken.

### **Actiepunten beleidsprioriteit diabetes:**

1. De gemeente verzoekt de huisartsen en de apotheek specifiek aandacht te besteden aan het vergroten van de kennis over (en de bewustwording van) diabetes bij risicogroepen.
2. De gemeente verzoekt de GGD en de thuiszorg (meer) bekendheid te geven aan bestaande (regionale) preventieprojecten op het gebied van diabetes.
3. De gemeente verzoekt GGD, thuiszorg, huisartsen en de apotheek aan te haken bij landelijke campagnes door lokale prikacties te organiseren en lokale acties gericht op specifieke doelgroepen.
4. De gemeente ondersteunt de lokale intermediairs door lokale publiciteit te genereren voor de onder 2 en 3 genoemde initiatieven.

## **Bijlagen**

---

## **Bijlage 1: Stand van zaken beleidsprioriteiten nota lokaal gezondheidsbeleid 2004 – 2008**

Hieronder kunt u per beleidsprioriteit uit de vorige nota nalezen welke actiepunten zouden worden opgepakt en welke activiteiten daadwerkelijk zijn uitgevoerd.

### **Bewegingstimulering**

#### Actiepunten:

1. De gemeente zoekt voor de bewegingsstimulering aansluiting bij het onderwijs. In het kader van de kindergemeenteraad zou de gemeente bijvoorbeeld een aantal sportverenigingen kunnen vragen een aanvraag in te dienen rondom het thema 'bewegen in het onderwijs'. De gemeente stelt € 1.000 beschikbaar voor het gekozen project.
2. De gemeente onderzoekt waarom de jeugd ouder dan 12 jaar afhaakt met sporten en zoekt naar mogelijkheden om hen langer bij sport en beweging in het dagelijks leven vast te houden, bijvoorbeeld met een sportkennismakingsproject in samenwerking met sportverenigingen.
3. De gemeente zoekt samenwerking met andere gemeenten voor de aanvraag van de Breedtesportimpuls.
4. De gemeente Zoeterwoude sluit aan bij de preventieactiviteiten van de GGD op het gebied van bewegingsstimulering en zoekt samenwerking met relevante partijen.

#### Uitvoering:

1. Vier organisaties die activiteiten wilden organiseren voor de Zoeterwoudse basisschoolleerlingen hebben hun subsidieaanvraag tijdens de slotvergadering van de kindergemeenteraad op 18 mei 2004 toegelicht. Als winnaar werd sporthal De Klaverhal gekozen met hun verzoek om nieuw spelmateriaal aan te schaffen voor gebruik tijdens de gymlessen. De kindergemeenteraad besloot dat ook de kinderen van de Bernardusschool (die niet in de Klaverhal, maar in de Eendenkooi sporten) van deze prijs moesten profiteren. Hiertoe werd het beschikbaar gestelde bedrag van €1.000 over beide sporthallen verdeeld.
2. De gemeente heeft m.b.v. een jongerenpeiling in 2004 onderzocht waarom de jeugd ouder dan 12 jaar afhaakt met sporten. Uit de resultaten blijkt dat onze gemeente op sportief gebied veel te bieden heeft. Vrijwel iedereen doet aan sport en zit op een sportvereniging. De meeste jongeren zijn meerdere keren per week sportief actief. Bij de oudere jeugd is dit iets minder. Wel worden er bepaalde populaire sportieve activiteiten gemist in de gemeente. Voor sommige sporten wordt uitgeweken naar andere gemeenten die deze sporten wel aanbieden.  
Uit de jongerenenquête bleek verder dat veel jeugdigen een skatepark missen in Zoeterwoude en dat de trapveldjes verbeterd konden worden. Met de komst van de nieuwe skatevoorzieningen in het dorp en aan de Rijndijk in het najaar van 2005 is de gemeente inmiddels voorzien van ruime skatevoorzieningen voor de jeugd.
3. De Breedtesportimpuls is samen met de gemeente Leiderdorp opgepakt. In dit kader is het project WhoZnext in Zoeterwoude geïntroduceerd (activiteiten van jongeren voor jongeren). Toen dit niet bleek te werken is gekozen voor "buurtsport", waarbij de jeugd wekelijks onder begeleiding van een buurtsportwerker op een trapveldje bijeenkwam om te voetballen. Het project WhoZnext / buurtsport is inmiddels stopgezet vanwege een gebrek aan belangstelling vanuit de jeugd.  
In het kader van de Breedtesportimpuls is verder het GALM-project gestart. Het GALM project is een bewegingsstimuleringsproject om sedentaire (niet of onvoldoende sportief

actieve) senioren van 55-65 jaar sportief actief te maken en te houden. 110 Zoeterwoudse ouderen hebben deelgenomen aan de fitheidstest. Aan het eind van de test kregen de deelnemers een deskundig bewegingsadvies, gebaseerd op de testresultaten, het sportverleden en eventueel voorkomende ziekten / aandoeningen. 64 ouderen hebben zich inschreven voor het bewegingsintroductieprogramma. Dit programma duurt 12 weken. De deelnemers maken kennis met verschillende takken van sport zoals badminton, slagbal, bewegen op muziek, tennisvormen, hockeyvormen, volleybal. Na die 12 weken kunnen de deelnemers zich inschrijven voor het vervolgp programma dat 30 weken duurt. Na afloop hiervan wordt opnieuw de fitheid van de deelnemers gemeten.

4. De cursussen bewegingsstimulering voor ouderen “In Balans” en “Als botten en spieren protesteren” zijn niet doorgegaan wegens het wegvallen van de provinciale subsidie. De gemeente geeft subsidie aan de bestaande twee groepen die het project “Meer Bewegen Voor Ouderen” verzorgen. Dit project richt zich op mensen van 65+ die zelfstandig of in een verzorginghuis wonen. Er worden beweegactiviteiten georganiseerd gericht op preventie van zorg, sociale contactvorming en plezier in bewegen.

In mei 2007 is vanuit de gemeente een uitgebreide mailing gestuurd naar de Zoeterwoudse jeugd met informatie over verschillende onderwerpen die de jeugd bezighoudt. De mailing was een reactie op de resultaten uit de jongerenenquête van 2004 waaruit bleek dat veel Zoeterwoudse jongeren onvoldoende op de hoogte waren van de (sportieve) mogelijkheden die onze gemeente biedt. Diverse organisaties en (sport)verenigingen uit Zoeterwoude en omgeving hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid om via deze mailing de bestaande voorzieningen voor de jeugd in Zoeterwoude meer bekendheid te geven. In de mailing was tevens informatie gevoegd over een gezonde leefstijl.

## **Terugdringen overmatig alcohol gebruik**

### Actiepunten:

1. De gemeente draagt zorg voor het intensiveren van de voorlichting over genot-middelengebruik. Dit kan bijvoorbeeld door het in- of voortzetten van preventie-activiteiten in het onderwijs en sport/horecagelegenheden, maar ook door het organiseren van cursussen en voorlichtingsavonden voor de verschillende doelgroepen (jeugd, ouders, volwassenen, horeca, sportkantines).
2. De gemeente Zoeterwoude doet mee met de regionale alcoholmatigingscampagne in 2003/ 2004.
3. De gemeente werkt samen met betrokkenen bij het nemen van maatregelen om het aanbod van alcohol in welzijns- en sportaccomodaties te beperken door het invoeren van kritischer schenkgedrag. Voorbeelden zijn het strenger handhaven van de bij wet bepaalde leeftijdsgrenzen van 16 en 18 jaar voor het schenken van alcoholische dranken (een mogelijkheid is om de Instructie Verantwoord Alcoholgebruik (gratis) aan te bieden), minder aantrekkelijke prijsstelling in vergelijking met de niet-alcoholische dranken, uitbreiding van het niet-alcoholische aanbod en beperking van de tijdstippen waarop wordt geschonken.
4. De gemeente bekijkt in hoeverre zij beleidsmaatregelen kan treffen op verschillende beleidsterreinen, zoals bijvoorbeeld regelgeving en sanctiebeleid, op peil houden deskundigheid professionals en informatievoorziening richting burgers.
5. De gemeente onderzoekt of een jongeren ontmoetingsplaats waar geen alcohol wordt geschonken tot de mogelijkheden behoort.



6. De gemeente onderzoekt de mogelijkheden om voorwaarden te stellen aan subsidies, vergunningen, reclame, verhuur en beheer van instellingen om alcoholconsumptie te ontmoedigen.

#### Uitvoering:

1. De gemeente heeft in 2004 een persbericht uitgedaan met de mededeling dat mensen informatiefolders konden meenemen met betrekking tot het gebruik van genotmiddelen. Deze informatiefolders liggen sindsdien structureel bij de balie van het gemeentehuis. Ook het Jongeren Informatie Punt (JIP) draagt bij aan informatieverstrekking middels folders. Met het JIP wil de gemeente Zoeterwoude de jongeren een eigen informatiepunt geven, waar informatie over veel gevraagde onderwerpen altijd aanwezig is. Jongeren van 12 tot 25 jaar kunnen bij de jongeren informatie zuil terecht voor informatie over wonen, werk, seksualiteit, onderwijs, vrije tijd, gezondheid, hulpverlening, recht en reizen. De zuil staat in de entreehal aan de zijkant van het gemeentehuis.
2. De informatiecampagne voor de Zoeterwoudse jeugd in mei 2007 bevatte informatie over alcoholgebruik en een flyer over het alcoholvrije jongerencafé NextDoor.
3. De gemeente heeft meegedaan aan de regionale alcoholmatigingscampagne in maart 2004 die door Parnassia en de GGD Zuid-Holland Noord werd uitgevoerd. Van 1 tot en met 8 maart 2004 was er in de hal van het gemeentehuis van Zoeterwoude een reizende alcoholtentoonstelling te vinden, waarin de verschillende invalshoeken van alcoholgebruik werden belicht evenals de gevaren van alcoholmisbruik.
4. Het schrijven van een nota alcoholmatigingsbeleid is doorgeschoven naar 2008. Deze punten worden daarin meegenomen. In onze notitie paracommercialisme wordt overigens ook aandacht besteed aan alcoholmatiging.
5. De gemeente heeft in het voorjaar van 2006 het alcoholvrije jongerencafé NextDoor geopend. Helaas weten nog maar weinig jongeren uit de doelgroep (12-16 jaar) de weg te vinden. Dit heeft ermee te maken dat de reclame voor NextDoor gekoppeld was aan het vertonen van films; dit leverde echter problemen op met de filmrechtenmaatschappij en moest per direct worden stopgezet.
6. Dit punt wordt meegenomen in de nieuwe nota alcoholmatigingsbeleid.

### **Preventie en vroegsignalering van psychosociale problematiek van jongeren**

#### Actiepunten:

1. Creëren van draagvlak voor het Parapluproject en voor het belang van onderlinge samenwerking en afstemming van activiteiten.
2. Financieel bijdragen aan scholen die in het kader van het Parapluproject preventieactiviteiten wil laten uitvoeren.
3. De gemeente neemt deel aan de regionale preventieve oudercursussen.
4. De gemeente zoekt aansluiting zoeken bij een Opvoedbureau.
5. De gemeente volgt de ontwikkelingen rond de zorgnetwerken 0-12 jaar in de regio (o.a. via stuurgroep O&O).
6. De gemeente ondersteunt de oprichting van zorgnetwerken zodra dit aan de orde is en faciliteert vervolgens deze zorgnetwerken.

#### Uitvoering:

1. De gemeente heeft in het schoolbesturenoverleg van 17 maart 2005 dit punt onder de aandacht gebracht. Scholen geven aan dat zij graag zelf kiezen voor een methode. Er

blijkt dat er echter maar één basisschool een extra project heeft afgenomen van de GGD HM. Wel wordt het project “Weet wat je wilt” uitgevoerd op alle basisscholen in Zoeterwoude. Dit is een project dat in het teken staat van genotmiddelen. Voor de leerlingen is lesmateriaal beschikbaar waarin, naast kennis over tabak en alcohol, aandacht is voor gewoontevorming en meningsvorming. Docenten krijgen ondersteuning op het gebied van kennis van genotmiddelen. Voor ouders is het mogelijk om een thema bijeenkomst aan genotmiddelen te wijden.

2. Scholen willen graag zelf kiezen voor een methode en geven daarbij aan geen behoefte te hebben aan financiële ondersteuning van de gemeente.
3. De gemeente neemt sinds 1 januari 2004 deel aan de regionale preventieve oudercursussen. 'Opvoeden zó' is een cursus voor alle ouders van kinderen in de basisschoolleeftijd (4-12 jaar). Deze cursus wordt verzorgd door de GGD HM. Van deze cursussen wordt goed gebruik gemaakt en zullen dan ook wederom de aankomende vier jaar worden aangeboden.
4. Vanaf 1 oktober 2004 heeft Zoeterwoude een Opvoedspreekuur. Dit is een gezamenlijk initiatief van Stichting Thuiszorg Groot Rijnland en JSO Expertisecentrum Jeugd, Samenleving en Opvoeding, met financiële ondersteuning van de gemeente Zoeterwoude en de provincie Zuid-Holland. Het opvoedspreekuur biedt ouders in een vroeg stadium ondersteuning bij vragen en problemen over de opvoeding van hun kind, zodanig dat ze door de verleende steun die problemen kunnen hanteren. Op deze manier kan (zoveel mogelijk) worden voorkomen dat er in een later stadium een beroep moet worden gedaan op intensieve hulp. Dit opvoedspreekuur zal de aankomende vier jaar weer worden aangeboden.
5. In 2003 is het project 'Zorgnetwerken 0-18 jaar Zuid-Holland Noord' van start gegaan met subsidie vanuit de provincie Zuid-Holland. Het project wordt ondersteund door alle deelnemende gemeenten. Voornaamste doelstelling van het project is om ervoor te zorgen dat rond alle scholen, peuterspeelzalen en kindercentra zorgnetwerken worden opgestart. Zoeterwoude heeft sinds 2005 een eigen Zorg- en Adviesteam (ZAT) 4-12 jaar en heeft samen met Leiderdorp een ZAT 0-4 jaar.
6. Zoeterwoude heeft sinds 2005 een eigen Zorg- en Adviesteam (ZAT) 4-12 jaar en heeft samen met Leiderdorp een ZAT 0-4 jaar.

## **Ruimte voor eerstelijnsgezondheidszorg**

### Actiepunten:

1. De gemeente onderzoekt of er binnen de nieuwe bouwplannen mogelijkheden zijn te creëren voor een gezondheidscentrum.
2. De gemeente zoekt in overleg met Emmaus naar mogelijkheden om een gezondheidscentrum te bouwen op het terrein van Emmaus.

### Uitvoering:

1. Deze prioriteit is voor de feitelijke afhandeling geschaard onder de afdeling Ruimtelijke Ordening. Momenteel is men nog bezig met plannen rondom een gezondheidscentrum.
2. Deze prioriteit is voor de feitelijke afhandeling geschaard onder de afdeling Ruimtelijke Ordening. Momenteel is men nog bezig met plannen rondom een gezondheidscentrum.

## **Informatievoorziening op het gebied van zorg, welzijn en wonen**

### Actiepunten:

1. De gemeente draagt bij aan de publiciteit rond de start van de sociale kaart.
2. Als de sociale kaart operationeel is, ondersteunt de gemeente burgers, die graag

- geholpen willen worden bij het raadplegen van het systeem.
3. Vergroten van de bekendheid van het lokale zorgloket in Zoeterwoude door:
    - Zoveel mogelijk samenwerking met bestaande kanalen en instellingen
    - Regelmatig aandacht besteden aan het zorgloket op de gemeentepagina
    - Het zorgloket door middel van folders en posters onder de aandacht brengen bij de gezondheidscentra

#### Uitvoering:

1. De digitale sociale kaart [www.zorgwelrijnland.nl](http://www.zorgwelrijnland.nl) is door de gemeente onder de aandacht gebracht middels een bericht in de gemeenterubriek. De digitale sociale kaart is een website met actuele adressen op het gebied van zorg, wonen en welzijn in alle gemeenten van de regio Zuid-Holland Noord. De site is bedoeld voor inwoners en professionals in de regio. De GGD Zuid-Holland Noord realiseert de website in samenspraak met partners uit de regio.
2. Hierin heeft de gemeente geen problemen ervaren en heeft hierin dan ook verder niets ondernomen.
3. Deze prioriteit is voor de feitelijke afhandeling onder de afdeling Sociale Zaken gevoegd.

#### **Tekort aan woningen voor starters en senioren**

#### Actiepunten:

1. Maatregelen dienen gericht te zijn op een integrale aanpak van zorg, wonen en welzijn. Het is van belang woon- en zorgvormen te ontwikkelen waarbij ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en deel kunnen nemen aan het maatschappelijk verkeer.
2. Het is van belang woon- en zorgvormen te ontwikkelen waarbij ouderen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen en deel kunnen nemen aan het maatschappelijk verkeer.
3. Om een evenwichtige leeftijdsopbouw in de gemeente te waarborgen is het van belang bij de bouw van woningen ook met de groep 20-29 jarigen rekening te houden

#### Uitvoering:

De bovenstaande actiepunten zijn voor de feitelijke afhandeling onder de afdeling Ruimtelijke Ordening gevoegd.

