

**Nota lokaal gezondheidsbeleid
Gemeente Teylingen 2007-2011**

**Maatschappelijke Ontwikkeling
Juli 2007**

INLEIDING	4
AANPAK NOTA LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID TEYLINGEN	4
LEESWIJZER	4
HOOFDSTUK 1 EVALUATIE LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID 2003-2007	6
1.1 EVALUATIE NOTA SASSENHEIM	6
1.2 EVALUATIE NOTA VOORHOUT	7
1.3 EVALUATIE NOTA WARMOND	9
1.4 VERVOLG OP DE NOTA'S LOKAAL GEZONDHEIDSBELEID 2003-2007	9
HOOFDSTUK 2 ONTWIKKELINGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG	11
2.1 ALGEMEEN	11
2.2 LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN	11
1.2.1 <i>Rijkspreventienota 2007-2011</i>	11
2.2.2 <i>Volksgezondheids Toekomst Verkenning</i>	12
2.2.3 <i>Een nieuw stelsel voor zorg, welzijn en dienstverlening</i>	13
2.2.4 <i>Jeugdbeleid</i>	14
2.3 REGIONALE ONTWIKKELINGEN	15
2.3.1 <i>Huisvestingsbeleid</i>	15
2.3.2 <i>Veiligheidsbeleid in relatie tot volksgezondheid</i>	15
2.3.3 <i>Afspraken wonen, zorg en welzijn</i>	16
2.3.4 <i>Arbeidsmarktbeleid</i>	16
2.4 LOKALE ONTWIKKELINGEN	16
2.4.1 <i>WMO lokaal</i>	16
2.4.2 <i>Jeugdbeleid</i>	17
2.4.3 <i>Onderwijsbeleid</i>	18
2.4.4 <i>Ouderenbeleid</i>	18
2.4.5 <i>Gehandicaptenbeleid</i>	18
2.4.6 <i>Vreemdelingenbeleid</i>	18
2.4.7 <i>Minimabeleid</i>	19
2.4.8 <i>Sportbeleid</i>	19
2.4.9 <i>Huisvestingsbeleid</i>	20
HOOFDSTUK 3 GEZONDHEIDSSITUATIE IN ZUID-HOLLAND NOORD	21
3.1 KERNCIJFERS BEVOLKING	21
3.1.1 <i>Kerncijfers</i>	21
3.1.2 <i>Teylingen</i>	23
HOOFDSTUK 4 LEEFGEWOONTEN	26
4.1 ALCOHOLGEBRUIK	26
4.1.1 <i>Landelijke maatregelen alcoholmatiging</i>	26
4.1.2 <i>Alcohol in Teylingen</i>	27
4.1.3 <i>Alcohol in combinatie met drugs</i>	27
4.1.4 <i>Alcoholmatiging als speerpunt</i>	28
4.1.5 <i>Maatregelen alcoholmatiging</i>	28
4.2 ROKEN	29
4.2.1 <i>Landelijke maatregelen tegen roken</i>	30
4.2.2 <i>Roken in Teylingen</i>	30
4.3 VOEDING EN BEWEGEN	30
4.3.1 <i>Landelijke maatregelen tegen overgewicht</i>	31
4.3.2 <i>Overgewicht in Teylingen</i>	32
4.3.3 <i>Gezond eten en bewegen als speerpunt</i>	33
4.3.4 <i>Maatregelen gezond eten en bewegen</i>	34
4.4 DEPRESSIE	35
4.4.1 <i>Landelijke maatregelen tegen depressie</i>	36
4.4.2 <i>Depressie in Teylingen</i>	36
4.5 DIABETES	36
4.5.1 <i>Landelijke maatregelen tegen diabetes</i>	37
4.5.2 <i>Diabetes in Teylingen</i>	37

HOOFDSTUK 5 LEEFBAARHEID	38
5.1 WERKCONFERENTIE LEEFBAARHEID IN TEYLINGEN	38
5.2 EFFECT VAN LEEFBAARHEID OP VOLKSGEZONDHEID	39
HOOFDSTUK 6 MAATSCHAPPELIJKE ZORG	41
6.1 VERSLAVINGSZORG	41
6.2 (OPENBARE) GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	42
6.2.1 <i>Signalen</i>	42
6.2.2 <i>Ontwikkelingen</i>	42
6.3 LANDELIJKE TRENDS	43
6.4 REGIONAAL BELEID	43
6.4.1 <i>De doelgroep van maatschappelijke zorg</i>	44
6.5 LOKAAL BELEID TEYLINGEN	44
6.6 RELATIE MET DE WMO	45
HOOFDSTUK 7 VOORZIENINGENNIVEAU EN INFORMATIEVOORZIENING	46
7.1 OVERZICHT VOORZIENINGENNIVEAU TEYLINGEN EN DE REGIO	46
7.1.1 <i>Warmond</i>	46
7.1.2 <i>Sassenheim</i>	46
7.1.3 <i>Voorhout</i>	47
7.1.4 <i>Voorzieningenniveau in Teylingen</i>	48
7.2 REGIONALE VOORZIENINGEN	48
7.3 INFORMATIEVOORZIENING	48
HOOFDSTUK 8 OVERZICHT SPEERPUNTEN EN ACTIEPLAN	50
8.1 OVERZICHT ACTIEPUNTEN	50
8.2 BEOOGD EFFECT VAN DE ACTIES	51
8.3 BUDGET UITVOERING ACTIES	51
8.4 EVALUATIE NOTA	51

Inleiding

Het rijk en de gemeenten hebben ieder een verantwoordelijkheid om de volksgezondheid zo goed mogelijk op peil te houden. De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) regelt daartoe sinds 1989 de relatie tussen het rijk en de gemeenten ten aanzien van de openbare gezondheidszorg. Vanaf 1 januari 2003 is in de WCPV opgenomen dat de gemeenteraad iedere vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vaststelt. Hierin wordt aangegeven hoe burgemeester en wethouders uitvoering geven aan de gemeentelijke taken genoemd in de WCPV¹. Dit betreft het bevorderen van de totstandkoming en de continuïteit van- en de samenhang binnen de collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg, het zorgdragen voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding, en het zorgdragen voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg. De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid besloeg de periode 2003 – 2007, deze tweede nota lokaal gezondheidsbeleid is bedoeld voor de periode vanaf juli 2007.

Aanpak nota lokaal gezondheidsbeleid Teylingen

Deze tweede nota lokaal gezondheidsbeleid is tot stand gekomen in nauw contact met het veld. Door in gesprek te gaan met huisartsen, scholen, wijkverpleegkundigen, wijkagenten, jongerenwerkers, de openbare geestelijke gezondheidszorg, het algemeen maatschappelijk werk, e.d., vragen voor te leggen aan het signaleringsoverleg, het zorgnetwerk en het directeurenoverleg van scholen, en het organiseren van een werkconferentie met als thema leefbaarheid, is een beeld ontstaan van de lokale gezondheidssituatie in Teylingen. Deze informatie in combinatie met de wettelijke kaders, landelijke, regionale, en gemeentelijke beleidsontwikkelingen en cijfers over de gezondheidssituatie, hebben de basis gevormd voor het in deze nota geformuleerde gemeentelijk gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar.

Voor alle beleidsterreinen die raakvlakken hebben met gezondheidsbeleid is samengewerkt met de beleidsambtenaren van deze beleidsterreinen om te komen tot een integraal gezondheidsbeleid. In de nota lokaal gezondheidsbeleid worden de verbanden met andere beleidsterreinen gelegd en wordt aangegeven hoe gesignaleerde knelpunten worden opgepakt, ofwel binnen het gezondheidsbeleid, ofwel binnen het aanpalende beleid.

Voor de totstandkoming van deze nota lokaal gezondheidsbeleid is gebruik gemaakt van veel verschillende informatiebronnen om te komen tot een visie voor het lokaal beleid. Voor een aantal hoofdstukken van deze nota is geput uit de kadernota lokaal gezondheidsbeleid van de GGD Hollands Midden. Daarnaast is veel gebruik gemaakt van de informatie uit de gezondheidspeilingen van de GGD.

Leeswijzer

Binnen deze nota lokaal gezondheidsbeleid wordt de gemeente Teylingen gezien als één gemeente. Alleen daar waar grote verschillen tussen de drie kernen zijn, worden de kernen apart benoemd. U kunt in deze nota de volgende onderwerpen verwachten:

In hoofdstuk 1 wordt de eerste, in 2003 vastgestelde, nota lokaal gezondheidsbeleid van de drie toenmalige gemeenten geëvalueerd. Er wordt gekeken in hoeverre de genoemde actiepunten zijn opgepakt en wat het effect ervan is op de gezondheidssituatie in de gemeente.

Hoofdstuk 2 gaat in op de invloed van gemeenten op gezondheidszorg en geeft een overzicht van de landelijke, regionale en lokale ontwikkelingen in de gezondheidszorg die het kader scheppen voor het lokaal beleid.

Hoofdstuk 3 geeft inzicht in de gezondheidssituatie in Teylingen en de regio, waar mogelijk afgezet tegen de gezondheidssituatie in Nederland.

Hoofdstuk 4 gaat in op de verschillende leefgewoonten en de invloed daarvan op de volksgezondheid. Voor iedere leefgewoonte wordt gekeken naar de landelijke situatie, de situatie in de gemeente Teylingen en naar het lokaal beleid.

In hoofdstuk 5 wordt een beeld gegeven van de leefbaarheid in de gemeente en de invloed van leefbaarheid op de volksgezondheid.

In Hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de verschillende aspecten van maatschappelijke zorg. De hoofdlijnen van het regionaal beleid worden beschreven en er wordt ingegaan op de lokale preventieve activiteiten.

Hoofdstuk 7 geeft een overzicht van alle zorgvoorzieningen.

Hoofdstuk 8 is een overzicht van de in de nota gedefinieerde speerpunten en voorgenomen acties. Dit overzicht vormt een concreet actieplan om uitvoering te geven aan het gezondheidsbeleid van de gemeente Teylingen voor de komende vier jaar.

¹ Zie artikel 3b

Hoofdstuk 1 Evaluatie lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007

In 2003 is in de drie toenmalige gemeenten Sassenheim, Voorhout en Warmond een nota lokaal gezondheidsbeleid vastgesteld. Bij de opstelling van de nota's heeft regionale afstemming plaatsgevonden. De uiteindelijke nota is voor iedere gemeente separaat vastgesteld en aangepast op de lokale situatie in die gemeente. In de nota's is de gezondheidssituatie in kaart gebracht en zijn actiepunten gedefinieerd om knelpunten in de lokale gezondheidssituatie aan te pakken. In dit hoofdstuk 'Evaluatie nota lokaalgezondheidsbeleid 2003' wordt geëvalueerd welke maatregelen er de afgelopen vier jaar zijn genomen, en wat het effect hiervan is geweest op de lokale gezondheidssituatie. Deze evaluatie wordt per kern gemaakt.

1.1 Evaluatie nota Sassenheim

De gemeente Sassenheim heeft in de nota lokaal gezondheidsbeleid 2003 acht knelpunten geconstateerd. Voor de acht knelpunten is een aantal acties geformuleerd voor de uitvoering van het beleid van de gemeente Sassenheim voor de komende vier jaar.

- **Knelpunt 1: De opvoedkundige omgeving is niet optimaal**
Actiepunt 1: De gemeente Sassenheim onderzoekt op welke manier opvoedondersteuning laagdrempelig kan worden aangeboden, mogelijk op basis van gesprekken met ouders. Belangrijk is dat er aandacht bestaat voor een cultuuromslag zodat vragen om ondersteuning bij de opvoeding niet langer gezien wordt als een teken van onmacht en falen.
Actiepunt 2: De gemeente Sassenheim geeft meer bekendheid aan het aanbod aan opvoedingsondersteuning bij peuterspeelzalen, kinderdagverblijven, scholen en sportclubs.
Actiepunt 3: De gemeente Sassenheim onderneemt actie om bereidheid tot participatie van ouders op kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, scholen en sportclubs te vergroten.
- **Knelpunt 2: Overmatig alcoholgebruik door jongeren**
Actiepunt 4: De gemeente Sassenheim formuleert een verslavingsbeleid.
- **Knelpunt 3: Er is onvoldoende huisvesting voor ouderen (en jongeren en zorgbehoevenden)**
Er zijn geen specifieke actiepunten gedefinieerd
- **Knelpunt 4: De voorlichting over zorgvoorzieningen is onvoldoende en versnipperd**
Actiepunt 5: De gemeente Sassenheim participeert in overleg van de Duin- en Bollenstreekgemeenten met de verschillende zorginstellingen over de wenselijkheid en de praktische mogelijkheden tot de totstandkoming van een zogenaamd 'één zorgloket'. Onderzoek moet uitwijzen of dit tot de mogelijkheden behoort in Sassenheim.
- **Knelpunt 5: Tekort aan vrijwilligers in de zorg en mantelzorg**
Geen specifieke actiepunten gedefinieerd
- **Knelpunt 6: Eerstelijnszorg in de toekomst**
Geen specifieke actiepunten gedefinieerd
- **Knelpunt 7: Psychosociale problemen en eenzaamheid**
Actiepunt 6: Het is van belang dat er voldoende bekendheid wordt gegeven aan de diverse initiatieven zoals Het Inloophuis, het Hof van Sassem, het opbouwwerk voor de jeugd en de zorgnetwerken 0-4 jarigen en 4-12 jarigen
Actiepunt 7: De gemeente Sassenheim gaat na of er aanvullende activiteiten en voorzieningen nodig zijn ter preventie van psychosociale problemen en eenzaamheid
- **Knelpunt 8: Inwoners bewegen onvoldoende**
Geen specifieke actiepunten gedefinieerd

In 2004, een jaar na vaststelling van de nota lokaal gezondheidsbeleid, is deze nota geëvalueerd om te kijken welke stappen er zijn genomen om uitvoering te geven aan de nota.

- Actiepunt 1 en 2: Er is aandacht besteed aan het onder de aandacht brengen van het opvoedbureau. Er is tevens in samenwerking met de provincie een 'Convenant Jeugdzorg' opgesteld, waarin afspraken zijn vastgelegd over de aansluiting tussen jeugdbeleid en jeugdzorg tussen provincie, het Bureau Jeugdzorg en tien gemeenten in de Duin- en Bollenstreek.
- Actiepunt 3: Er is nog geen actie op ondernomen.
- Actiepunt 4: Er zijn verscheidene activiteiten ondernomen in het kader van verslavingspreventie, met name vanuit de GGD en Parnassia. De gemeente Sassenheim heeft geen lokaal verslavingsbeleid geformuleerd.
- Actiepunt 5: In 2003 en 2004 is door de GGD Zuid-Holland Noord een digitale sociale kaart zorg, wonen en welzijn ontwikkeld met de naam 'Zorgwelrijnland'. Het doel van de sociale kaart is dat zowel burgers als hulpverleners op één plaats actuele informatie kunnen vinden.

Valent RDB heeft een lokaal klantenservicepunt geopend waar inwoners uit de regio terecht kunnen met al hun vragen over zorg, welzijn en wonen.

- Actiepunt 6: Er is aandacht besteed aan het geven van bekendheid aan Het Inloophuis, het Hof van Sassem en de ZAT teams.
- Actiepunt 7: Het algemeen maatschappelijk werk wordt door de gemeente gesubsidieerd en speelt een belangrijke rol in de bestrijding van psychosociale problemen en eenzaamheid in alle leeftijdscategorieën. Het algemeen maatschappelijk werk heeft verschillende projecten en activiteiten uitgevoerd in dit kader, waaronder de gezinscoach, een rouwverwerkingsgroep en maatschappelijke activering van ouderen. In Sassenheim is sprake van een zeer goede eerstelijnsgezondheidszorg die goed en snel doorverwijst om ernstigere problemen te voorkomen. Stichting Welzijn Ouderen Teylingen speelt een belangrijke rol bij het voorkomen van sociaal isolement en het versterken van het sociale netwerk voor ouderen. Er is geconstateerd dat er op dit moment geen noodzaak is tot aanvullende activiteiten door de gemeente Sassenheim in het kader van psychosociale problemen en eenzaamheid.

Na de evaluatie in 2004 heeft als gevolg van de fusie geen evaluatie van de nota meer plaatsgevonden. Wel hebben er een aantal aanvullende activiteiten plaatsgevonden:

- Knelpunt 3: Voor knelpunt 3 zijn geen specifieke acties geformuleerd. In dit kader zijn afspraken gemaakt in Holland Rijnland verband op het gebied van wonen, zorg en welzijn. Hier wordt in hoofdstuk 2 nader op ingegaan. Daarnaast is de ontwikkeling van woonzorgzone 'Overteylingen' voortgezet onder de naam Sassembourg.
- Knelpunt 4: In aanvulling op actiepunt 5 wordt er op dit moment gewerkt aan de inrichting van een WMO zorgloket voor de gemeente Teylingen.
- Knelpunt 5: Voor knelpunt 5 zijn geen acties geformuleerd. In dit kader is in Sassenheim in 2005 lokaal vrijwilligersbeleid geformuleerd.
- Knelpunt 7: In het kader van actiepunt 7 is in 2006 een conferentie eenzaamheid bij ouderen georganiseerd. Alle relevante partijen zijn hierbij betrokken. Dit initiatief wordt vervolgd met de gemeente als regisseur.

1.2 Evaluatie nota Voorhout

De gemeente Voorhout heeft in de nota lokaal gezondheids beleid 2003 vier knelpunten uit de werkconferentie prioriteit gegeven. Daarnaast heeft de gemeente nog twee knelpunten zelf ingebracht:

- ***Knelpunt 1: De doorgaande lijn in de opvoeding van 0-16 jarigen komt in gevaar. De verantwoordelijkheid voor de opvoeding van kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar geeft problemen omdat steeds meer kinderen meer tijd met verschillende opvoeders te maken hebben. Deze hanteren verschillende normen en waarden. Dit leidt soms tot probleemgedrag bij kinderen.***

Voorstel 1: De gemeente heeft in het welzijnsprogramma 2003 een bedrag geraamd voor een onderzoek naar de mogelijkheden voor tieneropvang (12-16 jaar) in Voorhout. Gelet op de werkconferentie en ervaringen elders is er de behoefte dat een dergelijke voorziening aanwezig is. In 2003 moet duidelijk worden hoe de opvang voor deze groep kan worden gerealiseerd.

Voorstel 2: Indien er voldoende behoefte is zal de gemeente geld uittrekken voor de cursus 'een puber in huis' en voor het organiseren van gespreksgroepen voor ouders met pubers.

Voorstel 3: De drie ZAT teams (0-4, 4-12, en 12-18) zullen behalve voor het bespreken van 'probleemgevallen' ook kunnen worden ingezet om de pedagogische aanpak in de diverse ontwikkelingsfasen van kinderen op elkaar af te stemmen.

Voorstel 4: De gemeente zal middelen ter beschikking stellen om de deskundigheid te bevorderen van leidsters van peuterspeelzalen aangaande vroegsignalering.

Voorstel 5: De gemeente zal de komende jaren de opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering blijven ondersteunen.

- ***Knelpunt 2: Het is voor zorgbehoevenden onduidelijk waar zij met hun zorgvraag terecht kunnen.***

Voorstel 6: In de gemeente zal een inventarisatie worden gemaakt van alle aanbod op het terrein van gezondheidszorg. Nagegaan zal worden hoe de toegankelijkheid en bekendheid is van dit aanbod en hoe de knelpunten kunnen worden aangepakt.

Voorstel 7: In 2004 zal de gemeente Voorhout een begin maken met het instellen van een werkgroep die de komst van een zorgloket zal onderzoeken.

- ***Knelpunt 3: Geregeld en overmatig alcoholgebruik door jongeren op steeds jongere leeftijd is normaal aan het worden. Een kleine groep combineert dit met drugs.***

Voorstel 8: Jongeren van 12-18 jaar en hun ouders/opvoeders moeten bewust gemaakt worden van de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik en het gebruik van

softdrugs. Dit kan door middel van discussie en voorlichting waarbij het accent moet liggen op het niet volgen van groepsgedrag. Dit kan door middel van schoolprojecten maar ook door projecten in jongerencentra. De gemeente stelt gelden beschikbaar voor deze discussie- en voorlichtingsactiviteiten.

Voorstel 9: De gemeente treedt in overleg met de sportverenigingen en Ex-Voto over het voeren van een alcoholmatigingsbeleid.

- ***Knelpunt 4: Voor het toenemend aantal ouderen met een functiebeperking die zelfstandig willen blijven wonen, zijn er te weinig op maat aangepaste huisvestingsmogelijkheden.***

Voorstel 10: Er moet binnen tien jaar een woningvoorraad zijn voor alle leeftijdsgroepen. De gemeente Voorhout moet zich gaan richten op de bouw van meer levensloopbestendige huurwoningen en op de aanpassing van koopwoningen voor ouderen.

- ***Knelpunt 5: Tekort aan huisartsen***

Voorstel 11: Gelet op de situatie in de gemeente Voorhout wordt de kans om met subsidie een gezondheidscentrum op te richten goed mogelijk geacht. De gemeente heeft hierin een aanjaagfunctie, de toekomstige participanten moeten zelf het samenwerkingsverband opzetten.

- ***Knelpunt 6: Gebrek aan bewegen***

Voorstel 12: De gemeente zal bestemmingsplannen screenen op gezondheidsfacetten. Dit betekent niet alleen aandacht voor fiets- en wandelpaden maar ook voor voldoende, geschikte en veilige ruimte voor bewegen voor volwassenen.

Voorstel 13: De gemeente zal in overleg met sportverenigingen nagaan of deze een aanbod kunnen verzorgen voor recreatieve sportactiviteiten voor inactieven.

Voorstel 14: De gemeente zal de ontwikkeling en implementatie steunen van vormen van beweging die geschikt zijn voor mensen met een chronische aandoening. Hiervoor zal hulp worden gezocht bij de GGD.

Voorstel 15: Projecten als 'meer bewegen voor ouderen' zullen blijvend worden ondersteund.

