

Nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 gemeente Leiderdorp;

Een goede gezondheid, van jongs af aan.



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Aanleiding	3
1.2	Werkwijze	3
1.3	Leeswijzer	3
2	Kaders van gezondheidsbeleid	4
2.1	Wettelijk kader	4
2.2	Veranderingen door de komst van de Wmo	4
2.3	Landelijk kader	5
2.4	Gemeentelijk kader	5
2.5	Model van Lalonde	6
3	Terugblik	7
3.1	Conclusies 2003-2007	7
3.2	Aanbevelingen	7
3.3	Vooruitblik 2008-2012	7
4	Aandachtsgebieden lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012	9
4.1	(Ziekte)verzuim schoolgaande jeugd	9
4.2	Roken jongeren	9
4.3	Bewegen (overgewicht) jongeren	10
4.4	Alcoholgebruik jongeren	11
4.5	Drugsgebruik jongeren	12
4.6	Depressieve klachten ouderen	12
5	Activiteiten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012	14
5.1	(Ziekte)verzuim schoolgaande jeugd	14
5.2	Roken jongeren	15
5.2	Bewegen (overgewicht) jongeren	16
5.3	Alcohol- en drugsgebruik jongeren	17
5.4	Depressieve klachten ouderen	18
5.5	Uitvoering	20
Bijlage 1	Wcpv en Gemeentelijke taken en verplichtingen	23
Bijlage 2	Evaluatie Nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007	25
Bijlage 3	De gezondheidscijfers	29
Bijlage 4	Bestaand aanbod	36
Bijlage 5	Landelijke campagnes	40
Bijlage 6	Lijst met afkortingen	41
Bijlage 7	Plan van aanpak 2008	42

1 Inleiding

1.1 Aanleiding

In het kader van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) zijn gemeenten verantwoordelijk voor het schrijven van een nota lokaal gezondheidsbeleid waarin de doelen van de gemeente op het gebied van de bescherming en bevordering van de gezondheid worden beschreven.

De eerste nota *En morgen gezond weer op; nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Leiderdorp 2003-2007*, was hier het eerste resultaat van. Nu de vier jaar voorbij zijn is het tijd de gestelde doelen in de eerste nota te evalueren en het beleid voor de periode 2008-2012 vast te stellen.

1.2 Werkwijze

Ter voorbereiding van de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 gemeente Leiderdorp; *Een goede gezondheid, van jongs af aan*, is voor de analyse van de gezondheidssituatie (op regionaal en gemeentelijk niveau) gebruik gemaakt van verschillende informatiebronnen, statistieken en overzichten. De analyse van deze gezondheidsgegevens heeft geleid tot een aantal aandachtsgebieden, waarbij rekening is gehouden met de verschillende (landelijke/gemeentelijke) kaders. Deze aandachtsgebieden zijn besproken met lokale en regionale partners en verschillende beleidsterreinen binnen de gemeente, om zo te komen tot een aantal doelen en de daaraan gekoppelde actiepunten. Het concept is ter inspraak aan de lokale en regionale partners toegestuurd, waarbij alle opmerkingen en aanvullingen zijn verwerkt in deze definitieve nota.

1.3 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 leest u wat de kaders van het gezondheidsbeleid zijn. Er wordt kort ingegaan op het wettelijk kader, maar ook op het landelijk beleid. Uiteindelijk worden enkele uitgangspunten geformuleerd die zullen worden gehanteerd bij het formuleren van het lokale beleid. In hoofdstuk 3 wordt kort teruggeblikt op de eerste nota lokaal gezondheidsbeleid, *En morgen gezond weer op; nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Leiderdorp 2003-2007*, waarbij de conclusies en aanbevelingen van de evaluatie van deze nota worden weergegeven. Ook wordt er in hoofdstuk 3 stilgestaan bij de huidige situatie en wordt vooruitgeblikt naar de periode 2008-2012. Hoofdstuk 4 gaat in op de aandachtsgebieden voor het lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012, waarbij ieder aandachtsgebied kort wordt ingeleid om vervolgens in hoofdstuk 5 te komen tot de activiteiten voor het lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012. In hoofdstuk 5 zijn het bestaande aanbod, de doelen en actiepunten voor de nieuwe periode uitgewerkt. Er zijn een aantal bijlagen toegevoegd met extra informatie. Bijlage 1 bevat de wetstekst van de Wcpv en een overzicht van de gemeentelijke taken en verplichtingen. Bijlage 2 bevat een overzicht van de evaluatie van de nota 2003-2007.

In bijlage 3 zijn de belangrijkste gezondheidscijfers weergegeven voor het cluster¹ waartoe Leiderdorp behoort en zo mogelijk van de gemeente Leiderdorp. Bijlage 4 bevat een overzicht van het bestaande aanbod, bijlage 5 bevat een overzicht van de landelijke campagnes voor wat betreft de aandachtsgebieden en bijlage 6 bevat een lijst met afkortingen.

¹ In de onderzoeken van de GGD vormt Leiderdorp een cluster met de gemeenten Oegstgeest en Voorschoten.

2 Kaders van gezondheidsbeleid

2.1 Wettelijk kader

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Welzijnswet (die per 1 januari 2007 is opgegaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning, Wmo) en de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

In de Grondwet en de Gemeentewet staat dat de gemeente een algemene verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van burgers en voor een samenhangend en toegankelijk gezondheidszorgstelsel in de regio. Op grond van de Wmo hebben gemeenten een verantwoordelijkheid voor het volwaardig kunnen deelnemen aan de maatschappij van al haar burgers. In de Wcpv is vastgesteld dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor een gezondheidsbeleid, met als doel het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de burgers. Gemeenten zijn verplicht elke vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid hun ambities te formuleren. Voor de specifieke gemeentelijke taken en verplichtingen in het kader van de Wcpv zie bijlage 1.

Om de Wcpv taken uit te voeren, dragen burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst (GGD). De GGD is dus het primaire instrument van de gemeentelijke overheid om gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken, waarbij de GGD samenwerkt met andere gemeentelijke instellingen en externe partners. De Gemeente Leiderdorp doet dit via de GGD Hollands Midden. De gemeenten geven via het Algemeen en Dagelijks Bestuur en via het Ambtelijk Overleg Gemeenten en GGD sturing aan hoe de GGD uitvoering geeft aan haar taken.

2.2 Veranderingen door de komst van de Wmo

De eerste nota lokaal gezondheidsbeleid besloeg de periode 2003-2007, waarbij de aandacht uitging naar het gehele terrein van de volksgezondheid. Hiertoe behoorden de Wet voorziening gehandicapten (Wvg), de eerstelijnsgezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. De Wvg, de Welzijnswet en het onderdeel Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) (behalve het bieden van psychosociale hulp bij rampen) van de Wcpv zijn per 1 januari opgegaan in de Wmo. Een groot aantal onderwerpen die in de eerste nota aan bod zijn gekomen, vallen nu onder de Wmo. De Wmo heeft 9 prestatievelden, waarbij een aantal prestatievelden van de Wmo duidelijke raakvlakken heeft met de Wcpv.

Wcpv en Wmo

In het algemeen kan gesteld worden dat volksgezondheid (doel van de Wcpv) en maatschappelijke participatie (doel Wmo) elkaar kunnen versterken. Een goede gezondheid bevordert maatschappelijke participatie en maatschappelijk participatie kan positief bijdragen aan een gevoel van welbevinden. De Wcpv heeft ten doel de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen. De Wcpv-taken bevinden zich daarmee in het publieke domein en dienen het collectieve belang, er is sprake van een 'maatschappelijke hulpvraag'. De Wmo heeft ten doel burgers met een fysieke, sociale en/of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. Gemeenten krijgen met de Wcpv en de Wmo in feite de regie over de keten van preventie en zorg. De belangrijkste raakvlakken tussen Wcpv taken en Wmo zijn:

- De uitvoering van de Jeugdgezondheidszorg: Wcpv en prestatieveld 2 van de Wmo: op preventie gerichte ondersteuning bieden aan jongeren met opgroei problemen en ouders met opvoedproblemen
- Gezondheidsvoorlichting en –opvoeding: Wcpv en prestatieveld 3 van de Wmo: het geven van informatie en advies en cliëntondersteuning (lokale loketten, algemeen maatschappelijk werk, etc.)
- Epidemiologisch onderzoek (Wcpv) levert belangrijke beleidsinformatie op, ook voor de uitvoering van de Wmo.
- Bevorderen van afstemming tussen preventie, cure en care (Wcpv) heeft raakvlakken met prestatievelden 5 en 6 van de Wmo, die gericht zijn op het bevorderen van maatschappelijke participatie en zelfstandig functioneren van mensen met een beperking.
- Een aantal taken, zoals de Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg (OGGZ) worden overgedragen van de Wcpv naar de Wmo.

Wet op de jeugdzorg

De invoering van de Wet op de jeugdzorg is voor het rijk, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Interprovinciaal Overleg (IPO) aanleiding geweest om ook duidelijke taken voor gemeenten vast te stellen op het gebied van opvoed-, opgroei- en gezinsondersteuning. Deze gemeentelijke taken worden vastgelegd in de Wmo (prestatieveld 2). Hiermee krijgen gemeenten de volledige verantwoordelijkheid voor het preventief jeugdbeleid. Gemeenten kunnen de Wmo dan ook inzetten om meer samenhang in hun jeugdbeleid te brengen. In dit kader wordt ook het concept Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) vormgegeven. In het CJG worden taken op het gebied van jeugd en opvoeden gebundeld tot een herkenbare, laagdrempelige plek, met een duidelijk loket waar men gemakkelijk terecht kan. Bijvoorbeeld in de nabijheid van school, buurt/wijk, eerstelijnsgezondheidszorg.

Achter dit loket worden de taken van in ieder geval de jeugdgezondheidszorg, de delen van het algemeen maatschappelijk werk die voor jeugdigen en/of ouders relevante ondersteuning aanbieden en andere organisaties op het gebied van de opvoed- en gezinsondersteuning, gebundeld. Het CJG vervult niet alleen een vraagbaakfunctie voor allerlei opvoedvragen, maar moet bij problemen ook snel hulp kunnen bieden en - indien nodig en wenselijk - zorgen voor een integrale, effectieve aanpak van problemen van gezin/kind en de coördinatie hiervan. Vanaf 2011 is het de bedoeling dat elke gemeente een CJG heeft.

2.3 Landelijk kader

Rijkspreventienota 2007-2011

De gemeente dient in het kader van de Wcpv een nota lokaal gezondheidsbeleid op te stellen en het rijk is verplicht hier kaders voor te stellen. Om deze reden heeft het rijk eind 2006 de tweede Rijkspreventienota *Kiezen voor gezond leven* vastgesteld. In de Rijkspreventienota zijn vijf speerpunten en de bijbehorende doelstellingen benoemd.

Roken

In 2010 zijn er nog 20% rokers (nu: 28%).

Schadelijk alcoholgebruik

Het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992; Minder volwassen probleemdrinkers: van 10.3% nu naar 7.5% in 2010.

Overgewicht

Het percentage volwassen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005); Het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (Peiljaar 2005).

Diabetes

Het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgen; Daarbij heeft 65% van de diabetespatiënten geen complicaties.