## Bijlage 2: Visie op gezondheid en gezondheidsbeleid

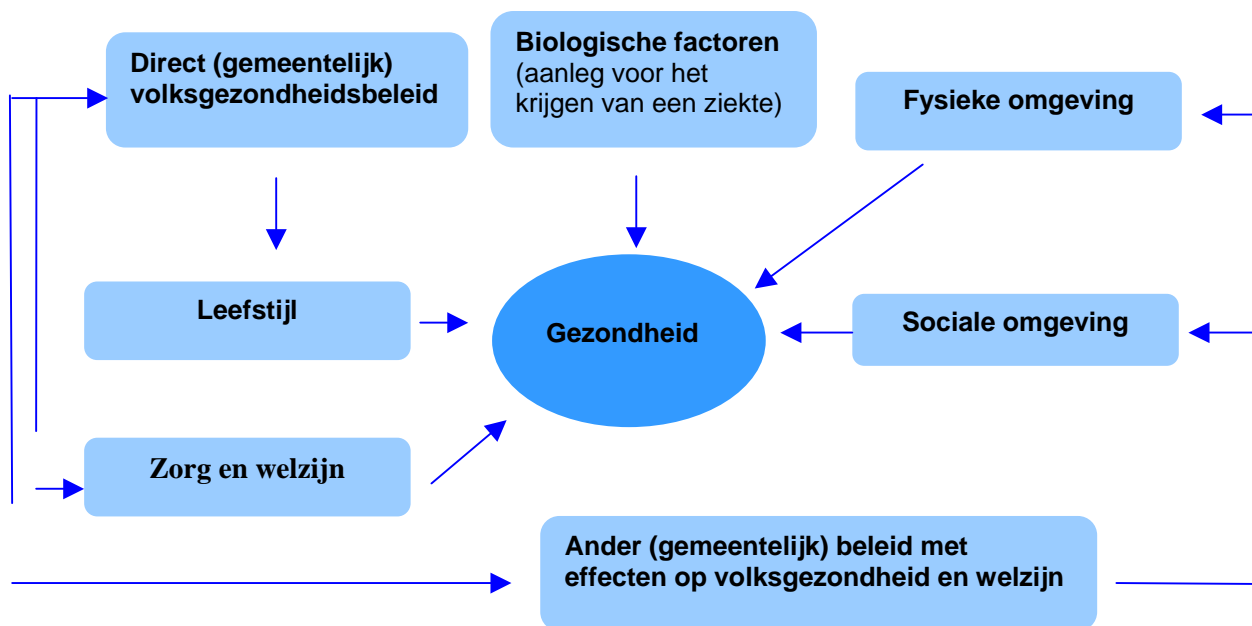
---

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

### Invloed op gezondheid

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

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



De gemeente kan geen invloed uitoefenen op de biologische factoren, dit is een vast gegeven. Wel heeft de gemeente invloed op leefstijl, leefomgeving en zorgvoorzieningen.

Volksgezondheidsbeleid moet gericht zijn op de verandering van ongezonde leefgewoonten. Overmatig drankgebruik en onvoldoende bewegen bijvoorbeeld vergroten de kans op ziekte. De gemeente kan hierbij gezonde keuzes stimuleren. Een voorbeeld is te overleggen met sportkantines over het schenken van alcohol of door het zorgen voor voldoende sportfaciliteiten. Ook de fysieke en sociale leefomgeving heeft invloed op gezondheid en welzijn. De gemeente kan hieraan bijdragen door te investeren in sport- en welzijnsvoorzieningen, wonen, werken of versterking van de sociale samenhang. De

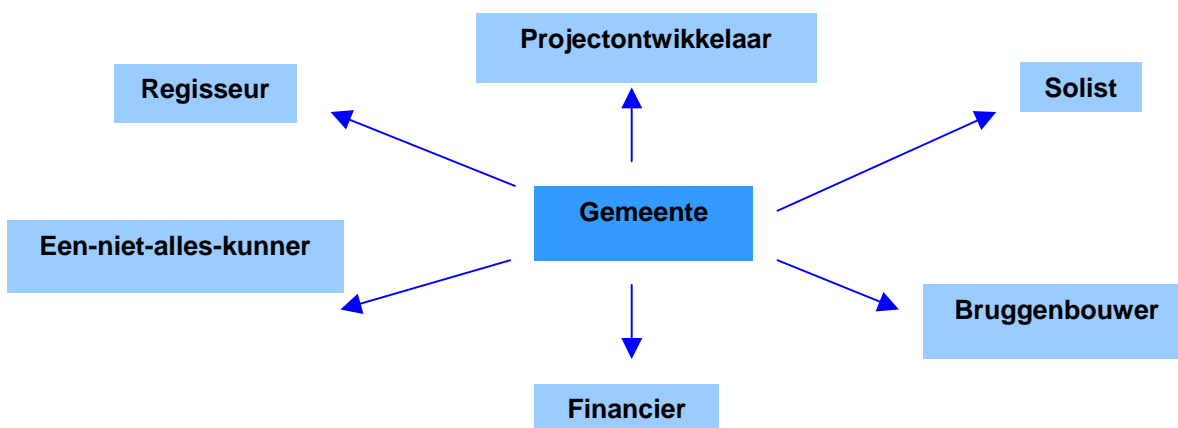
aanwezigheid en het functioneren van voorzieningen zoals de eerstelijnszorg, vraagsturing, toegankelijkheid, ketenzorg, personeelsbeleid en financiering hiervan zijn ook factoren die invloed hebben op de gezondheidssituatie van mensen.

### De rol van de gemeente

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

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

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



## **Integraal gezondheidsbeleid**

Gezondheidsbeleid beweegt zich op het snijvlak van verschillende beleidsterreinen zoals welzijn, verkeer, ruimtelijke ordening, wonen en zorg. Wanneer het aspect gezondheid deel uitmaakt van beleid van andere sectoren dan de sector volksgezondheid, is er sprake van integraal gezondheidsbeleid. In het verleden is veel gezondheidswinst behaald door betere huisvesting, scholing, arbeidsomstandigheden, sociale zekerheid en verkeersveiligheid. Ook nu nog liggen veel mogelijkheden voor gezondheidswinst buiten het bereik van de volksgezondheidssector.

Kenmerkend voor integraal gezondheidsbeleid zijn:

- Samenwerking tussen sector volksgezondheid en één of meerdere andere sectoren;
- Gericht op beïnvloeding van meerdere factoren van gezondheid in onderlinge samenhang (het model van Lalonde is richtinggevend);
- Uiteindelijk doel is het voorkómen van gezondheidsschade en/of het bevorderen van gezondheid;
- Expliciete betrokkenheid van de overheid;
- Naast de overheid zijn mogelijk andere betrokkenen: gezondheidsdeskundigen, belangengroepen, bedrijven en instellingen.

De gemeente is op basis van de WCPV verplicht, alvorens bestuurlijke beslissingen te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie, advies in te winnen bij de GGD.

## **Bijlage 3: Actuele beleidsontwikkelingen**

---

In deze bijlage worden de belangrijkste landelijke ontwikkelingen omschreven van invloed zijn op het gezondheidsbeleid: de Rijkspreventienota, de veranderingen op het gebied van zorg, welzijn en dienstverlening, de positie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu en de laatste ontwikkelingen op het gebied van de jeugd.

### **Rijkspreventienota**

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

De inspectie van de Volksgezondheid gaat nadrukkelijk toetsen, of bij de uitvoering van lokaal gezondheidsbeleid, de landelijke prioriteiten voldoende worden gevolgd en of de uitvoering van het beleid effectief is. Deze vijf speerpunten spelen dan ook een belangrijke rol in deze nota. In hoofdstuk 6 zal hier uitgebreider op worden ingegaan.

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

##### **Roken:**

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

##### **Schadelijk alcoholgebruik:**

Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992;

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

##### **Overgewicht:**

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

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

##### **Diabetes:**

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

Daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties.

##### **Depressie:**

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

## **Kaderbrief 2007-2011**

Inmiddels is duidelijk geworden dat nieuwe strategieën, soms van nieuwe actoren en partijen, nodig zijn om de gezondheidsproblemen van de 21<sup>e</sup> eeuw het hoofd te bieden. Deze zijn vastgelegd in de kaderbrief 2007-2011, die op 24 september 2007 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Met de kaderbrief 2007-2011 zet het kabinet de agenda voor het gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Daarnaast wordt in de brief ingegaan op de preventieadviezen van het interdepartementaal beleidsonderzoek, het College voor zorgverzekeringen, de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de artsenorganisatie KNMG.

De volgende hoofdlijnen worden in de kaderbrief onderscheiden:

- koesteren en innoveren
- een samenhangend en integraal gezondheidsbeleid
- het verbinden van preventie en zorg
- en in de bestuurlijke omgeving: verbinden, samenwerken en vernieuwen

## **Veranderingen op het gebied van zorg, welzijn en dienstverlening**

De belangrijkste veranderingen op het gebied van zorg, welzijn en dienstverlening zijn: een nieuwe zorgverzekeringswet, modernisering van de AWBZ en met name de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

### Zorgverzekering

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

### Modernisering AWBZ

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

### De invoering van de WMO

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



De Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten zijn opgegaan in de WMO. Nieuw zijn de onderdelen die vanuit de AWBZ naar de gemeente zijn overgeheveld. Ook is de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) van de WCPV overgeheveld naar de WMO, vanwege de relatie met maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid. Enige uitzondering is het onderdeel 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen'. Dit blijft in de WCPV.

Met de invoering van de WMO en de daarmee gepaard gaande aanpassingen in de AWBZ wil het kabinet de volgende doelstellingen realiseren:

1. het veilig stellen van de zware en langdurige zorg in de toekomst;
2. de beheersing van de groei in de zorguitgaven;
3. het herstellen van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers;
4. het bevorderen van samenhang in lokaal beleid en lokale uitvoering;
5. het realiseren van noodzakelijke en laagdrempelige ondersteuning dichtbij.

De WMO kent de volgende uitgangspunten:

1. De eigen, individuele verantwoordelijkheid. Iedere burger is zelf verantwoordelijk voor het regelen van zaken die nodig zijn om te participeren, met steun van zijn eigen sociale netwerk.
2. De "civil society": burgers zijn niet alleen verantwoordelijk voor zichzelf maar ook voor elkaar. Men wordt geacht elkaar waar nodig te helpen. De gemeentelijke overheid stimuleert en faciliteert dit volgens de wet waar nodig.
3. Algemene lokale voorzieningen. Elke gemeente moet voorzien in een collectief ondersteuningsaanbod waar alle burgers gebruik van kunnen maken. In dit kader moet gedacht worden aan instellingen voor sociaal-cultureel werk, algemeen maatschappelijk werk, sport, cultuur en recreatie.
4. Specifieke voorzieningen. Elke gemeente moet voorzien in een persoonsgericht ondersteuningsaanbod voor kwetsbare burgers die, ondanks eigen inspanningen en ondanks ondersteuning van derden, geen oplossingen kunnen vinden. Dit kan liggen op vele levensterreinen die te maken hebben met zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie zoals bevorderen van mobiliteit, woningaanpassingen, huishoudelijke verzorging, praktische hulp, dagbesteding e.d.
5. Een grote mate van beleidsvrijheid voor de gemeente. De gemeente is vrij om binnen de aangegeven kaders te kiezen welke lokale voorzieningen hun bijdrage kunnen leveren en welke zij wil ondersteunen. De gemeente wordt verantwoordelijk voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van deze voorzieningen.
6. De gemeente stelt het eigen WMO-beleid vast in samenspraak met zijn burgers en de lokale politiek. Afspraken worden vastgelegd in verordeningen.
7. De gemeente voert de regie over een samenhangend stelsel van wonen, zorg en welzijn op lokaal niveau.

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

## ***Positie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)***

### *Landelijke coördinatie collectieve preventie*

Binnen het RIVM worden vijf expertisecentra ingericht met regisserende en coördinerende taken ten aanzien van onderdelen van de openbare gezondheidszorg. Deze bundeling van kennis en regie bij het RIVM moet leiden tot een grotere effectiviteit van de openbare gezondheidszorg. Het gaat om de volgende vijf centra: een Centrum voor Infectieziektenbestrijding (CIB), een Centrum voor Bevolkingsonderzoek en Keten zorg (CBK), een Centrum voor Jeugdgezondheidszorg (CJGZ), een Centrum voor Gezond Leven (CGL) en een Centrum Gezondheid, Milieu en Veiligheid (CGMV). De overheid kiest voor meer landelijke coördinatie van bepaalde collectieve preventietaken. Voor het bevorderen van gezond gedrag heeft het Centrum Gezond Leven een grote waarde.

### *Centrum Gezond Leven*

Per 1 juni 2007 is het Centrum Gezond Leven van start gegaan. Het Centrum Gezond Leven is een samenwerkingsverband van het RIVM en gezondheidsbevorderende organisaties. Doel van het centrum is het gebruik bevorderen van landelijk ontwikkelde leefstijlinterventies. Het centrum ondersteunt de professional, werkzaam bij GGD'en en andere lokale organisaties, door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit en samenhang.

### *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)*

Het RIVM voorziet de overheid en zorgsector van de nodige informatie over volksgezondheid en zorg in Nederland. Het Centrum voor VTV van het RIVM publiceert de verzamelde informatie via websites<sup>5</sup> en rapporten. De belangrijkste ontwikkelingen worden elke vier jaar samengebracht in een VTV. In de recente uitgave van 2006 luiden de belangrijkste bevindingen als volgt:

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

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

---

<sup>5</sup> Het Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)) biedt informatie over gezondheid en ziekte, gezondheidsdeterminanten, preventie, zorg, demografische en sociaal-economische ontwikkelingen in onze maatschappij.

De Nationale Atlas Volksgezondheid ([www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)) brengt de Nederlandse volksgezondheid en zorg letterlijk in kaart. De Atlas toont de geografische spreiding van allerlei aspecten omtrent gezondheid, factoren die de gezondheid beïnvloeden, zorg en preventie.

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

#### Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid en Jeugdgezondheid

De huidige VTV levert niet voldoende input voor betrouwbare informatie voor lokale en regionale overheden, gezien het primair nationale karakter. GGD'en vormen samen een landelijk dekkend netwerk en rapporteren over de gezondheid en zorg in gemeenten. Echter, door verschillen in dataverzameling, analyse, interpretatie en presentatie is de vergelijkbaarheid van lokale gegevens met cijfers uit de nationale VTV en met andere gemeenten vaak lastig. Hierdoor kan bovendien onnodig verschil in prioritering van gezondheidsproblemen tussen regio's ontstaan. De ontwikkeling van een nationale en lokale monitor Volksgezondheid en monitor Jeugdgezondheid<sup>6</sup> moet dit verhelpen. Beide monitors zijn erop gericht lokale en regionale databronnen van GGD'en en thuiszorgorganisaties te harmoniseren, zodat onderlinge 'benchmarking' mogelijk wordt. Het project monitor Volksgezondheid wordt uitgevoerd door GGD Nederland en het RIVM. In het project monitor Jeugdgezondheid participeren naast GGD Nederland ook de ActiZ, organisatie van zorgondernemers, en TNO Kwaliteit van Leven. In de regio Zuid-Holland Noord zal in 2008 een jongerenmonitor worden gehouden, resultaten hiervan worden verwacht in 2009.

---

<sup>6</sup> Zie ook [www.monitorgezondheid.nl](http://www.monitorgezondheid.nl)

## Bijlage 4 Overzicht professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen

Onderstaand vindt u een overzicht van professionele gezondheidsorganisaties en maatschappelijke voorzieningen die lokaal en/of in de regio beschikbaar zijn voor de inwoners van Zoeterwoude:

<b>Nuldelijnsgezondheidszorg</b>	<b>Verzorgingsgebied</b>	<b>Aanvullende informatie</b>
GGD Zuid-Holland Noord	Regionaal	Zie overzicht van taken in bijlage 8
Thuiszorg Groot Rijnland	Regionaal	Consultatiebureau
GHOR	Regionaal	Taken op het gebied van ongevallen- en rampenbestrijding
Ambulancevervoer	Regionaal	
<b>Eerstelijnsgezondheidszorg</b>	<b>Verzorgingsgebied</b>	<b>Aanvullende informatie</b>
Huisarts	Lokaal	
Tandarts	Lokaal	
Fysiotherapeut	Lokaal	
Apotheker	Lokaal	
Logopedist	Lokaal	
Verloskundige	Lokaal	
Thuiszorg Groot Rijnland	Regionaal	Huishoudelijke verzorging, verpleging, dieetadvies, alphahulpverlening en advies/instructie/voorlichting
Take Good Care	Regionaal	Dienstverlening op het gebied van huishoudelijke hulp, verzorging, verpleging en kraamzorg.
Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	Regionaal	Geeft indicaties af voor alle vormen van gefinancierde zorg
Alg. Maatschappelijk Werk Midden Holland	Regionaal	Hulp, informatie, advies en psychosociale begeleiding.
Zorgloket	Lokaal	Aanvragen thuiszorg, verzorgingshuiszorg, verpleeghuiszorg.
Stichting Hulpverlening Anticonceptie en Seksualiteit	Regionaal	Laagdrempelige hulpverlening op het totale gebied van seks, seksualiteit en geslachtsorganen.
<b>Tweedelijnsgezondheidszorg</b>	<b>Verzorgingsgebied</b>	<b>Opmerkingen</b>
GGZ Leiden e/o. GGZ Rijnstreek	Regionaal	Een breed pakket van behandel mogelijkheden, verzorging en begeleiding op GGZ-terrein
Ziekenhuizen	Regionaal	Inwoners gaan naar ziekenhuizen in Leiden, Leiderdorp, Alphen a/d Rijn, Gouda en Woerden
Zorg voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten	Lokaal/ Regionaal	Locaties van de Gemiva-SVG Groep
Verzorgingshuis	Lokaal	Emmaus
Verpleeghuizen	Regionaal	Inwoners van Zoeterwoude maken gebruik van verpleeghuisvoorzieningen in Leiderdorp
Parnassia verslavingszorg	Regionaal	Ambulante, poliklinische en klinische zorg, deeltijdbehandeling, preventieactiviteiten en justitiële verslavingszorg
<b>Maatschappelijke organisaties</b>	<b>Verzorgingsgebied</b>	<b>Opmerkingen</b>
Katholieke Bond voor Ouderen (KBO)	Lokaal	bieden welzijnactiviteiten aan zoals contactmiddagen, uitgaansdagen en feestelijke bijeenkomsten en behartigen de belangen van ouderen.
Maaltijdaanbieders	Lokaal	Wanneer mensen door omstandigheden tijdelijk of langdurig niet meer in staat zijn om te koken, kunnen maaltijden aan huis worden bezorgd.