De gemeente Voorhout heeft geen evaluatie van de nota uitgevoerd. Hier volgt een korte evaluatie van de voorstellen in de nota.

- Voorstel 1: Er is geen tieneropvang gerealiseerd.
- Voorstel 2: De cursus een 'puber in huis' wordt aangeboden. Er worden geen gespreksgroepen voor ouders met pubers georganiseerd.
- Voorstel 3: De ZAT teams worden ook ingezet om de pedagogische aanpak te waarborgen.
- Voorstel 4: De deskundigheidsbevordering is toegezegd en wordt in 2007 geïmplementeerd.
- Voorstel 5: De opvoedingsondersteuning door de gemeente is gecontinueerd.
- Voorstel 6: Er is geen inventarisatie uitgevoerd.
- Voorstel 7: Voor de inrichting van een zorgloket is aangehaakt bij de WMO. Er wordt op dit moment een WMO zorgloket Teylingen ingericht.
- Voorstel 8: De GGD is ingeschakeld om voorlichtingscampagnes uit te voeren. Daarnaast is er een toneelstuk georganiseerd op de KTS school met als thema de gevaren van overmatig alcoholgebruik. Daarnaast heeft Parnassia aandacht besteed aan voorlichting.
- Voorstel 9: De gemeente is niet in overleg met sportverenigingen en jongerencentra gegaan.
- Voorstel 10: In Voorhout wordt momenteel gebouwd aan Herenstaete, een complex waar een verzorgingshuis, zorgappartementen en appartementen geschikt voor senioren te komen. Daarnaast worden bij Broederhuis Nieuw Schoonoord zorgappartementen gerealiseerd.
- Voorstel 11: De gemeente heeft getracht een gezondheidscentrum in te richten. Vanwege de beperkte invloed die de gemeente hierop kan uitoefenen en omdat de artsen hierin een andere weg hebben gekozen, is het niet gelukt om een volwaardig gezondheidscentrum in te richten.
- Voorstel 12: Bij de pilot 'Tot bewegen bewogen' is aandacht gegeven aan de gezondheidsaspecten bij de inrichting van een bestemmingsplan. In de praktijk is het lastig dit volledig tot uitvoer te brengen. Bij het ontwikkelen van de wijk Hooghkamer te Voorhout zijn de uitgangspunten van de nota 'Tot bewegen bewogen' meegenomen. Er wordt nog niet structureel gescreend op gezondheidsfacetten.
- Voorstel 13: De gemeente heeft hier geen actie ondernomen.
- Voorstel 14: De gemeente heeft hier geen actie ondernomen.
- Voorstel 15: De gemeente heeft de ondersteuning van projecten als 'meer bewegen voor ouderen' gecontinueerd.

Ten aanzien van knelpunt 5 heeft zich de volgende ontwikkeling voor gedaan: De komst van een extra huisartsenpraktijk en de uitbreiding van een andere praktijk hebben ervoor gezorgd dat er niet langer sprake is van een tekort aan huisartsen in de kern Voorhout.

1.3 Evaluatie nota Warmond

De gemeente Warmond heeft vier knelpunten gedefinieerd:

- **Knelpunt 1: opvoedingsondersteuning jeugd 0-16 jaar**
- **Knelpunt 2: Waar kan ik als hulpvrager informatie krijgen**
- **Knelpunt 3: Overmatig alcoholgebruik door jongeren**
- **Knelpunt 4: Onvoldoende huisvesting ouderen**

Binnen de nota lokaal gezondheidsbeleid Warmond is een plan van aanpak geformuleerd waarin een aantal acties zijn opgenomen die in de periode 2003-2007 (verder) ontwikkeld worden. Warmond had niet de financiële middelen ter beschikking om uitgebreide nieuwe acties te financieren. De ontwikkelingen die in het plan van aanpak geformuleerd zijn, zijn voornamelijk ontwikkelingen die reeds opgestart waren. Deze acties sluiten daarom niet allemaal nauw aan op de geformuleerde knelpunten.

Acties uit het plan van aanpak:

1. Ontwikkelen zorgloket (knelpunt 2)
2. Uitvoering ouderennota Warmond (knelpunt 4)
3. Uitvoering woonvisie: In de woonvisie is aangegeven hoe de gemeente wil sturen om wensen van specifieke doelgroepen in Warmond te honoreren (knelpunt 4)
4. Jeugd en jongeren: In Warmond is grote behoefte aan professionele ondersteuning bij het organiseren van activiteiten voor jongeren (knelpunt 1)
5. Voorlichting jongeren: Binnen het jongerenbeleid wordt voorlichting verstrekt over gezond leefgedrag, gezondheid en hulpverlening (knelpunt 3)
6. Ontwikkelen sportbeleid: In 2003 wordt een nota lokaal sportbeleid ontwikkeld in relatie tot bewegingsstimulering
7. Vrijwilligersvacaturebank: In 2003 is gestart met de opzet van de vrijwilligersvacaturebank
8. Wijkoverleg: Met de invoering van het reguliere wijkoverleg wil de gemeente onderlinge samenhang in de wijk bevorderen en de inzet van de bewoners voor een leefbare wijk stimuleren

De gemeente Warmond heeft geen evaluatie van de nota uitgevoerd. Hier volgt een korte evaluatie van het plan van aanpak van Warmond:

- Actie 1: De ontwikkeling van een zorgloket is opgepakt maar als gevolg van de fusie en de komst van de WMO niet verder uitgevoerd. Inmiddels wordt voor Teylingen het WMO zorgloket ontwikkeld.
- Actie 2: De ouderennota Warmond is vastgesteld en de actiepunten zijn gedeeltelijk opgepakt. De ouderennota Warmond gaat dienen als uitgangspunt bij het opstellen van het ouderenbeleid Teylingen.
- Actie 3: De woonvisie Warmond is vastgesteld en de actiepunten zijn gedeeltelijk opgepakt.
- Actie 4: Er is een jongerenwerker aangesteld voor de organisatie van activiteiten voor jongeren. Daarnaast is een internetcafé geopend.
- Actie 5: Er zijn afspraken tussen de jongeren, de jongerenwerker, de politie en de horeca gemaakt over alcohol en het gedrag als gevolg van alcoholgebruik. Generation voert een deurbeleid en andere horecagelegenheden is gevraagd geen mensen binnen te laten die uit Generation zijn gezet als gevolg van te veel drankgebruik. Daarnaast hebben de GGD en Parnassia voorlichting verzorgd.
- Actie 6: De sportnota is vastgesteld. De uitkomsten hiervan zijn input voor het sportbeleid voor Teylingen.
- Actie 7: De vrijwilligersvacaturebank is gerealiseerd.
- Actie 8: Wijkoverleg is ingesteld.

1.4 Vervolg op de nota's lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007

De geformuleerde knelpunten in de nota's van Sassenheim, Voorhout en Warmond zijn gedeeltelijk nog steeds aan de orde. Een aantal van de knelpunten komt in deze nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid opnieuw terug als speerpunt. Een aantal andere knelpunten krijgt elders in het gemeentelijk beleid aandacht. In deze paragraaf worden de knelpunten uit de drie nota's op een rij gezet en wordt aangegeven hoe hier in de toekomst mee omgegaan wordt.

- **De opvoedkundige omgeving is niet optimaal:** Dit onderwerp vergt nog steeds aandacht maar wordt binnen het jeugdbeleid opgepakt.
- **Overmatig alcoholgebruik door jongeren:** Dit is een van de speerpunten van deze nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid

- **Onvoldoende huisvesting voor ouderen:** Dit is nog steeds een aandachtspunt. De afdeling Ruimtelijk Ontwikkeling stelt in 2007 een woonvisie Teylingen op. Hierin krijgt de huisvesting voor ouderen uitgebreid aandacht.
- **Voorlichting over zorgvoorzieningen is onvoldoende:** Dit knelpunt heeft veel aandacht gekregen en met de inrichting van het WMO zorgloket Teylingen en de ontwikkeling van de digitale sociale kaart is dit probleem adequaat aangepakt.
- **Tekort aan vrijwilligers in zorg en mantelzorg:** Dit wordt opgepakt in het kader van prestatieveld 4 'het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers' van het vierjarig WMO beleidsplan en binnen het vrijwilligersbeleid.
- **Toekomst eerstelijns zorg:** Landelijk was er sprake van een dreiging tot een tekort aan huisartsen. De ontwikkelingen van de afgelopen jaren hebben ervoor gezorgd dat deze dreiging, die ook in de kern Voorhout werd geconstateerd, is geweken. In de gemeente Teylingen is de eerstelijns gezondheidszorg goed op peil en speelt er op korte termijn geen dreiging tot tekorten.
- **Psychosociale problemen en eenzaamheid:** Binnen het ouderenbeleid heeft het thema eenzaamheid bij ouderen uitgebreid aandacht. Psychosociale problemen en eenzaamheid komen daarnaast aan de orde in het vierjarig WMO beleidsplan bij het prestatieveld 2: 'het bevorderen van de sociale samenhang in- en leefbaarheid van dorpen wijken en buurten'.
- **Inwoners bewegen onvoldoende:** Dit is een van de speerpunten van deze nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid.

Hoofdstuk 2 Ontwikkelingen in de gezondheidszorg

2.1 Algemeen

De openbare gezondheidszorg behartigt zaken die van belang zijn voor een gezonde samenleving. Het gaat om die onderdelen van de gezondheidszorg die zich richten op ziektepreventie en de bescherming en bevordering van de gezondheid van de gehele bevolking of groepen binnen de bevolking. Het meest kenmerkend voor openbare gezondheidszorg is dat er sprake is van een maatschappelijke hulpvraag, er ligt in principe geen individuele hulpvraag aan ten grondslag. Gezondheid in brede zin betekent een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch evenwicht. Gezondheid is een voorwaarde voor maatschappelijk functioneren.

Gemeenten kunnen veel doen aan de omstandigheden voor een gezond leven. Vrijwel alle beleidsterreinen raken aan de volksgezondheid. Beslissingen over bijvoorbeeld wonen, groenvoorzieningen, verkeer, ruimtelijke ordening, sociale zaken en onderwijs kunnen invloed hebben op de gezondheid. Het is daarom van belang dat bij beslissingen op deze terreinen de gevolgen voor de gezondheid worden meegenomen.

In dit hoofdstuk wordt het kader geschetst waarbinnen het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Teylingen wordt geformuleerd. Het lokale beleid sluit aan op de landelijke en regionale ontwikkelingen en beleid, en op de lokale situatie in de gemeente. In paragraaf 2 en 3 worden respectievelijk de landelijke en regionale ontwikkelingen geschetst die relevant zijn voor de volksgezondheid. In paragraaf 4 worden de lokale ontwikkelingen van de verschillende beleidsterreinen geschetst, die een verband hebben met volksgezondheid.

2.2 Landelijke ontwikkelingen

Veranderingen in de samenleving weerspiegelen zich in de vraagstukken die actueel zijn voor het gezondheidsbeleid van gemeenten. Deze paragraaf gaat in op vier belangrijke landelijke ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen betreffen de Rijkspreventienota 2007-2011, de Volksgezondheids Toekomst Verkenning, een nieuw stelsel voor zorg, welzijn en dienstverlening, en de ontwikkelingen binnen het jeugdbeleid.

1.2.1 Rijkspreventienota 2007-2011

In de WCPV is gesteld dat iedere vier jaar in een nota de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie worden vastgesteld. De rijksprioriteiten scheppen het kader; van gemeenten wordt verwacht dat zij in hun lokale nota hierbij aansluiten.

In de eerste rijkspreventienota 'Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag' (oktober 2003) is een reeks maatregelen beschreven om binnen de settings wijk, werk, zorg en school te werken aan drie speerpunten:

- roken
- overgewicht
- diabetes

Deze speerpunten gaan over de grootste risicofactoren voor ongezondheid, ziekte en voortijdige sterfte. Naast deze drie speerpunten besteedde het rijk in de eerste nota ook veel aandacht aan de preventie van psychische problemen.

Uit diverse recente onderzoeken blijkt dat de speerpunten uit de eerste nota nog steeds zeer actueel zijn, een hoge ziektelast veroorzaken, hoge kosten met zich meebrengen en een afname van de arbeidsproductiviteit en gezonde levensverwachting veroorzaken. Om die reden is ervoor gekozen om in de tweede preventienota voor de jaren 2007-2011, 'Kiezen voor gezond leven' voort te bouwen op de speerpunten uit de eerste nota. De volgende speerpunten zijn benoemd:

- roken
- alcohol
- overgewicht
- diabetes
- depressie

De doelstellingen uit de preventienota *Kiezen voor gezond leven* (VWS, 2006)

Roken

In 2010 zijn er nog 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 patiënten 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 depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

De preventienota onderscheidt naast de vijf speerpunten ook twee hoofdlijnen voor preventie: de verbinding landelijk versus lokaal en de verbinding preventie versus curatie. De nota gaat met name in op een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid, de lijn preventie versus curatie wordt de komende jaren verder uitgewerkt. Het kabinet wil voor de burger de keus voor gezond leven makkelijker maken en voor gemeenten de keus voor gezond preventiebeleid ondersteunen door:

- Het ontwikkelen van informatie, kennis, en interventies via programma's;
- Het geordend aanbieden en toegankelijk maken van preventie instrumenten;
- Het ondersteunen van het proces van beleidsontwikkeling tot beleidsuitvoering.

De nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Teylingen sluit nauw aan op de speerpunten gedefinieerd in de landelijke rijkspreventienota. Binnen het lokaal gezondheidsbeleid wordt gekozen voor de speerpunten alcohol en gezond eten en bewegen. In hoofdstuk 3 waarin de gezondheidssituatie wordt onderzocht en in hoofdstuk 4 over leefgewoonten wordt deze keuze onderbouwd.

2.2.2 Volksgezondheids Toekomst Verkenning

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) voorziet de overheid en de zorgsector van de nodige informatie over volksgezondheid en zorg in Nederland. De belangrijkste ontwikkelingen worden elke vier jaar samengebracht in een Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV). In de meest recente uitgave van 2006 luiden de belangrijkste bevindingen als volgt:

- De Nederlandse gezondheid scoort in vergelijking met Europa heel behoorlijk, maar behoort niet tot de top.
- Door vergrijzing zullen chronische ziekten en daarmee ook de zorgkosten de komende twintig jaar fors toenemen.
- De levensverwachting van vrouwen neemt in Nederland minder snel toe dan in de landen om ons heen.
- De gezondheidsachterstanden van kansarme Nederlanders blijven onverminderd groot.
- Ongezonder gedrag, zoals roken, en overgewicht, zijn belangrijke oorzaken van ziekte en sterfte. Vooral jongeren leven ongezond, zij drinken steeds meer en worden steeds zwaarder.

Het RIVM schrijft dat om het tij te keren, preventie effectiever gemaakt moet worden.

Binnen het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Teylingen wordt de focus gelegd op de laatste bevinding. Op lokaal niveau kan op die ontwikkeling het best invloed uitgeoefend worden. Met het voeren van een actief alcoholmatigingsbeleid en het bevorderen van gezond eten en bewegen wordt gezond gedrag gestimuleerd.

2.2.3 Een nieuw stelsel voor zorg, welzijn en dienstverlening

Er vindt een verandering plaats in de wijze waarop zorg in de maatschappij staat. Door de verschuiving van het uitgangspunt van aanbod naar vraag en van zorginstelling naar burger, begint het begrip 'zorg' een andere invulling te krijgen.

Zorg, welzijn en wonen staan steeds meer met elkaar in verband. Het rijk zoekt dan ook naar wettelijke vernieuwingen die het mogelijk maken om de diensten uit de diverse sectoren zo goed mogelijk op elkaar aan te laten sluiten. Maatschappelijke ondersteuning gaat daarbij een prominentere rol spelen. Dit staat voor het creëren van een samenleving waarin iedereen, en mensen die kwetsbaar zijn of dreigen te worden in het bijzonder, de kans geboden wordt om te participeren en zichzelf te ontwikkelen. Daarbij wordt zorg een stuk minder vanzelfsprekend: het rijk benadrukt dat zorg en ondersteuning in de toekomst alleen nog beschikbaar is voor hen die het echt nodig hebben. Er is geen 'automatisch recht' op voorzieningen van de overheid, maar er wordt een groter beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid en die van familie, vrienden en de samenleving als geheel. Deze verschuiving van verantwoordelijkheden brengt het risico met zich mee dat niet iedereen te allen tijde de benodigde zorg ontvangt.

Juridisch gezien krijgt de stelselherziening vorm in onder meer herziening van de AWBZ en de invoering van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Herziening AWBZ

Doordat de AWBZ tegenwoordig meer voorzieningen omvat dan oorspronkelijk de bedoeling was en omdat er steeds meer mensen gebruik van maakten, is het met de financiële houdbaarheid van de wet slecht gesteld. Het rijk heeft de AWBZ dan ook tot de kern teruggebracht: alleen de langdurige en elders niet te verzekeren zorg wordt straks uit de AWBZ vergoed. De AWBZ functies die niet met langdurige zorg te maken hebben, krijgen de komende jaren een plaats in aanpalende financieringssystemen, de Zorgverzekeringswet of de WMO.

Zorgverzekeringswet

Per 1 januari 2006 heeft de Zorgverzekeringswet ertoe geleid dat alle inwoners van Nederland zelf verplicht zijn een zorgverzekering af te sluiten. De wet op de zorgtoeslag voorkomt dat mensen een te groot deel van hun inkomen aan zorg moeten betalen. De zorgtoeslag is een bijdrage van de overheid in de kosten van de zorgverzekering en kan worden aangevraagd via de Belastingdienst.

Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)

Vanaf 1 januari 2007 is de WMO van kracht. Het doel van de WMO is dat iedereen maatschappelijk kan participeren. De WMO regelt hoofdzakelijk bestaande voorzieningen, maar dan vanuit een nieuw wettelijk kader. De Welzijnswet en de Wet voorziening gehandicapten zijn opgegaan in de WMO. Nieuw zijn onderdelen die vanuit de AWBZ naar de gemeente overgeheveld zijn. Ook is de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) overgeheveld van de WCPV naar de WMO.

De WMO is een kaderwet: de rijksoverheid stelt de regels en randvoorwaarden vast, waarna gemeenten zelf mogen bepalen hoe ze de maatschappelijke ondersteuning organiseren. De gemeente krijgt de regie omdat de gemeente beter zicht heeft op de plaatselijke situatie dan de rijksoverheid. Daarnaast zal de WMO marktwerking stimuleren waardoor organisaties flexibeler moeten gaan inspelen op de wensen van de burgers.

De WMO stelt gemeenten in staat om meer samenhang en afstemming te brengen in het lokale of regionale woon-, welzijns- en zorgaanbod. Bovendien kunnen gemeenten de zorgvrager een beter inzicht geven in het zorgaanbod en wordt het mogelijk om via één punt alle informatie, doorverwijzingen en antwoorden te krijgen over uiteenlopende vormen van ondersteuning die er in de gemeente zijn.

De WMO heeft als doel het mogelijk maken van maatschappelijke participatie. De WCPV heeft als doel de gezondheid van burgers te bevorderen en beschermen. Beide doelen kunnen elkaar versterken: een goede gezondheid bevordert de maatschappelijke participatie en maatschappelijke participatie kan positief bijdragen aan een gevoel van welbevinden.

De WMO bevat negen verschillende prestatievelden waarop de gemeente beleid en voorzieningen moet regelen, op ieder prestatieveld verwacht het rijk van de gemeente een bepaalde inspanning. De inspanning die de gemeente gaat leveren moet eens per vier jaar vastgelegd worden in een

beleidsplan dat op interactieve manier tot stand komt. In 2007 wordt het eerste WMO beleidsplan opgesteld.

Later in deze nota, in paragraaf 2.4.1 wordt nader ingegaan op hoe de WMO op lokaal niveau wordt aangepakt. Ook wordt aandacht besteed aan de dwarsverbanden die er zijn te leggen tussen het lokaal WMO beleid en het lokaal gezondheidsbeleid.

Veranderingen in de openbare geestelijke gezondheidszorg

In 1999 is het beleid inzake de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) voor het eerst geformuleerd en beschreven in een convenant en ondertekend door de minister van VWS en de landelijke koepelorganisaties die bij de OGGZ betrokken zijn. Sindsdien heeft de discussie over definiëring, doelgroepen en terreinafbakening van het OGGZ beleid niet stil gestaan. Inmiddels is hierover vrij algemeen consensus bereikt. Vanaf 1 januari 2007 is het wettelijke takenpakket van gemeenten op het gebied van de OGGZ opgegaan in de WMO, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen. Het in de WMO omschreven takenpakket op het gebied van OGGZ omvat:

- Het signaleren en bestrijden van risicofactoren;
- Het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen;
- Het fungeren als meldpunt voor signalen van crisis (of dreiging);
- Afspraken tot stand brengen tussen betrokken organisaties over de OGGZ uitvoering.

De (collectieve) preventie van psychische gezondheidsproblemen en het bevorderen en beschermen van- en zorg voor de geestelijke volksgezondheidszorg, blijven vallen onder de openbare gezondheidszorg oftewel de WCPV.

2.2.4 Jeugdbeleid

Het beleidsterrein jeugd is zowel landelijk als lokaal sterk in beweging. De belangrijkste ontwikkelingen worden in deze paragraaf genoemd.

De nieuwe Wet op de jeugdzorg.

Op 1 januari 2005 is de nieuwe Wet op de jeugdzorg ingevoerd. Doel van de wet is de jeugdzorg effectiever en toegankelijker te maken. Jongeren hebben dankzij deze wet recht op zorg gekregen. De invoering van de wet is aanleiding geweest om ook voor gemeenten duidelijke taken op het gebied van opvoed-, opgroei-, en gezinsondersteuning te formuleren:

- Informatie verstrekken aan ouders, kinderen en jeugdigen over opvoeden en opgroeien;
- Signaleren van problemen door instellingen binnen de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs;
- Toegang tot het gemeentelijk hulpaanbod geven, beoordelen en toeleiden naar voorzieningen aan de hand van een 'sociale kaart' voor ouders, jeugdigen en verwijzers;
- Pedagogische hulp (advisering en lichte hulpverlening), zoals maatschappelijk werk en coachen van jongeren;
- Coördineren van zorg in het gezin op lokaal niveau (gezinscoach).