Depressie

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

De speerpunten worden landelijk aangepakt door actieplannen en -programma's (zoals *energie in balans, gezondheid en milieu, Diabeteszorg beter 2005-2009*) samenwerking met diverse partijen (*Partnerships*), projecten (zoals *alcohol en opvoeding*,) en voorlichtingscampagnes (zoals *De gezonde school en genotmiddelen, Kijk op Diabetes*). Ook wordt in de preventienota aangegeven hoe het ministerie van VWS de gemeenten de komende jaren wil ondersteunen om de geformuleerde doelstellingen te behalen. Dit wordt onder andere gedaan door het uitgeven van handleidingen op de verschillende onderwerpen.

2.4 Gemeentelijk kader

Rol

In het lokaal gezondheidsbeleid heeft de gemeente een regisserende rol. De gemeente heeft een beeld waar ze naartoe wil, maar de uitvoering ligt in handen van anderen. De gemeente stimuleert, jaagt aan, coördineert, houdt keuzes voor en maakt waar nodig zelf keuzes. Het is hierbij belangrijk samen te werken met en verbinding te leggen tussen de lokale en regionale partners.

Beleidsuitgangspunten

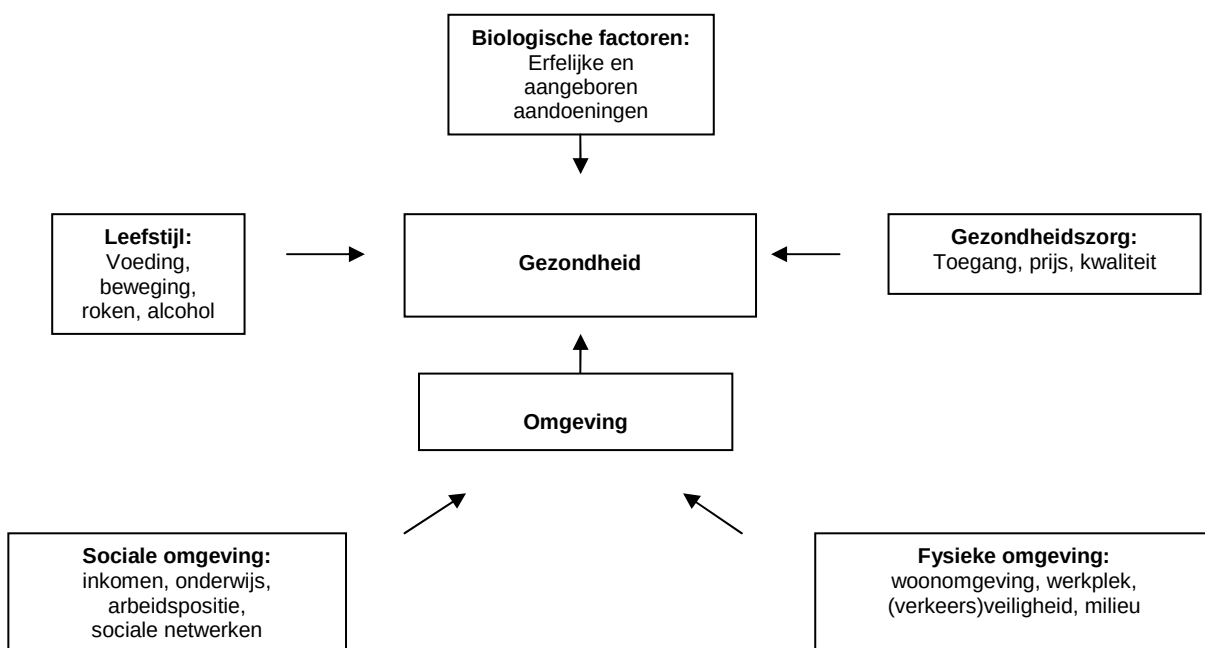
Om te komen tot lokaal gezondheidsbeleid op gemeentelijk niveau worden de volgende beleidsuitgangspunten gehanteerd:

- Het gezondheidsbeleid zal zich richten op onderwerpen die vallen binnen de beïnvloedingsmogelijkheden van de gemeente.
- Het gezondheidsbeleid zal zich richten op preventie, dus zo vroeg mogelijk, zo licht mogelijk, zo snel mogelijk en zo laagdrempelig mogelijk.
- Het gezondheidsbeleid moet binnen bestaande afspraken en middelen van gemeentelijke organisaties of via projectgelden en/of fondsen kunnen worden gefinancierd.
- Het gezondheidsbeleid zal zich richten op onderwerpen die zoveel mogelijk aansluiten bij landelijke aandachtspunten.

2.5 Model van Lalonde

Gezondheid in brede zin kan omschreven worden als een toestand van lichamelijk, sociaal en psychisch welbevinden. Gemeenten kunnen veel doen aan de omstandigheden voor een gezond leven, aangezien vrijwel alle beleidsterreinen de volksgezondheid raken. Zo hebben beslissingen op het gebied van wonen, groen, verkeer, onderwijs en sociale zaken vaker gevolgen voor de gezondheid dan men in eerste instantie denkt. Het model van Lalonde (1974, *A new perspective on the health of Canadians*) wordt om deze reden door de gemeente Leiderdorp gebruikt bij het maken van gezondheidsbeleid. In dit model worden vier factoren beschreven die van invloed zijn op de gezondheid van mensen. Het gaat om:

- Biologische factoren
- Fysieke en sociale omgeving
- Leefstijl en gedrag
- Gezondheidszorg



Juist op gemeentelijk niveau komen deze factoren samen en kunnen, door middel van het lokaal gezondheidsbeleid, verschillende van deze factoren (in)direct worden beïnvloed.

3 Terugblik en vooruitblik

Om tot een nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid te komen is het van belang terug te kijken op de vorige nota *En morgen gezond weer op; nota lokaal gezondheidsbeleid gemeente Leiderdorp 2003-2007*. De knelpunten, beleidsdoelen en de evaluatie van de speerpunten van de nota 2003-2007 zijn na te lezen in bijlage 2.

3.1 Conclusies 2003-2007

Het beeld dat uit de evaluatie van het lokaal gezondheidsbeleid oprijst varieert. Aan de creditkant staan successen op het gebied van zorgnetwerken, zorgboulevard, bewegingsactiviteiten voor senioren, het woonbehoefteonderzoek, de Hoed-praktijken (Huisartsen onder een dak) en de iJGZ (Integrale jeugdgezondheidszorg). Aan de debetzijde bevinden zich de voorlichtings-, bewegings- en preventieactiviteiten voor jeugd en jongeren, de één loketfunctie voor Wonen, Zorg en Welzijn en het zorgoverleg.

Het feit dat niet alle speerpunten zijn opgepakt of tot een wenselijk resultaat hebben geleid wordt gedeeltelijk veroorzaakt door het feit dat het rijk, met de decentralisatie van verantwoordelijkheden naar gemeenten, heeft verzuimd extra middelen beschikbaar te stellen. Vaak is de invloed van de gemeente gering en bestaat deze voornamelijk uit het stimuleren.

3.2 Aanbevelingen

Uit bovenstaande conclusies aangaande de nota 2003-2007 kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden, waarbij ook rekening wordt gehouden met de aanbevelingen zoals gesteld in de *Kadernota Lokaal gezondheidsbeleid Zuid-Holland Noord*. Als eerste kan gesteld worden dat als gevolg van het uitblijven van een substantiële financiële impuls vanuit het rijk en de beperkte budgettaire mogelijkheden van de gemeente, de ambities voor wat betreft de nota lokaal gezondheidsbeleid voor de periode 2008-2012 noodgedwongen beperkt blijven. In dit licht, en op basis van de voorliggende evaluatie, wordt voor de periode 2008-2012 geadviseerd:

- Een beperkt aantal speerpunten op te stellen, waarvan realisatie ook daadwerkelijk binnen bereik ligt en daarbij te waken voor een goede spreiding over doelgroepen.
- Binnen de geformuleerde speerpunten prioriteiten aan te geven.
- Ten behoeve van voldoende draagvlak en uit het oogpunt van effectiviteit het beleid in samenwerking met lokale partners vorm te geven.

3.3 Vooruitblik 2008-2012

Het uitgangspunt voor een effectief lokaal gezondheidsbeleid vormt het overzicht van de gezondheidssituatie van de burger. In bijlage 3 zijn de belangrijkste gezondheidscijfers van de gemeente Leiderdorp en het cluster waartoe Leiderdorp behoort weergegeven, zo mogelijk afgezet tegen de regionale (Zuid-Holland Noord, ZHN) en landelijke cijfers. Op basis van deze cijfers kunnen de volgende conclusies worden getrokken.

Gezondheidssituatie Leiderdorp positief

Over het algemeen is de gezondheidssituatie van Leiderdorpers positief te noemen. Zo wordt de eigen gezondheid positiever beoordeelt dan in de rest van de regio ZHN. Is het percentage rokers (jongeren en volwassenen) flink gedaald. Volwassenen voldoen vaker aan de Norm Gezond Bewegen, jongeren sporten meer dan gemiddeld en de ouderen bewegen (wandelen en sporten) vaker in vergelijking met ZHN. Gezond leven heeft de aandacht bij de Leiderdorperse inwoners.

Gezondheid verdient aandacht bij bepaalde groepen

Toch zijn er zaken die in negatieve zin opvallen. Onder schoolgaande jeugd/jongeren (met name in de leeftijdscategorie 12-14 jaar en bij meisjes) is een toename van het (ziekte)verzuim waar te nemen en is een stijging te zien van het alcoholgebruik. Bij 18-26 jarigen is het alcohol- en drugsgebruik (zowel soft- als harddrugs) toegenomen. Het percentage jongeren in Leiderdorp met (matig en ernstig) overgewicht is vergelijkbaar met de regio ZHN, maar dit percentage is in de afgelopen vijf jaar wel gestegen. Ook voldoen relatief veel jongeren niet aan de Norm Gezond Bewegen². Het percentage ouderen met depressieve klachten en gedachten aan suïcide en matige/ernstige eenzaamheid is vergelijkbaar met de regio, maar verdient de aandacht gezien de vergrijzing en het relatief hoge percentage ouderen in Leiderdorp.

² Norm Gezond Bewegen (voor jongeren): 7 dagen per week minimaal een uur *matig intensief bewegen*, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid

4 Aandachtsgebieden lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012

De aandachtsgebieden zijn gekozen op basis van de kerncijfers (bijlage 3), de speerpunten uit het landelijk kader (§ 2.3) en de gemeentelijke beleidsuitgangspunten (§ 2.4). De aandachtsgebieden hebben betrekking op de doelgroepen *jongeren* en *ouderen*, op de volgende onderwerpen:

1. (Ziekte)verzuim schoolgaande jeugd
2. Roken jongeren
3. Bewegen (overgewicht) jongeren
4. Alcoholgebruik jongeren
5. Drugsgebruik jongeren
6. Depressieve klachten ouderen

Het speerpunt *Diabetes*, zoals benoemd in de Rijkspreventienota *Kiezen voor gezond leven* zal in deze nota niet nader worden uitgewerkt. Het speerpunt zal preventief worden aangepakt bij de onderwerpen *overgewicht, bewegen en voeding*.

4.1 (Ziekte)verzuim schoolgaande jeugd

Bij jongeren in het cluster is het (ziekte)verzuim flink toegenomen. Deze toename is met name te zien in de leeftijdscategorie 12-14 jaar. In totaal heeft 35% van de schoolgaande jeugd (in de afgelopen vier weken) van school verzuimd. Op de middelbare school neemt het spijbelgedrag en het aantal ziekmeldingen toe. Hier kunnen verschillende redenen aan ten grondslag liggen, zoals opvoedingsonmacht van ouders en een ongezonde leefstijl van de jongeren.