Maatschappelijke organisaties	Verzorgingsgebied	Opmerkingen
Stichting MEE	Regionaal	Zij biedt informatie, advies en ondersteuning aan alle mensen met een beperking. Het kan hierbij gaan om een lichamelijke of verstandelijke handicap, een chronische ziekte, een ontwikkelingsachterstand of een vorm van autisme.
Vriendendienst Zuid-Holland Noord	Regionaal	stimuleren van het welzijn van mensen met een langdurende psychiatrische handicap door het bevorderen van de integratie en maatschappelijke participatie in de samenleving
Nationale vereniging De Zonnebloem	Lokaal/ Landelijk	Hulp van vrijwilligers aan langdurig zieken, lichamelijk gehandicapten en hulpbehoevende ouderen.
Nederlandse Rode Kruis	Lokaal/ Landelijk	Hulp aan mensen in nood, ouderen, mensen met een chronische ziekte of handicap
Stichting Hospicegroep	Regionaal	Hulp van vrijwilligers aan mensen in de laatste fase van hun leven.
Rosa Manus	Regionaal	Hulp aan vrouwen in een crisissituatie
Stichting Terminale Thuiszorg in Leiden e.o.	Regionaal	Vrijwilligers bieden ondersteuning aan mensen van wie het levenseinde nabij is en die thuis in de eigen omgeving willen sterven. De vrijwilliger neemt een aantal taken voor zijn rekening: verzorgende taken: verschoneren, helpen met eten en drinken e.d. begeleidende taken: luisteren, meeleven, aanwezig zijn voor zowel patiënt als familie.
Binnenvest in Leiden	Regionaal	Hulpverlening aan dak- en thuislozenzorg, Verslaafdenzorg. Beschikt over een slaaphuis waarin daklozen de nacht kunnen doorbrengen, een sociaal pension en een dienstencentrum. Ook wordt hier de crisisopvang en begeleid wonen projecten geregeld.
Opvoedbureau	Lokaal/regionaal	Ouders en verzorgers kunnen hier terecht met vragen over gedrag, ontwikkeling en opvoeding van kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar.
Bureau Informele Zorg (BIZ) in Leiden	Regionaal	Biedt ondersteuning aan mantelzorgers
Team Sociale Zaken gemeente Zoeterwoude	Lokaal	Verzorgt de uitvoering WMO

## Bijlage 5: Gezondheids situatie in de gemeente Zoeterwoude

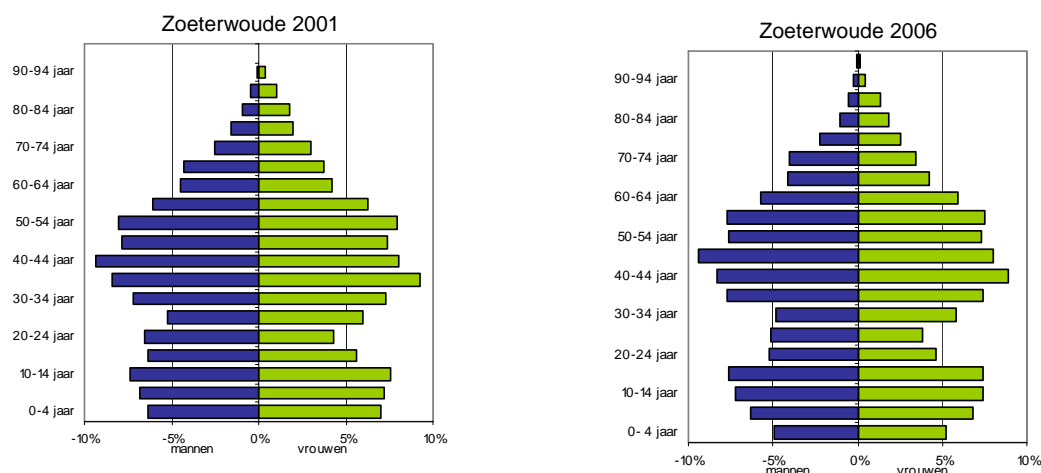
Deze bijlage geeft een uitgebreide beschrijving van de huidige (gezondheids)situatie van de bevolking in Zoeterwoude. Het geeft weer in welke mate ziekten en risicofactoren aanwezig zijn in de gemeente. Er wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt van gemeentelijke cijfers. Als deze niet aanwezig zijn worden gegevens van een aantal gemeenten samengenomen (cluster van de gemeenten Alkemade, Jacobswoude, Nieuwkoop, Rijnwoude en Zoeterwoude) of er worden regionale en landelijke cijfers gebruikt<sup>7</sup>.

Naast de vijf speerpunten van het ministerie worden in deze bijlage de volgende ziekten of aandoeningen nader bekeken: hart- en vaatziekten, kanker, ernstige luchtwegaandoeningen, overige psychische stoornissen en beperkingen. De keuze voor deze aandoeningen is gemaakt op grond van landelijke informatie wat de meest voorkomende ernstige ziekten en aandoeningen zijn, waar mensen relatief jong aan sterven of welke ziekten erg ingrijpend zijn. Ook is van belang of de ziekte beïnvloedbaar is door gemeentelijk beleid.

Vervolgens worden nog enkele andere risicofactoren die deze ziekten beïnvloeden behandeld. Waar mogelijk wordt vergeleken met de regio Zuid-Holland Noord en Nederland en wordt de regionale en landelijke trend over de afgelopen periode en de toekomst besproken. Tot slot wordt aandacht besteed aan het zorggebruik.

### Leeftijd

Van de bevolking in Zoeterwoude is in 2006 27% jonger dan 20 jaar en 13% is 65 jaar of ouder. De leeftijdsopbouw in de Zoeterwoude komt vrijwel overeen met die van Nederland. Vergeleken met 2001 is in de bevolkingspiramide van 2006 te zien dat het aandeel 55-64 jarigen in 2006 groter is dan in 2001. Verwacht wordt dat in 2025 in Zoeterwoude 20% van de bevolking jonger is dan 20 jaar en 23% 65 jaar of ouder. Doordat de verwachting is dat het inwonersaantal in Zoeterwoude in 2025 met 8,4% gegroeid is, zal het aantal jongeren toenemen met 13% (tot ongeveer 2500), terwijl het aantal 65-plussers met 1760 personen stijgen (tot bijna 3000 in 2025). Dit is een bijna tweeënhalve keer zo groot aantal als in 2006.



Levensverwachting in Zuid

<sup>7</sup> De informatie komt uit verschillende bronnen. Er is onder andere gebruik gemaakt van de gezondheidspeilingen van de GGD (jongeren 1998 en 2003, volwassenen 2000 en 2005 en ouderen 2005) en de websites van het CBS en het RIVM. Vanaf eind 2007 zullen de regionale cijfers via de website 'Gezondheidsatlas Hollands Midden' van de GGD beschikbaar zijn.

d-Holland Noord is hoger dan in Nederland als geheel. Mannen hebben een levensverwachting van 76 jaar (ruim een half jaar hoger dan landelijk). Voor vrouwen is de levensverwachting 81 jaar (bijna een half jaar hoger dan landelijk). De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is in de regio zelfs nog gunstiger dan in Nederland: gemiddeld 64 jaar versus 61 jaar in Nederland. Deze leeftijd is voor vrouwen en mannen gelijk. De verwachting is dat de levensverwachting tot 2050 voor mannen met drie jaar toeneemt, voor vrouwen met anderhalf jaar.

### Sterfte

Als rekening wordt gehouden met verschillen in leeftijds- en geslachtsopbouw tussen Zoeterwoude en Nederland, dan blijkt dat zowel voor mannen als vrouwen de totale sterfte in Zoeterwoude ongeveer gelijk is aan de sterfte in Nederland. De sterfte in de regio, en dus ook in Zoeterwoude, is lager dan gemiddeld in Nederland.

### Algehele gezondheid

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

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

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

*m = mannen, v = vrouwen*

*bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid*

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

### Ervaren gezondheid

Van de volwassenen tot 65 jaar beoordeelt 92% in het cluster met Zoeterwoude zijn/haar eigen gezondheid positief en 79% van de ouderen vanaf 65 jaar. Van de jongeren is dit 91%. Deze percentages liggen, behalve voor jongeren, boven de landelijke percentages (80% voor volwassenen, 67% voor ouderen en 92% van de jongeren). De eigen gezondheid wordt vaker als matig of slecht ervaren door lageropgeleiden, uitkeringsgerechtigden en alleenstaanden.

## Chronische ziekten en aandoeningen

Chronische aandoeningen en ziekten komen in het cluster met Zoeterwoude voor bij 42% van de volwassenen van 19-64 jaar en bij 81% van de zelfstandig wonende 65-94 jarigen. Bij jongeren is de vraag naar ziekten en aandoeningen anders gesteld, waardoor er geen vergelijkbaar percentage te geven is. In de tabel hiernaast staan de meest voorkomende chronische ziekten en aandoeningen in de regio voor de betreffende leeftijdsgroepen.

## Specifieke ziekten en aandoeningen

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

## Hart- en vaatziekten

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

## Vóórkomen

Van de volwassenen tot 65 jaar in het cluster met Zoeterwoude heeft 2,2% ziekten aan de kransslagaders, beroerte of hartfalen (mannen 3x zo vaak als vrouwen), bij de zelfstandig wonende 65-plussers is dit 16%. Beroerten en hartfalen komen even vaak voor in Zuid-Holland Noord als in Nederland, maar er zijn minder acute hartinfarcten (onderdeel van ziekten aan de kransslagaders) in de regio.

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

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste groep van doodsoorzaken, zowel in Zoeterwoude als regionaal en landelijk. In de gemeente is de totale sterfte voor 32% het gevolg van sterfte aan hart- en vaatziekten. Vergeleken met Nederland sterven in Zoeterwoude even veel personen aan deze ziekten. In ZHN als geheel sterven echter relatief minder personen aan hart- en vaatziekten.

Vrouwen sterven ongeveer even vaak aan hart- en vaatziekten als mannen, maar de soort ziekte verschilt per geslacht. Mannen sterven vaker aan ziekten aan de kransslagaders dan vrouwen. Dit komt doordat de risicofactoren voor deze ziekten vaker bij mannen voorkomen. Daarentegen is bij vrouwen de sterfte aan een beroerte hoger. Een verklaring hiervoor is dat een beroerte vaak pas op hoge leeftijd optreedt en dat er meer vrouwen hoogbejaard zijn dan mannen.

## Risicofactoren

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

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

bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005



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

### **Trend**

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

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

### **Kanker**

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

### **Vóórkomen**

In 2005 had 0,8% van de volwassen bevolking van het cluster met Zoeterwoude een vorm van kanker. Dit percentage loopt binnen de groep volwassenen op naarmate de leeftijd toeneemt. Bij 65-74 jarigen is het regionale percentage 6,8% en bij 74-95 jarigen 8,4%.

gebied	leeftijd	kanker
cluster	19-64	0,8%
	65+	10%
ZHN	19-64	1,4%
	65+	8,1%

bron: Gezondheidspelling ZHN, 2005

In Zoeterwoude sterft 26% van de mensen aan kanker, dit is een even groot deel van de sterfte vergeleken met landelijk. De meest voorkomende soorten kanker zijn longkanker, borstkanker en dikkedarmkanker. In de regio is longkanker bij mannen verreweg de meest gediagnostiseerde kankersoort (10% van alle doodsoorzaken), gevolgd door prostaatkanker (4%). Bij vrouwen met kanker gaat het vaak om borstkanker (6%) en longkanker (3%). Bij overlijden op jongere leeftijd (tussen 20 en 65 jaar) is kanker de belangrijkste doodsoorzaak: de helft van de vrouwen die in deze leeftijdsgroep overlijden, sterft aan kanker (17% aan borstkanker). Bij mannen sterft een derde aan kanker in deze leeftijdsgroep.

### **Risicofactoren**

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

### **Trend**

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

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

### **Astma en COPD**

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

#### ***Vóórkomen***

Van de jongeren van 12-17 jaar uit de cluster met Zoeterwoude heeft 6,2% astma, van de volwassenen tot 65 jaar heeft 9,4% astma of COPD en van de 65-plussers 10% (man en vrouw gelijk). In de regio zijn minder personen die chronische luchtwegaandoeningen hebben vergeleken met Nederland. Luchtwegaandoeningen komen meer voor onder lageropgeleiden en niet-westerse allochtonen.

gebied	leeftijd	astma/COPD
cluster	12-17	6,2%
	19-64	9,4%
	65+	10%
ZHN	12-17	6,3%
	19-64	7,0%
	65+	10%

*bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005*

Twee procent van de personen die overlijden in de gemeente, sterft aan astma of COPD. Dit percentage is lager dan de gemiddelde sterfte in Nederland aan astma of COPD (5%). Regionaal sterven mannen hieraan twee keer zo vaak als vrouwen.

#### ***Risicofactoren***

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

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

#### ***Trend***

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

## Diabetes

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

### Vóórkomen

Een klein deel van de 12-26 jarige jongeren in het cluster met Zoeterwoude geeft aan diabetes te hebben (0,2%). Bij de volwassenen is dit 2,9% en bij de 65-plussers 11%. In de regio komt dit even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Voor Nederland gelden vergelijkbare percentages. De cijfers over het aantal mensen dat overlijdt aan diabetes zijn onbetrouwbaar omdat deze mensen vaak sterven aan complicaties zoals een hartinfarct of beroerte.

gebied	leeftijd	diabetes
cluster	19-64	2,9%
	65+	11%
ZHN	19-64	2,6%
	65+	12%
NL	19-64	2%
	65+	15%

Gezondheidspeilingen ZHN, 2005

### Risicofactoren

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

### Trend

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

### Psychische stoornissen

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

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

### Vóórkomen

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

In vergelijking tot de regio heeft een lager percentage van de 12-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude een indicatie voor psychosociale problemen (14%). Verder geeft 3,3% aan depressief te zijn, wat overeenkomt met de regio. Van de zelfstandig wonende 19-95 jarigen in de regio heeft ruim éénderde angst- of depressieve klachten. Bij 4% zijn de klachten zó ernstig dat ze een behandeling nodig hebben. De klachten komen op elke leeftijd ongeveer even vaak voor, alleen bij 75-plussers is het percentage hoger.

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

gebied	leeftijd	angst/depressie		ernstig eenzaam
		matig	ernstig	
cluster	19-64	30%	2,7%	--
	65+	36%	2,5%	4,9%
ZHN	19-64	31%	4,5%	--
	65+	34%	4,0%	7,1%

bron: Gezondheidspellingen ZHN, 2005

Een derde van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Zoeterwoude is matig eenzaam (33%) en 4,9% erg eenzaam. Vrouwen zijn vaker ernstig eenzaam dan mannen en met de leeftijd neemt de groep eenzamen toe. Alleenstaanden zijn vaker eenzaam dan ouderen die niet alleen wonen (ruim de helft van de alleenstaanden is eenzaam versus een derde van de samenlevenden), 15% is zelfs ernstig eenzaam. Hoe eenzamer de ouderen zijn, des te vaker hebben ze angst- of depressieve klachten en/of hebben ze aan suïcide gedacht.

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

Relatief weinig mensen met psychische stoornissen sterven hieraan (gemiddeld 20 mannen en 48 vrouwen per 100.000 inwoners). Vergeleken met Nederland sterven in Zoeterwoude ongeveer evenveel volwassenen aan psychische stoornissen. In ZHN is het percentage mannen dat aan psychische stoornissen overlijdt hoger dan in Nederland. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de oververtegenwoordiging van psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten in de regio.

### **Risicofactoren**

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

psychisch welzijn kunnen leiden, zijn onder andere verlies van partner of werkloosheid en hun tegenpolen (een nieuwe relatie, betere baan).

### **Trend**

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

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

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

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

### **Niet-natuurlijke doodsoorzaken**

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

### **Vóórkomen**

Jaarlijks denkt 1,6% van de 12-17 jarigen en 5,4% van de volwassenen in het cluster met Zoeterwoude aan het plegen van suïcide, bij de ouderen is dit 3,6% (vergelijkbaar met ZHN). Slechts een klein deel doet daadwerkelijk een poging (0,3% van de volwassenen in de regio). In de regio sterven gemiddeld 8,7 inwoners per 100.000 inwoners aan suïcide (twee keer zo veel mannen als vrouwen). Deze aantallen zijn vergelijkbaar met Nederland (9,3 per 100.000 inwoners). De sterfte aan suïcide is landelijk het hoogst onder de 45-54 jarigen en 75-plussers.

gebied	leeftijd	suïcide-gedachten
cluster	19-64 65+	5,4% 3,6%
ZHN	19-64 65+	6,5% 3,9%

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

Eén procent van de personen in Zoeterwoude en twee procent van de personen in de regio sterven door een ongeval. Als gekeken wordt naar de sterfte bij 20-65 jarigen, blijkt dat ongevallen een belangrijke doodsoorzaak zijn voor mannen (een tiende van de sterfte in deze leeftijdsgroep). Vergeleken met landelijke cijfers sterven in de regio minder mannen door ongevallen.