Deze vijf gemeentelijke taken hebben raakvlakken met prestatieveld 2 van de WMO, het bieden van op preventie gerichte ondersteuning aan jongeren met problemen met opgroeien, en van ouders met problemen met opvoeden.

Jeugdzorgbrigade

De Jeugdzorgbrigade werd ingesteld door de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie om de bureaucratie in de jeugdzorg te bestrijden. Dit traject is complementair met Operatie Jong in het verbeteren van de jeugdzorg. Ze pleiten voor een betere aansluiting van de jeugdzorg op het lokale beleid.

Integrale jeugdgezondheidszorg

Toen op 1 januari 2003 de herziene WCPV met het bijbehorende Besluit Jeugdgezondheidszorg van kracht werd, hebben gemeenten de regie gekregen over de hele jeugdgezondheidszorg van nul tot negentien jaar. Het doel is een kwalitatief hoogwaardige integrale jeugdgezondheidszorg die nauw aansluit bij het gemeentelijk jeugdbeleid en de ontwikkelingen in de jeugdzorg.

Extra middelen voor opvoedingsondersteuning en jeugdgezondheidszorg

Het belang om ouders te steunen bij het opvoedingsproces en daarmee de opvoedingssituatie voor de kinderen te verbeteren wordt breed erkend. 'Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden' is daarom ook een prestatieveld van de WMO. Vanaf 2004 heeft het kabinet extra geld gereserveerd voor opvoed- en

gezinsondersteuning op lokaal niveau. Sinds 2005 stelt het rijk aan de gemeenten een bedrag van vijftig euro per kind ter beschikking voor het preventief jeugdbeleid (motie Verhagen).

2.3 Regionale ontwikkelingen

Enerzijds zijn gemeenten afhankelijk van regionale ontwikkelingen, anderzijds bepalen gemeenten samen het regionale beleid. In deze paragraaf wordt ingegaan op de regionale ontwikkelingen en samenwerkingsverbanden die van belang zijn voor het lokale gezondheidsbeleid.

2.3.1 Huisvestingsbeleid

Goede huisvesting vormt een belangrijk aspect van een prettig leefklimaat en is hiermee van invloed op de volksgezondheid. Het is dan ook van belang een huisvestingsbeleid te voeren dat goed is afgestemd op de wensen en verlangens van de burgers.

In Holland Rijnland is er sinds 1 januari 2006 één regionale woningmarkt op de schaal van twaalf gemeenten. Doelstellingen van het huisvestingsbeleid zijn dat:

- Er één open regionale woningmarkt is;
- De dynamiek wordt bevorderd door het stelsel van woningtoewijzing;
- Woonconsumenten een zo groot mogelijke keuzevrijheid krijgen;
- Op lokaal niveau zoveel mogelijk sociale cohesie wordt geborgd;
- De kansen voor starters en senioren worden geborgd.

De regels voor de verdeling van sociale huurwoningen en nieuwbouwoopwoningen zijn vastgelegd in de Huisvestingsverordening Holland Rijnland 2005 en het Convenant Woonruimteverdeling.

Het huisvestingsbeleid is gericht op het bevorderen van de dynamiek. Er zijn daarom in beginsel geen regionale en lokale bindingseisen. Daarnaast geldt dat de passendheidseisen voor de meeste woningen zijn vervallen. Alleen bij woningen van aanbieders die het convenant Woonruimte niet hebben ondertekend, wordt door de gemeente op passendheidscriteria getoetst. Een derde stimulans voor dynamiek is de zogenaamde woonwaarde. Naarmate de populariteit van de woning van de woningzoekende groter is, stijgt zijn plaats op de wachtlijst.

2.3.2 Veiligheidsbeleid in relatie tot volksgezondheid

Veiligheid, zowel fysiek als sociaal, is een belangrijke factor die van invloed is op de ervaren leefbaarheid. Een gevoel van veiligheid is van belang voor de volksgezondheid.

De Veiligheidsregio Hollands Midden is in ontwikkeling. Hiertoe ligt er op dit moment een conceptvoorstel van de 'Wet op de Veiligheidsregio's'. Het kabinet heeft in 2004 het 'Kabinetsstandpunt Veiligheidsregio's' gepubliceerd. In deze kabinetsstandpunten wordt het begrip 'veiligheidsregio' als volgt gedefinieerd:

"Een gebied waarin wordt samengewerkt door verschillende besturen en diensten ten aanzien van taken op het gebied van brandweerzorg, rampenbestrijding, crisisbeheersing, geneeskundige hulpverlening bij rampen en handhaving openbare orde en veiligheid."

Met de invoering van veiligheidsregio's beoogt het kabinet onder andere de slagkracht van de regionale besturen van brandweer en GHOR te vergroten. Deze besturen hebben op dit moment onvoldoende doorzettingsmacht ten opzichte van de deelnemende gemeenten. De minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) streeft in de toekomst naar een veiligheidsregio, die zal uitgroeien tot het platform voor het lokale bestuur om het veiligheidsbeleid in de regio in de volle breedte te bezien en om samenhang te brengen in het regionale veiligheidsbeleid.

Per 1 januari 2006 zijn de besturen van de Regionale Brandweer en van de Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR) samengevoegd en werken zij nauw samen met het bestuur van de politie. Vanwege deze samenvoeging is op 12 januari 2006, door het nieuwe bestuur, een convenant getekend met het Regionaal College van de politie Hollands Midden. Dit convenant regelt de bestuurlijke samenwerking tussen de Regionale Brandweer en de GHOR en de politie bij de voorbereiding op de bestrijding van grootschalige incidenten. Het nieuwe bestuur van de Regionale Brandweer en de GHOR heeft op 12 januari 2006 ook een zogeheten dienstverleningsovereenkomst getekend met de Regionale Dienst voor Openbare Gezondheidszorg (RDOG). Daarmee wordt gegarandeerd dat deze dienst de geneeskundige hulpverlening verzorgt

bij grote incidenten en rampen in de regio Hollands Midden. De RDOG is op 1 januari 2006 ontstaan uit een fusie tussen de GGD Zuid-Holland Noord, de GGD Midden Holland, de Regionale Ambulancedienst en het GHOR-bureau. Daarmee is binnen de Veiligheidsregio één loket voor de geneeskundige hulpverlening in crisissituaties ontstaan.

De Veiligheidsregio wordt nadrukkelijk beschouwd als middel om uiteindelijk de veiligheid van burgers in het gebied te verbeteren. Door samenwerking van de vier kolommen; de Regionale Brandweer, de GHOR, de Politie Hollands Midden en de gemeenten kan beter ingespeeld worden op de problematiek die speelt ten tijde van een ramp of calamiteit op het gebied van zowel fysieke als sociale veiligheid.

2.3.3 Afspraken wonen, zorg en welzijn

De Stuurgroep Wonen, Zorg en Welzijn van de Regionale Commissie Gezondheidszorg Zuid-Holland Noord heeft zich de afgelopen periode bezig gehouden met bestuurlijke afstemming op het terrein van wonen, zorg en welzijn tussen alle daarbij betrokken partijen. Eind 2002 is daartoe door vertegenwoordigers van alle betrokken partijen een regionaal ambitieconvenant ondertekend. Begin 2005 is een tweejarig traject in gang gezet om tot regionale prestatieafspraken te komen, met als doel om tot nadere uitwerking te komen van de in 2002 uitgesproken beleidsintenties en met alle betrokken partijen een lange termijn koers neer te zetten om te komen tot een goede samenhang tussen wonen, zorg en welzijn in de regio in 2020 en daarna. Deze regionale afspraken zijn vastgelegd in de nota 'Het Rijnstreek/Rijnland Akkoord; regionale prestatieafspraken 2007-2020'.

2.3.4 Arbeidsmarktbeleid

De positie op de arbeidsmarkt van een persoon heeft invloed op de maatschappelijke positie van deze persoon. Het hebben van een passende baan en het hebben van een goed inkomen zijn van invloed op de materiële situatie waarin een persoon verkeert, en hebben daarmee invloed op de leefbaarheid en op de volksgezondheid. Op regionaal niveau wordt momenteel aandacht besteed aan het arbeidsmarktbeleid.

In Holland Rijnland verband wordt een onderzoek gedaan naar de regionale arbeidsmarkt waarbij de actuele situatie en de prognose naar 2012 in beeld wordt gebracht.

De doelstelling van het onderzoek is het in kaart brengen van de arbeidsmarktsituatie:

- De aansluiting van vraag en aanbod van werkgelegenheid;
- De aansluiting van onderwijs en arbeidsmarkt.

2.4 Lokale ontwikkelingen

Bij het ontwikkelen van lokaal beleid is het van belang om aan te sluiten op de lokale situatie. Daarnaast is het van belang dat beleid integraal tot stand komt. In deze paragraaf wordt ingegaan op de lokale ontwikkelingen en beleidsvoornemens op beleidsterreinen die nauwe raakvlakken hebben met de volksgezondheid. De ontwikkelingen die van invloed zijn op de volksgezondheid worden per beleidsterrein geschetst.

2.4.1 WMO lokaal

De gemeente Teylingen heeft ervoor gekozen, evenals het merendeel van de gemeenten in de regio, de WMO in te voeren in de zogenaamde smalle invoeringsvariant. Dit houdt in dat er in eerste instantie wordt gericht op de nieuwe wettelijke taken waarmee de gemeenten te maken krijgen. Deze taken betreffen de organisatie van de huishoudelijke verzorging en de subsidieregelingen die overkomen vanuit de AWBZ. Ook de versterking en uitbreiding van de huidige informatie- en adviesfunctie voor maatschappelijke ondersteuning behoort hiertoe. Het bestaande beleid met betrekking tot de andere prestatievelden blijft zoveel mogelijk gehandhaafd en wordt enkel aangepast wanneer dit noodzakelijk is om te voldoen aan de wettelijke eisen. Pas in een later stadium wordt het WMO beleid breed opgepakt en worden de verschillende prestatievelden integraal benaderd. In het vierjarig WMO beleidsplan dat wordt opgesteld in 2007 en op 1 januari 2008 gereed dient te zijn, wordt hier nadere invulling aan gegeven.

De WMO bestaat uit negen prestatievelden:

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

In het vierjarig beleidsplan van de gemeente Teylingen wordt het beleid op deze negen prestatievelden nader uitgewerkt. De prestatievelden van de WMO hebben veel raakvlakken met gezondheidsbeleid. In deze nota lokaal gezondheidsbeleid wordt dan ook vaak een link gelegd naar het vierjarig beleidsplan WMO.

2.4.2 Jeugdbeleid

Uit het signaleringsoverleg Jeugd van de gemeente Teylingen en uit gesprekken met jongerenwerkers en wijkagenten komen vaak signalen dat alcohol- en drugsgebruik onder de jeugd een probleem is. De gezondheidsspelingen van de GGD bevestigen deze signalen. 'Indrinken' is een steeds vaker voorkomend fenomeen, ouders staan hun kinderen toe om thuis al grote hoeveelheden alcohol te nuttigen voor het stappen. Daarnaast zorgt het feit dat soft drugs tegenwoordig een zwaardere werking hebben en makkelijker te verkrijgen zijn ervoor, dat het gebruik van deze middelen vaker tot problemen leidt. Alcohol en drugs worden ook vaak in combinatie gebruikt, wat zorgt voor een versterkt effect. Het gebruik van alcohol en drugs leidt tot overlast, en is erg slecht voor de gezondheid van de jeugd en hun ontwikkeling.

In juni 2006 is er een samenwerkingsovereenkomst tussen politie en de scholen voor voortgezet onderwijs in Teylingen en Oegstgeest opgesteld. Het doel van deze samenwerkingsovereenkomst is om de veiligheid in en om scholen te verbeteren. Dit gebeurt door de fysieke aanwezigheid van politie, het geven van voorlichting, het wijzen op de maatschappelijke verantwoordelijkheid, en door handhaving.

In 2008 wordt de nota jeugdbeleid Teylingen geschreven. Op dit moment worden hiervoor voorbereidingen getroffen en input verzameld. De volgende signalen hebben de aandacht:

- Alcohol- en drugsgebruik door jongeren;
- Overlast in buitenruimte door jongeren;
- Gezinsproblematiek en opvoedondersteuning;
- Tekort aan speel- en hangplekken voor jongeren;
- Veiligheid.

Daarnaast is de samenstelling van de bevolking in de kern Voorhout een aandachtspunt. Momenteel is er een grote groep kinderen tot 12 jaar. In de komende vijf jaar worden dit allemaal tieners. De inrichting van ruimten zoals speel- en ontmoetingsplekken, de faciliteiten en georganiseerde activiteiten voor de jeugd moeten hierop worden afgestemd.

In de nota jeugdbeleid worden onder andere deze zaken verder uitgewerkt. Ten aanzien van het alcohol- en drugsgebruik onder jongeren wordt de interactie tussen het jeugdbeleid en het gezondheidsbeleid opgezocht.

2.4.3 Onderwijsbeleid

Het binnenmilieu, zowel in scholen als in woningen, is van groot belang voor de gezondheid. In het directeurenoverleg kwam naar voren dat het binnenklimaat van de scholen niet overal naar wens is. In 2008 gaat de gemeente Teylingen een integraal huisvestingsplan (IHP) opstellen dat inzicht geeft in de lokale behoefte, de knelpunten en de mogelijke oplossingen ten aanzien van de onderwijshuisvesting. Ook voor het binnenklimaat van de scholen zal de nodige aandacht zijn. Per vestiging wordt geïnventariseerd hoe het met het binnenklimaat is gesteld en wat de mogelijkheden voor de gemeente zijn om daar verbeteringen in aan te brengen.

Per 1 augustus 2007 moeten alle scholen voor- tussen- en naschoolse opvang aanbieden. Deze ontwikkeling beoogt het spanningsveld tussen de werktijden van ouders en de schooltijden van hun kinderen te verminderen en een oplossing te bieden voor de aanzienlijke belasting van ouders en hun schoolgaande kinderen. Hierbij moet de kwaliteit van de opvang voorop staan.

2.4.4 Ouderenbeleid

In Teylingen, evenals in de rest van het land, is sprake van een grote toename in het aantal ouderen. Een hoog percentage ouderen kan van invloed zijn op de gezondheidssituatie in de gemeente. Ouderen kampen over het algemeen meer met gezondheidsproblemen. Wanneer sprake is van een hoog percentage ouderen wordt daarom een relatief groot beroep gedaan op de zorgvoorzieningen in een gemeente. Met deze toename in het aantal ouderen moet rekening worden gehouden bij vele aspecten van gemeentelijk beleid. Hierbij valt te denken aan de inrichting van de buitenruimte, het huisvestingsaanbod en het aanbod van voorzieningen. Hoe de gemeente Teylingen in de komende jaren om wil gaan met ouderenbeleid wordt vastgelegd in de nota ouderenbeleid. De nota ouderenbeleid Teylingen wordt opgesteld in 2007. Deze nota zal voortborduren op de in 2005 in Voorhout opgestelde nota ouderenbeleid.

De gemeente Teylingen besteedt aandacht aan het thema eenzaamheid bij ouderen. Uit ervaringen van mensen uit het werkveld is gebleken dat dit een groeiend probleem is bij mensen vanaf een leeftijd van 55 jaar. In 2006 is gestart met een werkconferentie 'Eenzaamheid bij ouderen' waarbij betrokken partijen de knelpunten in kaart brengen en oplossingen en acties formuleren. Belangrijke aandachtspunten zijn het beter bereiken van de doelgroep, het relationele aspect in de dienstverlening en het verbeteren van de faciliteiten om elkaar te ontmoeten. In 2007 wordt dit project gecontinueerd. Er is een werkgroep opgestart die plannen uitwerkt voor een gezamenlijke aanpak van eenzaamheid bij ouderen. Een onderdeel van de plannen is het ontwerpen van een sociale kaart voor ouderen.

2.4.5 Gehandicaptenbeleid

Wanneer het begrip "gehandicapt" wordt gehanteerd, moet onderscheid worden gemaakt tussen lichamelijk of geestelijk gehandicapt. Tegenwoordig spreekt men liever van een verstandelijke of een lichamelijke beperking. De overgang van de Wet Voorziening Gehandicapten (WVG) naar de WMO heeft tot nog toe geen effect gehad op de verstrekking van voorziening aan mensen met een beperking. De WVG was al een verantwoordelijkheid van de gemeente en met het verplaatsen van de WVG naar de WMO zijn er geen wijzigingen doorgevoerd in de uitvoering van de WVG.

Momenteel bestaat er geen duidelijk beeld van het aantal mensen met een beperking in de gemeente Teylingen. Aan het Platform Gehandicapten is de vraag voorgelegd om het aantal mensen met een beperking in de gemeente Teylingen in kaart te brengen, hierbij onderscheid makend naar leeftijdscategorieën. Ook de samenstelling (aard van de beperking) van de groep mensen met een beperking binnen Teylingen is nog onbekend. Met de toename van het aantal ouderen is de verwachting dat het aantal mensen met een beperking zal stijgen.

In 2007 wordt een nota gehandicaptenbeleid voor de gemeente Teylingen geschreven. Speerpunten worden op dit moment verzameld. De inrichting van de openbare ruimte en de toegankelijkheid van gebouwen zullen in ieder geval de aandacht hebben.

2.4.6 Vreemdelingenbeleid

Binnen de gemeente Teylingen wonen 4025 vreemdelingen, dit is 12 procent van de bevolking. Hiervan zijn 1409 niet-westers, dit betreft 4 procent van de bevolking. Landelijk ligt dit percentage

op 19,2 vreemdelingen waarvan de helft niet-westers. Er kan gesteld worden dat het percentage vreemdelingen in Teylingen vrij laag ligt. Het grootste gedeelte van de vreemdelingen is woonachtig in de kern Sassenheim.

Een probleem waar in het algemeen sprake van is bij vreemdelingen is de communicatie. Ook binnen de gezondheidszorg is dit een probleem. Artsen en patiënten kunnen onvoldoende met elkaar communiceren, waardoor het moeilijk is de juiste zorg te verlenen. Daarnaast is het als gevolg van religie en cultuur mogelijk dat gezondheidsproblemen niet worden opgemerkt of niet behandeld mogen worden.

Vreemdelingen hebben regelmatig te maken met aanpassingsproblemen en onzekerheid omtrent verblijf, waardoor binnen deze groep mensen regelmatig sprake is van depressiviteit.

De gemeente Teylingen heeft geen lokaal vreemdelingenbeleid geformuleerd en het ligt niet in de planning hier beleid op te formuleren. Binnen de verschillende beleidsterreinen wordt indien relevant wel aandacht besteed aan deze groep van de bevolking. Een voorbeeld hiervan zijn de taalcurssussen voor allochtonen die worden aangeboden door de gemeente Teylingen.

2.4.7 Minimabeleid

De maatschappelijke situatie van een persoon wordt onder andere gekenmerkt door het opleidingsniveau, het inkomen en de positie op de arbeidsmarkt. Omdat deze factoren voor een groot deel bepalen in welke materiële omstandigheden een persoon verkeert (financiële zorgen, werkloosheid), hebben deze factoren een grote invloed op de leefgewoonten en gezondheid van deze persoon.

Omdat deze factoren van invloed zijn op de gezondheid en het welzijn van de bevolking, is het voor gemeenten van belang om een minimabeleid te formuleren. De doelstelling van het minimabeleid is om een vangnet creëren dat er zorg voor draagt dat burgers niet onder een minimum inkomen terecht komen.

Het huidige minimabeleid van de gemeente Teylingen wordt vormgegeven in de bijzondere bijstand, de collectieve ziektekosten, de langdurigheidstoelage, de regeling chronisch zieken en gehandicapten en de schuldhulpverlening. De gemeente Teylingen is zo ingericht dat deze zaken worden uitgevoerd door de ISD Bollenstreek. Het reïntegratiebeleid is niet alleen gericht op terugkeer naar de arbeidsmarkt, maar richt zich voor uitkeringsgerechtigden die hier niet toe in staat zijn op participatie aan het maatschappelijk verkeer door het stimuleren van vrijwilligerswerk.

Op dit moment wordt er gewerkt aan een nota armoedebeleid waarin bovenstaande onderdelen een plaats zullen krijgen. Naast het aanbod van inkomensondersteunende maatregelen zal aandacht worden gevraagd voor preventieve activiteiten om uitsluiting van maatschappelijk verkeer te voorkomen. De acties zullen worden gericht op een integrale aanpak van schuldhulpverlening, het voorkomen van vroegtijdig schooluitval, reïntegratieactiviteiten en wijkgerichte activiteiten.

2.4.8 Sportbeleid

De gemeente Teylingen heeft een ruim en divers sportaanbod. Er zijn veel verenigingen actief waarbij veel aanwas is van jeugdige leden. De verenigingen hebben geen speciaal aanbod voor ouderen of 55+.

Een knelpunt voor verenigingen is de beschikbaarheid van accommodaties. Zowel binnensport- als buitensportverenigingen lopen tegen de grenzen van de capaciteit van hun accommodatie aan. Er komen in de gemeente veel aanvragen binnen voor uitbreiding van accommodatie. Daarnaast hebben verenigingen te maken met de terugloop van het aantal vrijwilligers.

Binnen het verenigingsleven is het aan de orde van de dag dat er na het sporten regelmatig alcohol gedronken wordt en dat er snacks worden gefrituurd. Voor de verenigingen genereert dit veel barinkomsten. Overmatig gebruik van alcohol en consumptie van vette snacks kan onwenselijke gevolgen hebben voor de gezondheid.

Vanuit sportbeleid wordt gesignaleerd dat scholen niet allemaal werken met een vakdocent waardoor het bewegingsonderwijs op scholen vaak beperkt blijft tot eenvoudige spellen en sporten en er weinig kennis wordt gemaakt met de verschillende sporten. Hierdoor wordt sportdeelname bij een sportvereniging minder gestimuleerd.