Er is een verschil tussen geoorloofd en ongeoorloofd verzuim. Zo is het verzuimen van school in verband met een bruiloft of begrafenis in de familie (in samenspraak met de school) geoorloofd. Ziekte wordt (door ouders en jongeren zelf) ook gezien als geoorloofd verzuim en wordt dus vaak niet gemeld, maar kan soms een ongeoorloofde manier zijn om te verzuimen. Jongeren kunnen door psychosociale problemen, bijvoorbeeld door problemen thuis, gepest worden op school of slechte schoolprestaties, zich 'ziek' voelen en niet naar school willen. Maar ook een ongezonde leefstijl draagt niet bij aan het 'zich gezond voelen' van de jongeren.

Het verzuim is hierdoor een lastig onderwerp waarbij er sprake is van verzuim dat de school zelf kan oplossen, maar ook verzuim waarbij de leerplichtambtenaar betrokken dient te worden.

Het is belangrijk om schoolverzuim duidelijk in beeld te krijgen en te houden, aangezien schoolverzuim kan leiden tot vroegtijdig schoolverlaten. Wanneer een jongere tijdig in beeld is kunnen grote(re) problemen omtrent verzuim voorkomen worden en/of kan er snel op de problemen worden ingesprongen.

Verzuim van school komt vaker voor bij meisjes, jongeren uit éénoudergezinnen en bij allochtone jongeren. Er kan een verband zijn met psychosociale en psychische klachten, deze komen namelijk ook bij meisjes en allochtone jongeren meer dan gemiddeld voor.

De cijfers van het cluster hoeven niet representatief te zijn voor de school voor voortgezet onderwijs in Leiderdorp (Visser 't Hooft) aangezien Leiderdorpse jongeren 'uitwaaieren' over verschillende scholen, onder andere in Leiden. In de komende jaren zal er cijfermatig meer duidelijkheid moeten komen, zodat met scholen gericht beleids- en casuïstiekafspraken gemaakt kunnen worden rondom dit thema.

4.2 Roken jongeren

In het cluster rookt 10% van de jongeren (12-17 jaar). Het percentage dat ooit heeft gerookt (47%) is lager dan in ZHN (51%) en het aantal jongeren dat de afgelopen maand (22%) en dagelijks (14%) heeft gerookt is vergelijkbaar met ZHN (25% en 16%). Er is geen verschil tussen het aantal jongens en meisjes dat rookt. Positief is dat het percentage rokers in het cluster met 9% gedaald ten opzichte van 5 jaar ervoor, maar belangrijk is dat deze daling de komende jaren doorzet.

Roken is namelijk de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en overlijden. Roken was in 2003 verantwoordelijk voor meer dan 20.000 sterfgevallen in Nederland. Roken is niet alleen slecht voor de persoon zelf, maar ook voor de omgeving en in het geval van een zwangerschap voor het ongeboren kind. Meeroken (passief roken) heeft ook ernstige gevolgen voor de gezondheid. Bij kinderen kan dit (meer of minder ernstige) luchtwegaandoeningen tot gevolg hebben.

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 met roken en de kans om succesvol te stoppen met roken is laag.

Door de Tabakswet kan de overheid maatregelen nemen om het tabaksgebruik te beperken. De overheid wil rokers stimuleren om te stoppen, niet-rokers beschermen tegen meer roken en voorkomen dat jongeren gaan roken. Door aanscherpingen van de Tabakswet wordt meer roken in het publieke domein steeds verder teruggedrongen. Per 1 juli 2008 wordt de nieuwe wet van kracht in de horeca, waardoor de horeca rookvrij wordt. Thuis roken waar anderen bij zijn, in het bijzonder kinderen, blijft echter een omvangrijk probleem.

Onder laagopgeleide jongeren zijn meer rokers en hierbij geldt hoe lager het schooltype, hoe meer leerlingen roken. Als jongeren ongeveer 13 jaar oud zijn, neemt het aantal rokers onder hen aanzienlijk toe. In 2004 lag het percentage jongeren tussen de tien en veertien jaar dat rookte nog ongeveer op 10%. Tussen zestien en negentien jaar is dat al 40% à 45%.³

4.3 Bewegen (overgewicht) jongeren

Overgewicht

In het cluster heeft 8% van de jongeren (12-17 jaar) last van (matig/ernstig) overgewicht. Dit percentage is vergelijkbaar met ZHN (10%) en lager dan Nederland (17%), maar is ten opzichte van vijf jaar geleden wel gestegen. Tevens is het zorgwekkend dat kinderen op steeds jongere leeftijd overgewicht hebben. Uit cijfers van de thuiszorg blijkt dat bij 1% van de 3 jarigen sprake is van ernstig overgewicht en bij 5,8 % van overgewicht. Uit cijfers van de GGD blijkt dat 13% van de kinderen in de leeftijdsgroep 5-14 jaar in Leiderdorp last heeft van overgewicht, waarvan 2,4% ernstig. En er zijn sterke aanwijzingen, gebaseerd op recent onderzoek, dat deze trend de komende jaren sterker zal stijgen dan in het verleden⁴. Daarom is het van groot belang dat er flink wordt ingezet op het tegengaan van overgewicht, met name bij (jonge) kinderen, aangezien overgewicht ernstige gevolgen kan hebben voor de gezondheid. Wanneer jonge kinderen last hebben van overgewicht stijgt de kans op ernstig overgewicht op latere leeftijd en hebben zij een extra groot risico op diabetes type 2. Naast de lichamelijke gevolgen kan overgewicht bij kinderen ook tot psychische klachten leiden zoals eenzaamheid en verdriet als gevolg van stigmatisering. Overgewicht blijkt vaker voor te komen bij kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst, bij meisjes tot 12 jaar en bij jongens vanaf 12 jaar.

Bewegen

De jongeren in Leiderdorp (cluster) scoren op het gebied van bewegen niet goed ten opzichte van de landelijke cijfers. In Nederland voldoet een kwart van de jongeren aan de Norm Gezond Bewegen (voor jongeren), dit is voor de regio ongeveer 13% en voor het cluster maar 10%.

Voldoende beweging voorkomt niet alleen overgewicht, maar heeft ook een positieve invloed op het voorkomen van verschillende ziekten en aandoeningen (zoals hartziekten, diabetes en verschillende vormen van kanker).

Met name bij jongeren blijkt de sociale omgeving van invloed te zijn op het beweeggedrag, zoals het voorbeeldgedrag van ouders, leeftijdgenoten en andere rolmodellen. Naast de sociale omgeving is ook de fysieke omgeving van invloed op het bewegen, zoals de beschikbaarheid en toegankelijkheid van beweegfaciliteiten (voldoende en veilige wandel- en fietspaden en trapveldjes, parken, speelplaatsen, sportvelden en sportscholen).

In de nota *Jeugd, Vrijtijdsbesteding & Participatie 2007-2011* is ook aandacht gevraagd voor het stimuleren van bewegen van de Leiderdorpse jeugd. Aan de hand van beleidsuitgangspunten is een aantal actiepunten opgesteld:

- Instandhouding en uitbreiden sport- en bewegingsvoorzieningen
- Toegankelijkheid van sportverenigingen voor jongeren met een beperking
- Continueren van het stimuleren van bewegingsactiviteiten ten behoeve van Jeugd en Jongeren door Stichting Servicepunt Sport Bewegen
- Stimuleren van sport en naschoolse opvang

En ook in de sportnota, die gepland staat voor de eerste helft van 2008, zal aandacht worden gevraagd voor dit onderwerp.

³ Bron: STIVORO, TNS NIPO-enquête naar roken onder de jeugd, 2004

⁴ Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2007

Jongens blijken vaker aan de Norm Gezond Bewegen te voldoen dan meisjes en inactiviteit komt meer voor bij kinderen met overgewicht, kinderen van allochtone afkomst en met een sociaaleconomisch lage status.

Voeding

De jongeren in de regio eten niet gezond (niet dagelijks groente en fruit) en op clusterniveau heeft 36% van de jongeren één of meer ongezonde eetgewoonten⁵.

Met name bij de (jonge) kinderen zijn de ouders bepalend voor het eetgedrag, maar naarmate de jongeren ouder worden, wordt de invloed van leeftijdsgenoten en de omgeving groter. De jongeren hebben ook makkelijk toegang tot ongezond eten, zoals in school- en sportkantines, frietkramen in de buurt van de school, etc.

Ongezonde voeding kan verschillende ziekten en aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes (type 2), verschillende vormen van kanker en natuurlijk overgewicht, tot gevolg hebben. Hoewel iedereen weet dat gezonde voeding belangrijk is, eten Nederlanders teveel verzadigd vet en te weinig groente en fruit. En de verwachting is dat het percentage ongezonde eters de komende jaren alleen maar zal gaan toenemen door de toename van gemaksvuedsel (zoals kant-en-klaarmaaltijden), het eten van meer tussendoortjes, grotere porties en energierijke producten. Een ongezond voedingspatroon komt meer voor bij allochtonen en een sociaaleconomisch lage status.

4.4 Alcoholgebruik jongeren

In Leiderdorp is, zoals in de rest van Nederland, een stijging van het alcoholgebruik onder jonge kinderen (met name meisjes) te zien. In totaal drinkt 23% van de 12-14 jarigen, bijna 80% van de 15-17 jarigen en bijna 90% van de 18-26 jarigen in het cluster alcohol en deze percentages liggen boven het landelijk gemiddelde. Bij de 12-14 jarigen en bij de 18-26 jarigen is er sprake van een toename ten opzichte van vijf jaar ervoor. Deze toename is toe te schrijven aan de stijging van het gebruik bij de meisjes.

Het gebruik van alcohol is in onze samenleving 'normaal' geworden. En hoewel matig gebruik van alcohol bescherming kan bieden tegen hart- en vaatziekten, brengt overmatig gebruik ernstige schade toe aan de gezondheid. Overmatig alcoholgebruik kan leiden tot depressies en psychoses, maar ook tot verschillende ziekten en aandoeningen zoals levercirrose, hart-, alvleesklier- en maagziekten, verschillende vormen van kanker en overgewicht. Naast lichamelijke en psychische problemen zorgt overmatig alcoholgebruik ook voor meer verkeersongelukken, risicovol seksueel gedrag en verstoring van de openbare orde en veiligheid.

Bij scholieren wordt er steeds eerder, vaker en meer alcohol gedronken. In totaal heeft 85% van de Nederlandse scholieren (van 12 jaar en ouder) ooit alcohol gebruikt en meer dan de helft heeft de afgelopen maand alcohol gedronken, met name bier (bij jongens) en premixen (bij meisjes). Dat deze jonge groep vroeg met alcohol experimenteert blijkt ook uit het feit dat in 2005 zes keer zoveel kinderen tussen 10-14 jaar met een alcoholvergifting bij de spoedeisende hulp werden gebracht ten opzichte van vijf jaar ervoor.

Het is verontrustend dat kinderen op steeds jongere leeftijd beginnen met het drinken van alcohol en dat het aantal glazen dat per keer wordt gedronken stijgt. In deze leeftijd zijn de hersenen namelijk nog in ontwikkeling en bij overmatig alcoholgebruik op jonge leeftijd kan dan ook blijvende hersenschade ontstaan. Tevens wordt het risico groter dat zij op latere leeftijd een alcohol- en/of drugsverslaving ontwikkelen. Kinderen van aan alcohol verslaafde ouders lopen sowieso een groter risico op alcoholverslaving.