### **Risicofactoren**

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

### ***Trend***

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

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

### **Beperkingen**

Van de volwassenen in het cluster met Zoeterwoude voelt 17% zich door één of meerdere chronische ziekten of aandoeningen licht belemmerd en 1,9% sterk belemmerd (lager dan in ZHN) in zijn dagelijkse bezigheden. Bij ouderen is 42% hierdoor licht belemmerd en 10% sterk belemmerd.

### ***Gehoer***

Van de 12-26 jarigen in het cluster met Zoeterwoude gaf 1,7% aan een blijvend slecht gehoor te hebben. Van de zelfstandig wonende ouderen boven de 65 jaar heeft 8,4% een gehoorsbeperking.

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

### ***Gezichtsvermogen***

In het cluster met Zoeterwoude heeft 9,3% van de ouderen een gezichtsbeperking. Uitgaande van de demografische ontwikkelingen zal het aantal personen met gezichtsstoornissen tussen 2000 en 2020 met 47% stijgen.

### ***Mobiliteit***

Naast deze beperkingen is ongeveer een kwart van de zelfstandig wonende ouderen in het cluster met Zoeterwoude mobiliteitsbeperkt en heeft 10% grote moeite of hulp nodig met het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen (bijvoorbeeld wassen, eten).

### Risicofactoren voor ongezondheid

De leeftijd is de sterkste risicofactor voor ongezondheid. Meer ouderen in de samenleving betekent automatisch een toename van ziekten en aandoeningen. Het is echter een risicofactor die beleidsmatig niet te beïnvloeden is (maar wel een waar rekening mee moet worden gehouden). Andere risicofactoren zoals leefgewoonten of de fysieke omgeving zijn wel te beïnvloeden. De risicofactoren die hier worden genoemd hebben een relatie met de bovengenoemde ziekten en aandoeningen en zijn veelal te beïnvloeden door beleid. Net als bij de ziekten wordt ook hier eerst het vóórkomen van de risicofactor in de regio besproken en daarna de trend.

### Leefgewoonten

#### Alcohol

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

Bijna een kwart van de 12-14 jarigen in het cluster met Zoeterwoude drinkt al af en toe alcohol en 81% van de 15-17 jarigen. Ruim 80% van de 19-94 jarigen drinkt alcohol. Zowel meer volwassenen als meer ouderen drinken alcohol in de cluster met Zoeterwoude dan gemiddeld in de regio.

gebied	leeftijd	alcohol drinkers	waarvan vaak en veel <sup>2</sup>
cluster	12-14	23%	1,0%
	15-17	81%	18%
ZHN	12-14	24%	0,6%
	15-17	77%	10%

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

Er wordt veel alcohol gedronken, zowel qua hoeveelheid als frequentie. De 15-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude gaven vaker dan gemiddeld aan minimaal één keer per week meer dan vier glazen alcohol per keer te drinken (18%). Dit percentage zal nu hoger liggen omdat deze gegevens in 2003 zijn verzameld en de jongeren toen tijdelijk minder dronken door prijsstijgingen in de horeca in verband met de invoering van de euro. Het indrinken vóór een bezoek aan de horeca werd ook nog niet zo massaal gedaan als momenteel.

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

<sup>8</sup> Vaak en veel alcohol drinken bij de jongeren is gedefinieerd als minimaal eens per week meer dan vier glazen op één dag drinken.

Het alcoholgebruik in Zuid-Holland Noord is in de afgelopen 5 jaar toegenomen: meer mensen drinken tegenwoordig (met name meisjes en volwassen vrouwen). Ook het aantal glazen per keer is toegenomen: jongeren van 12-14 jaar dronken in 1996 gemiddeld 1,5 glas alcohol per keer, in 2003 was dit bijna 4 glazen. Bij 15-17 jarigen is er ook een toename: van 4,5 naar 6 glazen per keer. Bij meisjes van twaalf tot en met veertien jaar is er landelijk eveneens een toename van het alcoholgebruik in 2003 ten opzichte van 1999. Voor de totale groep middelbare scholieren geldt echter dat het percentage dat alcohol heeft gedronken ongeveer even hoog was als in 1999.

Bij volwassenen is het percentage dat (zeer) excessief drinkt<sup>9</sup> eveneens toegenomen (vooral onder mannen). De landelijke trend is voor volwassenen echter anders: het percentage dat veel alcohol gebruikt is landelijk tussen 1989 en 2003 voor mannen licht gedaald maar voor vrouwen vrijwel niet veranderd.

gebied	leeftijd	alcohol drinkers		waarvan excessief <sup>3</sup> alcoholgebruik	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor	laatste peiling	vijf jaar ervoor
cluster	19-64	90%	86%	22%	15%
	65+	81%	--	8,6%	--
ZHN	19-64	86%	84%	18%	12%
	65+	76%	--	8,0%	--

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

### Roken

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

In het cluster met Zoeterwoude rookt 10% van de jongeren van 12-17 jaar, één op de vijf volwassenen (minder dan in de regio) van 19-64 jaar en 10% van de 65-plussers. In de leeftijdsgroep 19-35 jaar zijn de meeste rokers (regionaal), maar het aantal sigaretten dat men rookt per dag is het hoogst in de leeftijdsgroep 50-64 jaar (gemiddeld 13 sigaretten). Mannen roken meer dan vrouwen; bij de jongeren is er echter geen verschil in roken tussen jongens en meisjes. In de regio roken ongeveer evenveel personen als landelijk.

gebied	leeftijd	roken	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor
cluster	12-17	10%	21%
	19-64	21%	29%
	65+	10%	--
ZHN	12-17	13%	21%
	19-64	25%	31%
	65+	12%	--
NL	12-17	--	--
	19-64	28%	33%
	65+	14%	22%

peiling bij de jongeren vond plaats in 2003 en 1998, bij volwassenen in 2005 en 2000, bij ouderen alleen 2005  
vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN, schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor  
bron: Gezondheidspeilingen ZHN

Vanaf 1980 daalt landelijk het percentage rokers (vooral bij mannen). Na een stabilisatie in de negentiger jaren (op circa 33%), is het percentage rokers de laatste jaren weer gedaald naar 28% in 2005 (15 jaar en ouder). Vooral onder vrouwen van 20 tot 35 jaar en onder mannen van 65 jaar en ouder is het percentage rokers tussen 1980 en 2004 sterk gedaald. In het cluster met Zoeterwoude is er bij de jongeren sprake van een sterk dalende trend (van 21% in 1998 naar 10% in 2003). Ook bij volwassenen is een dalende trend te zien. Bovendien is in de regio het aantal sigaretten per dag in de beide groepen gedaald. Laagopgeleiden roken meer dan hoogopgeleiden en het percentage rokers bij laagopgeleiden is de afgelopen jaren niet veranderd.

### Drugs

<sup>9</sup> Excessief drinken is gedefinieerd als: in één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen tenminste zes glazen.



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

In 2003 gebruikte 3,2% van de 12-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude cannabis. Dit percentage is gedaald ten opzichte van 1998 (6,3%). Het cannabisgebruik is bij 18-26 jarigen het hoogst (9,0%) en dit is gedurende vijf jaar stabiel gebleven. Landelijk is na een stijging vanaf 1988 het actuele cannabisgebruik onder jongens van 12 tot 19 jaar tussen 1996 en 2003 gedaald tot 9%. Bij meisjes in die leeftijdscategorie bleef het cannabisgebruik stabiel.

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

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

Het percentage jongeren dat harddrugs gebruikt is het hoogst bij 18-26 jarigen (4,0% in het cluster met Zoeterwoude) en blijft sinds 1996 stabiel. Er treden wel verschuivingen op in het soort drug: meer cocaïnegebruik en minder heroïnegebruik.

### **Lichamelijke inactiviteit**

In het cluster met Zoeterwoude voldoen bijna vier van de tien volwassenen van 19-64 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen<sup>10</sup> en 8,4% van hen is inactief (minder dan één dag per week 30 minuten bewegen). Onder 65-plussers haalt 42% de norm niet en is 18% inactief. Voor jongeren is de norm veel hoger dan voor volwassenen<sup>11</sup>; van de 12-17 jarigen in het cluster met Zoeterwoude haalt 85% de gestelde norm niet.

gebied	leeftijd	voldoet niet aan Norm Gezond Bewegen	inactief
cluster	19-64	38%	8,4%
	65+	42%	18%
ZHN	19-64	36%	7,8%
	65+	43%	23%
NL	19-64	43%	--
	65+	42%	--

bron: Gezondheidspeilingen ZHN 2005

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

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

<sup>10</sup> De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Matig intensief bewegen omvat lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten maar ook huishoudelijk- of klus-werk wat niet zittend gedaan wordt. De grens van wat 'matig intensief' bewegen is, is lager voor volwassenen vanaf 55 jaar dan voor volwassenen onder de 55 jaar.

<sup>11</sup> De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor jongeren (tot 18 jaar) is zeven dagen per week minimaal een uur matig intensief bewegen, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

### **Ongezonde voeding**

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

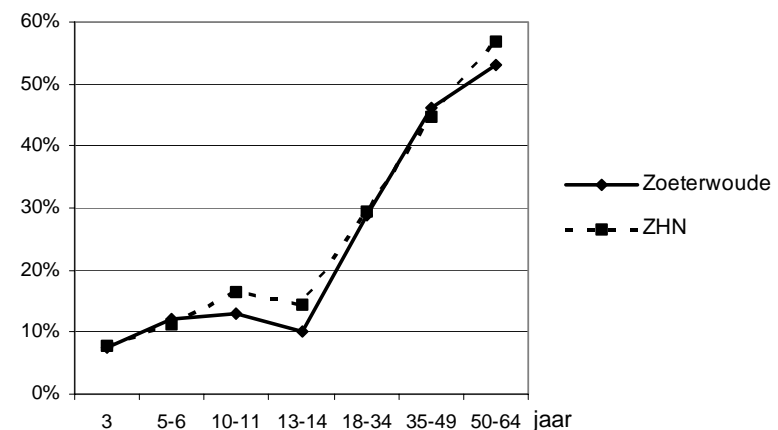
Van de 12-26 jarigen in de regio eet drie kwart niet dagelijks groente en fruit (door de week); het verschilt nauwelijks binnen de leeftijdsgroepen. Bijna één op de vijf jongeren eet door de week vrijwel nooit fruit.

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

### **Overgewicht**

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

Het percentage volwassenen met ernstig overgewicht zal naar schatting de komende 20 jaar met 50% toenemen. Maar ook het percentage mensen met matig overgewicht zal verder stijgen. Deze verwachting is onder andere gebaseerd op de huidige trend bij kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben. De



Percentage overgewicht per leeftijd voor (cluster met) Zoeterwoude en de regio ZHN

omgeving blijft zodanig veranderen dat het steeds eenvoudiger wordt om te kiezen voor een hogere energie-inname en een lager energieverbruik.

Het overgewicht van de inwoners in Zoeterwoude neemt met de leeftijd toe van 7,6% bij 3-jarigen tot 13% bij 10-11 jarigen, waarna er weer een daling te zien is bij oudere tieners. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 53% van de 50-64 jarigen. Ernstig overgewicht vertoont eenzelfde lijn: 1,5% bij de 3-jarigen tot 2,5% bij de 5-6 jarigen, een kleine daling bij de 10-11 en 13-14 jarigen (ongeveer 1,3%) om uiteindelijk uit te komen bij 11% van de 50-64 jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes in de regio vaker overgewicht dan jongens. Vanaf 13 jaar komt overgewicht meer voor bij jongens en mannen.

gebied	leeftijd	overgewicht		waarvan ernstig	
		laatste peiling	vijf jaar ervoor	laatste peiling	vijf jaar ervoor
cluster	12-17	9,0%	11%	0,8%	1,5%
	19-64	44%	43%	8,8%	9,0%
ZHN	12-17	10%	10%	1,3%	1,4%
	19-64	43%	41%	9,2%	7,8%
NL	12-17	17%	9%	--	--
	19-64	46%	45%	11%	10%

peiling bij de jongeren vond plaats in 2003 en 1998, bij volwassenen in 2005 en 2000  
bron: Gezondheidspeilingen ZHN

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

### Fysieke omgeving

De fysieke omgeving waar mensen een groot deel van hun tijd doorbrengen is in de eerste plaats de eigen woning en de woonbuurt. De woningvoorraad in Zoeterwoude bestaat voor 72% uit koopwoningen (59% in ZHN en 56% landelijk). Dit percentage is de laatste zes jaar minder snel toegenomen dan in ZHN (één versus drie procent). Ruim een derde van het oppervlak en circa drie kwart van de woningen in Nederland ondervindt een gecumuleerde geluidbelasting door weg-, rail- en vliegverkeer van meer dan 50 dB(A). Het wegverkeer is hiervan de belangrijkste veroorzaker. Naast hinder kan blootstelling aan geluid ook gezondheidsproblemen veroorzaken die verband houden met slaapverstoring en stressgerelateerde aandoeningen (zoals hart- en vaatziekten).

Ongeveer een derde van de volwassen in het cluster met Zoeterwoude ervaart geluidsoverlast (31%). Het percentage is lager dan vijf jaar daarvoor. Het percentage dat overlast ondervindt van vliegtuigen (14%) is de afgelopen vijf jaar toegenomen; echter de

gebied	leeftijd	geluidsoverlast					
		totaal		brommers		vliegtuigen	
		2005	2000	2005	2000	2005	2000
cluster	19-64	31%	35%	9%	13%	14%	10%
ZHN	19-64	34%	40%	14%	19%	13%	13%

vetgedrukt: verschil t.o.v. gemiddelde ZHN, schuingedrukt: verschil met vijf jaar ervoor  
bron: Gezondheidspeilingen ZHN, 2005 en 2000

geluidsoverlast van brommers is afgenomen (van 13% naar 9,3%). Geluidsoverlast van het overig verkeer, van kinderen, jongeren en burens is afgenomen. Landelijk vertoont de ernstige hinder door het geluid van bromfietsen, snelwegen en bouw- en sloop terreinen vanaf 1993 een stijgende trend. Voor militaire vliegtuigen, personenauto's en bussen is er sprake van een dalende trend. Stankoverlast wordt in de cluster door 9,3% van de volwassenen gemeld, dit is de afgelopen vijf jaar gelijk gebleven. Landelijk daalt het percentage volwassenen dat geurhinder ondervindt van verkeer of industrie (van 23% in 1990 naar 14% in 2004).

## **Sociale omgeving**

### ***Opleiding, inkomen en werk***

Landelijk en in de regio is ongeveer een derde van de inwoners laag opgeleid; zij hebben hooguit mavo of voorbereidend beroepsonderwijs (respectievelijk 32% en 33%). Het percentage dat laag opgeleid is, daalt in de regio snel: vijf jaar daarvoor was dit nog 37%. Het percentage leerlingen zonder startkwalificatie, ofwel een afgeronde beroepsopleiding op mbo 2-niveau of een havo/vwo-diploma, is landelijk de laatste jaren afgenomen. Het percentage voortijdig schoolverlaters (gedefinieerd als 18-24 jarigen zonder startkwalificatie die geen opleiding volgen) was in 1996 18% en in 2004 15%. In de regio had 18% van de 18-26 jarigen in 2003 geen startkwalificatie, dit percentage is gelijk aan 1998.

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

Bijna een kwart van de 19-64 jarigen (24%) in het cluster met Zoeterwoude heeft moeite om financieel rond te komen en 17% van de 65-plussers. Vijf jaar daarvoor gaven minder volwassenen aan dat zij moeite met rondkomen hadden (15%). Deze toename geldt voor alle lagen van de bevolking.

Schulden vormen geen probleem als men deze binnen de gestelde termijn kan aflossen. Problemen ontstaan als de betalingsachterstanden oplopen. Volgens het NIBUD zijn de schulden *risicovol* als er meer dan drie schuldeisers zijn, als een betalingsachterstand twaalf maanden of langer heeft geduurd, als een betalingsachterstand groter is dan duizend euro of als men tenminste één van de betalingsachterstanden niet zelfstandig binnen twaalf maanden kan oplossen. De schulden worden *problematisch* als twee of meer van bovenstaande situaties gelden. Vier procent van de 19-64 jarigen in het cluster met Zoeterwoude heeft een risicovolle of problematische schuld (waarvan ruim de helft problematisch). Voor ouderen is dit percentage lager (1,0%). In de regio ZHN is het percentage volwassenen met een risicovolle of problematische schuld hoger. Het percentage in ZHN is het hoogst bij 19-34 jarigen (8,9%) en het laagst bij 65-plussers (1,5%).

### ***Alleenstaanden***

In Zoeterwoude woont 8,0% van alle inwoners alleen, een kwart van de alleenstaanden is ouder dan 65 jaar. Regionaal is ruim de helft van de alleenstaande ouderen eenzaam (15% erg eenzaam), vergeleken met een derde van de niet-alleen wonende ouderen. Van de alleenstaande ouderen die daarnaast ook één of meerdere lichamelijke beperkingen of chronische ziekten hebben en moeite hebben met rondkomen (2% van de 65-74 jarigen en 5% van de 75-plussers) is zelfs een kwart erg eenzaam.