NOC*NSF heeft in samenwerking met OCW een alliantie 'school en sport samen sterker' opgesteld. Deze alliantie moet een impuls geven aan het feit dat de sportdeelname in de verschillende onderwijssectoren (het aantal uren sport/gym) nog te laag is, en de bewegingsarmoede te hoog om de maatschappelijke negatieve gevolgen, zoals bijvoorbeeld obesitas, te voorkomen.

In 2008 wordt een nota lokaal sportbeleid opgesteld waarin het sportbeleid voor de gemeente Teylingen wordt vormgegeven. De raakvlakken tussen sportbeleid en gezondheidsbeleid, met name op het gebied van voldoende bewegen, worden interactief opgepakt.

2.4.9 Huisvestingsbeleid

De gemeente Teylingen wil in samenspraak met Woonstichting Vooruitgang, Woningstichting Warmunda en Trias Woondiensten komen tot een woonvisie voor de periode van 2007 – 2020 met bijbehorende prestatieafspraken.

De woonvisie gaat in op de positie en de rol van de sociale sector in Teylingen en besteedt aandacht aan de particuliere huur- en koopsector. Tevens wordt aandacht besteed aan de verschillen tussen de drie kernen. In de woonvisie wordt een gemeentelijk actieprogramma opgenomen, waarin visie wordt vertaald naar concrete acties die de gemeente zich voorneemt. Ook worden er prestatieafspraken ontwikkeld tussen de woningcorporaties en de gemeente. De woonvisie zal eind 2007 gereed zijn.

Actie: Bij het opstellen van de woonvisie van de gemeente Teylingen wordt aandacht gevraagd voor het opnemen van gezondheidsaspecten in het huisvestingsbeleid.

Acties

- *Bij het opstellen van de woonvisie van de gemeente Teylingen wordt aandacht gevraagd voor het opnemen van gezondheidsaspecten in het huisvestingsbeleid.*
- *De nota's ouderenbeleid, jeugdbeleid en sportbeleid voor de gemeente Teylingen worden integraal afgestemd en sluiten aan op de uitgangspunten in de nota lokaal gezondheidsbeleid.*

Hoofdstuk 3 Gezondheidssituatie in Zuid-Holland Noord

3.1 Kerncijfers bevolking

Verschillende factoren zijn van invloed op de gezondheidssituatie in de gemeente. Een van de factoren die veel informatie geeft over de gezondheidssituatie in de gemeente is de bevolkingsopbouw. Met de leeftijd nemen gezondheidsklachten vaak toe. Maar ook aspecten als burgerlijke staat en gezinssituatie, nationaliteit, fysieke en maatschappelijke situatie, arbeid, inkomen, etc. hebben zelfstandig of in samenhang met elkaar invloed op de gezondheidskansen van de mens. Ook leefgewoonten is een belangrijke factor die invloed heeft op de gezondheid van de mens. Hierop wordt nader ingegaan in hoofdstuk 4. In de volgende paragrafen wordt informatie gegeven over de bevolking van Nederland, de regio Zuid-Holland Noord, en de gemeente Teylingen. De gekozen kerncijfers geven inzicht in de gezondheidssituatie.

3.1.1 Kerncijfers

In onderstaande tabel worden de kerncijfers weergegeven met betrekking tot factoren die van invloed zijn op de gezondheidssituatie voor Nederland, de regio Zuid-Holland Noord en de gemeente Teylingen.

Kerncijfers			Nederland	Regio Zuid-Holland Noord	Teylingen
Inwoneraantal 1-1-2006			16.258.032	516.995	34.683
Prognose 2015			16.640.570	533.966	36.549
Groei t.o.v. 2006			2%	3%	5%
Loop van de bevolking	Geboorte		1,2%	1,1%	1,2%
	Sterfte		0,8%	0,8%	0,8%
	Migratie		-0,2%	-0,1%	-0,4%
	Groei		0,2%	0,1%	-0,1%
Leeftijdverdeling	2006	0-19 jaar	24%	25%	27%
		20-64 jaar	61%	62%	58%
		> 64 jaar	14%	13%	14%
	Prognose 2010	0-19 jaar	24%	24%	26%
		20-64 jaar	61%	61%	59%
		> 64 jaar	15%	15%	15%
	Prognose 2020	0-19 jaar	22%	22%	23%
		20-64 jaar	59%	58%	57%
		> 64 jaar	19%	19%	19%
	Prognose 2025	0-19 jaar	22%	22%	23%
		20-64 jaar	57%	57%	57%
		> 64 jaar	21%	21%	21%
Burgerlijke staat	Ongehuwd	20-64 jaar	33%	35%	27%
		65-74 jaar	6%	6%	5%
		75+	6%	7%	11%
	Gehuwd	20-64 jaar	57%	57%	64%
		65-74 jaar	69%	70%	74%
		75+	41%	42%	40%
	Weduwe	20-64 jaar	2%	1%	1%
		65-74 jaar	17%	16%	16%
		75+	48%	47%	45%
Gescheiden	20-64 jaar	8%	7%	7%	
	65-74 jaar	8%	8%	6%	
	75+	5%	4%	3%	
Gezinssituatie	Eenouder-gezinnen	2000	15,6%	12,8%	10,2%
		2005	17,5%	14,8%	11,4%
Allochtonen	Westers	2000	8,6%	8,3%	7,1%

		2005	8,8%	8,5%	7,5%
	Niet-westers	2000	8,9%	6,2%	3,5%
		2005	10,5%	7,3%	4,1%
Opleidingsniveau	Laag		33%	32%*	30%
Werkzame beroepsbevolking			63%	68%*	71%
Gemiddeld besteedbaar inkomen	Per inwoner		€ 12.300,00	€ 13.100,00	€ 13.500,00
	Per huishouden		€ 29.000,00	€ 32.000,00	€ 34.900,00
	Huishoudens met laag inkomen		9%	6%	5%
Algemene bijstandsuitkering			3,4%	1,8%	0,7%
Niet werkende werkzoekenden			5,9%	3,4%	2,6%
Arbeidsongeschikten		1999	8,6%	6,4%	5,3%
		2002	9,1%	6,9%	5,8%
		2004	8,5%	6,8%	5,7%
Chronische aandoeningen	12-17 jaar		Nb	Nb	Nb
	18-64 jaar		45% (in 2000)	54% (in 2005)	44% (in 2005)
	65+		70% (in 2000)	74% (in 2005)	77% (in 2005)
Ervaren gezondheid matig tot slecht	12-17 jaar		8% (in 2003)	6% (in 2003)	7% (in 2003)
	18-64 jaar		19,5% (in 2005)	9% (in 2005)	10% (in 2005)
	65+		43% (in 2005)	25% (in 2005)	25% (in 2005)
Overgewicht	2-19 jaar		12,6% (in 2005)	10% (in 2003)	9% (in 2003)
	20-64 jaar		41% (in 2005)	43% (in 2005)	46% (in 2005)
	65+		55% (in 2005)	Nb	Nb
Preventieprogramma's (opkomst)	Rijksvaccinatie	D(K)TP 9 jarigen	95%	96%	98%
		BMR 9 jarigen	96%	96%	99%
	Borstkanker		81%	80%	85%
	Baarmoederhals kanker		Nb	68%	72%
Roken	12-17 jaar		20% (in 2003)	13% (in 2003)	13% (in 2003)
	18-64 jaar		34% (in 2005)	25% (in 2005)	24% (in 2005)
	65+		18% (in 2005)	12% (in 2005)	13% (in 2005)
Alcohol	12-17 jaar		58% (in 2003)	50% (in 2003)	53% (in 2003)
	18-64 jaar		86% (in 2005)	86% (in 2005)	87% (in 2005)
	65+		73% (in 2005)	75% (in 2005)	80% (in 2005)
Cannabis	12-17 jaar		9% (in 2003)	5% (in 2003)	3% (in 2003)
	18-64 jaar		3% (in 2000)	2% (in 2000)	2% (in 2000)
	65+		Nb	Nb	Nb
Harddrugs	12-17 jaar	XTC	1,2%	1% (in 2003)	1%
		Cocaine	0,8%		
	18-64 jaar	XTC	0,3%	1% (in 2000)	1%
		Cocaine	0,2%		
	65+			Nb	Nb
Onvoldoende lichaamsbeweging	12-17 jaar		50% (in 2003)	87% (in 2003)	82% (in 2003)
	18-64 jaar		44% (in 2005)	36% (in 2005)	35% (in 2005)
	65+		42% (in 2005)	43% (in 2005)	39% (in 2005)

*Exclusief Ter Aar, Liemeer, Valkenburg, Warmond en Zoeterwoude.

Een aantal opvallende zaken uit bovenstaande tabel op het gebied van de bevolkingssamenstelling zijn de volgende:

- In de regio Zuid-Holland Noord ligt het aantal eenoudergezinnen gemiddeld 3% lager dan in Nederland. In de gemeente Teylingen ligt dit aantal nog eens 1,6% lager.
- Het aantal niet-westerse allochtonen in de regio ligt gemiddeld 3% lager in de regio dan in Nederland. In de gemeente Teylingen ligt dit aantal nog eens 3% lager.
- De werkzame beroepsbevolking is in de regio procentueel hoger dan in Nederland en in Teylingen nog een paar procent hoger dan in de regio. Het gemiddeld besteedbaar inkomen in de regio ligt eveneens hoger dan in Nederland. In de gemeente Teylingen is het besteedbaar inkomen hoger dan in de regio. Het aantal huishoudens met een laag inkomen in de regio ligt gemiddeld 3% lager dan in Nederland. Het aantal bijstandsuitkeringen en het aantal niet werkende werkzoekende ligt in de regio Zuid-Holland Noord significant lager dan in Nederland en het aantal arbeidsongeschikten ligt eveneens gemiddeld 2% lager. In de gemeente Teylingen ligt dit aantal nog lager dan in de regio.

Uit deze gegevens kan worden geconcludeerd dat de regio Zuid-Holland Noord een bovengemiddeld welvarende regio is en de kwetsbare doelgroep is relatief klein. De gemeente Teylingen steekt hier binnen de regio nog eens bovenuit. Deze bevolkingssamenstelling kan een positieve invloed hebben op de gezondheid van de bevolking in de gemeente.

Op het gebied van leefgewoonten kan uit de tabel het volgende worden afgeleid:

- In de regio Zuid-Holland Noord is het aantal mensen dat rookt significant lager in alle leeftijdscategorieën dan in Nederland. Dit geldt eveneens voor Teylingen.
- Het alcoholgebruik in de leeftijdscategorie van 12-17 jaar ligt in de regio lager dan in Nederland. Het alcoholgebruik in deze leeftijdscategorie in de gemeente Teylingen ligt een paar procent hoger, maar lager dan het landelijke percentage. Het alcoholgebruik in de leeftijdscategorie van 18-64 en 65+ ligt in de regio op het zelfde niveau als het landelijke niveau. Het alcoholgebruik in deze leeftijdscategorie in de gemeente Teylingen, met name in de categorie 65+ ligt hoger.
- Het cannabisgebruik in de regio ligt lager dan in Nederland. In de gemeente Teylingen ligt het cannabisgebruik nog lager.
- Onvoldoende lichaamsbeweging ligt in de leeftijdscategorie 12-17 jaar in de regio Zuid-Holland Noord significant hoger dan in Nederland. Dit probleem is in Teylingen eveneens hoger dan in Nederland. In de leeftijdscategorie 18-64 en 65+ is dit probleem in de regio en in Teylingen kleiner dan in Nederland. Het probleem van onvoldoende lichaamsbeweging ligt in de gemeente Teylingen in alle leeftijdscategorieën lager dan in de regio Zuid-Holland Noord.
- Overgewicht in de leeftijdscategorie 2-19 jaar ligt in de regio Zuid-Holland Noord lager dan in Nederland. In Teylingen ligt dit nog een procent lager. In de leeftijdscategorie van 20-64 ligt het percentage overgewicht in de regio hoger dan in Nederland en in de gemeente Teylingen ligt dit percentage nog hoger.

Op het gebied van de leefgewoonten is het vooral van belang om aandacht te schenken aan het alcoholgebruik en aan overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging in de gemeente Teylingen. Zowel roken als cannabisgebruik ligt in de gemeente Teylingen lager dan in Nederland. Deze cijfers geven niet direct aanleiding voor het nemen van extra maatregelen op dat gebied.

3.1.2 Teylingen

De leeftijdsopbouw van de bevolking van Teylingen ziet er in meer detail als volgt uit:

Leeftijdsopbouw gemeente Teylingen per 01 januari 2006			
Leeftijd	Warmond	Sassenheim	Voorhout
0- 4 jaar	226	898	1230

5- 9 jaar	288	909	1277
10-14 jaar	303	914	1159
15-19 jaar	337	1015	948
20-24 jaar	200	721	602
25-29 jaar	223	724	604
30-34 jaar	262	889	1044
35-39 jaar	347	1122	1455
40-44 jaar	341	1266	1527
45-49 jaar	366	1157	1251
50-54 jaar	370	1027	939
55-59 jaar	387	1019	780
60-64 jaar	338	714	545
65-69 jaar	264	722	475
70-74 jaar	208	615	388
75-79 jaar	162	515	296
80-84 jaar	160	326	193
85-89 jaar	92	157	123
90-94 jaar	57	69	40
95 – 99 jaar	20	10	9
100 jaar +	0	2	0
Totaal	4.951	14.791	14.885

Opvallend is dat het aantal jongeren in de leeftijdscategorie van 20-29 jaar een stuk lager ligt dan de omringende leeftijdscategorieën. Deze trend is in alle drie de kernen te ontdekken. Een mogelijke verklaring is de algemene trend dat jongeren in die leeftijdscategorie uit huis gaan en naar een grote stad trekken. Daarnaast is een mogelijke verklaring, dat jongeren in deze leeftijdscategorie moeilijk huisvesting kunnen vinden. In Teylingen zijn er weinig betaalbare starterswoningen. Ook is er weinig doorstroom.

Leeftijd	Warmond	Sassenheim	Voorhout
0-19	23,3 %	25,3%	30,1%
19-64	57,2 %	58,4%	59,7%
>64	19,5 %	16,3%	10,2%

Ten opzichte van het landelijk gemiddelde ligt het aantal ouderen in de kern Warmond bovengemiddeld hoog. Ook in de kern Sassenheim ligt het aantal ouderen iets hoger dan het landelijk gemiddelde. In de kern Voorhout daarentegen ligt het aantal ouderen, met name als gevolg van de vinex-locaties, lager dan gemiddeld.

Een hoog percentage ouderen kan van invloed zijn op het beeld van de gezondheidssituatie in de gemeente. Ouderen kampen over het algemeen meer met gezondheidsproblemen. Wanneer sprake is van een hoog percentage ouderen wordt daarom een relatief groot beroep gedaan op de zorgvoorzieningen in een gemeente. Hierbij valt te denken aan vervoersvoorzieningen en voorzieningen in het kader van de WMO, bijvoorbeeld de huishoudelijke verzorging. Vanuit financieel oogpunt moet hier dan ook voldoende aandacht aan worden besteed. Verder is een punt van aandacht of er in de toekomst voldoende mantelzorg is. Aan de ene kant is met meer ouderen meer mantelzorg nodig, aan de andere kant neemt de omvang van de groep jongere mantelzorgers af.

Omdat in Teylingen, in de kernen Warmond en Sassenheim sprake is van een hoog percentage ouderen, is het van extra groot belang een goed ouderenbeleid te formuleren. In 2007 wordt een nota ouderenbeleid voor de gemeente Teylingen opgesteld. Bovengenoemde aspecten worden in het WMO beleidsplan binnen prestatieveld 4 'het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers' en in het ouderenbeleid opgepakt.

Uit de tabel blijkt eveneens dat in de kern Voorhout sprake is van een relatief hoog percentage jongeren ten opzichte van het landelijk gemiddelde. In de kernen Sassenheim en Wamond ligt dit aantal ongeveer op het landelijk gemiddelde. Wanneer sprake is van een hoog percentage jongeren is het van belang voldoende aandacht te besteden aan onderwijs, jongerenwerk, preventie en voorlichting. Het is van groot belang jongeren voldoende te laten participeren in maatschappij en verenigingsleven. Hier wordt aandacht aan besteed binnen het jeugdbeleid van de gemeente Teylingen dat in 2008 wordt opgesteld.

Hoofdstuk 4 Leefgewoonten

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de leefgewoonten die van invloed zijn op de gezondheid. Bij de keuze van de leefgewoonten is aangesloten op de speerpunten uit de preventienota van het rijk. Voor ieder onderwerp wordt ingegaan op de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en de consequenties van deze leefgewoonte op de volksgezondheid. Vervolgens wordt ingegaan op de landelijke maatregelen die worden getroffen ten aanzien van de negatieve gevolgen voor de volksgezondheid. Tenslotte wordt aangegeven hoe het met de leefgewoonte binnen Teylingen gesteld is. Het lokale gezondheidsbeleid wordt hierop afgestemd.

Informatie over de leefgewoonten wordt verstrekt door de GGD Hollands Midden door middel van factsheets. Deze factsheets zijn gebaseerd op een gezondheidspeiling onder volwassenen die door de GGD is uitgevoerd in 2005. In deze factsheets is de gemeente Teylingen geclusterd met de regio gemeenten Hillegom, Noordwijkerhout en Lisse. In sommige gevallen zijn specifieke gegevens voor Teylingen in het bijzonder opgevraagd.

4.1 Alcoholgebruik

In Nederland drinken veel mensen alcohol. Voor volwassenen levert matig gebruik van alcohol meestal geen problemen op, overmatig gebruik van alcohol daarentegen wel. Alcoholgebruik door jongeren in de groei, ook wanneer het slechts matig gebruik van alcohol betreft, kan schade toe brengen aan de ontwikkeling van de hersenen. Schadelijk alcoholgebruik staat in de top 10 van oorzaken van gezondheidsproblemen in ons land. Dit betreft verslaving, maar ook acute gezondheidsschade zoals alcoholvergiftiging. Zo'n 2.000 tot 3.000 mensen sterven jaarlijks aan de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik. Naast gezondheidsproblemen zorgt het ook voor maatschappelijke schade. Denk hierbij aan gezinnen van alcoholisten, slachtoffers van agressie als gevolg van alcohol, slachtoffers van alcoholverkeersongevallen en kinderen van ouders die teveel drinken.

De afgelopen jaren is het gebruik van alcohol per hoofd van de bevolking licht aan het dalen. Het alcoholgebruik onder jongeren is echter fors gestegen. Jongeren drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd. Deze tendens is erg zorgelijk. Alcoholgebruik onder de leeftijd van 16 jaar, wanneer een kind nog niet volgroeid is, is erg slecht voor de lichamelijke ontwikkeling van het kind.

Het alcoholbeleid kent een samenhangend pakket maatregelen zoals wetgeving, zelfregulering, zorg- en hulpverlening, voorlichting, en beleid gericht op bijzondere situaties. Er zijn verschillende ministeries bij het alcoholbeleid betrokken. De minister van VWS is verantwoordelijk voor alcoholpreventie (voorlichting en wetgeving) en alcoholzorg, de minister van Justitie is belast met de strafrechtelijke handhaving, de minister van Verkeer en Waterstaat is belast met het beleid rondom rijden onder invloed en de minister van Financiën is belast met de accijns op de alcoholhoudende dranken.

4.1.1 Landelijke maatregelen alcoholmatiging

Landelijk worden verschillende maatregelen getroffen op het gebied van alcoholmatiging waaronder het project 'Alcohol en Opvoeding' en het 'Partnership Vroegsignalering Alcohol'.

Het project 'Alcohol en Opvoeding': In 2006 is het project 'Alcohol en Opvoeding' gestart. Dit project wil ouders adviseren en ondersteunen om het alcoholgebruik bij kinderen op jonge leeftijd te voorkomen of terug te dringen. Het Trimbos instituut voert het project uit in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Het project combineert verschillende grote landelijke programma's. Het opvoedingsadvies dat in dit voorlichtingsproject gegeven wordt, is dat geen alcohol onder de 16 jaar het beste is.

Partnership Vroegsignalering Alcohol: In 2005 hebben diverse partijen uit de gezondheidszorg zich verenigd in het Partnership Vroegsignalering Alcohol (PVA). Dit zijn het NIGZ, het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), het kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO), de afdeling kwaliteit en zorg (WOK) van het UMC, St. Radboud en het Trimbos Instituut. Het PVA levert een bijdrage aan de vermindering van het aantal probleemdrinkers en de daaruit voortvloeiende schade. Het PVA heeft de volgende doelen:

- Bewustwording creëren bij probleemdrinkers en professionals in de zorg voor de risico's van probleemdrinken;
- Eenheid creëren in het aanbod van vroegsignalering en kortdurende interventies voor probleemdrinkers;
- Toepassen van vroegsignalering en kortdurende interventies stimuleren in diverse geledingen van de zorg;
- Structurele inbedding van vroegsignalering en hulp voor probleemdrinken in de zorg.

4.1.2 Alcohol in Teylingen

Uit de gezondheidspeiling 2005 van de GGD blijkt dat het alcoholgebruik in de gemeente Teylingen iets boven het alcoholgebruik in de regio Zuid Holland Noord ligt. Zowel in Teylingen als in de regio is het alcoholgebruik de afgelopen vijf jaar toegenomen. In Teylingen is het percentage mannen dat alcohol drinkt gedaald, terwijl het percentage vrouwelijke drinkers sterk is gestegen. Het percentage excessieve drinkers is sterk gestegen van 10 naar 18 procent in Teylingen. Het percentage zware drinkers is eveneens sterk gestegen van 13 naar 21 procent in de gemeente Teylingen.