Ouders hebben veel invloed op het drinkgedrag van jongeren. De tolerantie van ouders voor het drinken van hun kinderen wordt steeds groter. Stond in 1996 nog 37% van de ouders neutraal/positief tegenover het alcoholgebruik van hun kinderen, in 2003 was dit gestegen tot 50%. Jongeren drinken vaak thuis hun eerste glas alcohol en uit onderzoek blijkt dat tweederde van de leerlingen van het voortgezet onderwijs thuis alcohol mag drinken. Het is daarom van belang preventieactiviteiten ook te richten op ouders en de directe omgeving van de jongeren. Naast het voorbeeldgedrag van de ouders is het gedrag van leeftijdsgenoten en andere personen met een voorbeeldfunctie van invloed op het drinkgedrag van jongeren⁶.

Het drinken en verkrijgen van alcohol is aan wet- en regelgeving gebonden. Zo is er de drank- en horecawet. Hierin is bepaald dat er geen zwakalcoholische dranken (alcoholpercentage tot 15%) aan jongeren onder de 16 mogen worden verkocht en geen sterk alcoholische dranken aan jongeren onder de 18. Winkeliers en barkeepers zijn verplicht om naar een leeftijdsdocument te vragen en zijn strafbaar als ze geen rekening houden met deze leeftijdsgrenzen. Ook is er de verkeerswet waarin is bepaald dat deelname aan het

⁵ Ongezonde eetgewoonte: Door de week minder dan drie keer warm eten ontbijt of minder dan twee keer melkproducten, fruit, volkoren producten of groente eet.

⁶ Bron: Trimbos instituut.

verkeer (ook op de fiets) verboden is bij een bloedalcoholgehalte van 0,5 promille of hoger (na het drinken van ongeveer 2 glazen alcohol binnen een uur). En sinds 2005 geldt, als aanscherping voor bestuurders die minder dan 5 jaar een rijbewijs hebben, een grens van 0,2 promille.

In de Handleiding lokaal alcoholbeleid, een integrale benadering⁷ wordt gepleit om preventie van alcoholgebruik samen te laten gaan met lokale handhavingsmaatregelen. Landelijk zal het wetsvoorstel Drank- en Horecawet worden uitgebreid, er komt een aanpassing van het vergunningenstelsel en er komt nieuwe regelgeving met betrekking tot alcoholverstrekking in (sport)kantines. In het nieuwe wetsvoorstel zullen ten aanzien van de rol van de burgemeester ook enkele belangrijke wijzigingen worden voorgesteld⁸. Ook wordt voorgesteld dat gemeenten meer bevoegdheden⁹ krijgen om op lokaal niveau beter invulling te kunnen geven aan het alcoholbeleid, met name om het overmatig alcoholgebruik onder jongeren tegen te gaan.

4.5 Drugsgebruik jongeren

Het drugsgebruik (zowel cannabis als harddrugs) is in het cluster in vijf jaar tijd onder 12-17 jarigen gelijk gebleven, maar onder 18-26 jarigen is het gebruik toegenomen (cannabis (hasj, marihuana) van 5% naar 11%, harddrugs van 3.8% naar 6%), terwijl dit in ZHN gelijk is gebleven. In Nederland is een lichte toename te zien, maar onder scholieren een lichte daling.

Het gebruik van cannabis heeft gevolgen voor de gezondheid. Zo kan het overmatig gebruik van cannabis leiden tot vermindering van het reactie- en concentratievermogen en het korte termijngeheugen, waardoor het een negatief effect kan hebben op school- en werkprestaties en deelname in het verkeer. Het overmatig gebruik van cannabis kan (bij mensen met aanleg) ook psychosen veroorzaken en leiden tot het gebruik van andere verslavende middelen. Blowers gebruiken vaker alcohol (5 of meer glazen) & harddrugs (ooitgebruik) en roken vaker (dagelijks) dan personen die niet blowen. Aangezien cannabis (vaak) met tabak wordt gebruikt heeft dit (dubbele) schadelijke gevolgen voor de longen. Jongeren (scholieren) die overmatig cannabis gebruiken vertonen vaker agressief en delinquent gedrag (stelen, vandalisme) en hebben vaker schoolproblemen (spijbelen, lage prestatie). Wanneer jongeren op jonge leeftijd beginnen met blowen is de kans op verslaving op latere leeftijd groter.

Cannabis wordt vaker gebruikt door personen die werkloos zijn, een sociaaleconomisch lage status hebben, een lage zelfwaardering hebben en door personen die last van psychische stoornissen hebben. Ook hangen blowers vaker op straat rond en hebben criminele vrienden. Cannabis wordt minder vaak gebruikt wanneer ouders het afkeuren, personen gelovig zijn opgevoed en personen die met beide ouders thuis wonen¹⁰.

Harddrugs (cocaïne, amfetamine, xtc, etc.) zijn schadelijk voor de gezondheid en zorgen voor een sterke lichamelijke en/of geestelijke afhankelijkheid. Ook het overmatig gebruik van harddrugs kan psychische en lichamelijke klachten tot gevolg hebben, zoals depressie en angst, aantasting van de neusvliezen/-vleugels en slaap- en eetstoornissen. Tevens is er een relatie met criminaliteit en overlast voor zowel de huiselijke omgeving als overlast in de openbare ruimte¹¹.

4.6 Depressieve klachten ouderen

In Leiderdorp is 15.5% (ruim 4.000 personen) van de inwoners 65 jaar of ouder en hebben ouderen, vergelijkbaar met ZHN, last van eenzaamheid en gedachten aan suicide. 8,6% van de ouderen is ernstig eenzaam en 5.2% heeft (de afgelopen vier weken) aan suicide gedacht. De ouderen die vaker dan gemiddeld last hebben van deze klachten hebben ook vaker dan gemiddeld contact met GGZ of Maatschappelijk Werk, maar ongeveer een derde van de personen met een depressie zoekt geen hulp en wordt niet behandeld.

Gezien de vergrijzing neemt naar verwachting de omvang van eenzaamheid toe. In 2005 zijn in ZHN ruim 27.000 ouderen (65-plus) eenzaam, in 2020 zijn dat er ruim 40.000. Eenzaamheid is een welzijns- en gezondheidsprobleem dat bij veel ouderen voorkomt en gepaard gaat met onplezierige gevoelens en

⁷ In opdracht van het ministerie van VWS, 2007

⁸ Voorstel de burgemeester de bevoegdheid te geven vergunningen te schorsen bij herhaalde overtredingen en de vergewisplicht wordt aangescherpt

⁹ Voorstel vier extra bevoegdheden voor de gemeenteraad: Optrekken van de leeftijdsgrens naar 18 jaar, jongeren die alcohol bezitten strafbaar stellen, jongeren vroeger op stap laten gaan, regulering prijsacties.

¹⁰ Bron: RIVM

¹¹ Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid en Trimbos.

gezondheidsrisico's, zoals slaapstoornissen en hoofdpijn. Ook is overmatig alcoholgebruik mogelijk een gevolg van eenzaamheid en kan eenzaamheid een risicofactor zijn voor depressie¹².

2% van de 65-plussers in Nederland heeft een depressie; 16% heeft last van 'klinische relevante depressieve klachten' met grotendeels dezelfde gevolgen als een depressie. Een depressie duurt gemiddeld acht maanden, maar bij ouderen duren de periodes vaak langer. 43% van de depressies bij ouderen duurt namelijk 10 maanden of langer en 34% wordt chronisch (tenminste vijftien maanden).

Een depressie heeft gevolgen voor de kwaliteit van leven. Zo worden mensen met een depressie vaak ernstig beperkt in hun sociaal- en maatschappelijk functioneren. Een depressie kan bij lange duur ook effect hebben op de lichamelijke gezondheid (zelfverwaarlozing, daling van de weerstand) en het risico op sterfte neemt met 50% toe.

Er zijn verschillende oorzaken die kunnen leiden tot depressie. Zo zijn er genetische factoren, bepaalde persoonlijkheidskenmerken (zoals weinig zelfwaardering, neurotische persoonlijkheid), gezondheidsfactoren (hormonale afwijking, andere psychische stoornis, chronische lichamelijke ziekte), omgevingsfactoren (weinig sociale steun, armoede, ouderen in het verpleeghuis) en levensgebeurtenissen (traumatische jeugdervaringen, aan gezondheid gerelateerde ervaringen).

Ook zijn er voor ouderen verschillende risicofactoren voor depressie, zoals weduwschap, weinig sociale steun (eenzaamheid), chronische ziekten (als Parkinson, Alzheimer, kanker, hart- en vaatziekten), functionele beperkingen en verlies van autonomie. Ouderen die geconfronteerd worden met meerdere risicofactoren hebben een sterk verhoogd risico op depressie. Vrouwen zijn vaker ernstig eenzaam dan mannen en met de leeftijd neemt de groep eenzamen toe. Ook geldt dat alleenstaanden vaker eenzaam zijn dan ouderen die niet alleen wonen.

¹² Bron: Eenzame ouderen over de drempel. *Een inventarisatie van knelpunten en oplossingsrichtingen in Zuid-Holland Noord*, GGD HM 2006

5 Activiteiten lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012

Zoals uit het model van Lalonde (§ 2.5) blijkt zijn zeer veel factoren van invloed op de gezondheid van burgers. Een aantal van deze zaken is moeilijk te beïnvloeden door gemeentelijk beleid, maar er zijn wel degelijk terreinen waar de gemeente direct en/of indirect invloed op heeft. Om een goede gezondheid en gezond gedrag in stand te houden of zelfs te bevorderen is het van belang om een gezonde leefstijl te promoten en de sociale & fysieke omgeving positief te beïnvloeden. Bij het formuleren van de doelstellingen is hier rekening mee gehouden. Ook beperken de doelen zich tot de (preventieve) kant van gezondheidsbeleid, aangezien de andere thema's aan de orde komen binnen andere beleidsterreinen zoals de Wmo en het jeugdbeleid. Deze beperking sluit ook aan bij de het landelijk en gemeentelijk kader (zie § 2.3, § 2.4).

Bestaand aanbod, doelen en actiepunten

Voor de onderscheiden aandachtsgebieden wordt het aanwezige aanbod (algemeen) weergegeven, voor een overzicht van het volledige aanbod zie bijlage 4.

Bij het verzamelen van de gegevens over het bestaande aanbod en de afname hiervan is gebleken dat er niet altijd even veel gebruik van wordt gemaakt. Het is daarom van belang om na te gaan of het bestaande aanbod aansluit bij de wensen en behoeften van de burgers, of dat burgers, organisaties en doorverwijzers niet goed op de hoogte zijn van het bestaande aanbod.

Om gezondheidsgedrag positief te beïnvloeden is het van belang een gezonde leefstijl te bevorderen en de sociale & fysieke omgeving te beïnvloeden. Hierbij is het van belang de kennis en attitude ten opzichte van de aandachtsgebieden te vergroten bij de burgers, maar ook bij professionals en vrijwilligers/mantelzorgers.

In het kader van preventie is het belangrijk kinderen van jongs af aan te leren gezonde keuzes te maken waardoor problemen in de toekomst voorkomen kunnen worden. Het is erg belangrijk ouders en opvoeders te betrekken bij het positief beïnvloeden van de gezondheidssituatie, aangezien zij een zeer belangrijke rol hebben bij de opvoeding, maar zij ook een belangrijke voorbeeldfunctie vervullen.