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

### ***Eenoudergezinnen***

In Zoeterwoude staat bij 12% van de gezinnen met kinderen één ouder aan het hoofd (lager dan in ZHN). Nederland heeft een nog hoger percentage eenoudergezinnen (18%). In Zoeterwoude is het percentage, net als landelijk en in de regio, met ongeveer twee procent gestegen. Deze toename was (landelijk) vooral groot onder allochtonen. In een derde van de eenoudergezinnen in Nederland is de ouder allochtoon. Van de Surinaamse en Antilliaanse kinderen leeft 40-50% vanaf de geboorte in een gezin met één ouder, onder autochtone kinderen geldt dit voor 9%.

### ***Allochtonen***

Alle personen waarvan tenminste één ouder in het buitenland is geboren, rekt men tot de allochtonen. In vergelijking met landelijke cijfers, zijn in Zoeterwoude zowel minder westerse (5,7 versus 8,8%) als niet-westerse allochtonen (3,3% versus 11%). Vanaf 1995 is het percentage niet-westerse allochtonen zowel in Zoeterwoude als in de regio en landelijk toegenomen. Binnen deze groep is in de regio het aandeel van Turken, Marokkanen, Surinamers en Antillianen afgenomen van 67% in 1995 naar 57% in 2005. Deze trend is ook landelijk te zien, maar de daling gaat minder snel en het aandeel van deze bevolkingsgroepen ligt landelijk hoger. Deze daling is te verklaren doordat veel kinderen uit deze bevolkingsgroepen inmiddels van de derde generatie zijn (en dus niet meer voldoen aan de definitie van allochtoon).

De verwachting is dat in 2025 zowel het percentage westerse- als niet westerse allochtonen in Zoeterwoude is gestegen (naar 15% westerse en 18% niet-westerse allochtonen).

### ***Huiselijk geweld***

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

### ***Zorggebruik***

#### ***Lichamelijke gezondheidszorg***

Bijna drie kwart van de volwassenen in het cluster met Zoeterwoude (71%) heeft in het voorafgaande jaar contact gehad met de *huisarts*. Dit is ongeveer gelijk aan ZHN (72%). Van de zelfstandig wonende 65-plussers in het cluster met Zoeterwoude is dit 82%. De helft van de ouderen had in de voorafgaande twee maanden contact met de huisarts en één vijfde zelfs drie keer of meer in die periode.

In ZHN raadpleegde een kwart van de 19-34 jarigen en ruim de helft van de 75-94 jarigen het voorafgaande jaar een *medisch specialist* (65%). Een op de zes 19-34 jarigen had contact met een *paramedicus*. Dit loopt op tot een op de drie 75-94 jarigen, met name fysiotherapeut (24%) en diëtist (8,6%). De *tandarts* wordt het meest bezocht door 19-49 jarigen (ongeveer 80%), daarna daalt het percentage tot 33% bij 75-94 jarigen.

#### ***Geestelijke gezondheidszorg***

Het contact met geestelijke gezondheidszorg (GGZ) of maatschappelijk werk is onder 12-26 jarigen in de regio het dubbele van dat onder 65-plussers (9,6% versus 4,5%). Volwassenen in het cluster met Zoeterwoude hebben minder vaak de GGZ/AMW bezocht dan gemiddeld in ZHN (4,2% versus 8,0%). Respondenten met ernstige angst- of depressieve klachten zouden in contact moeten komen met de GGZ of maatschappelijk werk. Het percentage van deze

doelgroep dat daadwerkelijk gebruik maakt van de geestelijke zorg neemt af met toenemende leeftijd: van de 19-64 jarigen heeft 35% van deze groep het voorafgaande jaar contact gehad met een hulpverlener, onder 65-74 jarigen is dit 22% en onder 75-plussers 13%. Vrouwen hebben vaker contact gehad met de GGZ dan mannen.

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

### ***Verzorgings- en verpleeghuis***

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

In Zoeterwoude bevindt zich het (psychogeriatrisch) verzorgingshuis Emmaus, welke onderdeel is van zorgnet Groenwoude. Emmaus heeft een aanbod van 52 appartementen, waarvan 49 éénpersoonswoningen en drie tweepersoonswoningen. Ook beschikt Emmaus over 58 aanleunwoningen.

### ***Thuiszorg***

Van de volwassenen in het cluster met Zoeterwoude heeft 0,7% het voorafgaande jaar gebruik gemaakt van de *thuiszorg* (onder andere wijkverpleegkundige, gezinsverzorging of alfahulp). In de cluster met Zoeterwoude neemt dit snel toe met de leeftijd van 4,3% van de 65-74 jarigen en 23% van de zelfstandig wonende 75-94 jarigen. Oudere vrouwen, alleenstaanden (met name verweduwen) en laagopgeleiden maken vaker gebruik van de thuiszorg.

### ***Mantelzorg***

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

Van de 19-94 jarigen in het cluster met Zoeterwoude heeft 14% het voorafgaande jaar mantelzorg gegeven. Het geven van mantelzorg is afhankelijk van de leeftijd. Van de 19-34 jarigen in ZHN geeft 7,9% mantelzorg. Dit loopt op tot 22% van de 50-64 jarigen. Daarna daalt het percentage weer (15% bij zelfstandig wonende 65-74 jarigen en 10% bij 75-94 jarigen).

Eveneens dertien procent van de 65-plussers in het cluster met Zoeterwoude heeft het voorafgaande jaar mantelzorg ontvangen (regionaal 6,0% van de 65-74 jarigen en een kwart van de 75-94 jarigen). Bij ruim de helft betrof het huishoudelijke hulp. Ruim de helft van de volwassen mantelzorgers geeft hulp aan de (schoon)ouders. Hulp aan een kind of partner komt veel minder vaak voor. De ouderen geven voornamelijk mantelzorg aan hun kind(eren) (ruim de helft) en een derde geeft mantelzorg aan hun partner. Alleenstaande ouderen en laagopgeleide ouderen geven minder vaak mantelzorg en krijgen dit vaker.

### ***Preventieprogramma's***

Veel inwoners van Zoeterwoude maken gebruik van preventieprogramma's (zoals het Rijksvaccinatieprogramma (voor vaccinaties bij kinderen) en de griepprik voor risicogroepen van de bevolking en voor alle 65-plussers). Zo is 96% van de 9-jarigen in Zoeterwoude gevaccineerd tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (D(K)TP) en 98% tegen bof, mazelen en rode hond (BMR). En van de 65-plussers is 95% de afgelopen winter gevaccineerd tegen griep. Ook de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker kennen een hoog opkomstpercentage (respectievelijk 78% en 76%). De percentages stijgen jaarlijks langzaam.

## **Bijlage 6      Gezond en duurzaam bouwen**

---

Een groot deel van het gezondheidsverlies en de gezondheidswinst in Nederland hangt samen met biologische determinanten en met leefstijl. De fysieke omgeving als factor voor gezondheid is weliswaar kleiner dan biologische determinanten, maar duidelijk aanwijsbaar. Enerzijds leiden bepaalde fysieke omstandigheden tot hinder, stress en depressie, ziekte en invaliditeit, en tot de dood. Anderzijds leiden bepaalde omstandigheden tot ontspanning, tevredenheid, herstel van ziekte, meer vitaliteit en vrijheid, en gezonder gedrag op andere terreinen.

Gemeenten kunnen gezondheid als thema kiezen op nieuwbouwlocaties. Een aantal concepten voor gezonde woningen zijn: *Gezonder binnenmilieu*, *Allergeen-arme woning*, *Zorgwoning*, *Stiltewoning* en *Frisse woning*. De doelgroep voor een Gezonder binnenmilieu is breed. Allergeenarme woningen zijn bedoeld voor mensen met een allergie. Allergieën komen voor in ongeveer de helft van de gezinnen. Een Zorgwoning is levensloopbestendig en geschikt voor iemand met een handicap. Een Stiltewoning is aantrekkelijk voor wie de omgeving niet wil horen, maar ook voor mensen met veel eigen muziek of ander geluid. Een Frisse woning is bedoeld voor mensen die graag schoon willen wonen of die roken, modelbouwen of op een andere manier het binnenmilieu extra verontreinigen. De concepten zijn gemakkelijk om te zetten in een Programma van Eisen.

De aandacht voor gezondheid in een vroeg planstadium van woningbouwplannen biedt de beste kansen om gunstige resultaten te boeken tegen de laagste investeringen. GGD Hollands Midden kan adviseren over de mogelijkheden van de overheid om met resultaat, vaak vrij gemakkelijk en betaalbaar, (extra) gezondheidskwaliteit te bewerkstelligen bij de woningbouw. Zo kunnen ruimtelijke plannen op hun gevolgen voor de gezondheid getoetst worden met behulp van het GES-instrument: een *Gezondheids Effect Screening* door of in overleg met de GGD. In belaste gebieden kunnen nieuwbouw- of renovatieplannen mede gericht worden op een gezond binnenmilieu.

### **Toezicht nieuwbouw**

Ook bij het verlenen van bouwvergunningen en bij het realiseren van gebouwen kunnen gemeenten specifieke aandacht schenken aan onderdelen die voor de gezondheid van belang zijn, zoals de ventilatiecapaciteit, de toevoer van lucht voor verbrandingstoestellen, de rookgasafvoer en de plaatsing van de bovendakse afvoer. Steekproefsgewijs is er controle nodig van de luchtdichtheid van de vloer boven een kruipruimte, de geluidwering van de gevels en de concentratie formaldehyde. Daarnaast is het raadzaam om controle van de leidingwaterkwaliteit en de geluidproductie van het eigen ventilatiesysteem te organiseren.

### **Programma “Gezond Bouwen” van de GGD**

In het GGD-programma ‘Gezond Bouwen’ zijn activiteiten in eerste instantie toegespitst op:

- woningbouw,
- de bouw van scholen en kinderdagverblijven,
- de bouw van huisvesting voor ouderen (verpleeghuizen, seniorenwoningen).

Daarnaast zal aandacht uitgaan naar de bouw van clubhuizen met multifunctioneel gebruik, omdat uit praktijkervaring is gebleken dat gebouwen vaak niet op verschillende functies zijn ingesteld.



### ***Actuele ontwikkelingen die van invloed zijn op de prioriteiten in dit programma***

- Thema's die centraal staan zijn *Bewegingsbevordering, Lucht en Geluid* (zowel binnen als buiten). Deze thema's sluiten goed aan bij grote kwesties waar gemeentebesturen en de bouw op dit moment mee zitten. Deze kwesties gaan vaak over 'bouwen op luchtbelaste locaties', luchtkwaliteitplannen en programma's voor levensloopbestendige woningen. De GGD wil proberen deze actuele thema's breder te trekken, dus bijvoorbeeld werken aan woningbouw met een beter binnenmilieu (*Lucht, Klimaat en Geluid*; in combinatie met *Gebruiksvriendelijkheid*) en aan *Bereikbaarheid en Toegankelijkheid* van publieke en zorgvoorzieningen.
- Projecten rondom binnenmilieu kunnen strategisch ingezet worden met de milieudienst samen, zodat er geen onnodige 'concurrentie' plaatsvindt met het thema *Energie*. Alleen al vanwege de *Betaalbaarheid* van energiekosten is dit klassieke milieuthema nu ook een sociaal thema aan het worden.
- Een andere actuele kwestie betreft de *Straling* van GSM- en UMTS-masten, hoogspanningslijnen en transformatorstations. Advies hieromtrent kan in het kader van Gezond Bouwen en Wonen worden uitgebreid naar het beïnvloeden van stedenbouwkundige plannen, bestemmingsplannen en dergelijke.
- Vanuit de gezondheidssector wordt op dit moment veel aandacht gevraagd voor meer bewegen, zoals het bevorderen van ruimtelijke voorwaarden voor meer en plezierig bewegen (*Mobiliteit*). Dit kan worden gecombineerd met aandacht voor ruimtelijke voorwaarden voor ontmoetingen tussen bewoners en bevolkingsgroepen in wijken, als bijdrage aan het tegengaan van vereenzaming en het bevorderen van integratie, en voor ruimtelijke voorwaarden voor spelen (*Ruimte, Toegankelijkheid, Veiligheid, Sfeer & Identiteit, Groen* en andere).
- Daarmee in samenhang: op korte termijn valt er vanuit gezondheidsonderzoek naar verwachting nieuws te verwachten over *Groen* en over *Licht & Zicht*. Dit zijn thema's die veel minder als bedreiging en veel meer als kans kunnen worden gezien door de bouwsector. Daarom is het idee ook rond deze thema's een toepassingsproject te zoeken. Het kan nodig zijn hiervoor een externe deskundige te betrekken, die in naam van de GGD kan adviseren.
- GGD Nederland heeft begin 2006 een Richtlijn Gezonde Woningbouw uitgegeven, waarin vier *concepten voor nieuwe woningen* zijn uitgewerkt: de allergeenarme woning, de stiltewoning, de zorgwoning en de frisse woning. Wanneer zich een goede gelegenheid voordoet binnen een bepaald project, ligt het voor de hand in te zetten op de realisatie van een aantal woningen volgens één van deze concepten.

### **Tijdig aanhaken**

Hoe eerder in het planproces milieu en gezondheid worden ingebracht, des te meer kans dat er bij de beeldvorming, de voorstudies, het ontwerp en beslissingen rekening mee kan worden gehouden, waarmee de meerkosten vaak beperkt kunnen blijven. In de initiatief- en inventarisatie/definitie fase zijn er veel verschillende manieren om aan te haken. Bijvoorbeeld door milieu- of demografische gegevens te leveren en interpreteren, door mee te werken aan conceptontwikkeling, door een voorstudie of subsidieaanvraag op te pakken, door concrete technische suggesties naar voren te brengen, e.a.

Later in het planproces kan het overigens nog steeds zin hebben invloed uit te oefenen. De aard van de invloed verschuift dan meer naar het bewaken van regels of toetsen van eerdere afspraken en het gedrag van de gebruikers (bijvoorbeeld door voorlichting te koppelen aan een bouwproject). In dit programma zijn met name activiteiten opgenomen waarvan verwacht wordt dat er substantiële invloed mogelijk is.

### **Gezondheidseffectscreening**

De GGD'en kunnen op eigen initiatief of op verzoek van de gemeente een lokale gezondheidseffectscreening (GES) uitvoeren. Een GES maakt het mogelijk om gezondheidseffecten in relatie tot het milieu bij stedelijke ontwikkelingen weer te geven. Zo kan een gemeente te weten komen wat de gezondheidseffecten zijn van een stedenbouwkundig, herstructurerings- of verkeersplan. Bij uitwerking van het plan en besluitvorming kan de gemeente de alternatieven afwegen en goede keuzes maken. De afdeling medische milieukunde adviseert gemeenten bij hun beleid op het gebied van milieu, ruimtelijke ordening en vervoer. Gemeentelijke beleidsplannen kunnen getoetst worden op mogelijke gezondheidsrisico's. Daarnaast kan de GGD helpen bij het stellen van prioriteiten en het leveren van een aanvullende onderbouwing voor het lokale milieubeleid.

De medewerkers medische milieukunde kijken vanuit een gezondheidskundig perspectief naar milieuregeling. Zo zijn wettelijke grenswaarden – voor bijvoorbeeld de kwaliteit van lucht - vaak niet voldoende om de gezondheid van gevoelige groepen als kinderen en chronisch zieken te beschermen. Wanneer de gemeente in een vroeg stadium de GGD betreft, kunnen ongewenste situaties in een later stadium voorkomen worden.

### **Beschikbare instrumenten**

Hoewel de gezondheidssector en de milieusector steeds meer los van elkaar zijn gaan functioneren, is er een grote overeenkomst in de manier waarop zij hun waarden aan plan- en bouwprocessen kunnen meegeven. Inhoudelijk zijn er wel eens strijdigheden en treedt er concurrentie op. Maar milieu- en gezondheidskwaliteiten in de gebouwde omgeving kunnen elkaar prima aanvullen, zeker op de lange termijn. De integrale benadering van alle inhoudelijke thema's is daarin een stap. De instrumenten die de afgelopen decennia vanuit de gezondheids- en milieusector afzonderlijk ontwikkeld zijn, kunnen nu worden gecombineerd en aangevuld.

De afgelopen jaren zijn er in Nederland diverse instrumenten gepresenteerd, die de aandacht voor milieu en gezondheid binnen gebieds- of projectgericht werken structureren. Met behulp van stappenplannen, definities van ambitieniveaus, checklists en communicatiemodellen wordt ervoor gezorgd dat de inventarisatie, het ontwerp en beslissingen zorgvuldig plaatsvinden. Voorbeelden van deze instrumenten zijn GPR, (Gemeente Tilburg en W/E, 2004), Het Beoordelingskader Milieu en Gezondheid en MILO (beide VROM, 2005), GES – Stad & Milieu (Fast, 2003), Toolkit Duurzame Woningbouw (Hameetman, 2005) en De Sterrenmethode (Weterings, 2005). Vanzelfsprekend is de GGD-richtlijn Gezonde Woningbouw (2006) een bruikbaar naslagwerk voor het advieswerk vanuit GGD-en. Overigens heeft GGD Hollands Midden in 2005, op verzoek van en in samenwerking met de milieudienst, het regionale DUBO pakket op gezondheid gescreend (Weterings, 2005), en hiermee zelf een instrument ontwikkeld om duurzame woningbouw wat gezonder te krijgen.