% van de bevolking	Teylingen		ZHN	
	2000	2005	2000	2005
volwassenen				
alcohol drinkers	87	88	84	86
<i>mannen</i>	96	91	91	91
<i>vrouwen</i>	78	87	78	81
(zeer) excessieve drinkers ¹	10	18	12	18
<i>mannen</i>	17	32	18	28
<i>vrouwen</i>	2	5	5	7
zware drinkers ²	13	21	18	20
<i>mannen</i>	18	27	24	25
<i>vrouwen</i>	8	14	13	15
ouderen				
alcohol drinkers		79		77
(zeer) excessieve drinkers		--		8
zware drinkers		--		5

¹Excessief drinken is gedefinieerd als: in één week op vijf dagen ten minste vier glazen alcohol drinken of op drie dagen tenminste zes glazen; zeer excessief is op vijf dagen per week ten minste zes glazen per dag (standaard Garretsen).

²Zwaar drinken, is gedefinieerd als minimaal één keer per week zes glazen alcohol op een dag voor mannen en vier glazen voor vrouwen (standaard indicator van het CBS).

Het alcoholgebruik onder de jeugd is eveneens toegenomen. Van de jeugd in de leeftijdscategorie van 12-17 dronk in 1998 nog 46% alcohol, in 2003 was dit 53%. In de leeftijdscategorie van 18-26 jaar was dit in 1998 82%, dit is gestegen naar 87% in 2003. Het alcoholgebruik onder jongeren is gemeten in de regio Noordwest Duin- en Bollenstreek (Hillegom, Lisse, Noordwijkerhout en Teylingen) en niet voor de gemeente Teylingen apart. Om de gegevens op te splitsen per gemeente was de steekproef niet voldoende groot.

4.1.3 Alcohol in combinatie met drugs

Uit signalen uit de gemeente blijkt dat alcohol ook veel gebruikt wordt in combinatie met drugs, het zogenaamde polygebruik. Uit gegevens van de GGD blijkt dat dit vaak om kleine groepen jongeren gaat. Het gaat hierbij om het gebruik van cocaïne, XTC, speed en cannabis in combinatie met alcohol. De afgelopen jaren is het gebruik van softdrugs in Zuid-Holland Noord licht gedaald.

De preventieprogramma's die ingezet worden ter preventie van overmatig alcoholgebruik behandelen ook drugsgebruik. In deze preventieprogramma's wordt aandacht besteed aan polygebruik en de risico's hiervan. Er hoeven dan ook geen aparte preventiemaatregelen te worden genomen op het gebied van combinatiegebruik van alcohol en drugs.

4.1.4 Alcoholmatiging als speerpunt

Uit het signaleringsoverleg Jeugd en uit gesprekken met mensen die werkzaam zijn in het veld zoals jongerenwerkers en wijkagenten maar ook huisartsen, blijkt dat het alcoholgebruik, ook in combinatie met drugs, onder jongeren in Teylingen een groot probleem is. Dit signaal samen met de gegevens van de GGD betreffende het alcoholgebruik in de gemeente Teylingen, hebben ertoe geleid dat alcoholmatiging een speerpunt is in deze nota lokaal gezondheidsbeleid.

Speerpunt 1: alcoholmatiging

Een belangrijk punt dat wordt gesignaleerd is dat alcoholgebruik onder jongeren op steeds jongere leeftijd begint. De jeugd begint al te drinken vanaf 12 jarige leeftijd. Het gebruik van alcohol op deze jonge leeftijd is schadelijk voor de ontwikkeling van een kind. Vanuit gezondheidsoverwegingen is het voor kinderen onder de 16 jaar af te raden om alcohol te gebruiken.

Een belangrijke factor die bij het ontwikkelen van alcoholmatigingsbeleid wordt genoemd, is het bespreken van maatschappelijke acceptatie van het gebruik van alcohol, ook onder jongeren. Alcoholgebruik wordt niet voldoende afgekeurd of ontmoedigd. Het is van belang dat dit probleem door de samenleving wordt erkend.

Een deel van het probleem is dat ouders of opvoeders zich vaak niet of onvoldoende bewust zijn van de invloed van (overmatig) alcoholgebruik op de gezondheid van hun kind. Hierdoor wordt het alcoholgebruik onder jongeren niet afgeremd door de ouders. Vaak hebben ouders juist het gevoel dat hun kinderen beter onder hun toezicht kunnen drinken dan elders, maar de vraag is of dit gecontroleerde gebruik een wenselijke aanpak is. Daarnaast geven ouders vaak zelf geen goed voorbeeld met betrekking tot het eigen alcoholgebruik. Een belangrijke activiteit in dit kader is het voorlichten van ouders over de effecten van alcoholgebruik:

- Ouders moeten bewust worden gemaakt van de gevolgen van (overmatig) alcoholgebruik op de gezondheid van hun kind;
- Ouders moeten bewust gemaakt worden van hun rol in het afremmen van alcoholgebruik door hun kind. (B.v. niet thuis indrinken voor het uitgaan, geen Breezers kopen voor hun kind van 12 of 13);
- Ouders moeten ondersteund worden waar nodig bij het aanpakken van alcoholgebruik door hun kinderen;
- Ouders moeten het nut en de noodzaak inzien van goed voorbeeldgedrag naar hun kinderen met betrekking tot alcoholgebruik.

Daarnaast moet de jeugd zelf goed geïnformeerd worden over de gevolgen van (overmatig) alcoholgebruik op hun gezondheid.

4.1.5 Maatregelen alcoholmatiging

Op dit moment wordt in het kader van verslavingspreventie op de meeste basisscholen in de gemeente Teylingen het programma van de GGD 'Weet wat je wilt' gegeven in de groepen 7 en 8 van het basisonderwijs. Dit programma is gekozen omdat het gebruik maakt van de meest effectieve methode van voorlichten. Het is een persoonsgerichte benadering, waarbij aandacht wordt besteed aan kennisoverdracht, keuzes maken en omgaan met groepsdruk. Dit programma bestaat uit vier pijlers:

- Informatie voor leerkrachten;
- Lessen voor leerlingen van groep 8;
- Informatie voor ouders/opvoeders van deze leerlingen;
- Ondersteuning bij gezondheidsbeleid van de scholen.

In de kern Sassenheim doen alle basisscholen mee. In de kern Warmond doen alle basisscholen mee. In de kern Voorhout zijn er drie basisscholen die nog niet zijn aangesloten. Een actiepoint is het benaderen van deze scholen om te kijken waarom ze nog niet zijn aangesloten en kijken of ze wel interesse voor dit programma hebben. Bij de overige basisscholen wordt ook in de toekomst doorgegaan met het geven van deze voorlichting door de GGD.

Beide scholen voor voortgezet onderwijs in de gemeente Teylingen nemen deel aan een verslavingspreventieprogramma.

Actie: De basisscholen benaderen die niet deelnemen aan het verslavingspreventie programma van de GGD 'Weet wat je wilt' om eventueel alsnog deel te laten nemen.

Actie: Voortzetten voorlichting verslavingspreventie door GGD op scholen.

Een belangrijke maatregel in het kader van het speerpunt alcoholmatiging, is het opstellen van een lokaal alcoholbeleid. Een lokaal alcoholbeleid waarbij alle relevante partijen zijn betrokken kan het alcoholgebruik binnen de gemeente matigen en beter reguleren. Hierbij moet onderscheid worden gemaakt tussen regulier alcoholgebruik, een biertje op zijn tijd is lekker en kan echt geen kwaad, en alcoholgebruik met negatieve gevolgen voor de gezondheid.

Om te komen tot een lokaal alcoholbeleid worden alle relevante partijen bijeen gebracht om na te denken over de rol die een ieder kan vervullen op het gebied van alcoholmatiging en om afspraken te maken over gezamenlijke inspanningen. Op basis van deze informatie en afspraken wordt het lokaal alcoholbeleid geformuleerd.

Er zijn veel verschillende actoren die een actieve rol kunnen spelen op het gebied van alcoholbeleid:

- Ouders kunnen zelf een belangrijke rol spelen in het alcoholgebruik van hun kind en moeten hiertoe beter voorgelicht worden;
- Winkeliers kunnen beter toezien op de verkoop van alcohol aan jeugd onder 16;
- Sportverenigingen kunnen een alcoholmatigingsbeleid voeren in hun kantine;
- Horecagelegenheden kunnen beter toezien op de verkoop van alcohol aan jeugd onder de 16. Daarnaast kunnen horecagelegenheden stoppen met schenken wanneer iemand genoeg heeft gehad;
- Scholen kunnen voorlichting geven aan hun kinderen en op een verstandige manier omgaan met alcohol op schoolfeesten ed.;
- Jongerenwerk kan een voorlichtende functie vervullen maar staat ook dichtbij de gebruikende jongeren en kan ze aanspreken wanneer het aan de orde is;
- Politie kan op het gebied van handhaving een rol spelen om overlast als gevolg van alcohol te voorkomen en het gebruik van alcohol in het verkeer tegen te gaan;

Wanneer het lokaal gezondheidsbeleid is vastgesteld wordt aandacht besteed aan het opstellen van een lokaal alcoholbeleid. Dit beleid wordt opgesteld in nauwe samenwerking met de beleidsterreinen jeugd, onderwijs, sport en veiligheid.

Actie: Het in samenwerking met de betrokken partijen formuleren van een alcoholbeleid voor de gemeente Teylingen.

Vanuit het beleidsterrein veiligheid is een initiatief opgestart om in werkgroepvorm, met participatie van politie, horeca en de gemeente, afspraken te maken omtrent de veiligheid in uitgaansgebieden. Deze afspraken worden vastgelegd in de Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan. Dit is een landelijk initiatief met als doel het faciliteren en inzichtelijk maken van de inspanningen van lokale partijen teneinde in samenwerking de kwaliteit van uitgaansgebieden te verhogen. Het is een procesinstrument voor de samenwerking tussen lokale partijen, gericht op het komen tot afspraken, en het selecteren en uitvoeren van concrete maatregelen die rechtstreeks betrekking hebben op de veiligheid in uitgaansgebieden. Vanuit het beleidsterrein gezondheidszorg wordt aan dit initiatief aangehaakt om de gezondheidsaspecten te borgen en de link te leggen met het op te stellen alcoholbeleid.

Actie: Deelname in de werkgroep Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan om gezondheidsaspecten te borgen en de link te leggen met het op te stellen alcoholbeleid.

4.2 Roken

Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in Nederland. Jaarlijks sterven er ruim 20.000 Nederlanders aan aandoeningen die aan roken zijn gerelateerd. Bovendien veroorzaakt roken hoge zorgkosten en aanzienlijke maatschappelijke kosten. Roken brengt niet alleen de gezondheid van de roker zelf schade toe, maar ook de gezondheid van anderen in zijn omgeving. Roken is in veel gevallen 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. Met het niet-rokenbeleid wil VWS rokers stimuleren te stoppen met roken, niet-rokers beschermen tegen tabaksrook en voorkomen dat jongeren gaan roken. Door de Tabakswet kan de

overheid maatregelen nemen om het tabaksgebruik te beperken. De maatregelen uit de gewijzigde Tabakswet, die sinds 2002 van kracht is, zijn inmiddels ingevoerd.

4.2.1 Landelijke maatregelen tegen roken

In maart 2006 is het Nationaal Programma Tabaksontmoediging 2006-2010 naar de Tweede Kamer gestuurd. In dit programma staan maatregelen waarmee het gebruik van tabak en de blootstelling aan tabaksrook verder teruggedrongen kunnen worden. Denk hierbij aan voorlichting, (consumenten) informatie, ondersteuning bij stoppen met roken, wet- en regelgeving en prijsmaatregelen. Ook is hierin het streven van de betrokken partijen vastgelegd om het percentage rokers verder te laten dalen van 28 procent nu, tot 20 procent in 2010. De betrokken partijen maken jaarlijks een actieplan met concrete activiteiten. Hierbij is een belangrijke rol weggelegd voor het kennis- en expertisecentrum STIVORO voor een rookvrije toekomst.

In 2002 is het Partnership Stop met roken officieel van start gegaan. Het Partnership, dat diverse publieke en private partijen uit het veld van de gezondheidszorg verenigt, wil de beschikbaarheid, bereikbaarheid, betaalbaarheid en kwaliteit van ondersteuning bij stoppen met roken verbeteren. Tastbaar resultaat is ondermeer de Richtlijn behandeling van tabaksverslaving (2004), bruikbaar voor iedere sector van de gezondheidszorg. Voor de implementatie van deze richtlijn is een interactief kenniscentrum voor zorgprofessionals geopend.

4.2.2 Roken in Teylingen

Uit de gezondheidspeiling 2005 uitgevoerd door de GGD blijkt dat in Teylingen het aantal mensen dat rookt iets lager ligt dan in de regio Zuid Holland Noord. Het aantal mensen dat rookt in 2005 is zowel in Teylingen als in de regio sterk gedaald ten opzichte van het aantal rokers in 2000. Zie tabel X:

% van de bevolking	Teylingen		ZHN	
	2000	2005	2000	2005
volwassenen				
rokers	27	21	31	25
<i>mannen</i>	33	28	36	29
<i>vrouwen</i>	21	15	26	22
zware rokers (>20 sig.)	1	2	4	3
ouderen				
rokers		13		12
zware rokers (>20 sig.)		--		1

Tabel X: aantal rokers in Teylingen ten opzichte van de regio

Het aantal mensen dat rookt in de gemeente Teylingen ligt lager dan het aantal mensen dat rookt in de regio. Deze gegevens geven daarom geen aanleiding tot het nemen van extra maatregelen tegen roken in de gemeente Teylingen naast de maatregelen die regionaal en landelijk worden getroffen. Daarnaast is een dalende trend waarneembaar in het aantal mensen dat rookt. De verwachting is dat deze dalende trend doorzet, mede dankzij het actieve anti-rookbeleid dat landelijk gevoerd wordt. Omdat keuzes moeten worden gemaakt ten aanzien van waar de focus binnen het lokale gezondheidsbeleid op wordt gelegd, is er gekozen om geen extra lokale maatregelen te nemen op het gebied van roken, maar de aandacht meer te richten op een gebied waar een stijgende trend wordt waargenomen, namelijk: overgewicht.

4.3 Voeding en bewegen

Een ongezond voedingspatroon heeft grote gevolgen voor de volksgezondheid. Het is onder meer een belangrijke risicofactor voor 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. Bovendien is een onevenwichtig voedingspatroon een risicofactor voor overgewicht.

Landelijk voldoet ongeveer de helft van de Nederlanders tussen de 18 en 55 jaar niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voor volwassenen (zie kader). Ook landelijk voldoen de meeste jongeren niet aan de norm die voor hun leeftijdsklasse geldt. In Zuid-Holland Noord zijn de jongeren minder actief dan 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.

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen

De Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) is in 1998 vastgesteld en werd afgeleid van internationale richtlijnen. De norm verschilt per leeftijdsgroep en is vastgesteld op minimaal 5 dagen in de week 30 minuten matig intensief bewegen. Deze 30 minuten mogen in verschillende blokken uitgevoerd worden (bijvoorbeeld 3 x 10 minuten per dag past ook binnen deze norm).

De NNGB per leeftijdsgroep:

- 1) Jeugd (onder de 18 jaar): dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, waarbij de activiteiten minimaal twee maal per week gericht zijn op het verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid (kracht, lenigheid en coördinatie).
- 2) Volwassenen (18-55 jaar): een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.
- 3) 55-plussers: een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit op tenminste vijf, maar bij voorkeur alle dagen van de week.

Voor niet-actieven, zonder of met lichamelijke beperkingen, is elke extra hoeveelheid lichaamsbeweging meegenomen.

Overgewicht is wereldwijd 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% zelfs ernstig overgewicht. De nieuwste landelijke cijfers over de toename van overgewicht en obesitas bij kinderen zijn verontrustend. In 1980 had een op de vijftien kinderen van vier tot veertien jaar overgewicht, in 1997 was dit al een op de acht á negen kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot een op de vijf kinderen. Kinderen met overgewicht hebben een verhoogde kans om ook op latere leeftijd (ernstig) overgewicht te hebben.

Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Overgewicht verhoogt de kans op hart- en vaatziekten, suikerziekte, sommige vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychosociale problemen. Een en ander heeft ook maatschappelijke gevolgen. De jaarlijkse directe 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. De kern van het probleem is de verstoring van de energiebalans: er wordt te veel gegeten en gedronken en te weinig bewogen. Dit is niet zozeer alleen het gevolg van bewuste keuzes van mensen, het individuele gedrag wordt ook beïnvloed door het aanbod van de directe omgeving: er is veel aanbod van eten, het aantal verkooppunten is groot en er is veel reclame. Door voortgaande veranderingen in het arbeidsproces is bewegen minder noodzakelijk en ook in de vrije tijd bewegen mensen minder door auto, televisie en computer. Met andere woorden: we leven in een 'dikmakende' omgeving.

4.3.1 Landelijke maatregelen tegen overgewicht

Volgens het kabinet zijn en blijven mensen allereerst zelf verantwoordelijk voor het terugdringen van overgewicht en mogen burgers aangesproken worden op keuzes in hun gedrag die gevolgen hebben voor hun gezondheid. Daarnaast is een gezamenlijke aanpak nodig, gericht op zowel leefstijl als op omgevingsfactoren. De minister van VWS heeft samen met de minister van OCW de eerste stap gezet en een convenant gesloten met een aantal belangrijke maatschappelijke partners: de levensmiddelenindustrie, horeca, cateraars, supermarkten, zorgverzekeraars, werkgevers en sportorganisaties. Met elkaar willen zij de negatieve trend in 2010 gekeerd hebben: minder overgewicht bij jongeren en geen stijging meer bij ouderen. Het convenant heeft geleid tot het geïntegreerde actieplan 'Energie in balans' (oktober 2005) gericht op het herstellen van de balans tussen eten en bewegen. De acties zijn uitgewerkt in de vier settings: huis, school, werk en recreatie, en liggen op de volgende gebieden: portiegrootte, reclame, marketing, samenstelling van producten, etikettering, kantineaanbod, en bewegingsbevordering. Twee doelgroepen krijgen speciale aandacht: de jeugd en mensen met een lage sociaal economische status. VWS begeleidt

als initiatiefnemer met een aparte projectorganisatie (het convenantbureau) de ontwikkeling en let op de resultaten.

De ministeries van VWS en Volkshuisvesting, Ruimtelijke ordening en Milieubeheer (VROM) hebben aandacht voor de relatie gezondheid en leefomgeving in het Actieprogramma Gezondheid en Milieu. Ook de bijdrage van een goede ruimtelijke ordening aan de mogelijkheid om voldoende te bewegen staat daarbij op de agenda.

Een interventie wordt effectiever met aanvullende individuele ondersteuning. Het concept van de vitaliteitcoach, iemand die mensen begeleid naar fysiek, emotioneel, mentaal en spiritueel welzijn, wordt nader uitgewerkt. Ook zullen nieuwe media worden ingezet. Zo is er sinds eind 2006 een nieuwe innovatieve vorm van voorlichting via internet (persoonlijk leefstijladvies) met de naam 'Hallo Wereld'. Dit biedt al tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren structurele hulp bij gezonde (op)voeding. Om het geven van borstvoeding te stimuleren, ontwikkelt het Voedingscentrum een nieuw masterplan voor borstvoeding. Daarnaast komen er handreikingen om zelf de gezonde keuze te kunnen maken. De gezondheidsbevorderende instellingen spelen een belangrijke rol bij de uitwerking van de genoemde activiteiten.

4.3.2 Overgewicht in Teylingen

De GGD verstrekt gegevens met betrekking tot het overgewicht in het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs. In groep 2 en groep 7 van het basisonderwijs en in klas 2 van het voortgezet onderwijs worden kinderen gemeten en gewogen bij de schoolarts. In onderstaande tabellen is aangegeven wat het percentage overgewicht is op de scholen in Teylingen.

School	groep 2		totaal	groep 7		totaal
	aantal	%	gezien	aantal	%	gezien
Oostergeest	0	0,0%	25	1	3,0%	33
De Springplank	3	4,5%	66	3	7,3%	41
De Kinderburg	6	6,5%	93	5	8,5%	59
De Overplaats	3	5,7%	53	3	8,6%	35
De Regenboog (Oosthout)	9	6,4%	140	10	8,9%	112
Het Bolwerk	5	14,3%	35	4	9,8%	41
De Rank	5	6,1%	82	4	10,3%	39
GEMIDDELD TEYLINGEN	70	7,6%	926	86	11,4%	756
Antonius	4	8,5%	47	5	11,6%	43
De Achtbaan	15	9,1%	164	17	13,6%	125
De Waaier	7	15,9%	44	5	13,9%	36
De Startbaan	4	6,9%	58	8	14,3%	56
Andreas	4	6,9%	58	9	14,8%	61
Emmäus	3	6,1%	49	9	15,0%	60
De Alleman	2	16,7%	12	3	20,0%	15

School	klas 2 VO		totaal
	aantal	%	Gezien
SG Het Rijnlands Sassenheim	43	9,1%	471
Teylingen College KTS	50	16,4%	305
GEMIDDELD TEYLINGEN	93	12,0%	778

De tabellen laten een fluctuerend beeld zien. Het percentage overgewicht varieert erg tussen de verschillende scholen. Ten opzichte van de regio is het gemiddelde percentage overgewicht in de gemeente Teylingen aanzienlijk lager.

	Teylingen	ZHN
groep 2 BaO	7,6%	11,3%
groep 7 BaO	11,4%	16,3%
klas 2 VO	12,0%	14,0%

Een hoog of een laag percentage overgewicht zegt nog niets over gezonde voeding (de fruit- en groente inname, ontbijtgedrag, etc.) of het voldoen aan de bewegingsnorm. Uit de gezondheidsspeilingen van de GGD komen de volgende gegevens naar voren:

Teylingen	12 - 17 jaar	18 - 64 jaar	65 +
Weinig sporten	18%	48%	71%
Onvoldoende lichaamsbeweging	82%	35%	39%

Hieruit blijkt dat onder de jeugd wel gesport wordt maar dat ze toch onvoldoende lichaamsbeweging krijgen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de vrije tijdsbesteding tegenwoordig meer achter de televisie en computer wordt doorgebracht. Onder de volwassenen tussen de 18 – 64 jaar is het percentage mensen dat weinig sport een stuk hoger, maar krijgen meer mensen toch voldoende lichaamsbeweging. Voor de categorie mensen van 65+ geldt dat een zeer hoog percentage te weinig sport. Het percentage dat onvoldoende lichaamsbeweging krijgt ligt nauwelijks hoger dan bij de volwassenen tot 64 jaar.