Maar ook beroepsbeoefenaren zoals (huis)artsen, verpleegkundigen en jongeren-/ouderenwerkers zijn belangrijk bij het signaleren en bespreekbaar maken van problemen. Er dient daarom aandacht te zijn voor het trainen en begeleiden (deskundigheidsbevordering) van beroepskrachten die regelmatig contact hebben met de verschillende doelgroepen. Het is hierbij ook belangrijk om (meer) samenhang te creëren tussen zorgaanbieders en zorg- en beleidsterreinen.

Bij het formuleren van de doelen en actiepunten dient de gemeente nauw samen te werken met de lokale partners. Maar naast de lokale functie heeft de gemeente ook een regionale functie voor wat betreft het uitgaan, het jeugd- en jongerenwerk, het onderwijs en verslavingsbeleid. Het is dan ook van groot belang dat gemeenten onderling samenwerken en het lokale beleid regionaal met elkaar afstemmen. Hieronder zijn de doelen en actiepunten voor de aandachtsgebieden geformuleerd.

5.1 (Ziekte)verzuim schoolgaande jeugd

Bestaand aanbod

Het Regionaal Bureau Leerplicht Holland Rijnland¹³ (RBL HR) is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Leerplichtwet voor de regio Holland Rijnland en heeft een coördinerende taak voor wat betreft de melding en registratie van voortijdig schoolverlaters en verzuimers. De leerplichtambtenaar kan naast het uitvoeren van de Leerplichtwet scholen adviseren op de thema's verzuim en voortijdig schoolverlaten.

Er zijn een aantal Zorg advies teams (Zat's). Er is een Zat voor 0-4 jarigen en er zijn Zat's voor zowel het basisonderwijs, als het voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs (ROC). De Zat's spelen een belangrijke rol bij het tijdig signaleren van problemen bij kinderen en in het kader van het (ziekte)verzuim bij het signaleren en voorkomen van verzuim/voortijdig schoolverlaten en het regelen van de juiste ondersteuning. De Zat's bestaan uit medewerkers van kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, (basis)scholen, het RBL, de GGD Hollands Midden (GGD HM), medewerkers Jeugdgezondheidszorg en instellingen (zoals Maatschappelijk Werk > Maatschappelijk Dienstverlening Midden Holland (MDMH), Bureau Jeugdzorg) en

¹³ Het Regionaal Bureau Leerplicht Zuid-Holland Noord is per 1 januari 2007 samengegaan met Regioverband Holland Rijnland.

richten zich op kinderen/jongeren (van 0 t/m 18), maar in dit kader met name op schoolverlaters en schoolverzuimers in de leeftijdscategorie van 12 tot 18 jaar.

Doelen

1. Betere melding (ziekte)verzuim (middels het meldingsprotocol) schoolgaande jeugd.

Actiepunten

1. Samen met het RBL brengt de gemeente het meldingsprotocol (nogmaals) onder de aandacht bij de basisscholen/school voor voortgezet onderwijs: Visser 't Hooft (bij het directeurenoverleg van het basis-/voortgezet onderwijs).
2. De gemeente Leiderdorp zet het onderwerp (ziekte)verzuim en melding van verzuim regionaal op de agenda.

5.2 Roken jongeren

Bestaand aanbod

De GGD Hollands Midden heeft de verantwoordelijkheid voor verslavingspreventie binnen het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs. Het project *Weet wat je wilt!* is gericht op leerkrachten in de groepen 7 en 8 uitvoeren, waarbij de GGD deze leerkrachten traint. Met name het gebruik van roken, alcohol en drugs en de gevaren hiervan worden onder aandacht van de kinderen en de ouders gebracht. Ook geeft de GGD advies aan scholen voor wat betreft het opstellen van schoolreglement (regels over roken, alcohol en drugs op school).

Doelen

1. Het percentage 12-17 jarigen dat rookt (peildatum 2003 = 10%) daalt de komende jaren.

Actiepunten

1. Vergroten van kennis en bewustwording van de ernst van de risico's van roken en meerroken bij het algemene publiek, jongeren (vanaf groep 7/8) en hun ouders, door aan te sluiten bij landelijke campagnes:
 - Regelmatig aandacht voor dit onderwerp in de lokale media (folders/(gemeente)website/huis-aan-huisbladen).
 - Organiseren van voorlichtingsavonden (roken/alcohol/drugs) i.s.m. lokale partners (GGD, Brijder Verslavingszorg, Thuiszorg).
 - Rookadvies aan kinderen en hun ouders bij verschillende instellingen en organisaties, zoals huisartsen, Maatschappelijk Werk, Thuiszorg, het ziekenhuis.
 - Campagnes integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten (zoals braderie, Houtkampfestival, etc.)
2. Promotie bestaand aanbod (projecten) op het gebied preventie van roken:
 - In samenwerking met de GGD moet in kaart worden gebracht welke Leiderdorpse scholen gebruik maken van het bestaande aanbod.
 - In samenwerking met de GGD en Thuiszorg zal het bestaande aanbod onder de aandacht worden gebracht bij verschillende (regionale) overleggen (zoals het directeurenoverleg van het basis-/voortgezet onderwijs).
 - Gemeentelijke brief uitdoen naar de basisscholen/en school voor het Voortgezet Onderwijs (Visser 't Hooft).
3. **Niet roken** als sociale norm instellen:
 - Schoolgerichte preventie: projecten op scholen promoten, aandacht vragen voor opstellen schoolregels/voorbeeldreglement GGD.
 - Gezinsgerichte preventie: betrekken ouders via school, ouderavonden, andere organisaties (zoals Maatschappelijk Werk, Thuiszorg (verloskundigen), huisartsen).
 - Omgevingsgerichte preventie: aandacht voor de norm bij (sport)kantines.

5.3 Bewegen (overgewicht) jongeren

Bestaand aanbod

Op het terrein van voeding en bewegen zijn er verschillende organisaties die zich hiervoor inzetten. Het Sociaal Cultureel Werk, Cardea en ActiVite (voorheen thuiszorg Groot Rijnland) hebben speciale projecten om overgewicht bij kinderen tegen te gaan (zie bijlage 4).

Het Servicepunt Sport en Bewegen is verantwoordelijk voor de uitvoering van het breedtesportbeleid. In het kader van de prestatieafspraken met het Sociaal Cultureel werk (SCw) is in 2005 een activiteitsaanbod voor sport en bewegen voor 4 tot 20-jarigen uitgevoerd.

ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland is verantwoordelijk voor de gezondheidszorg van 0 tot 4 jarigen (consultatiebureaus). Zij voeren zowel de wettelijke taken vanuit het uniforme basistakenpakket jeugdgezondheidszorg als maatwerktaken uit. Voorlichting, advies en instructie over het aanleren van een gezonde leefstijl op zeer jeugdige leeftijd wordt vanuit het uniforme gedeelte verzorgd. In het kader van preventief jeugdbeleid neemt de gemeente onder andere het maatwerkproduct 'overgewicht bij kinderen' af. Ouders van kinderen met overgewicht worden middels huisbezoeken begeleid bij het terugdringen van het overgewicht. Tijdens extra huisbezoeken wordt een uitgebreide anamnese afgenomen waarna in kaart wordt gebracht welke gedragsdeterminanten een rol spelen bij het in stand houden van het gezondheidsprobleem. Met de ouders wordt gekeken welke gedragsverandering hier haalbaar is. Zonodig worden adviezen op maat gegeven of wordt doorverwezen naar de diëtist. ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland heeft diëtisten in dienst. In Leiderdorp, locatie Berkenkade, heeft de diëtist regelmatig spreekuur. Op het spreekuur kunnen kinderen (0-18 met of zonder hun ouders) en volwassenen met overgewicht of ernstig overgewicht terecht voor individuele begeleiding.

De GGD HM heeft de verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg van 4 tot 18 jarigen en heeft in dit kader een aantal taken en projecten met als onderwerp voeding en bewegen.

De GGD meet en weegt alle kinderen van groep 2 en groep 7 op de basisschool en in klas 2 van het voortgezet onderwijs. Hierdoor wordt overgewicht bij kinderen vroeg gesignaleerd en aangepakt. Ouders en kinderen krijgen gericht advies en/of worden doorverwezen naar de huisarts, diëtist, kinderarts of speciale cursussen.

Tevens heeft de GGD samen met de regiogemeenten een bewegingsstimuleringsprogramma ontwikkeld genaamd *FLASH!* Elke dag in actie in Zuid-Holland Noord. Dit (meerjaren) programma heeft van 2003 tot 2006 gelopen en is geëvalueerd. In navolging hiervan heeft de GGD in nauw overleg met de gemeenten besloten de komende jaren de leefstijlthema's voeding en bewegen centraal te stellen binnen de bevorderingstaken van de GGD HM, regio ZHN. Tegenwoordig heet het meerjarenprogramma *Gezond eten en Bewegen*.

Ook bestaan er verschillende projecten op het gebied van voeding en bewegen (zie bijlage 4). Leiderdorp heeft in het schooljaar 2005/2006 deelgenomen aan het pilotproject *Maathouden*.

Doelen

1. Het aantal jongeren met overgewicht (peiljaar 2003: matig = 12% en ernstig = 1,6%) mag de komende jaren niet stijgen.
2. Het percentage jongeren dat aan de Norm Gezond Bewegen voldoet stijgt (peiljaar 2003: = 10%) naar het landelijke niveau (= 25%) in 2012.
3. Het aantal jongeren met ongezonde eetgewoonten (peiljaar 2003: = 36%) daalt de komende jaren.

Actiepunten

1. Actieplan bewegen opstellen door de afdeling Beleid en Projecten van de gemeente Leiderdorp. In de Jeugdnota en de nota lokaal gezondheidsbeleid wordt het belang van bewegen (bij jongeren) onderschreven. Ook zal dit onderwerp in de sportnota worden opgenomen. In dit kader zal het actieplan bewegen voor de gemeente Leiderdorp worden opgesteld. Hierin zal een overzicht worden gemaakt van bestaande projecten/activiteiten en nieuw te ontwikkelen projecten/activiteiten om verantwoord sporten en dagelijks bewegen te stimuleren.
2. Vergroten van kennis en bewustwording van de ernst van de risico's van overgewicht bij het algemene publiek, jongeren (vanaf groep 7/8) en hun ouders, door aan te sluiten bij landelijke campagnes:

- Regelmatig aandacht voor dit onderwerp in de lokale media (folders/(gemeente)website/huis-aan-huisbladen).
 - Organiseren van voorlichtingsavonden i.s.m. lokale partners (GGD, Thuiszorg).
 - Advies over bewegen en voeding aan kinderen en hun ouders bij verschillende instellingen en organisaties, zoals huisartsen, Maatschappelijk Werk, Thuiszorg, het ziekenhuis.
 - Campagnes integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten (zoals braderie, Houtkampfestival, etc.)
3. Promotie bestaand aanbod (projecten) op het gebied van voeding en beweging:
- In samenwerking met de GGD moet in kaart worden gebracht welke Leiderdorpse scholen gebruik maken van het bestaande aanbod.
 - In samenwerking met de GGD en Thuiszorg zal het bestaande aanbod onder de aandacht worden gebracht bij verschillende (regionale) overleggen (zoals het directeurenoverleg van het basis-/voortgezet onderwijs) en met name bij de scholen die onvoldoende gebruik maken van het bestaande aanbod.
 - Gemeentelijke brief uitdoen naar de basisscholen/en school voor het Voortgezet Onderwijs (Visser 't Hooft).
4. Verbeteren bereik en kwaliteit van preventie op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen:
- Opzetten/aansluiten bij een samenwerkingsverband met lokale partners, zoals GGD, huisartsen, Thuiszorg, Jeugdzorg, Maatschappelijk Werk, Sociaal Cultureel werk, Sportverenigingen.