## **Bijlage 7 De WMO-prestatievelden**

---

De WMO regelt de terreinen van maatschappelijke ondersteuning waarop de gemeente beleid moet voeren, hoe de financiering daarvan is geregeld, wie er bij de totstandkoming van het beleid moeten worden betrokken en hoe de prestaties zichtbaar gemaakt moeten worden.

De WMO definieert maatschappelijke ondersteuning in negen prestatievelden:

1. Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten.
2. Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.
3. Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning.
4. Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers en hun organisaties.
5. Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem.
6. Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van het behouden en het bevorderen van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijke verkeer.
7. Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en beleid ter bestrijding van geweld dat door iemand uit de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd.
8. Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen.
9. Het bevorderen van verslavingsbeleid.

## **Bijlage 8 Raakvlakken WCPV-onderwerpen met WMO-prestatievelden**

---

De WCPV beslaat een aantal onderwerpen die verwant zijn aan de openbare gezondheidszorg die vanaf 2007 ook (gedeeltelijk) raken aan de WMO, zoals opvoedingsondersteuning en mantelzorg. Veel van deze thema's kwamen ook al voor in de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid. Deze bijlage bevat enkele voorbeelden, toegepast op de regio Zuid-Holland Noord. Ze zijn gerangschikt naar WMO-prestatieveld.

### **Leefbaarheid en sociale samenhang (prestatieveld 1)**

Uit de VTV blijkt dat sociaal-economische en etnische gezondheidsachterstanden hardnekkig zijn. De gezondheidsachterstanden concentreren zich op het niveau van buurten en zijn verweven met achterstanden op tal van andere terreinen. Een 'goedkope' buurt met een slechte kwaliteit van woningen, minder gunstige omgevingskenmerken en gebrekkige voorzieningen selecteert vooral kansarmen, terwijl kansrijken er juist wegtrekken. Maar ook de slechte kwaliteit van woningen en de lokale omgeving zelf kunnen een ongunstige invloed op de gezondheid hebben. Bovendien kunnen heersende sociale normen ten aanzien van gezond gedrag en maatschappelijk verkeer ongunstig uitpakken voor de gezondheid in de buurt.

Met preventie is veel gezondheidswinst te behalen als de aandacht specifiek gericht wordt op de meest kwetsbare groepen in de samenleving. Het NIGZ heeft een overzicht gemaakt van de meest kansrijke interventies en beleidsinstrumenten om de cirkel tussen armoede en ongezondheid te helpen doorbreken ([www.nigz.nl/focus](http://www.nigz.nl/focus) en [www.slag.nu](http://www.slag.nu)). Een wijkgerichte aanpak, waarbij de bewoners zelf een belangrijke rol krijgen, kan uitkomsten bieden.

#### ***Wijkgericht werken: Leiden Gezond en Wel***

In de regio heeft ondermeer de gemeente Leiden de laatste jaren (2002-2005) al ervaring opgebouwd met wijkgericht werken, middels het project *Leiden Noord gezond en wel*. Ook voor de komende jaren heeft Leiden onder de noemer *Leiden Gezond en Wel* een *Meerjarenplan Wijkgericht Werken 2005-2009*, in de wijken Noord en Zuidwest. De gezondheidsdoelstellingen die geformuleerd zijn in het kader van het grotestedenbeleid vormen het uitgangspunt:

1. het ontwikkelen en instandhouden van een netwerk op wijkniveau van waaruit activiteiten gericht op, sport/bewegen en gezondheid beter op elkaar afgestemd worden.
2. het bevorderen van een gezonde leefstijl bij 0-19 jarigen, met specifieke aandacht voor bewegingsstimulering;
3. het actief betrekken van ouders/opvoeders bij de gezonde leefstijl van hun kinderen;
4. het organiseren van samenhang tussen lopende projecten die aansluiten bij de doeleinden van het wijkgericht gezondheidsbeleid en in de wijk aanwezige faciliteiten ter ondersteuning van een integraal gezondheidsbeleid.
5. bevorderen van een gezonde leefstijl van uitkeringsgerechtigden en ouderen

De activiteiten worden uitgevoerd door de GGD/HARA. Daarbij is er veel aandacht voor het ontwerpen en opzetten van prestatie indicatoren die een beeld kunnen geven van de resultaten op langere termijn van wijkgericht werken.

#### ***Aanpak gezondheidsverschillen in kleine kernen***

De achterstand in gezondheid in kleine gemeenten manifesteert zich anders dan in steden. In kleine gemeenten zijn geen 'overzichtelijke' achterstandswijken. De gezondheidsachterstanden zijn weinig zichtbaar en verdeeld over een veelheid van categorieën: werklozen, alleenstaande

ouders, ouderen, kleine zelfstandigen, boeren, asielzoekers en arbeidsmigranten. Vanuit het Steunpunt Lokale Aanpak Gezondheidsverschillen van het NIGZ ([www.slag.nu](http://www.slag.nu)), is een werkgroep *Kleine Kernen* actief die nadenkt over de aanpak van problemen in kleine gemeenten. De werkgroep bestaat uit professionals vanuit praktijk en beleid van lokaal werken aan gezondheid voor autochtone en allochtone achterstandsgroepen vanuit gemeenten, GGD-en, welzijnsinstellingen, thuiszorg en andere instellingen.

## **Preventieve ondersteuning jeugd en ouders (prestatieveld 2)**

### ***Gemeentelijke taken voorafgaand aan de jeugdzorg***

De gemeenten, de provincies en de rijksoverheid zijn in het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl (BANS) met elkaar overeengekomen dat zij samen zullen streven naar een positieve ontwikkeling van kinderen en jeugdigen, waarbij prioriteit wordt gegeven aan kinderen van 0-6 jaar. Het is een taak van de gemeente om de verschillende beleidsterreinen, zoals de Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE) en het Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid (GOA) goed in te bedden in het lokaal jeugdbeleid. Van groot belang is dat er sprake is van een sluitend aanbod dat ingaat op de vragen en behoeften. Met de komst van de WMO krijgt de gemeente de volledige verantwoordelijkheid voor het preventief jeugdbeleid. Gemeenten kunnen de WMO dan ook inzetten om daarin meer samenhang te brengen.

Tussen gemeenten en provincie in Zuid-Holland Noord zijn subregionale convenanten gesloten betreffende de aansluiting jeugdbeleid-jeugdzorg voor de jaren 2004-2007. In actieplannen zijn rond de thema's opvoedingsondersteuning, aansluiting onderwijs jeugdzorg, de aanpak van jeugdcriminaliteit en preventie kindermishandeling resultaatgerichte afspraken gemaakt. Daarmee wordt ook invulling gegeven aan de Regionale Agenda Samenleving (RAS) voor het deel jeugd, waar de provincie middelen voor beschikbaar heeft gesteld.

### ***Integrale jeugdgezondheidszorg in Zuid-Holland Noord***

In de regio Zuid-Holland Noord wordt door gemeenten, Thuiszorginstellingen en GGD samen gewerkt aan integrale jeugdgezondheidszorg. Veel aandacht wordt besteedt aan de afstemming en samenhang van de zorg en de samenwerking rond risicogezinnen.

### ***Hulp aan kwetsbare kinderen***

In het rapport van de Inspectie voor de volksgezondheid naar aanleiding van het overlijden van het Alphense meisje Savanna constateert de inspectie dat er in de regio Zuid-Holland Noord veel gebeurt voor kinderen in moeilijke huiselijke omstandigheden. De toegeleidingsroutes naar hulp zijn helaas vaak onduidelijk. De inspectie geeft aan dat gewerkt moet worden aan een meer eenduidige, toegankelijke structuur voor de hulpverlening en opvang van kwetsbare kinderen. De GGD moet daarin volgens de inspectie een voortrekkersrol vervullen.

Sinds begin 2006 neemt het Meldpunt Zorg en overlast van de GGD ook zorgmeldingen rond gezinnen op en is het team uitgebreid met deskundigen op het terrein van jeugd en gezin.

### ***Opvoedingsondersteuning in Zuid-Holland Noord***

De gemeente Leiden en Alphen aan den Rijn hebben impuls gelden opvoedingsondersteuning ontvangen van het rijk. In Leiden is dit geld ingezet voor:

- Uitbreiding van Basiszorg Kwetsbare Kinderen (BKK)
- Uitbreiding van de pilot Triple P (methodiek voor opvoedingsondersteuning op alle niveaus)
- Inzet gezinscoaches en uitbreiding Home start

In de gemeente Alphen aan den Rijn is het geld gereserveerd voor:

- Ontwikkeling van een meldpunt gezinnen
- Inzet Gezinscoaching: coördinatie zorg, bemoeizorg, doorbraakfunctie
- Uitbreiding Basiszorg Kwetsbare Kinderen (BKK)

Drie instellingen in de regio Zuid-Holland Noord die iJGZ uitvoeren, hebben een voorstel gedaan voor de inzet van de Motie-Verhagen gelden. Drie activiteiten zijn hiervoor aangedragen: Stevig ouderschap, Triple P en Bemoeizorg.

### **Informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3)**

In de regio ervaren instellingen en voorzieningen op het gebied van zorg en welzijn dat niet alleen zij maar ook burgers moeite hebben om goed zicht te krijgen op het aanbod. Een oplossing hiervoor kan een digitale, via internet te raadplegen, sociale kaart zijn: een adressenbestand van regionale instellingen op het gebied van zorg, welzijn en wonen. Naast adressen kan de sociale kaart ook informatie bevatten over het aanbod van instellingen. Een zoekstelsel maakt het mogelijk dat bezoekers met een zoekterm of het intypen van een postcode achterhalen waar ze met hun vraag terecht kunnen. Zorgvragers kunnen met de informatie keuzes maken en beslissingen nemen over het eigen zorgproces. Een sociale kaart kan tevens een goede ondersteuning zijn voor professionals. In de regiovisie is toegankelijke informatie voor het publiek als speerpunt benoemd.

Inmiddels is voor de regio Zuid-Holland Noord een digitale sociale kaart gerealiseerd, genaamd [www.zorgwelrijnland.nl](http://www.zorgwelrijnland.nl). Er is hierbij samengewerkt met de Regionale Commissie Gezondheid, RPCP, zorgverzekeraars, REOS, Rivierduinen, MEE, bureau jeugdzorg, ziekenhuizen en de GGD. De gegevens van Zorgwelrijnland kunnen mogelijk gebruikt worden voor de (digitale) zorgloketten die in het kader van de WMO (prestatieveld 3) worden opgezet. Hiervoor is afstemming nodig met de gemeenten. Zorgwelrijnland wordt in de loop van 2007 ondergebracht in een gezondheidsportaal. In het gezondheidsportaal wordt, naast sociale kaart gegevens, ook inhoudelijke gezondheidsinformatie, toegang tot informatieve subsites, (periodieke) thema's, epidemiologische gegevens en regionaal gezondheidsnieuws geboden.

### **Ondersteuning mantelzorgers en vrijwilligers (prestatieveld 4)**

Mantelzorg is zorg die verleend wordt aan iemand in de naaste omgeving, waarbij de sociale relatie de basis vormt voor het verlenen van hulp. Mantelzorg heeft een onmisbare plaats in de zorg en is daarmee van groot economisch en maatschappelijk belang. Dankzij mantelzorgers wordt immers een groot aantal ouderen en gehandicapten in staat gesteld thuis te blijven wonen in plaats van opgenomen te worden in zorginstellingen.

Het aantal mantelzorgers in de bevolking zal naar verwachting toenemen, omdat de invoering van de WMO zal leiden tot een extra beroep op de informele zorg. Een van de gedachten achter deze wet is immers dat mensen meer dan nu de zorg voor zichzelf en hun naasten op zich moeten nemen.

Dit kan leiden tot overbelasting van mantelzorgers. Zij lopen tegen verschillende problemen aan: er zijn vaak onvoldoende mogelijkheden om de zorg tijdelijk over te dragen, veel mantelzorgers maken extra kosten en voor veel mantelzorgers is het haast niet mogelijk om mantelzorgtaken te combineren met een betaalde baan.

Aan de andere kant wordt in de WMO ook de ondersteuning aan informele zorg geregeld (WMO-prestatieveld 4)<sup>12</sup>. Mantelzorg en mantelzorgondersteuning worden dus steeds belangrijker binnen het gemeentelijk beleid: gemeenten moeten expliciet gaan aangeven wat ze

<sup>12</sup> Zie ook de *Handreiking Mantelzorgondersteuning in de WMO* (VWS/VNG, september 2006) op [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl).

op dat gebied (gaan) doen. Uit onderzoek van het NIZW (2004) blijkt dat zestig procent van de gemeenten in Nederland beschikt over mantelzorgbeleid. In de regio Zuid-Holland Noord kwam in 5 van de 22 nota's Lokaal Gezondheidsbeleid 2002-2006 het onderwerp 'mantelzorg' voor.

Als het gaat om de (ontwikkeling van) mantelzorgondersteuning, bepaalt de gemeente het budget en aan welke voorzieningen dit besteed wordt. Ook bepaalt de gemeente welke organisaties de ondersteuning leveren en wie voor ondersteuning in aanmerking komen. Er zijn drie vormen van ondersteuning: informatie en advies, lotgenotencontact en tijdelijke overname van zorg (respijtzorg). Bij deze laatste functie komen het vrijwilligersbeleid van de gemeente en mantelzorgbeleid samen, een belangrijk deel van de vervangende zorg wordt immers geboden door vrijwilligers.

In de regio bieden verschillende partijen mantelzorgondersteuning. Zo ondersteunt het *Steunpunt Mantelzorg Duin- en Bollenstreek* mensen die voor een zieke of gehandicapte naaste zorgen. Bovendien is in de Duin- en Bollenstreek al tien jaar het Platform Mantelzorgondersteuning actief. In dit platform zijn praktisch alle regionale zorg- en welzijnsaanbieders vertegenwoordigd. Voor Leiden en de Rijnstreek biedt het *Bureau Informele Zorg* van Thuiszorg Groot Rijnland mantelzorgondersteuning en coördineert de inzet van vrijwillige hulp thuis. Het *Steunpunt Mantelzorg Duin- en Bollenstreek* en het *Bureau Informele Zorg* adviseren en ondersteunen mantelzorgers en organiseren diverse groeps- en themabijeenkomsten en cursussen.

Samenwerking en dialoog tussen gemeenten, de steunpunten mantelzorg en regionale mantelzorg organisaties is van groot belang om samen beleid te ontwikkelen en de effecten van de WMO in positieve zin te beïnvloeden. Daar de steunpunten regionaal, en dus gemeenteverstijgend, werken, is het belangrijk dat ook gemeenten hun beleid op regionaal niveau formuleren. Zowel Holland Rijnland als het Rijnstreekberaad besteedt in haar Regionale Agenda Samenleving 2006-2008 specifiek aandacht aan de ondersteuning van de informele zorg / mantelzorg.

Het thema 'Mantelzorgers en vrijwilligers' is ook een van de speerpunten in de Regiovisie (2002-2006) van de Regionale Commissie Gezondheidszorg ZHN. De visie van de commissie luidt: "In de regio dienen zowel mantelzorgers als vrijwilligers in de zorg voldoende ondersteund te worden. Daarbij zijn er voldoende mogelijkheden om de mantelzorgers en de vrijwilligers tijdelijk te ontlasten. Verder wordt er in de regio een actief beleid gevoerd om vrijwilligers te werven". Mede met het oog op de invoering van de WMO wordt er in 2006 bekeken of er in de regio afspraken gemaakt kunnen worden over (nieuwe) ondersteunende activiteiten voor mantelzorgers en vrijwilligers. Daarbij zal vooral gekeken worden hoe krachten gebundeld kunnen worden om tot een beter en gevarieerder aanbod te komen. De steunpunten mantelzorg kunnen hierin een goede rol spelen. Een belangrijke ondersteunende functie voor mantelzorgers betreft respijtzorg. De mogelijkheden voor respijtzorg zullen uitgebreid moeten worden. De diverse afspraken op deze terreinen zullen onderdeel vormen van het document prestatieafspraken wonen, zorg en welzijn van de Regionale Commissie Gezondheidszorg ZHN.

### **Maatschappelijke opvang, OGGZ en verslavingsbeleid (prestatieveld 7, 8 en 9)**

Het wettelijk takenpakket van gemeenten op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) wordt per 1 januari 2007 van de WCPV overgeheveld naar de WMO

(prestatieveld 8)<sup>13</sup>. Gemeenten krijgen meer verantwoordelijkheden en zeggenschap. De (beleids)aandacht voor kwetsbare personen en gezinnen neemt toe. Impliciet komen OGGZ-taken ook aan de orde in de WMO-prestatievelden 7 en 9 (en zelfs in 5 en 6), vandaar dat de prestatievelden 7 t/m 9 hier samen worden behandeld.

Met betrekking tot het basisaanbod OGGZ heeft de GGD, waar nodig en nuttig, in samenwerking met overige partijen, een aantal diensten/producten ontwikkeld waarvan de gemeente gebruik kan maken: bemoeizorg, preventie, sociale kaart, huiselijk geweld en signalering en beleidsadvisering (c.q. secretariaat Platform OGGZ). De *Monitor maatschappelijke opvang, verslavingszorg en OGGZ* en het Meldpunt Zorg en overlast zijn inmiddels basistaken van de GGD. Het Advies- en steunpunt Huiselijk geweld valt sinds 2005 ook onder de GGD. Dit biedt optimale mogelijkheden voor meer samenwerking en afstemming met het meldpunt Zorg en overlast waarover inmiddels ook afspraken zijn vastgelegd. Ook de coördinatie en (mede) uitvoering van psychosociale opvang, voorlichting en hulpverlening bij calamiteiten en zedenzaken met maatschappelijke onrust valt onder verantwoordelijkheid van de GGD. Uit de OGGZ-vernieuwingsgelden worden jaarlijks diverse vernieuwende projecten gefinancierd zoals het project Maatschappelijk steunsysteem en het project Preventie eenzaamheid en depressie bij ouderen.