Bovenstaande gegevens leiden tot de conclusie dat maatregelen voor het bevorderen van bewegen voor de jeugd van 12-17 jaar vooral gericht moeten zijn op het bewegen in het dagelijks leven, bijvoorbeeld minder televisie en computer, meer buiten spelen. Voor de volwassenen en de groep mensen van 65+ moet worden gericht op meer sporten.

4.3.3 Gezond eten en bewegen als speerpunt

Onvoldoende bewegen, ongezond eten en overgewicht zijn een toenemend probleem voor de volksgezondheid. In aansluiting op deze landelijke stijgende trend die zich in de gemeente Teylingen ook manifesteert, wordt 'gezond eten en bewegen' een speerpunt voor het lokale gezondheidsbeleid van de gemeente Teylingen voor de komende vier jaar.

Uit gesprekken met mensen uit het veld wordt het beeld bevestigd dat ongezond eten en inactiviteit in de gemeente Teylingen een probleem is. De gemeente Teylingen scoort onder het gemiddelde wanneer het aantal kinderen met overgewicht wordt gemeten. Er is echter wel sprake van een stijgende trend door de tijd. Maatregelen die tot nu toe landelijk en lokaal genomen zijn in het kader van gezond eten en bewegen, hebben deze trend niet gekeerd. Daarom is er voor gekozen gezond eten en bewegen tot speerpunt te maken van het lokaal gezondheidsbeleid voor de komende vier jaar.

Speerpunt 2: gezond eten en bewegen

In het kader van gezond eten en bewegen heeft de GGD een meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' opgesteld. Dit programma is opgesteld in samenwerking met de regiogemeenten. De doelstelling is:

*'Meer mensen sporten en bewegen voldoende, en minder mensen zijn lichamelijk inactief'
'Meer mensen eten volgens de Richtlijnen Goede Voeding'*

Deze doelstelling is uitgewerkt in de volgende subdoelstellingen:

- Het vergroten van het bewustzijn en kennisvermeerdering bij de burgers ten aanzien van het belang van voldoende bewegen, een gezond voedingspatroon en een gezonde energiebalans;
- Bewustwording bij de burgers of men al dan niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen voldoet en/of met eet volgens de Richtlijnen Goede Voeding;
- Kennisvermeerdering bij de burgers ten aanzien van mogelijkheden om meer te bewegen en gezond te eten. Hierbij wordt aandacht geschonken aan het soort bewegingsactiviteiten, gezonde voedingsmiddelen, als ook het lokale aanbod;
- Stimuleren van burgers om bewegen meer te integreren in het dagelijks leven;
- Zorgdragen voor een lokaal sport- en beweegaanbod dat aansluit bij de wensen en behoeften van de specifieke doelgroepen;
- Er wordt gewerkt aan een structurele inbedding van lokale activiteiten gericht op het stimuleren van gezond eten en bewegen en het creëren van de randvoorwaarden hiervoor;

- Positief beïnvloeden van de sociale en fysieke omgeving om zo de drempel tot gezond eten en bewegen te verlagen.

Deze doelstellingen zijn uitgewerkt tot activiteitenplannen per jaar. In het activiteitenplan worden per doelgroep activiteiten aangeboden door de GGD die gemeenten kunnen afnemen.

4.3.4 Maatregelen gezond eten en bewegen

Programma 'Gezond eten en bewegen' GGD

De gemeente Teylingen sluit voor het speerpunt gezond eten en bewegen aan bij het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen'. Het programma is opgedeeld in activiteiten voor verschillende doelgroepen. De doelgroepen zijn:

- Basisonderwijs
- Voortgezet onderwijs
- Ouderen en chronisch zieken
- Algemeen publiek
- Intermediaire doelgroepen

Voor de doelgroep basisonderwijs en voortgezet onderwijs wordt gericht op de scholen waarvoor overgewicht het meest aan de orde is. In overleg met de scholen wordt de komende vier jaar ieder jaar een keuze gemaakt uit de activiteiten uit het meerjarenprogramma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD. Hierbij wordt rekening gehouden met wat het beste past bij die specifieke school. De scholen die zelf actief interesse tonen worden eveneens in de gelegenheid gesteld om deel te nemen aan een onderdeel van het programma van de GGD.

[Actie: De scholen actief benaderen en op de hoogte stellen van het aanbod uit het meerjarenprogramma 'gezond eten en bewegen' van de GGD.](#)

Voor de doelgroep ouderen wordt geen gebruik gemaakt van het aanbod van de GGD. De acties uit het programma 'gezond eten en bewegen' sluiten niet nauw aan bij de behoeften in de gemeente Teylingen. Voor het algemeen publiek en de intermediaire doelgroepen worden voornamelijk geen extra activiteiten ondernomen naast de landelijke maatregelen. Voor de doelgroep ouderen wordt een ander initiatief bekeken dat verderop in deze paragraaf bij overige initiatieven wordt besproken.

Buiten het programma 'Gezond eten en bewegen' van de GGD worden hieronder nog andere actiepunten geformuleerd.

Maatregelen op basis van de gegevens

Uit de gezondheidspeilingen van de GGD blijkt dat jongeren voldoende sporten maar toch te weinig lichaamsbeweging krijgen, en dat volwassenen en ouderen te weinig sporten. De conclusie kan worden getrokken dat maatregelen voor het bevorderen van bewegen voor de jeugd van 12-17 jaar vooral gericht moeten zijn op het bewegen in het dagelijks leven, bijvoorbeeld minder televisie en computer, meer buiten spelen. Voor de volwassenen en de groep mensen van 65+ moet worden gericht op meer sporten.

Uit signalen vanuit het veld, die onder andere tijdens de werkconferentie Leefbaarheid (zie hoofdstuk 5 Leefbaarheid) naar voren kwamen, blijkt dat er te weinig speelvoorzieningen (hangplekken, trapveldjes) aanwezig zijn in de gemeente voor de jeugd vanaf 12 jaar. De gemeente kan het bewegen door jongeren stimuleren door het faciliteren van deze speelvoorzieningen. De afdeling Beheer leefomgeving is gestart met het opstellen van beleid voor de openbare speeltuintjes en speelterreinen binnen de gemeente. Bekeken wordt of de speeltuintjes en speelterreinen voldoen aan de gestelde veiligheidsnormen, of de speeltuintjes en speelterreinen in de huidige vorm aansluiten bij de doelgroep en of er nu of op de langere termijn aanpassingen noodzakelijk zijn. Tevens wordt bepaald of er wellicht speeltuintjes en speelterreinen verplaatst moeten worden. De signalen vanuit het veld met betrekking tot het tekort aan speelvoorzieningen krijgen hierbij aandacht.

[Actie: Bij het opstellen van het speeltuinbeleid aandacht schenken aan het geconstateerde tekort aan speelvoorzieningen voor kinderen in de leeftijd vanaf 12 jaar en hier acties aan verbinden. Hierbij moet afstemming plaatsvinden met jeugdbeleid.](#)

Voor de mensen in de leeftijdscategorie tot 55 jaar, is er binnen de gemeente Teylingen een breed regulier sportaanbod van sportverenigingen. Vanaf de leeftijd van ongeveer 55 begint de behoefte te ontstaan aan een specifiek sportaanbod voor mensen van 55+. Het huidige aanbod bewegen voor ouderen wordt vooral georganiseerd door Stichting Welzijn Ouderen Teylingen (SWOT). Dit aanbod is met name gericht op de ouderen van 65+ of ouder. Een aanbod voor mensen in de categorie daartussen bestaat niet. De sportverenigingen hebben geen specifiek aanbod voor 55+ of 65+. Het uitbreiden van het bewegingsaanbod voor mensen van 55+ bij verenigingen is een maatregel die aansluit bij de conclusies uit de gegevens en bij de behoefte in de gemeente. Het bevorderen van het aanbod voor 55+ door de sportverenigingen vanuit de gemeente kan door de verenigingen hier een incentive voor aan te bieden. In de nota lokaal sportbeleid wordt dit nader onderzocht.

Actie: Onderzoeken van de mogelijkheid tot het bevorderen van het sportaanbod voor 55+ door sportverenigingen voor de nota sportbeleid.

Overige initiatieven

- Sportverenigingen kunnen het Vignet Gezonde Sportvereniging behalen. Om het vignet te krijgen moet een sportvereniging voldoen aan een aantal criteria. Deze criteria garanderen dat binnen de sportvereniging voldoende aandacht wordt besteed aan een gezonde sportomgeving voor leden en bezoekers. De thema's die binnen de Gezonde Sportvereniging aan de orde komen zijn:

- Blessurepreventie;
- Veiligheid;
- Alcohol;
- Roken;
- Bewegingsstimulering;
- Voeding;
- Doping;
- Sportiviteit en respect.

De gemeente Teylingen kan sportverenigingen stimuleren om het Vignet Gezonde Sportvereniging te behalen. Een mogelijke manier hiertoe is het beschikbaar stellen van een budget voor verenigingen die serieuze nieuwe maatregelen nemen met betrekking tot de factoren van gezondheidsbeleid die hierboven genoemd zijn.

- De gemeente Teylingen bekijkt of de gemeente kan participeren in een programma van Sportservice Zuid Holland, Taskforce 55+. Dit project onderzoekt de vraag en het aanbod binnen de gemeente voor bewegen voor mensen in de leeftijdscategorie van 55+. Dit project leidt tot een plan van aanpak. Het project wordt integraal opgepakt binnen ouderenbeleid, sportbeleid en gezondheidsbeleid.
- De gemeente gaat aandacht besteden aan een betere bekendmaking van het bewegingsaanbod op internet etc. De GGD brengt het bewegingsaanbod al in kaart op de digitale sociale kaart www.zorgwelrijnland.nl.

Actie: De initiatieven 'Vignet gezonde sportvereniging', 'Taskforce 55+', en het beter bekendmaken van het bewegingsaanbod, verder uitwerken en oppakken.

4.4 Depressie

Per jaar leiden 737.000 volwassenen in Nederland aan depressie, waarvan 359.000 nieuwe gevallen. Depressie kenmerkt zich door een neerslachtig gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, onopzettelijk gewichtsverlies of onopzettelijke gewichtstoename, problemen met concentratie, psychomotorische gejaagdheid of geremdheid, een ernstige pessimistische beoordeling van de eigen situatie, piekeren over de dood en zelfdoding. Een depressie duurt gemiddeld zes maanden; bij veertien procent van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar.

Preventie en adequate behandeling van psychische stoornissen hebben een positieve impact op de volksgezondheid. Preventie van depressie voorkomt niet alleen veel menselijk leed, maar bespaart ook geld. Een groot deel van de WAO instroom wordt bepaald door psychische stoornissen met depressie als grootste categorie. De gezamenlijke maatschappelijke kosten van depressie bij 18 tot 65 jarigen bedragen volgens een lage schatting 1,3 miljard euro per jaar. Deze instroom is met de helft te reduceren door een gecombineerde aanpak gericht op preventie, vroegdiagnostiek, en

doelmatige behandeling in de gehele gezondheidszorg. Hierdoor is op jaarbasis 600 miljoen te besparen.

In Nederland zijn de laatste jaren allerlei methoden beschikbaar gekomen om depressie bij jongeren, volwassenen en ouderen te voorkomen. Internationaal gezien loopt Nederland hiermee voorop. Het VTV thema-rapport 'Gezond verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen' (oktober 2006) geeft een overzicht van beschikbare effectieve interventies voor preventie van depressie. Volgens de Landelijke Steunfunctie Preventie GGZ en verslavingszorg (LSP) gebruiken jaarlijks ongeveer 4.000 personen preventieve hulp tegen depressie. Dat is ruwweg één procent van het aantal mensen dat jaarlijks voor het eerst een depressie krijgt. Dit is een zeer beperkt bereik. Belangrijke doelstelling bij depressie is: zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies de komende jaren.

4.4.1 Landelijke maatregelen tegen depressie

Het Depressie Initiatief is een driejarig landelijk programma dat is gestart in februari 2006 onder leiding van het Trimbos instituut. Er wordt samengewerkt met 30 GGZ instellingen, 80 huisartsenpraktijken, het VU medisch centrum, het EMGO instituut (onderzoeksinstituut van de VU) en het institute for Medical Technologie Assessment van de Erasmusuniversiteit. Het Depressie Initiatief bestaat uit drie onderdelen. Ten eerste preventie door betere vroegsignalering, screening en diagnostiek. Ten tweede het landelijk implementeren van de multidisciplinaire richtlijn voor depressie middels de doorbraakmethode. Ten derde de kosteneffectiviteit evalueren van de stepped care aanpak (psychotherapie als het kan, medicatie als het moet) bij ziekenhuispatiënten die ook depressieve klachten hebben, bij depressieve patiënten in de huisartsenpraktijk en in de bedrijfsgeneeskundige setting. Daarnaast is het de bedoeling dat patiënten informatie krijgen over de hulp die zij kunnen verwachten voor de behandeling van hun depressie. Artsen en andere hulpverleners worden voorzien van efficiënte middelen voor de behandeling van depressie, afgeleid van de multidisciplinaire richtlijn. De zorgverzekeraars worden geïnformeerd over de doelmatigheid van deze interventie.

In de eerste helft van 2007 moet een samenwerkingsverband tussen de verschillende landelijke organisaties de preventie van depressie verbeteren. Het Trimbos Instituut en GGD Nederland bereiden dit samenwerkingsverband en werkprogramma voor.

4.4.2 Depressie in Teylingen

Uit de gezondheidsspeiling van de GGD blijkt dat depressiecijfers in Teylingen niet boven het landelijk gemiddelde liggen. Het behandelen van depressie is een taak van de zorg. De interventies die gemeenten kunnen oplegen liggen voornamelijk in de preventieve sfeer. De gemeente kan proberen invloed uit te oefenen op de leefbaarheid in de gemeente, om onder andere te voorkomen dat mensen in een sociaal isolement raken. Sociale en maatschappelijke participatie dragen bij aan preventie van depressie.

Mensen met depressieve klachten kunnen terecht bij GGZ, maatschappelijk werk of bij een psycholoog. Met behulp van de zorgnetwerken in de drie kernen wordt tevens outreachende hulp geboden aan mensen met problemen waar zorg over bestaat. Daarnaast wordt binnen het WMO beleidsplan van de gemeente Teylingen aandacht besteed aan leefbaarheid en sociale cohesie. In de ouderennota wordt aandacht besteed aan eenzaamheid bij ouderen. Op lokaal niveau worden er verder geen specifieke acties geformuleerd voor het voorkomen van depressie.

4.5 Diabetes

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 bewegen een verbetering te bewerkstelligen. Bijna een op de twintig Nederlanders heeft diabetes. Het aantal mensen met diabetes is sinds de tweede helft van de jaren negentig sterk gestegen. Dit geldt voor zowel type 1 als type 2 diabetes. In 1993 waren er 250.000 mensen met diabetes, in 2003 was van 600.000 mensen bekend dat ze aan deze

chronische ziekte leden. Geschat wordt dat in totaal 850.000 mensen diabetes hebben; ongeveer 250.000 mensen weten dit dus niet. Verwacht wordt dat het aantal diabetespatiënten nog verder zal toenemen. De voornaamste redenen voor deze stijging zijn overgewicht, te weinig bewegen en de vergrijzing van de bevolking. Daarnaast zorgt de toegenomen alertheid van huisartsen en de mensen zelf voor een toename in het aantal gediagnosticeerde patiënten.

4.5.1 Landelijke maatregelen tegen diabetes

Het preventiebeleid op het gebied van diabetes van VWS hangt nauw samen met het beleid op het gebied van overgewicht en bewegen. Het kabinet wil dat het aantal patiënten met diabetes tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgt. Daarbij mag 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties hebben. Met het actieprogramma 'Diabeteszorg Beter' wil de minister van VWS gedurende de periode 2005-2009 de diabetesproblematiek aanpakken, voornamelijk door de zorg 'in de keten' te versterken. Samenhang tussen behandelaars is immers essentieel voor tijdige herkenning en goede behandeling van diabetes. De oorspronkelijke opzet van dit actieprogramma is gericht op verbetering van zorg van mensen die al diabetes hebben. Aan dit actieprogramma zal dan ook een nieuw programma worden toegevoegd, namelijk het nationaal diabetes preventie programma. Verder zal voorlichting en educatie worden gegeven aan mensen die al diabetes hebben.

4.5.2 Diabetes in Teylingen

Uit de gezondheidspeilingen van de GGD blijkt dat het aantal mensen in Teylingen dat aan diabetes lijdt, ongeveer gelijk is aan het landelijk gemiddelde. Dit percentage ligt ongeveer op 4% voor mensen van 19 – 64 jaar en op 15% voor ouderen van 65+.

Het is moeilijk om op lokaal niveau specifieke maatregelen te nemen die gericht zijn op de preventie van diabetes. Preventie van diabetes is voornamelijk gericht op het bevorderen van gezond eten en bewegen. Met de acties in het kader van het speerpunt van deze nota 'gezond eten en bewegen' wordt dan ook diabetes type 2 bestreden. Naast deze actiepunten worden geen extra acties in het kader van diabetes opgenomen in het lokale gezondheidsbeleid. Deze keuze wordt ondersteund doordat het aantal mensen met diabetes in de gemeente Teylingen niet boven het landelijk gemiddelde ligt. Deze gegevens geven geen aanleiding tot het besteden van extra aandacht aan diabetes op lokaal niveau.

Acties

- *De scholen benaderen die niet deelnemen aan het verslavingspreventieprogramma van de GGD 'Weet wat je wilt' om eventueel alsnog deel te laten nemen.*
- *Voortzetten voorlichting verslavingspreventie door GGD op scholen.*
- *Het in samenwerking met betrokken partijen formuleren van een alcoholbeleid voor de gemeente Teylingen.*
- *Deelname in de werkgroep Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan om gezondheidsaspecten te borgen en de link te leggen met het op te stellen alcoholbeleid.*
- *De scholen actief benaderen en op de hoogte stellen van het aanbod uit het meerjarenprogramma 'gezond eten en bewegen' van de GGD.*
- *Bij het opstellen van het speeltuinbeleid aandacht schenken aan het geconstateerde tekort aan speelvoorzieningen voor kinderen in de leeftijd vanaf 12 jaar en hier acties aan verbinden. Hierbij moet afstemming plaatsvinden met jeugdbeleid.*
- *Het onderzoeken van de mogelijkheid tot het bevorderen van het sportaanbod voor 55+ door sportverenigingen voor de nota sportbeleid.*
- *De initiatieven: 'Vignet gezonde sportvereniging', 'Taskforce 55+', en het beter bekendmaken van het bewegingsaanbod, verder uitwerken en oppakken.*

Hoofdstuk 5 Leefbaarheid

Het begrip leefbaarheid kan worden gedefinieerd als 'het wonen in een prettige en veilige omgeving, met de mogelijkheid om (thuis of in de buurt) gebruik te kunnen maken van (eenvoudige) zorg-, welzijns- en gemakdiensten'.

Er is een relatie tussen de mate van leefbaarheid in de gemeente en de volksgezondheid. Een gevoel van onveiligheid kan gezondheidsproblemen veroorzaken door onrust of ongelukken. Werkloosheid kan gezondheidsproblemen veroorzaken door stress of een leefstijl die gebaseerd is op goedkope, en daarmee vaak ongezonde, keuzes. Een gemis aan een sociaal vangnet kan gezondheidsklachten veroorzaken door vereenzaming en soms vervuiling. Een lage of zelfs geen opleiding kan veroorzaken dat men onvoldoende kan profiteren van gezondheidsvoorlichting of adviezen van de huisarts. Slechte woonomstandigheden kunnen gezondheidsproblemen veroorzaken door het letterlijk en figuurlijk missen van bewegingsruimte. Dit zijn voorbeelden van structurele omstandigheden die niet van de ene op de andere dag door de burger zelf te veranderen zijn. Deze problemen doen zich met name voor in achterstandswijken en bij mensen met een lage sociaal economische status.

Door te werken aan een veilige leefomgeving, het bevorderen van de integratie, het versterken van de sociale binding van burgers met elkaar, het tegengaan van werkloosheid en het herstructureren van wijken, wordt impliciet de volksgezondheid bevorderd.

5.1 Werkconferentie leefbaarheid in Teylingen

Op 6 maart 2007 is een werkconferentie gehouden waarbij verschillende, voor dit onderwerp relevante, instellingen uit Teylingen zijn uitgenodigd om te praten over leefbaarheid. Tijdens deze bijeenkomst zijn de belangrijkste factoren gedefinieerd die de mate van leefbaarheid in de gemeente bepalen. De belangrijkste factoren zijn als volgt gedefinieerd:

- de veiligheid;
- een schoon en onderhouden leefomgeving;
- hoogwaardige kwaliteit van de openbare ruimte;
- voldoende voorzieningen;
- de mate van sociale samenhang;
- de mate van informatievoorziening;
- de mate waarin burgers keuzes kunnen maken ofwel de differentiatie tussen verschillende producten/diensten/voorzieningen.