5.4 Alcohol- en drugsgebruik jongeren

Bestaand aanbod

Voor wat betreft alcohol en drugs zijn er verschillende organisaties die zich hiermee bezighouden. De gemeente heeft recentelijk actie ondernomen om de overlast als gevolg van alcohol en drugs aan te pakken. Het college van burgemeester en wethouders heeft in 2006 besloten om op grond van artikel 2.4.8 van de Algemene Plaatselijke Verordening (APV) de Jongeren Ontmoetings Plaatsen (JOP) en de kinderspeelplaatsen in het park de Houtkamp aan te wijzen als plaatsen waar geen alcohol mag worden genuttigd. Doordat recent (eind 2007) het aantal meldingen van overlast als gevolg van alcohol is gestegen gaat de politie extra toezicht houden en strenger optreden bij deze klachten, met name op plekken waar dit niet is toegestaan.

Ook heeft de gemeente gebruik gemaakt van *De Regionale Beleidsvisie Ambulante Verslavingszorg en Maatschappelijk Opvang* en het bijbehorende activiteitenplan. In de jaarlijkse activiteitenplannen zijn activiteiten en afspraken beschreven voor de terreinen preventie, zorg, maatschappelijk herstel, maatschappelijke opvang en verslavingszorg. En heeft de gemeente in het verleden deelgenomen aan Het Forum Verslavingsbeleid voor de Leidse regio en heeft het adviesrapport *Nuchter Beleid* onderschreven dat hieruit is voortgekomen. Tevens is de alcoholmatigingscampagne *Alcohol, bekijk het eens nuchter* 2003/2004 ook uitgevoerd in de gemeente en doet zij nu ook weer mee met de nieuwe campagne *Grenzen verleggen? Durf nee te zeggen!*. Dit is de nieuwe regionale alcoholmatigingscampagne 2006-2009.

De GGD Hollands Midden heeft de verantwoordelijkheid voor verslavingspreventie binnen het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs, waarbij er meerdere projecten en lesmethoden zijn ontwikkeld, voor het volledige aanbod zie bijlage 4.

Ook voert de GGD in samenwerking met Brijder Verslavingszorg¹⁴ de campagne *Grenzen verleggen? Durf nee te zeggen*. De campagne bestaat uit een reeks activiteiten met als doel startend gebruik van alcohol door jongeren te ontmoedigen en jongeren, ouders/opvoeders en volwassenen te wijzen op de risico's van alcoholgebruik. Onder andere het basis- en voortgezet onderwijs, de gemeente, het jeugd- en jongerenwerk en de consultatiebureaus in de regio Zuid-Holland Noord zullen deze campagne de komende tijd onder de aandacht brengen.

Doelen

1. Het percentage 12-17 jarigen dat alcohol drinkt (peiljaar 2003: = 50%) daalt de komende jaren.
2. Het percentage 18-26 jarigen dat alcohol drinkt (peiljaar 2003: = 87%) stijgt de komende jaren niet.
3. Het percentage 12-17 jarigen dat drugs gebruikt (peiljaar 2003: cannabis = 5% en harddrugs = 1,9%) zal de komende jaren verder dalen.

¹⁴ Parnassia is sinds 1 juli 2007 gefuseerd en heet Brijder Verslavingszorg

4. Het percentage 18-26 jarigen dat drugs gebruikt (peiljaar 2003: cannabis = 11% en harddrugs = 6%) daalt de komende jaren.

Actiepunten

1. Vergroten van kennis en bewustwording van de ernst van de risico's van alcohol- en drugsgebruik bij het algemene publiek, jongeren (vanaf groep 7/8) en hun ouders, door aan te sluiten bij landelijke campagnes:
 - Regelmatig aandacht voor dit onderwerp in de lokale media (folders/(gemeente)website/huis-aan-huisbladen).
 - Organiseren van voorlichtingsavonden (roken/alcohol/drugs) i.s.m. lokale partners (GGD, Brijder Verslavingszorg, Thuiszorg).
 - Alcoholadvies aan kinderen en hun ouders bij verschillende instellingen en organisaties, zoals huisartsen, Maatschappelijk Werk, Thuiszorg, het ziekenhuis.
 - Campagnes integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten (zoals braderie, Houtkampfestival, etc.)
2. Promotie bestaand aanbod (projecten) op het gebied preventie van alcohol- en drugsgebruik:
 - In samenwerking met de GGD moet in kaart worden gebracht welke Leiderdorpse scholen gebruik maken van het bestaande aanbod.
 - In samenwerking met de GGD en Brijder Verslavingszorg zal het bestaande aanbod onder de aandacht worden gebracht bij verschillende (regionale) overleggen (zoals het directeurenoverleg van het basis-/voortgezet onderwijs).
 - Gemeentelijke brief uitdoen naar de basisscholen/en school voor het Voortgezet Onderwijs (Visser 't Hooft).
3. Norm introduceren: **Geen alcohol onder de 16**
 - Schoolgerichte preventie: projecten op scholen promoten, aandacht voor de richtlijn op schoolfeesten/schoolkampen. Aandacht vragen voor opstellen schoolregels/voorbeeldreglement GGD.
 - Gezinsgerichte preventie: betrekken ouders via school, ouderavonden, andere organisaties (zoals Maatschappelijk Werk, Thuiszorg, Jeugdzorg), huisartsen.
 - Omgevingsgerichte preventie: aandacht voor de richtlijn bij horecagelegenheden en (sport)kantines.
4. Onderzoek doen naar de mogelijkheden voor het inzetten van lokale handhavingsmaatregelen naast de preventiemaatregelen

5.5 Depressieve klachten ouderen

Bestaand aanbod

Pluspunt is een organisatie met als doel: het bevorderen dat ouderen, mensen met een functiebeperking en/of chronisch ziekten op het terrein van wonen, welzijn en zorg, een zelfstandige leefwijze kunnen voeren en maatschappelijk kunnen participeren. Dit doel probeert Pluspunt te bereiken door het aanbieden van informatie, advies & ondersteuning, verschillende projecten, dienstverlening en educatieve & recreatieve activiteiten. Een van de onderwerpen waar Pluspunt zich op richt is (het tegengaan van) depressieve klachten bij ouderen.

GGZ Leiden en omstreken heeft een afdeling preventie van waaruit verschillende (zelfhulp)cursussen, trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten worden aangeboden voor zowel de oudere als zijn/haar familie en directe omgeving. Op het gebied van (het tegengaan van) depressieve gevoelens bestaan een aantal cursussen. Voor een overzicht van alle cursussen van de GGZ zie bijlage 4.

Het Meldpunt Zorg en Overlast is een meldpunt waar een team van psychiatrisch verpleegkundigen werkt en is onderdeel van de GGD HM. Het Meldpunt is niet alleen voor meldingen van depressie bij ouderen, maar deze problematiek kan wel onderdeel zijn van de meldingen die worden gemaakt. Bij personen die worden gemeld bij het Meldpunt is in de regel sprake van ernstige problematiek, vaak ook op meerdere terreinen. Als depressie onderdeel hiervan uitmaakt, gaat het eerder om behandeling dan om preventie.

Gemeenten ontvangen vanaf 1 januari 2007 een deel van het Awbz-budget voor collectieve preventie Openbare Geestelijke Gezondheidszorg. Dit budget wordt via centrumgemeente Leiden aan regionale OGGZ activiteiten uitgegeven.

Het vergroten van de sociale participatie, lichamelijke gezondheid, gevoel van controle over het eigen leven en de sociale steun in de omgeving verkleint het risico op depressie. Deze zaken zullen ook in het Wmo-beleidsplan worden opgenomen.

Aangezien in onderzoeken verschillende definities van depressie worden gehanteerd en soms wordt gemeten op risicofactoren (eenzaamheid), is het moeilijk een duidelijk meetbaar doel te stellen. Wat wel duidelijk is, is het belang van preventie. Er dient te worden ingezet op het tegengaan van depressie(ve klachten) door de risicofactoren voor het krijgen van depressie(ve klachten) te verkleinen.

Voor veel ouderen is het moeilijk te onderkennen dat ze psychische problemen hebben, laat staan dat ze hulp zoeken. Daarom dient het onderwerp meer bekendheid te krijgen door ouderen, maar ook mensen uit hun omgeving (familie/mantelzorgers) van goede informatie te voorzien. Hierbij is het belangrijk om ook de professionals van goede informatie te voorzien (deskundigheidsbevordering) en het bestaande aanbod onder de aandacht te brengen.

Doelen

1. Risicofactoren voor het krijgen van depressie(ve) klachten worden de komende jaren verkleind.
2. De onderwerpen, depressie(ve klachten) en eenzaamheid, krijgen de komende jaren meer bekendheid.
3. Het bereik en kwaliteit van preventie op het gebied van depressieve klachten bij ouderen verbetert in de komende jaren.

Actiepunten

1. Aandacht voor preventie van depressieve klachten in het Wmo-beleidsplan
2. Vergroten kennis en bewustwording van de ernst en risico's van eenzaamheid en depressie bij het algemene publiek, ouderen, mantelzorgers/vrijwilligers, door aan te sluiten bij de landelijke campagnes:
 - Regelmatig aandacht voor dit onderwerp in de lokale media (folders/(gemeente)website/huis-aan-huisbladen).
 - Organiseren van voorlichtingsavonden i.s.m. lokale partners (GGD, GGZ, Pluspunt).
 - Advies over depressiepreventie aan ouderen, mantelzorgers/familie bij verschillende instellingen en organisaties, zoals huisartsen, Maatschappelijk Werk, Thuiszorg, het ziekenhuis, verzorgings- en verpleeghuizen.
 - Campagnes integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten (zoals braderie, Houtkampfestival, etc.)
3. Promotie bestaand aanbod (projecten/cursussen) op het gebied van depressiepreventie:
 - In samenwerking met de GGD, GGZ en Pluspunt moet in kaart worden gebracht hoeveel ouderen gebruik maken van het bestaande aanbod.
 - In samenwerking met de GGD, GGZ en Pluspunt zal het bestaande aanbod onder de aandacht worden gebracht bij verschillende (regionale) overleggen: Gezondheidszorg, Maatschappelijk Werk, huisartsen).
4. Verbeteren bereik en kwaliteit van preventie op het gebied van depressieve klachten bij ouderen:
 - Opzetten/aansluiten bij het project Veerkracht: Samenwerkingsverband met lokale partners, zoals GGD, GGZ (preventie), huisartsen, Thuiszorg, Pluspunt, Maatschappelijk Werk, Steunpunt mantelzorg.

5.6 Uitvoering

Financiering gezondheidsbeleid

Hieronder volgt een overzicht van de kosten zoals begroot voor het jaar 2007 inzake het uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Het gezondheidsbeleid omvat een zeer breed terrein en een deel hiervan wordt besteed aan het uitvoeren van het lokaal gezondheidsbeleid. In de tabel worden de totaalbedragen voor het uitvoeren van het gezondheidsbeleid genoemd en waar mogelijk wordt aangegeven welke producten onder het uitvoeren van het lokaal gezondheidsbeleid vallen.