### ***Platform OGGZ***

Op bestuurlijk en beleidsvoorbereidend niveau functioneert sinds 2002 voor de regio ZHN het Platform OGGZ. Via een convenant hebben de kernpartners<sup>14</sup> in de OGGZ hun intentie tot nauwere samenwerking bekrachtigd. Belangrijkste functies van het Platform: kennisuitwisseling, samenwerking, productontwikkeling, signalering, afstemming en visieontwikkeling. Een en ander zou moeten leiden tot een verbeterde zorg aan hen die daar zelf niet om (kunnen) vragen. Het basisaanbod OGGZ zoals omschreven in het landelijk OGGZ convenant diende hierbij als toets.

Het beleidsvoorbereidend platform komt zes maal per jaar bijeen. Hierin zijn behalve de kernpartners ook andere betrokken partners vertegenwoordigd zoals de reclassering, de Jeugdzorg, Vrouwenopvang Rosa Manus, het Regionaal Bureau Gezondheidszorg, het Patiënten Consumenten platform ZHN, en woningbouwcorporaties. Er zijn meer organisaties die gevraagd hebben deel te nemen aan het platform. Echter is voorsnog ervoor gekozen het platform niet verder uit te breiden uit angst de slagvaardigheid aan te tasten. Behalve naar de deelnemers worden de notulen van de platformvergaderingen verstuurd naar een veel bredere groep meelezers. Er is ook een Nieuwsbrief OGGZ die 3 à 4 maal per jaar uitkomt.

De gemeenten, c.q. de centrumgemeente Leiden, hebben de regie over het te voeren OGGZ-beleid. Met de komst van de WMO wordt deze regiefunctie zwaarder. Gemeenten krijgen dan de verantwoordelijkheid voor niet alleen de OGGZ-taken uit de WCPV maar ook de OGGZ-taken die nu nog worden uitgevoerd door de GGZ en gefinancierd door de AWBZ (zoals bijvoorbeeld signalering, toeleiding, nazorg), alsmede de collectieve GGZ-preventie. In Zuid-Holland Noord komen de AWBZ-gelden bestemd voor de OGGZ, ter beschikking aan de centrumgemeente Leiden.

Ondanks de regionale functie van het platform OGGZ, lijkt het wenselijk dat ook op subregionaal niveau (Rijnstreek, Duin- en Bollenstreek en Leidse regio) lokale OGGZ

<sup>13</sup> Zie ook de *Handreiking OGGZ in de WMO* (VWS/VNG, november 2006) op [www.invoeringwmo.nl](http://www.invoeringwmo.nl).

<sup>14</sup> Drie vertegenwoordigers van de 21 gemeenten (één per subregio) in de regio ZHN, de GGD, de Rijngeestgroep, Parnassia, het Zorgvragersoverleg ZHN, het Zorgkantoor, de Binnenvest en de politie. In april 2003 uitgebreid met stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland.



overleggen worden georganiseerd. Zeker nu de zeggenschap van gemeenten over het OGGZ-beleid sterker wordt. In de Rijnstreek bestaat inmiddels een dergelijk overleg. De subregionale OGGZ overleggen maken het mogelijk om met lokale OGGZ partners OGGZ beleid te ontwikkelen, preventieprojecten uit te voeren, samenwerkingsafspraken te maken en knelpunten en hiaten in het bestaande aanbod te signaleren en op te lossen. Ook de betrokkenheid van en afstemming tussen regiogemeenten en centrumgemeente is nog niet optimaal.

Het platform werkt sinds 2003 met een jaarlijks werkplan. Daarin zijn per onderdeel van het basisaanbod OGGZ een aantal actiepunten opgenomen, waarvan de resultaten aan het eind van het jaar gemeten worden.

### ***Meldpunt Zorg en overlast***

De functies van het meldpunt Zorg en overlast sluiten nagenoeg naadloos aan op de AWBZ-taken die nu overgeheveld worden naar WMO-prestatieveld 8: bevorderen van de OGGZ. Het meldpunt ontwikkelt zich naar een letterlijk 'vangnet' voor psychisch en sociaal kwetsbare individuen en gezinnen, die tussen wal en schip dreigen te vallen vanwege hun complexe en meervoudige problematiek waarvoor de reguliere zorg- en dienstverlening geen passend aanbod heeft. Zonder bemoeienis van derden, actieve toeleiding en samenwerkende instanties komen ze niet over de drempel van de hulpverlening. Sinds begin 2006 neemt het Meldpunt nu ook zorgmeldingen rond gezinnen op. Dit betekent uitbreiding van het team met deskundigen op het terrein van jeugd en gezin en verbreding van het netwerk van samenwerkingspartners van het werkveld jeugd en gezin met het oog op vroegsignalering, toeleidingsmogelijkheden en nazorg. Behalve het regiodekkend netwerk van lokale zorgnetwerken, gecoördineerd vanuit het Meldpunt, fungeren daarnaast nog twee gezinscoachoverleggen (Alphen a/d Rijn en Leiden) en Zorg Advies Teams voor jeugdigen.

Aandachtspunt in het kader van bemoeizorg is de door inspectie aanbevolen werkwijze conform de Handreiking (2006) met betrekking tot privacybescherming en gegevensuitwisseling van cliënten.

### ***Preventie OGGZ***

Bij preventie OGGZ gaat het niet alleen om preventie van geestelijke gezondheidsproblemen, maar in bredere zin om het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ. Deze risicofactoren zijn te vinden op meerdere levensgebieden. Belangrijke bronnen zijn de gezondheidsonderzoeken en de *Monitor maatschappelijke opvang, verslavingszorg en OGGZ* die de GGD uitvoert. In het aanbod van preventie GGZ en preventie OGGZ is veel in beweging. Optimale afstemming tussen de diverse initiatiefnemers is gewenst.

Onderwerpen die de komende tijd zeker beleidsaandacht verdienen zijn:

- voorkomen en vroegsignaleren van sociaal isolement, vereenzaming en een stijgende geestelijke gezondheidszorgproblematiek in de wijk, soms zelfs leidend tot overlastsituaties (neveneffecten van de vermaatschappelijking)
- voorkomen van verder oplopen van (huur)schulden middels laagdrempeliger maken van schuldhulpverlening, en vroegsignalering en toeleiding naar de nodige hulp en zorg van kwetsbare personen en gezinnen
- voorkomen van terugval in verslaving, dakloosheid en psychische/psychiatrische problemen middels meer aandacht voor passende mogelijkheden voor dagbesteding, begeleiding bij werken, wonen, vrijetijdsbesteding en leggen en onderhouden van sociale contacten (mentorschap)

- meer diversiteit in aanbod van (huur)woningen voor kwetsbare personen en gezinnen

### ***Nota Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang 2005-2009***

In de nota *Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang 2005-2009 Zuid Holland Noord* (januari 2006) zijn de beleidsdoelstellingen voor de komende vier jaar vastgesteld die raken aan WMO-prestatieveld 7 (maatschappelijke opvang) en 9 (verslavingsbeleid). Dit zijn:

- dakloosheid en ernstige verslavingsproblemen zoveel mogelijk voorkomen
- ervoor zorgen dat mensen die dakloos of ernstig verslaafd zijn goed worden opgevangen
- waar en voor wie dit enigszins mogelijk is de weg vrij maken naar maatschappelijk herstel
- de overlast die sommigen van deze mensen voor hun omgeving veroorzaken beperken.

Samenwerking en afstemming tussen alle betrokken partners -waaronder de GGD- rond de actiepunten die voortvloeien uit de nota, is vereist. De actiepunten waar de GGD duidelijk raakvlakken mee heeft, zijn:

- versterken samenwerking en afstemming tussen betrokken partijen
- meer zicht op de doelgroep en het bereik en effect van de voorgestelde maatregelen: verder ontwikkelen en bijhouden van een monitor
- blijvende inzet op preventie: preventie alcohol en drugs en preventie schulden en huisuitzettingen en collectieve preventie GGZ
- concentratie opvangvoorzieningen in de centrumgemeente en verdere deconcentratie aanbod preventie, zorg en maatschappelijk herstel
- bevorderen participatie van mensen met een psychiatrische handicap o.a. via ontwikkeling en invoering van een maatschappelijk steunsysteem (een activiteit van de GGD)

### ***Beleid maken met en voor mensen met een beperking***

Cliënt- en burgerparticipatie speelt een belangrijke rol bij de totstandkoming van het WMO-beleid. Agenda 22 is een praktische methode voor gemeenten en lokale belangenorganisaties om samen beleid te maken, waardoor mensen met beperkingen als volwaardig burger in de maatschappij kunnen functioneren. De methode is gebaseerd op de 22 Standaardregels voor gelijke kansen voor mensen met een handicap die de Verenigde Naties hebben opgesteld. Lokaal kunnen deze regels als wegwijzer gebruikt worden om, in plaats van losstaande of min of meer toevallige verbeteringen, structureel het hele gezondheidsbeleid door te lichten. Kern hierbij is gelijkwaardige samenwerking: tussen lokale belangenbehartigers onderling én gemeenten. Immers, een gemeente kan alleen met gebruik van ervaringsdeskundigheid goed gezondheidsbeleid maken dat echt rekening houdt met de mogelijkheden van mensen met beperkingen om deel te kunnen nemen in de maatschappij. De Vereniging Nederlandse Gemeenten (de VNG) stimuleert en ondersteunt de Agenda 22-methode als middel voor lokaal inclusief beleid en heeft een brief gestuurd aan alle gemeenten met het advies om Agenda 22 als uitgangspunt voor beleid te nemen. De methode is ook zeer bruikbaar in de voorbereiding van de WMO, waarbij cliëntenparticipatie een belangrijke rol speelt.

## **Bijlage 9    Overzicht taken GGD**

---

### **Wettelijk verplichte taken:**

#### Onderzoek (epidemiologie)

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

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

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

#### Beleidsadvisering

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

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

#### Gezondheidsbevordering

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

#### Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

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

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

#### Medische milieukunde

De GGD bewaakt dat de gezondheid van burgers geen gevaar loopt als gevolg van milieuproblemen.

Daarvoor voert de GGD de volgende taken uit:

- signalering van klachten en meldingen (bijvoorbeeld over binnenmilieu, bodemverontreiniging of over een opvallend hoog aantal mensen met kanker in een bepaalde straat);
- onderzoek naar aanleiding van klachten en meldingen;
- een beoordeling maken van de ernst van de situatie;

- adviseren en voorlichten over de aanpak van problemen, aan onder andere gemeenten, burgers en milieudiensten.

### Technische hygiënezorg

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

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

### Bestrijding van infectieziekten

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

### Jeugdgezondheidszorg

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

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

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

### Medische Opvang Asielzoekers

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

## **De GGD voert ook niet wettelijk verplichte taken uit:**

### Reizigersadvisering

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

### Sociaal-medische advisering

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

### Keuringen

Het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen (CBR) vraagt burgers die de leeftijd van 70 jaar hebben bereikt bij een aanvraag van een rijbewijs om een Verklaring van Geschiktheid. De GGD kan dan de medische keuring voor dat rijbewijs verzorgen.

### Forensische geneeskunde

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

## **Bijlage 10 De Wet collectieve preventie volksgezondheid**

---

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

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

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

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

### **§ 1 Inleiding**

#### **Artikel 1**

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

- a) “Onze Minister”: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
  - b) “collectieve preventie”: bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit alsmede het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking;
  - c) “epidemie van infectieziekten”: een in korte tijd sterke toename van het aantal nieuwe patiënten lijdend aan een bij of krachtens artikel 2 of 3 van de Infectieziektenwet aangewezen ziekte;
  - d) jeugdgezondheidszorg: preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van nul tot negentien jaar, bestaande uit de in artikel 3a, tweede lid, bedoelde taken.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kan voor één of meer van de bij die maatregel aangewezen taken met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg een van het eerste lid, onderdeel d, afwijkende leeftijdsgrens worden vastgesteld, met dien verstande dat de maximumleeftijd ten hoogste op negentien jaar wordt gesteld.

### **§ 2 Gemeentelijke taken**

#### **Artikel 2**

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
  - a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld;
  - b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen; (N.B. Vervallen is: “met gevolgen voor het leefmilieu”)
  - c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma’s, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
  - d) het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico’s, in het bijzonder bij rampen

of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;

e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en de omstandigheden waaronder de activiteiten worden verricht, een verhoogd risico bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;

f) het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

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

### Artikel 3

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

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

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

### Artikel 3a

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

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

a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand

van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren;

b) het ramen van de behoeften aan zorg;

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

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

e) het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

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

### Artikel 3b

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

### Artikel 4

1. Indien de gemeenteraad een bijdrage heft voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van collectieve preventie draagt hij er zorg voor dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden.
2. Geen bijdrage wordt geheven voor de bij of krachtens artikel 3 opgedragen taken, behoudens in gevallen bij algemene maatregel van bestuur genoemd.

### Artikel 5

1. Ter uitvoering van bij of krachtens deze wet opgedragen taken dragen de gemeenteraden zorg voor de instelling en instandhouding van gemeentelijke gezondheidsdiensten.
2. Alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie vraagt de gemeenteraad onderscheidenlijk burgemeester en wethouders advies aan de gemeentelijke gezondheidsdienst.

### Artikel 5a

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

### Artikel 6

1. De gemeenteraad draagt er zorg voor dat de gemeentelijke gezondheidsdienst in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen:
  - a) geneeskunde;
  - b) epidemiologie;
  - c) verpleegkunde;
  - d) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
  - e) tandzorg;
  - f) gedragswetenschappen;
  - g) informatica.
2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot de door de in het eerste lid genoemde deskundigen gevolgde opleidingen of verlangde deskundigheidseisen; de gestelde regels kunnen verschillen naar gelang de taken van de gemeentelijke gezondheidsdienst waarvoor de deskundigen worden ingezet.

## **§ 3 Rijkstaken**

### Artikel 7

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



5. Hij bevordert de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van de collectieve preventie.

#### Artikel 7a

1. Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens deze wet zijn belast de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid.

2. De in het eerste lid bedoelde ambtenaren beschikken niet over de bevoegdheden, genoemd in de artikelen 5:18 en 5:19 van de Algemene wet bestuursrecht.

### **§ 4 Gegevensverstrekking**

#### Artikel 8

1. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen met het oog op het bepaalde in artikel 2, tweede lid, onder a, regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van gegevens aan gemeenten door personen en instellingen werkzaam op het terrein van de volksgezondheid. In de maatregel kan het stellen van nadere regels ten aanzien van daarbij aangewezen onderwerpen aan Onze Minister worden opgedragen.

2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen regels worden gesteld met betrekking tot het verstrekken van systematische informatie door gemeenten aan Onze Minister inzake de uitvoering van de wet.

3. De in dit artikel bedoelde algemene maatregelen van bestuur bevatten ten minste regels met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en de vergoeding van kosten, en kunnen de in het eerste en tweede lid bedoelde gegevensverstrekking verplicht stellen.

### **§ 5 Slotbepalingen**

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

#### Artikel 14

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

#### Artikel 15

Deze wet kan worden aangehaald als ‘Wet collectieve preventie volksgezondheid’.

### **Wat zegt de WCPV over de gemeentelijke nota**

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

#### Artikel 3b

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

#### Artikel 2

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

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

a) het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, bedoeld in artikel 3b, op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens omtrent deze gezondheidssituatie. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen hieraan nadere regels worden gesteld;

b) het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;

c) het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;

d) het bevorderen van medisch-milieukundige zorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren van ongewenste situaties, het adviseren over risico's, in het bijzonder bij rampen of dreigingen van rampen, het beantwoorden van vragen uit de bevolking, het geven van voorlichting en het doen van onderzoek;

e) het bevorderen van technische hygiënezorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het bijhouden van een lijst met instellingen waar, gezien de aard van de doelgroep en bestaat op verspreiding van pathogene micro-organismen, het adviseren van deze instellingen over mogelijkheden op het gebied van bouw, inrichting en organisatie van de activiteiten om deze risico's te verkleinen, het signaleren van ongewenste situaties, het beantwoorden van vragen uit de bevolking en het geven van voorlichting;

f) het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, waaronder in ieder geval wordt verstaan het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de openbare geestelijke gezondheidszorg.

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

### Artikel 3

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

### Artikel 3a

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

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

a) het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand

van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;

b. het ramen van de behoeften aan zorg;

c) de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen, met uitzondering van perinatale screening op phenylketonurie (PKU), congenitale hypothyroïdie (CHT) en

adrenogenaal syndroom (AGS) en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;

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

e) Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

#### Artikel 5, tweede lid

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

#### **Wat zegt de memorie van toelichting over de gemeentelijke nota?**

Bij de WCPV is in de memorie van toelichting over alle taken neergezet wat de strekking van die taken is, waarom er besloten is tot een nadere omschrijving of een aanvulling en welke activiteiten verband houden met deze taken. Dit deel van de MvT volgt hieronder. Specifieke aandachtspunten zijn vet gedrukt. “Al bij brief van 20 mei 1997 werd het voorstel van de Commissie-Lemstra onderschreven om in de WCPV de opdracht aan de gemeente op te nemen om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft met haar projecten van regionale gedachtewisselingen en het VNG/GGD Nederland-project «van intenties naar inhoud» haar instemming laten blijken. Een aantal gemeenten heeft al dergelijke nota’s uitgebracht.