Tijdens de werkconferentie is een inventarisatie gemaakt van de knelpunten in de gemeente Teylingen. De knelpunten die worden ondervonden liggen vooral op het vlak van de sociale samenhang, de informatievoorziening, het voorzieningenniveau en de kwaliteit van de openbare ruimte. In mindere mate gaat de aandacht bij de knelpunten uit naar de veiligheid, de schoon en onderhouden leefomgeving en de mate van differentiatie. Hieronder volgt een samenvatting van de voornaamste knelpunten, geclusterd naar de bovengenoemde factoren:

- Sociale samenhang
 - te weinig ontmoetingsplekken en te weinig voorzieningen voor jongeren (speelplekken, hangplekken, trapveldjes);
 - te weinig wijkactiviteiten, participatieprojecten en grootschalige activiteiten met een bindend karakter;
 - afname vrijwilligerskader van verenigingen;
 - gebrek aan participatie en integratie;
 - gebrek aan wijkverenigingen en wijkactiviteiten;
 - te weinig stimulering vanuit de gemeente om de sociale samenhang te bevorderen.
- Informatievoorziening
 - onvoldoende profilering van belangrijke projecten en welzijnsactiviteiten vanuit de gemeente;
 - onbekendheid van het (digitale) meldpunt leefomgeving;
 - weinig transparantie in de aanwezigheid van voorzieningen;
 - als gevolg van de fusie onduidelijkheid over wie waarvoor verantwoordelijk is binnen de gemeente.
- Voorzieningenniveau
 - het ontbreken van afstemming van de voorzieningen in een woonwijk op de bewoners;
 - tekort aan starterswoningen;

- tekort aan voorzieningen voor jongeren (speelplekken, hangplekken trapveldjes);
- de centralisering van voorzieningen wordt als negatief ervaren;
- te weinig winkelvoorzieningen in de kernen Voorhout en Warmond;
- Hoogwaardige kwaliteit openbare ruimte
 - slechte toegankelijkheid van de openbare ruimte voor rolstoelen;
 - slechte bereikbaarheid van de voorzieningen voor mensen met een lichamelijke beperking/slecht onderhoud van de openbare ruimte;

In het vierjarig beleidsplan WMO wordt het onderwerp leefbaarheid uitgebreid behandeld. Met behulp van een landelijk onderzoek 'De staat van de gemeenten' waar de gemeente Teylingen in heeft geparticipeerd, wordt een inventarisatie gemaakt van de huidige situatie. Op het gebied van de sociale cohesie wordt een nulmeting uitgevoerd. Op basis van de huidige stand van zaken, worden doelstellingen opgesteld om de leefbaarheid in de gemeente te vergroten. Daarnaast worden actiepunten geformuleerd op de uit de werkconferentie naar voren gekomen knelpunten.

5.2 Effect van leefbaarheid op volksgezondheid

Tijdens de werkconferentie zijn een aantal mogelijke gevolgen van knelpunten op het gebied van de leefbaarheid voor de volksgezondheid genoemd. De uit de werkconferentie naar voren gekomen knelpunten zijn de volgende:

- eenzaamheid;
- sociaal isolement;
- te weinig bewegen (door kinderen);
- door weinig controle van ouders op hun kinderen, gaan kinderen vroegtijdig stappen en alcohol drinken;
- weinig sociale cohesie leidt tot minder neiging om ongewenst gedrag te melden;
- stressklachten en psychosociale problemen.

In het algemeen geldt dat in wijken waar de leefbaarheid te wensen over laat, vaak mensen met een laag economische status wonen. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met een lage sociaal economische status vaker chronische aandoeningen en lichamelijke beperkingen hebben dan mensen met een hoge sociaal economische positie. Mensen met een lage sociaal economische status brengen gemiddeld vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge sociaal economische status.

Uit de kerncijfers van de GGD blijkt dat de gemeente Teylingen een bovengemiddeld welvarende gemeente is. De werkzame beroepsbevolking is hoger dan in Nederland en in de regio, het gemiddeld besteedbaar inkomen ligt hoger dan in Nederland en in de regio, het aantal huishoudens met een laag inkomen ligt lager dan in Nederland en het aantal bijstandsuitkeringen, niet werkende werkzoekenden en arbeidsongeschikten ligt lager dan in Nederland.

Op basis van bovenstaande informatie kan geconcludeerd worden dat het effect van knelpunten in de leefbaarheid op de volksgezondheid in de gemeente Teylingen geen groot probleem is. De spreiding van de bevolking in verschillende wijken maakt het mogelijk om bepaalde wijken eruit te lichten waar de sociaal economische status van de bewoners lager ligt dan gemiddeld in Teylingen. Met een wijkgericht aanpak kunnen de wijken waar deze probleem actueler zijn aangepakt worden. Echter de gemeente Teylingen kent geen echte achterstandswijken die een probleem vormen. De GGD adviseert de gemeente dan ook geen grote inspanning te leveren in het aanpakken van deze problemen in een bepaalde wijk omdat het relatief veel tijd, geld en energie kost en het probleem in de gemeente Teylingen niet groot is. Wel kunnen er op kleinere schaal maatregelen worden genomen om de leefbaarheid te verbeteren.

Aan het effect van de knelpunten in de leefbaarheid op de volksgezondheid wordt op verschillende plaatsen in het gemeentelijk beleid aandacht besteed.

- Eenzaamheid: Binnen het ouderenbeleid wordt het project 'eenzaamheid bij ouderen' uitgevoerd waarbij betrokken partijen de knelpunten in kaart brengen en oplossingen en acties formuleren. Er is een werkgroep opgestart die plannen uitwerkt voor een gezamenlijke aanpak van eenzaamheid bij ouderen.
- Sociaal isolement: Er is een tekort aan ontmoetingsplekken geconstateerd, voor zowel jongeren als ouderen. De gemeente kan een rol spelen bij het verminderen van het sociaal isolement door het creëren van voldoende ontmoetingsplekken.

Jongeren

De afdeling Beheer leefomgeving is gestart met het opstellen van beleid voor de openbare speeltuintjes en speelterreinen binnen de gemeente. Bekeken wordt of de speeltuintjes en speelterreinen voldoen aan de gestelde veiligheidsnormen, of de speeltuintjes en speelterreinen in de huidige vorm aansluiten bij de doelgroep en of er nu of op de langere termijn aanpassingen noodzakelijk zijn. Tevens wordt bepaald of er wellicht speeltuintjes en speelterreinen verplaatst moeten worden. Bij het formuleren van dit beleid wordt aandacht besteed aan het tekort aan voorzieningen voor jongeren en de afstemming van de voorzieningen op de behoefte van bepaalde leeftijdscategorieën. Daarnaast moet aandacht besteed worden aan de ontmoetingsplekken voor ouderen.

Ouderen

Ouderen hebben de behoefte hebben om in een neutrale omgeving gezellig samen te zijn en een goede dagbesteding te hebben. Op dit moment wordt er een tekort signaleerd aan dit soort ontmoetingsplekken. Dit signaal is vanuit de belangenorganisaties gekomen. Er wordt onderzocht in hoeverre het genoemde tekort aan ontmoetingsruimtes voor ouderen ook door de doelgroep zelf ervaren wordt. Hiervoor wordt aangesloten bij het behoefteonderzoek dat tweejaarlijks door het SWOT uitgevoerd wordt. Indien de uitkomsten van dit onderzoek het gesignaleerde tekort ook aantonen, zullen de mogelijkheden voor dergelijke ontmoetingsruimtes onderzocht worden. Dit wordt opgepakt binnen het ouderenbeleid.

- Te weinig bewegen (door kinderen): Dit is een speerpunt van deze nota lokaal gezondheidsbeleid en krijgt in het hoofdstuk leefgewoonten uitgebreid aandacht.
- Alcoholgebruik bij jongeren: Dit is een speerpunt van deze nota lokaal gezondheidsbeleid en krijgt in het hoofdstuk leefgewoonten uitgebreid aandacht.
- Weinig sociale cohesie leidt tot minder sociale controle: Sociale cohesie is een onderwerp van het WMO beleidsplan. Prestatieveld 1 'Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten' van de WMO is een belangrijke aanleiding geweest voor de werkconferentie 'Leefbaarheid'. Binnen het WMO beleidsplan wordt aandacht besteed aan het bevorderen van de sociale cohesie.

Bij het formuleren van een alcoholbeleid voor de gemeente Teylingen speelt sociale controle ook een belangrijke rol. Wanneer de verschillende betrokken partijen sociale controle uitoefenen, kan dit van invloed zijn op de maatschappelijke norm en daarmee op het gebruik van alcohol door jongeren. Bij de formulering van lokaal alcoholbeleid wordt hier aandacht aan besteed.

- Stressklachten en psychosociale problemen: Stressklachten en psychosociale problemen zijn problemen waarop op lokaal niveau moeilijk beleid te formuleren is. Mensen met stressklachten of psychosociale problemen kunnen terecht bij het algemeen maatschappelijk werk, de GGZ of bij een psycholoog.

Hoofdstuk 6 Maatschappelijke zorg

In dit hoofdstuk over maatschappelijke zorg worden de onderwerpen verslavingszorg en (openbare) geestelijke gezondheidszorg behandeld. De verslavingszorg betreft voornamelijk mensen die, als gevolg van een verslaving, belemmerd zijn in hun maatschappelijk functioneren en daarvoor zorg of opvang nodig hebben. In het hoofdstuk over leefgewoonten worden de gezondheidseffecten van regulier of niet problematisch alcohol en drugsgebruik behandeld.

De (openbare) geestelijke gezondheidszorg heeft als doelgroep mensen die tijdelijk of chronisch te maken hebben met een psychotische stoornis en als gevolg daarvan behoefte hebben aan zorg of opvang. De (openbare) geestelijke gezondheidszorg heeft een nauw verband met verslavingszorg, omdat de doelgroep van de (openbare) geestelijke gezondheidszorg ook de groep mensen is die vaak kwetsbaar is, en vatbaar is voor overmatig gebruik van genotmiddelen. Andersom worden sommige psychische problemen opgewekt of veroorzaakt door overmatig genotmiddelen gebruik.

Maatschappelijke zorg kent vier belangrijke componenten, te weten:

- preventie;
- zorg;
- maatschappelijke opvang;
- maatschappelijk herstel.

De componenten maatschappelijke opvang en herstel en een groot deel van de component zorg zijn grotendeels regionaal geregeld. De centrumgemeente Leiden speelt hierin een belangrijke rol. Bij de component preventie en een deel van de component zorg spelen de regiogemeenten een grote rol.

De eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk zijn gericht op de onderwerpen verslavingszorg en (openbare) geestelijke gezondheidszorg en geven een achtergrond per onderwerp. In de paragrafen die volgen worden deze onderwerpen samen genomen in het begrip maatschappelijke zorg. In paragraaf drie wordt een beeld geschetst van de landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn op de maatschappelijke zorg. Vervolgens worden in paragraaf vier de hoofdlijnen van het regionale beleid ten aanzien van verslaving en maatschappelijke opvang uiteengezet. In paragraaf vijf wordt ingegaan op de preventieve aanpak en zorg binnen de gemeente Teylingen. Tenslotte wordt de link met de prestatievelden 7, 8, en 9 van de WMO gelegd.

6.1 Verslavingszorg

Verslaving aan genotmiddelen heeft, zowel maatschappelijk als persoonlijk gezien, grote consequenties. Gezondheidsproblemen, bijkomende ziektekosten, verstoring van de openbare veiligheid, kosten door arbeidsverzuim, geweld in huis en dakloosheid zijn vaak aan de orde bij verslavingsproblematiek.

De verslavingszorg kent naast een curatieve- en zorgcomponent, ook een belangrijke preventieve component. Daardoor is er sprake van een brede doelgroep; jongeren in het algemeen vanaf 10 jaar die in aanraking komen met alcohol en drugs met bijzondere aandacht voor experimenterende en gebruikende jongeren, jongeren en volwassenen die (al) te veel gebruiken, en mensen bij wie overmatig gebruik van alcohol en/of drugs tot ernstige problemen heeft geleid.

Daar waar mensen ernstig in de problemen komen als gevolg van hun middelen gebruik, vaak in combinatie met andere problemen, overlapt de doelgroep met die van de maatschappelijke opvang. De doelgroep van de maatschappelijke opvang bestaat uit mensen die dak- en thuisloos zijn of daartoe een risico lopen. Vaak is sprake van lichamelijke of geestelijke verwaarlozing, verslaving, psychiatrische problematiek, verstandelijke beperkingen, een gebrekkig sociaal netwerk en/of schulden.

Verslavingszorg wordt in de regio Zuid Holland Noord verzorgd door een samenwerking tussen de GGD en Parnassia. Er is een duidelijke onderverdeling tussen de doelgroepen van de GGD en Parnassia. De GGD richt zich op het basis- en voortgezet onderwijs, en Parnassia richt zich op het jeugd- en jongerenwerk, de horeca en de sportverenigingen.

6.2 (Openbare) geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg is de zorg die zich richt op mensen met een psychische stoornis. In Teylingen wordt de geestelijke gezondheidszorg verzorgd door GGZ Duin- en Bollenstreek. De openbare geestelijke gezondheidszorg bestaat uit alle activiteiten op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg die niet op geleide van een vrijwillige individuele hulpvraag worden uitgevoerd. In dat geval is er sprake van bemoeizorg.

Met een adequaat (openbare) geestelijke gezondheidsaanbod is zowel de gezondheid en het welzijn van de bevolking gediend, als de openbare orde en veiligheid.

De doelgroep van de (openbare) geestelijke gezondheidszorg is te verdelen in twee groepen:

- Mensen die tijdelijk last van een psychotische stoornis hebben, die last hebben van angst- of stemmingsstoornissen, of die een eerste episode psychose hebben, en voor wie een aantal behandelingen effectief is. Deze groep betreft 75% van de totale doelgroep.
- Mensen die chronische psychische stoornissen hebben, en waarbij voortdurend toezicht nodig is. Deze groep mensen is vaak een bron van zorg en overlast voor de samenleving. Deze groep betreft 25% van de totale doelgroep.

De knelpunten waar de doelgroep van de (openbare) geestelijke gezondheidszorg mee te maken hebben zijn vaak uitval uit het arbeidsproces en problemen met het vinden van een zinvolle dagbesteding. De ontwikkeling met de komst van de WMO is dat er steeds meer wordt uitgegaan van de calculerende burger en dat mensen worden gewezen op de eigen verantwoordelijkheid. Dit is voor deze groep mensen erg lastig. Het risico dat ze niet de zorg krijgen die ze nodig hebben en dat probleemsituaties niet zichtbaar worden neemt hierdoor toe. Daarnaast is het woonaanbod voor begeleid wonen binnen de gemeente erg beperkt. Er bestaat geen duidelijk beeld van de specifieke knelpunten of problematiek binnen de gemeente Teylingen. GGZ Duin- en Bollenstreek wil in de toekomst onderzoek gaan doen naar de specifieke knelpunten per gemeente.

6.2.1 Signalen

In gesprek met GGZ Duin- en Bollenstreek kwam naar voren dat in de regio Duin- en Bollenstreek meer jongeren in behandeling zijn van de geestelijke gezondheidszorg dan in andere regio's. Dit kan worden verklaard uit de hoge alcoholconsumptie door jongeren uit de regio. Landelijk is de trend dat jongeren veel meer en op jongere leeftijd genotmiddelen gebruiken. Dit leidt tot fysieke en geestelijke problemen waardoor steeds meer jongeren in aanraking komen met de geestelijke gezondheidszorg. Een mogelijke verklaring voor het extra hoge aantal jongeren in de regio Duin- en Bollenstreek die in aanraking komt met de geestelijke gezondheidszorg is het hoge bestedingsniveau onder jongeren dat kan leiden tot een hogere alcoholconsumptie.

Een grote inzet op preventie is in dit kader van belang. Jongeren moeten op jonge leeftijd gewezen worden op de gevaren van alcohol. Belangrijk hierbij zijn de preventielessen op scholen. Daarnaast moeten ouders worden betrokken bij de aanpak van dit probleem. Op de activiteiten die op dit gebied worden ondernomen wordt uitgebreid ingegaan in het hoofdstuk leefgewoonten.

6.2.2 Ontwikkelingen

De volgende ontwikkelingen hebben de aandacht op het terrein van de (openbare) geestelijke gezondheidszorg:

- Met de komst van de WMO zijn de gelden voor de collectieve GGZ preventie naar de gemeenten gekomen. De gemeenten moeten gaan bepalen welke producten ze gaan afnemen in het kader van de collectieve preventie. Binnen het vierjarig WMO beleidsplan wordt hier aandacht aan besteed.
- GGZ Duin- en Bollenstreek wil graag een maatschappelijk steunsysteem (MSS) invoeren binnen de regio. Hierin zoekt de GGZ Duin- en Bollenstreek de samenwerking met de gemeente. Binnen een maatschappelijk steunsysteem gaan alle relevante partijen aan tafel zitten in het belang van de klant. Per klant is er een coördinator die zich over de betreffende klant ontfermt. Binnen het vierjarig WMO beleidsplan wordt hier eveneens aandacht aan besteed.

- In de prestatieafspraken wonen, zorg en welzijn van de Regionale Commissie Gezondheidszorg, zijn afspraken gemaakt met de deelnemende gemeenten met betrekking tot het uitbreiden van het aantal woningen voor begeleid wonen.

6.3 Landelijke trends

Landelijk wordt een aantal tendensen gesignaleerd die zich ook in de regio Zuid Holland Noord voordoen. Op basis van een aantal van deze tendensen is de verwachting dat het aantal daklozen en verslaafden zal toenemen en dat hun problematiek zwaarder zal worden.

De volgende trends worden gesignaleerd:

- Toenemend alcoholgebruik onder jongeren, op steeds jongere leeftijd;
- Extramuralisering met mede als gevolg daarvan een stijgende vraag naar woningen en naar andersoortige woonvormen;
- Afnemende tolerantie in de samenleving voor mensen met en afwijkende leefstijl;
- Een complexe en sterk geïndividualiseerde samenleving;
- Een stringenter asielbeleid dat heeft geleid tot een toename van illegalen in de samenleving (en in de daklozenopvang);
- Een toenemende vergrijzing die zich ook bij de dak- en thuislozen vertaalt in een zwaardere zorgvraag;
- Groeiende emancipatie van de doelgroep dak- en thuislozen en ernstig verslaafden onder meer blijkend uit de opkomst van landelijke en lokale belangenorganisaties en cliëntenraden.

6.4 Regionaal beleid

De gemeente Leiden is centrumgemeente voor de verslavingszorg, de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) en de maatschappelijke opvang. In deze rol als centrumgemeente is Leiden verantwoordelijk voor een goede aanpak van de verslavingsproblematiek in de regio Zuid Holland Noord en ontvangt hiervoor de doeluitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid vanuit het Rijk voor de hele regio. De gemeente Leiden heeft een nota 'Verslavingszorg & maatschappelijke opvang 2006-2009' opgesteld waarin het beleid voor de komende periode is beschreven. Deze nota is vastgesteld door de raad van de gemeente Leiden in de vergadering van 31 januari 2006. De regiogemeenten hebben input gegeven voor deze beleidsnotitie.

De hoofdlijnen van het beleid van de komende periode zoals weergegeven in de beleidsnota van de gemeente Leiden zijn de volgende:

- Een grondige kwalitatieve en kwantitatieve analyse van de doelgroep;
- Verder implementatie van de maatregelen, voorgesteld in de nota 'Naar een sluitende 24 uurszorgstructuur' en handhaven en verbeteren van het huidige zorg- en opvangaanbod;
- Een goede inbedding van de opvangvoorzieningen in de buurten waarin zij gevestigd zijn door deze vergezeld te laten gaan van een aanvullend pakket maatregelen gericht op vergroting van de leefbaarheid;
- Continuering en stimulering van de activiteiten die een bijdrage leveren aan het maatschappelijk herstel van de doelgroep en tegelijkertijd het imago van de doelgroep verbeteren;
- Versterken van de samenwerking met het Zorgkantoor, de woningcorporaties, penitentiaire instellingen, politie en de instanties die zich met inkomen bezighouden om de instroom in de maatschappelijk opvang zoveel mogelijk te voorkomen en de uitstroom te vergroten door een heldere taakverdeling;
- Realisering van opvang en zorg voor de mensen waarvoor uitstroom (nog) geen optie is;
- Optimale benutting van de instrumenten en de financieringsmogelijkheden van de betrokken instellingen en instanties om in tijden van versobering maximale zorg aan de doelgroep te kunnen (blijven) garanderen.

In de beleidsnota zijn concrete acties gedefinieerd om deze hoofdlijnen van het beleid vorm te geven.

De centrumgemeente Leiden heeft een belangrijke rol in het bijeenbrengen van de betrokken partijen op regionaal niveau, het ontwikkelen van een gezamenlijke aanpak en het subsidiëren van de op basis van de beleidsvisie noodzakelijk geachte activiteiten en voorzieningen.

Op lokaal niveau hebben gemeenten voornamelijk een preventieve rol. Dit betreft aan de 'voorkant' het tegengaan van groei van de doelgroep. Hiervoor zijn activiteiten in het kader van

schuldhulpverlening, maatschappelijk werk, het opzetten van zorgnetwerken, het voeren van een actief alcoholmatigingsbeleid, voorlichting en signalering van belang. Aan de 'achterkant' betreft dit het opvangen en begeleiden van mensen bij maatschappelijk herstel.

6.4.1 De doelgroep van maatschappelijke zorg

Een van de actiepunten van de beleidsnota van de gemeente Leiden is het verkrijgen van meer zicht op de doelgroep. Momenteel bestaat er geen duidelijk beeld van de doelgroep. Er is geen zicht op waar de mensen vandaan komen, noch wat de belangrijkste oorzaak van de problematiek is.

In de tweede helft van 2005 heeft het Trimbos instituut in opdracht van de gemeente Leiden een onderzoek gedaan om een schatting te maken van het aantal daklozen in de regio Zuid Holland Noord. De schatting is dat de doelgroep uit zo'n 500 mensen bestaat, waarvan een groep van 100 á 150 personen de harde kern vormt. Dit is een vrij hoog aantal. Opgemerkt moet worden dat mensen die marginaal gehuisvest zijn ook meegeteld zijn. In de eerste helft van 2006 is deze telling herhaald en deze telling gaf geen significante verschillen. De planning is dat de GGD deze gegevensverzameling iedere twee jaar herhaalt.

In 2007 wordt er door de gemeente Leiden aandacht besteed aan het beter in kaart brengen van de doelgroep. Bij het gebruik van de voorzieningen wordt aan de doelgroep gevraagd waar ze vandaan komen en wat de achterliggende problematiek is. Wanneer de doelgroep beter in beeld is gebracht, kunnen regiogemeenten op basis van deze informatie het lokale beleid bepalen en acties formuleren.