Product	Uitvoering	Uitgaven 2007
Openbare Gezondheidszorg o.a. infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, gezondheidspeilingen, publieksinformatie, Meldpunt Zorg & Overlast	RDOG/GGD HM	€ 152.580,-
Jeugdgezondheidszorg (uniform) o.a. contactmomenten, individuerichte zorg, rijksvaccinatieprogramma, voorlichting en advies	RDOG/GGD HM ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	€ 206.162,- € 301.006,-
Jeugdgezondheidszorg (maatwerk) o.a. aanbod nieuwkomers, beïnvloeding gezondheidsbedreigingen, zorgcoördinatie/zorgnetwerken OpvoedBureau, Stevig Ouderdschap, (inclusief Maatwerkproduct: Preventie Overgewicht á € 2.500,-)	RDOG/GGD HM ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	€ 22.846,- € 47.252,-
Bezoekprojecten > Bestrijden eenzaamheid (inclusief het project zingeving á € 4.500,-)	Stichting Pluspunt	€ 17.500,-
Totaal		€ 747.345,-

Uitvoering

Om de beschreven doelstellingen te behalen wil de gemeente de huidige begroting voor het uitvoeren van het gezondheidsbeleid handhaven. Hieronder volgt een tabel met een weergave van de actiepunten, wie de trekker van het actiepunt is, in welk jaar/welke jaren het actiepunt wordt opgepakt en op welke manier de kosten worden gedekt. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de actiepunten zo zijn geformuleerd dat deze passen binnen de huidige begroting en geen extra kosten met zich meebrengen.

Actie	Trekker	Tijd	Geld
(Ziekte)verzuim			
Meldingsprotocol onder de aandacht brengen	RBL HR	2008	Binnen huidige financiering (regionaal)
Het onderwerp (ziekte)verzuim en melding van verzuim regionaal op de agenda zetten	Gemeente, RBL HR	2008	Idem
Roken jongeren			
Vergroten van kennis en bewustwording van de ernst van de risico's van roken en	GGD, Brijder Verslavingszorg, ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	2008-2012	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande

meerroken			subsidieafspraken
Promotie bestaand aanbod (projecten) op het gebied preventie van roken	GGD, Brijder Verslavingszorg, ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	2008-2012	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken
Niet roken als sociale norm instellen:	GGD, Brijder Verslavingszorg, ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	2008-2009	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken
Bewegen (overgewicht) jongeren			
Actieplan bewegen opstellen	Gemeente afdeling B&P	2009	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Vergroten van kennis en bewustwording van de ernst van de risico's van overgewicht	GGD, ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	2008-2012	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken
Promotie bestaand aanbod (projecten) op het gebied van voeding en beweging	GGD, ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	2008-2012	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken
Verbeteren bereik en kwaliteit van preventie op het gebied van overgewicht, voeding en bewegen	GGD, ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	2008-2009	Idem
Alcohol en drugs jongeren			
Vergroten van kennis en bewustwording van de ernst van de risico's van alcohol- en drugsgebruik	GGD, Brijder Verslavingszorg	2008-2012	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Promotie bestaand aanbod (projecten) op het gebied preventie van alcohol- en drugsgebruik	GGD, Brijder Verslavingszorg	2008-2012	Idem
Norm introduceren: Geen alcohol onder de 16	GGD, Brijder Verslavingszorg	2008-2009	Idem
Onderzoek doen naar de mogelijkheden voor het inzetten van lokale handhavingsmaatregelen	Gemeente	2009-2010	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Depressieve klachten ouderen			
Aandacht voor preventie van depressieve klachten in het Wmo-beleidsplan	Gemeente	2008	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit

Vergroten kennis en bewustwording van de ernst en risico's van eenzaamheid en depressie	Pluspunt, GGD, GGZ	2009-2010	Binnen bestaande subsidieafspraken Pluspunt Binnen RDOG/GGD HM financiering
Promotie bestaand aanbod (projecten/cursussen) op het gebied van depressiepreventie	Pluspunt, GGD, GGZ	2008-2012	Binnen bestaande subsidieafspraken Pluspunt Binnen RDOG/GGD HM financiering
Verbeteren bereik en kwaliteit van preventie op het gebied van depressieve klachten bij ouderen	Pluspunt, GGD, GGZ	2009-2010	Idem en/of Andere financieringsmogelijkheden

Plan van aanpak en evaluatie

Per jaar zal een plan van aanpak worden gemaakt, waarbij wordt aangegeven welke actiepunten dat jaar worden opgepakt en welke kosten hiermee gemoeid zijn. Voor het plan van aanpak 2008 zie bijlage 7. Aan de hand van het plan van aanpak zal het jaar daarop volgend een korte evaluatie worden gemaakt.

Bijlage 1 Wcpv en Gemeentelijke taken en verplichtingen

Wat zegt de Wcpv over de gemeentelijke nota?

In de nieuwe Wcpv bevat artikel 3b de opdracht aan gemeenten om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. Dit artikel stelt vervolgens dat daarin in elk geval enkele andere verplichtingen die uit de Wcpv voortvloeien een plek moeten hebben, die slechts met hun artikelnummer worden aangehaald. Daardoor omvat dit korte artikel feitelijk een groot aantal Wcpv-taken, die hieronder worden aangegeven, zodat de omvang van de verplichte inhoud van de nota inzichtelijk wordt. Hierbij is rekening gehouden met de overheveling van bevoegdheden van de gemeenteraad naar het college van B&W, op basis van de invoering van de wet Dualisering gemeentelijke medebewindsbevoegdheden (Stb. 530 (iutr-KB: Stb. 531) per 8 maart 2006.

Artikel 3b

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

Artikel 2

1. De gemeenteraad bevordert de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.
2. Ter verwezenlijking van het bepaalde in het eerste lid draagt de gemeenteraad in ieder geval zorg voor:
 - a. het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking;
 - b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
 - c. het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding;
 - d. het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
 - e. het bevorderen van technische hygiënezorg;
 - f. het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg.
3. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen de in het tweede lid, onder c tot en met f, vermelde werkzaamheden nader worden uitgewerkt.

Artikel 3, eerste lid

De gemeenteraad draagt zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende infectieziektebestrijding.

Artikel 3a

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

Artikel 5, tweede lid

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

De Memorie van Toelichting over de gemeentelijke nota

Bij de Wcpv is in de memorie van toelichting (MvT) over alle taken neergezet wat de strekking van die taken is, waarom er besloten is tot een nadere omschrijving of een aanvulling en welke activiteiten verband houden met deze taken. Dit deel van de MvT volgt hieronder.

“Al bij brief van 20 mei 1997 werd het voorstel van de Commissie-Lemstra onderschreven om in de Wcpv de opdracht aan de gemeente op te nemen om elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Ook de Vereniging van Nederlandse Gemeenten heeft met haar projecten van regionale gedachtewisselingen en het VNG/GGD Nederland-project «van intenties naar inhoud» haar instemming laten blijken.

Een aantal gemeenten heeft al dergelijke nota's uitgebracht. Door in de Wcpv met zoveel woorden op te nemen dat gemeenten elke vier jaar een nota gezondheidsbeleid vaststellen worden gemeenten uitgenodigd hun ambities op het gebied van het gemeentelijk gezondheidsbeleid te formuleren. Het beleid van de gemeente inzake openbare gezondheid moet meer omvatten dan uitvoering van de Wcpv door de GGD. Het vormt onderdeel van het lokale politieke debat en dient afgestemd te worden met andere gemeentelijke beleidsonderwerpen (wonen, werken, verkeer, sociale zekerheid, onderwijs, welzijn).

Het past ook bij het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie om het draagvlak voor de basistaken te versterken en te behouden. De gemeenteraad geeft in de nota aan hoe hij uitvoering geeft aan de in de artikelen 2, 3, eerste lid, en 3a genoemde taken en de in artikel 5, tweede lid, genoemde verplichting. Verwacht mag worden dat de gemeenteraad daarbij ingaat op de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie die de minister elke vier jaar vaststelt.

Gezien artikel 2, tweede lid, onder a, zullen de gemeenten in de nota een beschrijving geven van de gezondheidstoestand van hun inwoners, doelen stellen op populatieniveau en verbanden aangeven met andere gemeentelijke beleidsterreinen. Verder ligt voor de hand dat gemeenten bij het stellen van streefdoelen en het vastleggen daarvan samenwerken met buurgemeenten, met zorgverzekeraars, met zorgaanbieders en met patiënten/consumentenorganisaties. De gemeentelijke beleidsnota kan ook aandacht besteden aan de verbetering van de communicatie over het beleid, van de bereikbaarheid (alarmnummers, en dergelijke) en van de kenbaarheid voor burgers.

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

Het pleidooi van de Stuurgroep Collectieve Preventie om aan de nota een plan van aanpak toe te voegen wordt ondersteund. Gemeenten formuleren regelmatig beleidsvisies over delen van hun gezondheidsbeleid, al dan niet als onderdeel van nota's op terreinen als ouderenbeleid, jongerenbeleid, welzijn of wonen; de nota gezondheidsbeleid kan naar dergelijke passages verwijzen, want de nu in de Wcpv op te nemen verplichting is zeker geen uitnodiging dubbel werk te doen.

De voorgestelde verschijningsfrequentie van de gemeentelijke nota van eens per vier jaar sluit aan bij het ritme van de gemeenteraadsverkiezingen. Ook uit het oogpunt van het tempo waarin maatschappelijke verschuivingen optreden lijkt vier jaar een geschikte frequentie. Als termijn voor de verschijning van de eerste gemeentelijke nota wordt juli 2003 voorgesteld, namelijk ruim een jaar na de gemeenteraadsverkiezingen (6 maart 2002).

In de volgende paragraaf wordt de relatie gelegd met de daar voorgestelde landelijke nota, eveneens vierjaarlijks. De gemeentelijke nota kan worden uitgebracht door individuele gemeenten. Zij kan daarnaast het gezamenlijk product zijn van in een GGD-regio samenwerkende gemeenten. Omdat het maken van een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid geen onderdeel vormt van de collectieve preventie zelf is zij niet in artikel 2 of artikel 3 ondergebracht maar in een afzonderlijk artikel.”

Gemeentelijke taken en verplichtingen:

- Bevordering van de totstandkoming en de continuïteit van de samenhang binnen collectieve preventie alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg
- Het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking
- Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen
- Het bijdragen aan opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van gezondheidsvoorlichting en –opvoeding
- Het bevorderen van medisch-milieukundige zorg
- Het bevorderen van technische hygiënezorg
- Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg (per 01-01-2007 overgeheveld naar de Wmo)
- De uitvoering van de infectieziektebestrijding
- De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg
- Het vragen van advies bij besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie aan de gemeentelijke gezondheidsdienst

Bijlage 2 Evaluatie Nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007

Hieronder volgt, als aanvulling op de conclusies (§ 3.1) en aanbevelingen (§ 3.2) van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2007, het overzicht van de knelpunten en beleidsdoelen en de evaluatie van de toen gestelde speerpunten.