Door in de WCPV met zoveel woorden op te nemen dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid vaststellen worden gemeenten uitgenodigd hun ambities op het gebied van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren. Het beleid van de gemeente inzake openbare gezondheid moet meer omvatten dan uitvoering van de WCPV door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn). Het past ook bij het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie om het draagvlak voor de basistaken te versterken en te behouden.

De gemeenteraad geeft in de nota aan hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting. Verwacht mag worden dat de gemeenteraad daarbij ingaat op de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie die de minister elke vier jaar vaststelt. Gezien artikel 2, tweede lid, onder a, zullen de gemeenten in de nota een beschrijving geven van de gezondheidstoestand van hun inwoners, doelen stellen op populatieniveau en verbanden aangeven met andere gemeentelijke beleidsterreinen. Verder ligt voor de hand dat gemeenten bij het stellen van streefdoelen en het vastleggen daarvan samenwerken met buurgemeenten, met zorgverzekeraars, met zorgaanbieders en met patiënten/consumentenorganisaties. De gemeentelijke beleidsnota kan ook aandacht besteden aan de verbetering van de communicatie over het beleid, van de bereikbaarheid (alarmnummers, en dergelijke) en van de kenbaarheid voor burgers.

De nota’s zullen naar verwachting aangeven op welke punten een gemeente- overstijgende aanpak wordt gevolgd. Het staat de gemeenten, die hun taken op het gebied van de collectieve preventie hebben gebundeld in een regionale gezondheidsdienst, vrij om in onderling overleg te komen tot een gezamenlijke nota met desgewenst specifieke paragrafen voor elke gemeente afzonderlijk.

Het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie om aan de nota een plan van aanpak toe te voegen wordt ondersteund. Gemeenten formuleren regelmatig beleidsvisies over delen van hun gezondheidsbeleid, al dan niet als onderdeel van nota’s op terreinen als ouderenbeleid,

jongerenbeleid, welzijn of wonen; de nota gezondheidsbeleid kan naar dergelijke passages verwijzen, want de nu in de WCPV op te nemen verplichting is zeker geen uitnodiging dubbel werk te doen. De voorgestelde verschijningsfrequentie van de gemeentelijke nota van eens per vier jaar sluit aan bij het ritme van de gemeenteraadsverkiezingen. Ook uit het oogpunt van het tempo waarin maatschappelijke verschuivingen optreden lijkt vier jaar een geschikte frequentie.

## Bijlage 11 Verslag van de discussiebijeenkomst 2 juli 2007

---

Hieronder volgt een korte weergave van de discussiebijeenkomst gehouden in Zoeterwoude op 2 juli 2007. Aanwezig waren verschillende intermediairs uit Zoeterwoude en omgeving.

Organisatie:	Deelnemer:
Gehandicapten Platform Zoeterwoude	Dhr. Esman
Peuterspeelzaal Drie Turven Hoog	Dhr. Edink
Huisarts	Dhr. Mikulski
Tandarts	Dhr. Freeke
Fysiotherapeut	Mw. Van der Meer
Stichting Actieve Gezondheidszorg Rijnstreek	Dhr. Folmer
Zorgnet Groenwoude	Dhr. Verhees
Rode Kruis	Mw. Romijn
Thuiszorg Groot Rijnland	Mw. Van der Ham Mw. Brandjens
GGD Jeugdgezondheidszorg (JGZ)	Mw. Van Zoolingen
Scouting	Dhr. Eversteijn
Jongerenvereniging Utopia	Dhr. Versteegen

### **Algemeen:**

- Het Gehandicapten Platform Zoeterwoude stelt voor om een integrale nota te schrijven met de WMO gezien de vele raakvlakken met de WMO. Spreker zegt dat door de WMO er vele speerpunten zijn bijgekomen. Eenzaamheid onder ouderen is ook een groot probleem.
- Peuterspeelzaal Drie Turven Hoog uit zorgen over de toekomst van de peuterspeelzalen. Spreker stelt een samenwerking voor tussen de peuterspeelzalen van Zoeterwoude Dorp en Zoeterwoude Rijndijk.
- Huisarts wil de nadruk leggen op de toename van depressie bij kinderen onder de 18 jaar. Zij zoeken een vlucht in drugs en alcohol. Hier is een sterke toename in waar te nemen. Spreker wil graag de prioriteit leggen bij diabetes en overgewicht.
- Fysiotherapeut merkt in haar praktijk een sterke toename van overgewicht en depressie. Spreekster stelt groepstrainingen voor om het overgewicht tegen te gaan. Spreekster heeft ook veel te maken met patiënten die niet goed ter been zijn. Trottoirs en losliggende stoeptegels zorgen er voor dat veel gebieden in Zoeterwoude voor deze mensen niet toegankelijk zijn. Spreekster zou graag voor de inwoners een overzicht van alle georganiseerde sporten in Zoeterwoude willen hebben zodat deze voor alle inwoners toegankelijk zijn.
- Tandarts zegt dat mensen zich voor tandheelkundige zorg moeten bijverzekeren. Op deze manier ligt de verantwoordelijkheid bij de volwassenen zelf. Voor kinderen is dit opgenomen in het basispakket. Spreker stelt voor om zich in de nota vooral te richten op jongvolwassenen tussen de achttien en twintig jaar.
- Stichting Actieve Gezondheidszorg Rijnstreek wil zich graag richten op preventieve gezondheidszorg.

- Zorgnet Groenwoude zegt dat de speerpunten van het rijk niet excessief voorkomen onder de ouderen van Emmaus.
- Rode Kruis probeert met vrijwilligers ouderen uit hun isolement te halen door het bezoeken van ouderen. Spreekster constateert dat er veel eenzame ouderen zijn.
- Thuiszorg Groot Rijnland merkt op dat bij kinderen van 0-4 jaar indien daar overgewicht wordt geconstateerd een stappenplan wordt gestart. Dit komt bij 10% van de kinderen voor en Zoeterwoude zit hierbij op het landelijke gemiddelde. Voor jonge kinderen is overgewicht een belangrijk speerpunt. Spreekster wil ook graag de nadruk leggen op depressie en opvoeding.
- Thuiszorg Groot Rijnland stelt voor om een verbinding te leggen tussen de WMO en het lokale gezondheidsbeleid. Spreekster vindt de vijf speerpunten te beperkt. Gezondheidszorg is veel breder dan deze vijf speerpunten. Spreekster constateert dat de aandacht voor de speerpunten erg wisselt. Steeds is er voor een enkel probleem geld en aandacht totdat een ander probleem erg groot wordt. Spreekster wil de nadruk leggen op samenwerking tussen de verschillende organisaties in de regio op het gebied van gezondheidsbeleid. Spreekster merkt op dat een centrum voor jeugd en gezin erg nuttig zou zijn. Spreekster benadrukt het probleem van eenzaamheid onder ouderen.
- Arts van de GGD jeugdgezondheidszorg merkt op dat de vijf speerpunten herkenbaar zijn. De GGD legt de nadruk op de psychosociale toestand van het kind, huiselijk geweld, kindermishandeling en overgewicht bij kinderen. De vijf speerpunten kunnen door middel van opvoeding aan kinderen worden meegegeven. Ouders zijn hiervan vaak onvoldoende op de hoogte. Door voorlichting kunnen ouders hiermee in ondersteund kunnen worden. Dit kan collectief en individueel. Ten aanzien van hulp vragen zou Zoeterwoude een meer open deur beleid moeten hebben. Nu moeten ouders voor hulp vaak uitwijken naar Leiden.
- Jongerenvereniging Utopia merkt op dat alcoholgebruik onder jongeren veel voorkomt. Spreker denkt dat het verbieden averechts werkt. Utopia probeert alcohol onder de 16 te voorkomen, maar vaak wordt al gedronken voordat men naar Utopia komt. Spreker vindt een rookverbod voor de horeca overdreven. Spreker wil de nadruk leggen op opvoeding.
- Voorzitter van de scouting merkt op dat spreker te maken heeft met een groep ADHD kinderen die hun medicatie niet zelf inneemt en bij de scouting veel problemen veroorzaken. Spreker vraagt hoe deze groep kinderen beter ondersteund en begeleid kunnen worden.

### ***Vragen en opmerkingen:***

- Een raadslid vraagt in hoeverre de organisaties op het gebied van gezondheidszorg met elkaar samenwerken.
  - Fysiotherapeute zegt dat men voornamelijk contact heeft over de telefoon. Indien alle organisaties zijn ondergebracht in een gebouw zou dit het contact vergemakkelijken. Spreekster zegt dat geen duidelijke contactpersoon is bij de gemeente waar men naar toe kan indien er wat signaleerd wordt.
- Een raadslid merkt op dat hij aids en soa's niet als speerpunt heeft gehoord.
  - Huisarts zegt dat hij slecht een aids patiënt heeft en soa's komen in Zoeterwoude betrekkelijk weinig voor.
- Tandarts zegt dat de gemeente een rol kan spelen in de ondersteunende opvoedende rol. Een goed voorbeeld hiervan zijn de brieven en voorlichting die naar de jongeren in Zoeterwoude is gestuurd.
- Een raadslid vraagt of ADHD bij meisjes minder voorkomt.
  - De GGD JGZ - arts zegt dat dit minder voorkomt bij meisjes.
- Een raadslid vraagt of er een verschil in problematiek is tussen het Dorp en de Rijndijk.

Spreker vraagt of bij opvoeding het probleem van verveling ook een rol speelt.

- De GGD JGZ- arts zegt dat de overlast rond het schoolplein op de Rijndijk vrij groot is. Verveling zou hierbij een rol kunnen spelen.
- Zorgnet Groenwoude daagt de gemeente uit om het gesprek aan de te gaan met jonge senioren. Deze kennis en inzet van deze groep kan erg waardevol zijn. Deze groep kan veel actiever ingezet worden.
- Peuterspeelzaal merkt op dat de term ‘prettig volwassen worden’ hem erg aanspreekt. Spreker pleit er voor om deze term te gebruiken bij het opstellen van de nota.
- GGD JGZ-arts merkt op dat de lokale media ingezet kan worden voor voorlichting over opvoeding en gezondheidszorg.
- Thuiszorg Groot Rijnland merkt op dat er een groot tekort is aan mensen in de zorg. Zorg en advies op afstand kan hierbij een oplossing zijn en dit kan de gemeente ondersteunen.
- Huisarts Mikulski stelt voor om een keer per twee jaar een bepaalde groep een screening aan te bieden voor gewicht, suiker en cholesterol.
- Jongerenvereniging Utopia stelt voor om de verenigingen met betrekking tot de jeugd meer te laten samenwerken om verveling onder de jeugd tegen te gaan.

## **Bijlage 12    Gebruikte afkortingen**

---

AA	Anonieme Alcoholisten
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BANS	Bestuursakkoord Nieuwe Stijl
BMR	Bof -, mazelen- en rode hondvaccinatie
BZK	Ministerie van Buitenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBK	Centrum voor Bevolkingsonderzoek en Ketenzorg
CGL	Centrum voor Gezond Leven
CGMV	Centrum Gezondheid, Milieu en Veiligheid
CIB	Centrum voor Infectieziektebestrijding
CJG	Centrum voor Jeugd en gezin
CJGZ	Centrum voor Jeugdgezondheidszorg
COPD	Chronic obstructive pulmonary disease
DKTP	Difterie -, kinkhoest -, poliomyelitis - en tetanusvaccinatie
EKD	Elektronisch Kinddossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGD HM	Gemeentelijke Gezondheidsdienst Hollands Midden
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GOA	Gemeentelijk Onderwijsachterstandenbeleid
IAD	Integrale Aanpak Depressiepreventie
IVA	Instructie verantwoord alcoholgebruik
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
JIF	Jongeren Informatie Functies
MW	Maatschappelijk Werk
NIBUD	Nederlands Instituut voor Budgetvoorlichting
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
PO	Primair Onderwijs
RCG	Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
STGR	Stichting Thuiszorg Groot Rijnland
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
TRV	Tijdelijke Regeling Vroegsignalering
VO	Voortgezet Onderwijs
VTV	Volksgezondheid Toekomstverkenning
VVE	Voor - en vroegschoolse Educatie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WHO	World Health Organisation
WI	Wet inburgering
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZAT	Zorg - en adviesteam
ZHN	Zuid-Holland Noord



## Bijlage 13: Geraadpleegde literatuur

---

1. Gemeente Zoeterwoude, <http://www.zoeterwoude.nl>
2. Ambtelijke Projectgroep Regionaal Gezondheidsbeleid: *Kadernota Regionaal Gezondheidsbeleid*, December 2001  
[http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl\\_object.asp?atoom=11595&VolgNr=1](http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=11595&VolgNr=1)
3. RIVM: *Het VTV-model: relaties, prestaties, indicatoren*, 28 juni 2006  
[http://www.rivm.nl/vtv/object\\_document/o5423n30044.html](http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o5423n30044.html)
4. Convenant ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning Zuid-Holland Noord 2007-2010
5. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
6. Regionale commissie gezondheidszorg Zuid-Holland Noord, <http://www.rcgzhn.nl>
7. Ministerie van VWS: *Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg*, januari 2005  
[http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg\\_tcm19-96761.pdf](http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg_tcm19-96761.pdf)
8. Ministerie van VWS: *Centrum voor Jeugd en Gezin Kamerstuk*, 23 oktober 2006  
<http://www.minvws.nl/kamerstukken/djb/2006/centrum-voor-jeugd-en-gezin.asp>
9. Centraal bureau voor de Statistiek: *Ongeveer 241 duizend mensen onverzekerd tegen ziektekosten*. 2 mei 2007  
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheidwelzijn/publicaties/persberichten/archief/2007/2007-034-pb.htm>
10. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004). *Factsheets Jongerenpeiling 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
11. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt*. Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
12. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. RIVM, Bilthoven.
13. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004*. TNO Kwaliteit van leven, Leiden. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
14. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005*. GGD Midden Holland, Leiden. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
15. Stivoro. *Roken, de harde feiten 2005*. Jeugd en Volwassenen
16. Nationaal Kompas Volksgezondheid, [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) / [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
17. Nationale Atlas Volksgezondheid, [www.zorgatlas.nl](http://www.zorgatlas.nl)
18. CBS Statline, [www.statline.nl](http://www.statline.nl)
19. Milieu & Natuurcompendium, [www.mnp.nl](http://www.mnp.nl)
20. Van Kesteren, DJ. (2004) *Nuchter beleid*. Adviesrapport over lokale mogelijkheden ter preventie van alcohol- of drugsmisbruik van jeugdigen. GGD ZHN, Leiden.
21. Van Wijngaarden, R. (november 2005). *Integrale lokale aanpak van preventie van overgewicht. Een handreiking voor gemeenten*. GGD ZHN, publicatienummer 05028, Leiden.
22. Van der Zouwe N. (2006), *Eenzame ouderen over de drempel, een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen in Zuid-Holland Noord*. GGD Hollands Midden, Leiden.

23. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
24. Informatiebron voor zorg, welzijn en wonen [www.zorgwelrijnland.nl](http://www.zorgwelrijnland.nl)
25. Laar, A., Paijmans, I., Tielen, H. (2003-2004). *Factsheets Jongerenpeiling 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
26. Mediator. Kok, F. *Voorkomen dat we zwaar achterop zijn geraakt*. Juli 2006, jaargang 17, nr. 5.
27. Meijer, SA, Smit, F, Schoemaker, CG, Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen*. RIVM, Bilthoven.
28. Ooijendijk, WTM, Hildebrandt, VH., Hopman-Rock, M. (juni 2006). *Bewegen gemeten 2002-2004*. TNO Kwaliteit van leven, Leiden. Paijmans, IJM., (april 2007) *Kerncijfers Zuid-Holland Noord 2006*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden
29. Paijmans, IJM., Tielen, H., van der Zouwe, N. (mei 2002). *Basis voor gezondheidsbeleid – Informatie over de gezondheidssituatie in de regio Zuid-Holland Noord*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
30. Tielen, H, van den Broek, I, van Dijk, A, Paijmans, I. (2006). *Factsheets Gezondheidspeiling volwassenen en ouderen 2005*. GGD Midden Holland, Leiden.
31. Tielen, H. (oktober 2004). *Scholierenpeiling genotmiddelen en gokken 2003*. GGD Zuid-Holland Noord, Leiden.
32. Stivoro. *Roken, de harde feiten 2005*. Jeugd en Volwassenen
33. Nationaal Kompas Volksgezondheid, [www.rivm.nl](http://www.rivm.nl) / [www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl)
34. Wijngaarden van, R., Paijmans, IJM., Broek, A., *Kadernota Lokaal Gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. November 2006. GGD Hollands Midden, Leiden.
35. Vereniging van Nederlandse gemeenten, <http://www.vng.nl/smartsite.dws?id=57480&it=3>
36. Werkgroep Binnenmilieu. *Vakgroep Milieu en Gezondheid, Suggesties voor lokaal gezondheidsbeleid: Wat kunnen gemeenten doen voor een gezond binnenmilieu in scholen, kindercentra en woningen?* Juni 2007. GGD Nederland.
37. Besselink, A., Kwekkeboom, J. *Programma Gezond Bouwen 2007 – 2010*. 28 december 2006. Team Medische Milieukunde, GGD Hollands Midden, Leiden