6.5 Lokaal beleid Teylingen

De meeste voorzieningen voor maatschappelijke zorg zijn aanwezig in de centrumgemeente en niet in de regiogemeenten. De reden hiervoor is dat de doelgroep van deze voorzieningen zich met name in de centrumgemeente bevindt. De doelgroep binnen de regiogemeenten is te klein en de realisatie van de betreffende voorzieningen is te duur voor een regiogemeente om dit lokaal te verzorgen. Lokaal wordt de aandacht met name gericht op preventie

In het collegewerkprogramma 2006-2010 van de gemeente Teylingen, is opgenomen dat bijzondere aandacht moet worden geschonken aan preventieactiviteiten ten aanzien van drugsgebruik.

De volgende activiteiten vinden plaats in de gemeente Teylingen in het kader van preventie:

- In de gemeente Teylingen is in de drie kernen een zorgnetwerk actief waar verschillende partijen bijeen komen om problematiek ten aanzien van mensen met meervoudige en complexe problemen te bespreken. Het betreft vaak mensen met zowel psychosociale, psychiatrische en verslavingsproblemen, die wonen in de desbetreffende gemeente en soms overlast veroorzaken, schulden hebben, of juist wegwijnen in hun woning zonder dat iemand naar hen omkijkt, terwijl zij wel hulpverlening nodig hebben;
- Eens in de zes weken vindt er een signaleringsoverleg plaats. De doelgroep van het signaleringsoverleg is de jeugd tot 23 jaar en de doelstelling is het vroegtijdig signaleren van problemen teneinde (verder) afglijden van jeugd met een (verhoogd) risico te voorkomen. Hierin worden signalen besproken over jongeren die zelf problemen hebben of problemen veroorzaken;
- Alcohol- en drugs matigingsbeleid in de vorm van voorlichting op scholen en het uitvoeren van verschillende projecten door de GGD;
- De gemeente subsidieert het algemeen maatschappelijk werk. Het maatschappelijk werk heeft een preventieve werking. Door vroegtijdig ingrijpen op het gebied van psychische problemen, opvoedproblemen, verslavingsproblemen en dergelijke, wordt voorkomen dat de problematiek ernstige vormen aanneemt;

- Schuldhulpverlening wordt door de ISD verzorgd. Een goede schuldhulpverlening kan voorkomen dat mensen met financiële problemen dieper in de problemen raken of hierdoor hun huis verliezen;
- De gemeente heeft met de woningcorporaties afspraken gemaakt over het voorkomen van huisuitzettingen. Wanneer huurachterstanden optreden, worden mensen actief benaderd door de woningcorporatie. Het doel is om door het tijdig nemen van maatregelen en het treffen van regelingen, te voorkomen dat huisuitzetting plaatsvindt. Bij het voorkomen van huisuitzettingen speelt de GGD ook een belangrijke rol. Wanneer de woningbouwvereniging een dreigende huisuitzetting voorziet, lichten zij de GGD hierover in. De GGD probeert de betreffende personen toe te leiden naar de juiste zorg en te voorkomen dat het tot een huisuitzetting komt.

Daarnaast subsidieert de gemeente Teylingen de Regionale Crisisdienst die psychosociale hulp biedt in crisissituaties en in slachtoffersituaties, op avonden, in weekenden en op feestdagen.

In de nota lokaal gezondheidsbeleid is 'alcohol en drugs' een speerpunt. Dit houdt in dat binnen het gezondheidsbeleid aan dit onderwerp de komende vier jaar in de gemeente Teylingen extra aandacht wordt besteedt. Deze extra aandacht en de acties die in het hoofdstuk 'Leefgewoonten' zijn gedefinieerd om een actief alcohol- en drugs matigingsbeleid te voeren, zullen eveneens een positieve bijdrage leveren aan de preventie van verslaving.

Het beleid van de gemeente Teylingen voor de komende vier jaar is dat de beschreven preventieve activiteiten worden voortgezet. Wanneer de doelgroep door de gemeente Leiden beter in kaart is gebracht, is beter zicht op de situatie in de gemeente Teylingen. Op dat moment wordt bepaald in hoeverre het nuttig en noodzakelijk is dat de gemeente Teylingen meer of andere preventieve maatregelen neemt. Eventuele concrete acties worden dan geformuleerd.

6.6 Relatie met de WMO

Met de komst van de WMO worden mensen sterker aangesproken op hun eigen verantwoordelijkheid. De introductie van meer eigen verantwoordelijkheid brengt de nodige risico's met zich mee voor de doelgroep van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). Dit zijn de dak- en thuislozen, de ernstig verslaafden, de mensen met een zware psychiatrische handicap, kortom de mensen die dringend zorg en hulp nodig hebben maar daar zelf niet om vragen. Juist voor deze groep is het nemen van eigen verantwoordelijkheid een groot probleem. Een goede regie en nauwe samenwerking tussen betrokken instellingen is daarom van het grootst belang om het aanbod voor deze doelgroep te kunnen waarborgen.

In het vierjarig WMO beleidsplan wordt aandacht geschonken aan de invulling van de prestatievelden 7, 8 en 9, die betrekking hebben op het bieden van maatschappelijke opvang, het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg en het bevorderen van verslavingsbeleid.

Acties

- *Voortzetten huidig preventief beleid op het gebied van maatschappelijke zorg;*
- *Na inventarisatie van de doelgroep door gemeente Leiden, additionele maatregelen en acties bepalen voor gemeente Teylingen.*

Hoofdstuk 7 Voorzieningenniveau en informatievoorziening

In dit hoofdstuk wordt een kort overzicht gegeven van het eerstelijns voorzieningenniveau in de gemeente. Daarnaast wordt ingegaan op de informatievoorziening op het gebied van wonen, zorg en welzijn.

7.1 Overzicht voorzieningenniveau Teylingen en de regio

In de volgende drie paragrafen wordt het voorzieningenniveau van Teylingen per kern bekeken. Er is gekozen voor de benadering per kern omdat mensen in hun directe omgeving gebruik willen maken van eerstelijns gezondheidszorg.

7.1.1 Warmond

Het voorzieningenniveau van de kern Warmond is weergegeven in de volgende tabel:

Eerstelijns gezondheidszorg	
Huisartsen/Huisartsenpraktijk	1 huisartsenpraktijk - Huisartsenpraktijk Warmond: groep van 3 huisartsen
Tandartsen	1 tandartsenpraktijk: - Centrum voor tandheelkunde en implantologie Warmond
Fysiotherapeuten	3 fysiotherapiepraktijken: - Dekker sport 2p - Prolife sport 2p - Fysiotherapie en manuele therapie Herenweg 4p parttime
Apotheker	1 apotheker: - Apotheek Warmond
Logopedist	1 logopedist
Verloskundige praktijk	1 groep in Liduina van 2p.
Psycholoog	3 psychologiepraktijken: - 1 psychologen groep en AMW - 1 groep eerstelijnspsychologen - 1 psycholoog in Liduina

7.1.2 Sassenheim

Het voorzieningenniveau in de kern Sassenheim is weergegeven in de volgende tabel:

Eerstelijns gezondheidszorg	
Huisartsen/Huisartsenpraktijk	5 huisartsenpraktijken: - Huisartsenpraktijk M.K.P. Moerman - Huisartsenpraktijk J.J. van Riet - Huisartsenpraktijk G.B. Schmidt - Huisartsenpraktijk V.A. Muller en A.H. Smit en A.W.M. Spit - Huisartsenpraktijk B.J.H. Warnars en A.F. Warnars-Gesink
Tandartsen	4 tandartsenpraktijken: - R. Lochtenberg - Tandartsenpraktijk Y. Jalili - Tandheelkundepraktijk Boschplein - K.Y.E.M. Thé

Fysiotherapeuten	5 fysiotherapiepraktijken: <ul style="list-style-type: none"> - Praktijk voor fysiotherapie en acupunctuur - Praktijk voor fysiotherapie Mw. A. Bos - Praktijk voor fysiotherapie De Ontmoeting - Praktijk voor fysiotherapie Overteylingen - Praktijk voor fysiotherapie G.J.W. van Rooij - Praktijk voor fysiotherapie voor ouderen Optima Vita
Apotheker	3 apothekers <ul style="list-style-type: none"> - Apotheek Sassenheim - Apotheek Teylingen - De Mensen Apotheek
Logopedist	1 logopedist: <ul style="list-style-type: none"> - Mw. C.A. Kwakman
Verloskundige praktijk	Verloskundigenpraktijk Santé
Psycholoog	1 psychologiepraktijk <ul style="list-style-type: none"> - Praktijk voor Kinder- en gezinspsychotherapie Mw. Drs. C.H. Kolff-Boevé

7.1.3 Voorhout

Het voorzieningenniveau van de kern Voorhout is weergegeven in de volgende tabel:

Eerstelijns gezondheidszorg	
Huisartsen/Huisartsenpraktijk	5 huisartsenpraktijken <ul style="list-style-type: none"> - Huisartsenpraktijk Hoogh Teylingen: R. Blanken en D.C.H. Paardekooper - Huisartsenpraktijk J. Hoornweg - Huisartsenpraktijk Oosthout Dr. Duiser en Dr. Zonneveld - Huisartsenpraktijk J. Schinkelshoek en P.G. van Peet - Huisartsenpraktijk E. Sleeboom
Tandartsen	5 tandartsenpraktijken: <ul style="list-style-type: none"> - J. H. Oort - J.R. Schravendijk - Tandartsenpraktijk Componistenlaan - Tandartsenpraktijk Wu - Tandartsenpraktijk J.F. Theunissen
Fysiotherapeuten	4 fysiotherapiepraktijken: <ul style="list-style-type: none"> - Mw. S.M. van Asperdt - Fysiotherapeuten maatschap Voorhout - Fysiotherapie Oosthout - Fysiotherapiepraktijk Boekhout
Apotheker	3 apothekers: <ul style="list-style-type: none"> - Apotheek Regenboog - Apotheek Voorhout - Dienstapothek Bollenstreek
Logopedist	1 logopedist: <ul style="list-style-type: none"> - Mw. C.C.J.M. Nieuwenhuys-

	Eigenraam
Verloskundige praktijk	Verloskundigen praktijk Voorhout
Psycholoog	4 psychologiepraktijken: - Drs. A.J.M. Dingjan - Praktijk voor Psychologie en psychotherapie - Drs. M.A.C. van Dijk - Praktijk voor psychotherapie en gezondheidszorgpsychologie

7.1.4 Voorzieningenniveau in Teylingen

Het voorzieningenniveau in de gemeente Teylingen is goed op peil. Er worden geen knelpunten gesignaleerd.

De gemeente heeft geen invloed op de vestiging van eerstelijns gezondheidsvoorzieningen in de gemeente vanwege de vrije vestiging van deze beroepsgroep. De gemeente kan wel een faciliterende rol vervullen. De gemeente wil een structureel overleg instellen met de eerstelijns gezondheidszorgvoorzieningen, met als doel zicht te houden op signalen en eventuele knelpunten die er in de gemeente spelen op het terrein van de eerstelijns zorg.

[Actie: Instellen van een structureel overleg met eerstelijnszorg om zicht te houden op de signalen en eventuele knelpunten in de gemeente op het gebied van de eerstelijns zorg.](#)

7.2 Regionale voorzieningen

De volgende voorzieningen worden regionaal aangeboden:

- Verslavingszorg
- Maatschappelijke opvang
- Crisisopvang
- GGD
- GGZ
- Centraal Orgaan Indicatiestelling Zorg
- Zorg voor verstandelijk- en lichamelijk gehandicapten
- Verpleeg- en verzorgingshuizen
- Volwasseneneducatie
- Opvoedbureaus

Binnen de regio worden vanuit Holland Rijnland de maatschappelijke voorzieningen in kaart gebracht. In de regionale structuurvisie Holland Rijnland wordt ook het streefbeeld van de maatschappelijke voorzieningen opgenomen.

7.3 Informatievoorziening

De informatievoorziening op het terrein van de gezondheidszorg binnen de gemeente is van groot belang. Mensen moeten weten waar ze met hun zorgvraag naartoe moeten. Op grond van de Wet Maatschappelijke ondersteuning (WMO) heeft de gemeente de verplichting inwoners advies en informatie te geven op de terreinen van wonen, zorg en welzijn. De gemeente Teylingen biedt de informatie op de volgende wijzen aan:

1. Zorgloket WMO

Vanaf 1 juli 2007 zal in de gemeentewinkel het zorgloket WMO een plaats krijgen. Dit zorgloket wordt bemenst door de medewerkers van de Intergemeentelijke Sociale Dienst Bollenstreek (ISD). Zij zullen naast het aanbod van diverse voorzieningen op grond van de Wet Werk en Bijstand en de WMO ook de burgers gaan adviseren over vragen die een relatie hebben met wonen, zorg en welzijn. Hierbij wordt gedacht aan onder andere voorzieningen van het zorgkantoor (AWBZ), Stichting Welzijn Ouderen Teylingen (flankerend ouderenbeleid), GGZ, en Stichting Mantelzorg. Op deze wijze wordt de burger die met diverse vragen naar het zorgloket

(frontoffice) komt zo volledig mogelijk geholpen. De medewerker van de ISD is in staat de vraag achter de vraag te herkennen en de benodigde vragen uit te zetten naar andere organisaties (backoffices) of deels af te handelen. Het resultaat is dat burgers slechts eenmaal hun vragen hoeven te stellen waarna verantwoordelijke organisaties in actie komen.

2. Digitale dienstverlening

Via de website van de gemeente is het mogelijk alle benodigde informatie te krijgen op de terreinen van wonen, zorg en welzijn. Naast het aanbieden van informatie is het tevens mogelijk voor een aantal producten digitaal aanvragen in te dienen. Het merendeel van de gemeentelijke voorzieningen, inclusief de producten die de ISD namens de gemeente verstrekt, kunnen met behulp van DigiD rechtstreeks worden aangevraagd.

3. Digitale dienstverlening in de kernen

In de drie kernen zal in de bibliotheken een computer en printer beschikbaar zijn voor burgers die niet zelf over een computer beschikken. De Stichting Welzijn Ouderen Teylingen zal ouderen op verzoek behulpzaam zijn bij het digitaal raadplegen en het indienen van aanvragen.

4. Overige informatie instrumenten

Naast het fysieke loket en de digitale informatie zal ook regelmatig informatie worden verstrekt via de lokale pers. Telefonisch kan bovendien informatie worden ingewonnen bij het klantcontactcentrum van de ISD en bij het contactcentrum van de gemeente Teylingen.

5. Digitale kaart

De GGD heeft de digitale sociale kaart 'Zorgwelrijland' ingesteld. Zorgwelrijland is de digitale sociale kaart van Zuid Holland Noord, bestemd voor inwoners en hulpverleners. Op de site is informatie te vinden over de organisaties die actief zijn op het gebied van zorg, welzijn en wonen in de regio. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, opvoedondersteuning, thuiszorgorganisaties, ouderenwerk en buurthuizen. Op de site is informatie te vinden over naam- en adresgegevens en links naar websites, maar ook informatie over de diensten van de organisaties.

Acties:

- *Instellen van een structureel overleg met eerstelijnszorg om zicht te houden op de signalen en eventuele knelpunten in de gemeente op het gebied van de eerstelijns zorg.*

Hoofdstuk 8 Overzicht speerpunten en actieplan

Binnen deze nota lokaal gezondheidsbeleid Teylingen is gekozen voor een beperkt aantal speerpunten zodat hier nadrukkelijk de focus op kan worden gelegd de komende periode. De speerpunten uit deze nota lokaal gezondheidsbeleid Teylingen zijn de volgende:

- Alcoholmatiging
- Gezond eten en bewegen

Acties algemeen

- *Bij het opstellen van de woonvisie van de gemeente Teylingen wordt aandacht gevraagd voor het opnemen van gezondheidsaspecten in het huisvestingsbeleid.*
- *De nota's ouderenbeleid, jeugdbeleid en sportbeleid voor de gemeente Teylingen worden integraal afgestemd en sluiten aan op de uitgangspunten in de nota lokaal gezondheidsbeleid.*
- *Voortzetten huidig preventief beleid op het gebied van maatschappelijke zorg;*
- *Na inventarisatie van de doelgroep van de maatschappelijke zorg door gemeente Leiden, additionele maatregelen en acties bepalen voor gemeente Teylingen.*
- *Instellen van een structureel overleg met eerstelijnszorg om zicht te houden op de signalen en eventuele knelpunten in de gemeente op het gebied van de eerstelijns zorg.*

Acties alcoholmatiging

- *De scholen benaderen die niet deelnemen aan het verslavingspreventieprogramma van de GGD 'Weet wat je wilt' om eventueel alsnog deel te laten nemen.*
- *Voortzetten voorlichting verslavingspreventie door GGD op scholen.*
- *Het in samenwerking met betrokken partijen formuleren van een alcoholbeleid voor de gemeente Teylingen.*
- *Deelname in de werkgroep Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan om gezondheidsaspecten te borgen en de link te leggen met het op te stellen alcoholbeleid.*

Acties gezond eten en bewegen

- *De scholen actief benaderen en op de hoogte stellen van het aanbod uit het meerjarenprogramma 'gezond eten en bewegen' van de GGD.*
- *Bij het opstellen van het speeltuinbeleid aandacht schenken aan het geconstateerde tekort aan speelvoorzieningen voor kinderen in de leeftijd vanaf 12 jaar en hier acties aan verbinden. Hierbij moet afstemming plaatsvinden met jeugdbeleid.*
- *Het onderzoeken van de mogelijkheid tot het bevorderen van het sportaanbod voor 55+ door sportverenigingen voor de nota sportbeleid.*
- *De initiatieven: 'Vignet gezonde sportvereniging', 'Taskforce 55+', en het beter bekendmaken van het bewegingsaanbod, verder uitwerken en oppakken.*

8.1 Overzicht actiepunten

In onderstaande tabel zijn de acties en de bijbehorende geschatte kosten en een voorlopige planning van deze activiteiten in een overzicht gezet.

Nr.	Actie	Planning
	Algemeen	
1	Bij opstellen woonvisie aandacht vragen voor het opnemen van gezondheidsaspecten in huisvestingbeleid	2007
2	Bij opstellen nota's ouderenbeleid, jeugdbeleid, en sportbeleid integraal afstemmen en aansluiten op uitgangspunten nota lokaal gezondheidsbeleid	2007/2008
3	Voortzetten huidig preventief beleid op gebied van maatschappelijke zorg	Doorlopend
4	Na inventarisatie van de doelgroep door gemeente Leiden, additionele maatregelen en acties bepalen voor gemeente Teylingen	2008
5	Instellen van een structureel overleg met eerstelijnszorg om zicht te houden op de signalen en eventuele knelpunten in de gemeente op het gebied van de eerstelijns zorg.	Doorlopend
	Alcoholmatiging	
6	De scholen benaderen die niet deelnemen aan het verslavingspreventieprogramma van de GGD 'Weet wat je wilt' om eventueel alsnog deel te nemen	2007

7	Voortzetten voorlichting verslavingspreventie door GGD op scholen	Doorlopend
8	In samenwerking met betrokken partijen formuleren van een alcoholbeleid voor de gemeente Teylingen	2008
9	Deelname in de werkgroep Kwaliteitsmeter Veilig Uitgaan om gezondheidsaspecten te borgen en de link te leggen met het op te stellen alcoholbeleid.	2007
Gezond eten en bewegen		
10	De scholen actief benaderen en op de hoogte stellen van het aanbod uit het meerjarenprogramma 'gezond eten en bewegen' van de GGD	Jaarlijks 2007/2011
11	Bij het opstellen van het speeltuinbeleid aandacht schenken aan het geconstateerde tekort aan speelvoorzieningen voor kinderen in de leeftijd vanaf 12 jaar en hier acties aan verbinden. Hierbij moet afstemming plaatsvinden met jeugdbeleid.	2007/2008
12	Onderzoeken van de mogelijkheden tot het bevorderen van het sportaanbod voor 55+ door sportverenigingen	2008/2011
13	De initiatieven 'Vignet gezonde sportvereniging', 'Taskforce 55+' en het beter bekendmaken van het bewegingsaanbod verder uitwerken en oppakken	2007/2011

8.2 Beoogd effect van de acties

Met de acties uit het actieplan wordt beoogd om de gezondheid van de inwoners van de gemeente Teylingen te bevorderen, voor zover dit binnen de invloedssferen van de gemeente ligt. De actiepunten in het kader van alcoholmatiging zijn gericht op het verminderen van overmatig alcoholgebruik en het terugdringen van het alcoholgebruik op jeugdige leeftijd. De actiepunten in het kader van gezond eten en bewegen zijn erop gericht dat zowel jongeren als ouderen bewuster met hun voeding omgaan, en meer gebruik gaan maken van het bewegingsaanbod in de gemeente Teylingen en de regio. Daarnaast is het de bedoeling het bewegingsaanbod beter af te stemmen op de doelgroep 55+.

Het uiteindelijke streven is dat de gezondheidspeilingen van de GGD in de toekomst een positiever beeld zullen geven van deze gezondheidsaspecten.

8.3 Budget uitvoering acties

Voor de uitvoering van de actiepunten uit de nota lokaal gezondheidsbeleid is een budget opgenomen van € 10.000,-- per jaar voor ieder jaar in de periode van 2008 tot en met 2011.

8.4 Evaluatie Nota

De nota lokaal gezondheidsbeleid van de gemeente Teylingen wordt ieder jaar kort geëvalueerd op basis van het overzicht van de speerpunten en het actieplan. Ieder jaar wordt gekeken of de geplande actiepunten zijn opgepakt en of de planning moet worden bijgesteld. Tevens wordt gekeken of er op basis van voortschrijdend inzicht kan worden geconcludeerd of er nieuwe actiepunten moeten worden geformuleerd op basis van de twee speerpunten alcoholmatiging en gezond eten en bewegen.