2.1 Knelpunten en beleidsdoelen

Knelpunten

- Vergrijzing en de daaruit voortvloeiende toenemende vraag naar zorg door senioren
- De gevolgen van de toenemende extramuralisering voor huisvesting, infrastructuur en het aanbod van welzijnsvoorzieningen in de buurt
- Het dreigende tekort aan huisartsen en de personeelstekorten in de gezondheidszorg
- Het alcoholgebruik onder jongeren
- De ongezonde leefstijl van de bevolking (weinig beweging, alcohol- en rookgedrag, overgewicht)

Beleidsdoelen

- Het bevorderen van een gezond lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van bewoners
- Het zorgdragen voor algemene preventie op het gebied van de gezondheidszorg, waarbij het accent wordt gelegd op meer bewegen
- Het terugdringen van gezondheidsrisicovol gedrag onder jeugdigen
- Het bevorderen van een integrale aanpak tussen wonen, zorg en welzijn, zodat inwoners van Leiderdorp zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving kunnen blijven wonen en deel kunnen nemen aan het maatschappelijk verkeer
- Stimuleren van intersectorale samenwerking en netwerkvorming op de eerstelijnsgezondheidszorg ten aanzien van preventie
- Creëren van gunstige voorwaarden door het faciliteren van Hoed-praktijken (Huisartsen onder een dak) en centra voor gezondheidszorg
- Stimuleren van vraaggerichte zorg door het inrichten van een integraal (zorg)aanbod, afgestemd op de individuele vragen en behoeften van inwoners
- Zorgdragen voor een gezonde en veilige leefomgeving
- Verbeteren van de toegang tot de zorg

2.2 Evaluatie speerpunten

Vormgeven gemeentelijke regie op de integrale jeugdgezondheidszorg, invulling geven aan het maatwerkdeel, aansluiten op het jeugdbeleid en het zorgbeleid binnen het onderwijs

In regionaal verband is in afstemming met de GGD en de ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland een productbegroting iJGZ vormgegeven. Hierdoor is duidelijk welke producten de gemeente afneemt in kader van het wettelijk verplichte deel jeugdgezondheidszorg en uit welke maatwerkproducten de gemeente kan kiezen ten aanzien van de aansluiting met het jeugdbeleid en onderwijs.

Een concrete aansluiting met het zorgbeleid binnen het onderwijs en het jeugdbeleid is vorm gegeven door middel van de introductie per 2005 van Zorg advies teams (zat) in het basisonderwijs en de 0-4 jarigen zat in samenwerking met Zoeterwoude.

Stimuleren bewegingsactiviteiten voor senioren en het geven van voedingsvoorlichting

Het Galm-project (Groninger actief leven model) is een bewegingsstimuleringsproject gericht op sportief inactieve ouderen (sedentaire ouderen) van 55 tot 65 jaar. Het project maakt deel uit van de campagne *55-plus in Beweging!*, dat onderdeel uitmaakt van het actieprogramma *Nederland in Beweging!*.

Het Galm-project heeft in Leiderdorp de titel *Samen, gezond en gezellig* gekregen en is uit een samenwerking met de GGD en Stichting Pluspunt ontstaan. In oktober 2002 ging het eerste Galm-project van start met 184 deelnemers. Het project bestond uit een introductieprogramma van 12 weken en een vervolgprogramma. Ruim 130 personen hebben het introductieprogramma gevolgd en 83 personen het vervolgprogramma.

Het tweede Galm-project is gestart in maart 2004 waarbij 81 mensen aan het introductieprogramma hebben deelgenomen en 44 personen aan het vervolgprogramma. Stichting Pluspunt had voor 2006 subsidie aangevraagd voor een derde Galm-project. Als gevolg van bezuinigingen is deze aanvraag niet gehonoreerd, maar is dit binnen de begroting van Stichting Pluspunt opgelost door aanwending van de resterende middelen van 2005.

Na beëindiging van het tweede Galm-project zijn de zogenaamde na-galmgroepen ontstaan, waarin deelnemers en lesgever op eigen initiatief verder zijn gegaan 'onder de paraplu' van Stichting Pluspunt.

Stimuleren van bewegingsactiviteiten ten behoeve van de jeugd en jongeren

Bij het ministerie van VWS is in begin 2004 een aanvraag ingediend in het kader van de Breedtesportimpuls. Deze aanvraag is gehonoreerd. Medio 2005 heeft dit geresulteerd in de opening van het Servicepunt Sport en Bewegen. Het Servicepunt is verantwoordelijk voor de uitvoering van het breedtesportbeleid. In het kader van de prestatieafspraken met het Sociaal Cultureel werk (SCw) is in 2005 een activiteitenaanbod voor sport en bewegen voor 10 tot 20-jarigen uitgevoerd.

Opstellen van verslavingsbeleid en uitvoeren van preventieactiviteiten ten aanzien van verantwoord omgaan met alcohol jeugdigen door:

- Voorlichtingsactiviteiten op het basisonderwijs en voortgezet onderwijs
- Voorlichtingsactiviteiten gericht op ouders
- Naleving Drank- en Horecawetgeving
- Andere maatregelen die gericht zijn op alcoholmatiging

Dit punt heeft een lagere prioriteit gekregen. De aandacht heeft zich beperkt tot het (doen) geven van voorlichting op scholen. Uit een aan het begin van de periode uitgevoerde inventarisatie bleek de belangstelling onder scholen voor voorlichtingsactiviteiten echter minimaal. De activiteit is dan ook niet uitgevoerd. Na het mislukken van de organisatie van een alcoholpreventiedag op het Visser 't Hooftlyceum in 2002, heeft het SCw, in samenwerking met de bibliotheek, in 2006 een nieuwe poging gedaan. Helaas is het ook ditmaal niet gelukt, door gebrek aan draagvlak om tot één preventieweek te komen gedurende een schooljaar.

Realiseren vernieuwing van intra- en extramurale verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg binnen het nieuw te realiseren WoonZorgComplex (WoZoCo) Cor Gordijnsingel

Op 22 maart 2005 heeft het college van B&W de visie woonzorgcomplex-zone Cor Gordijnproject vastgesteld. De realisering van het WoZoCo is qua tijdspad verbonden met de oplevering van het Sociaal Cultureel Centrum, dat inmiddels is gestart.

De voorbereidingen voor de bouw van het nieuwe WoZoCo De Ommedijk aan de Cor Gordijnsingel zijn in volle gang. Naar verwachting zal de sloop van de huidige Dillenburg en de Muzenhof starten in augustus 2008, waarna de daadwerkelijke bouw start in oktober 2008. Het gaat hier om een complex met o.a. ca. 109 zelfstandige levensloopbestendige appartementen, waarvan 40 in de sociale huursector en 69 in de koopsector. Voor de woningen in de sociale huursector is lokaal maatwerk toegestaan, dat wil zeggen: Leiderdorpers met een zorgindicatie komen met voorrang in aanmerking voor een dergelijke woning. Voor de woningen in de koopsector zullen met de ontwikkelende partij, Rijnhart Wonen¹⁵, afspraken gemaakt worden over de volgordebepaling bij de toewijzing. Daarnaast worden er 50 zorgwoningen gerealiseerd, bestemd voor de huidige bewoners van de Dillenburg en er is ruimte gereserveerd voor geclusterd wonen en groepswonen t.b.v. de Rijnland Zorggroep en Gemiva. Tevens zal op de begane grond ruimte zijn voor de 1^e lijnszorg (huisarts, tandarts, fysiotherapie en apotheek).

Met de samenwerkende partners van De Ommedijk vindt een verkenning plaats naar mogelijkheden voor andere locaties voor het oprichten van woonzorgcomplexen.

Onderzoek naar de behoefte aan wonen, zorg en welzijn in Leiderdorp

Het onderzoek naar de woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningenbehoeften is in 2003 uitgevoerd. De uitkomsten hebben geleid tot het opstellen van een integrale visie Wonen, Zorg en Welzijn voor de gehele gemeente. Het visiedocument wonen, zorg en welzijn is in juli 2006 vastgesteld door de gemeenteraad. De daarin gemaakte beleidskeuzen op terrein van wonen en zorg en welzijn zijn of worden uitgewerkt.

¹⁵ De AWL heet per 1 januari 2008 Rijnhart Wonen

Daarnaast zijn er in maart 2007 met alle Holland Rijnland-gemeenten, woningcorporaties en de zorginstellingen regionale prestatieafspraken wonen, zorg en welzijn gemaakt. De uitwerking van het gemeentelijke visiedocument en de regionale prestatieafspraken worden vertaald in lokale activiteiten.

Het invoeren van een halfjaarlijks zorgoverleg tussen gemeente en de eerstelijns-gezondheidszorg

Het zorgoverleg is niet van de grond gekomen, met name door een gebrek aan financiële middelen.

Stimuleren gezamenlijk huisvestingsbeleid van huisartsen en andere zorgverleners in Leiderdorp op drie locaties

De eerste Hoed, waarbij meerdere eerstelijnszorgverleners onder een dak zitten, is gevestigd in 'de Florijn'. In de zomer 2004 is, door een groep eerstelijns zorgverleners, een tweede Hoed-praktijk binnen het Rijnland ziekenhuis gerealiseerd. In het nieuw te realiseren woonzorgcomplex zal een samenwerkings-verband worden gerealiseerd tussen huisarts, tandarts, fysiotherapie en de apotheek. De verwachting is, dat het woonzorgcomplex de Ommedijk eind 2010 begin 2011 wordt opgeleverd, waarna deze derde Hoed-praktijk geëffectueerd kan worden.

Realiseren van één loket voor Wonen, Zorg en Welzijn binnen het nieuwe multifunctioneel Sociaal Cultureel Centrum

In de oorspronkelijke plannen voor het Sociaal Cultureel Centrum was een plaats ingeruimd voor de éénloketfunctie voor Wonen, Zorg en Welzijn. Op grond van financiële overwegingen heeft de raad op 29 oktober 2004 besloten deze gedachte los te laten. In het kader van de Wmo is de discussie rondom het vormgeven van één loket opnieuw een issue. Binnen de gemeentewinkel is een Wmo-loket ingericht waar burgers terecht kunnen met hun (aan)vragen voor en over individuele voorzieningen.

Stimuleren van uitbreiding zorgketens

Binnen Leiderdorp wordt door de ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland, de Stichting Zorgkompas (Dillenburg), Pluspunt, Alatus¹⁶ (Leythenrode) en Rijnhart Wonen samengewerkt bij het leveren van zorg- en welzijnsdiensten aan geïndiceerde personen die nog zelfstandig wonen (zorgcirkel). In Leiden is een pilot opgestart tussen de sociale Dienst van de gemeente, het maatschappelijk werk, de Rhijngeestgroep (Rivierduinen), Gemeentelijke kredietbank, met als doel het onderling ontwikkelen van sluitende ketens op het terrein van de schuldhulpverlening. De uitkomsten van de pilot zijn nog niet regionaal besproken. Het doel is uiteindelijk dat de overige gemeenten aansluiten.

Voortzetten en uitbreiden van het buurt- en wijkgericht werken, uitbreiden met buurtopbouwwerk

Uit de wijktevredenheidsmeter en bij het opstellen van de wijkprogramma's is gebleken dat de verwachtingen die de gemeente eerder had gewekt niet of niet voldoende konden worden waargemaakt. In de tussenbalans (2005) wordt gepleit voor herijking van het wijk- en buurtgericht werken, waarmee beter kan worden voldaan aan de wensen en verwachtingen van de burger. Belangrijk element is het opschalen van de buurtoverleggen naar (gemeentedeekkend) wijkniveau. De relatie met het gezondheidsbeleid speelt zich voornamelijk af op de fysieke leefomgeving, op de thema's schoon, heel en veilig.

Realiseren van zorgboulevard binnen het gebied Bospoort Vierzicht in Leiderdorp

De ontwikkeling van de zorgboulevard is onderdeel van het W4-project en beoogd een versterking van de zorgfunctie van en nabij het Rijnland Ziekenhuis. De zorgboulevard krijgt, door de verhuizing van een aantal instellingen op het gebied van zorg, zoals ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland en het Nederlands Proctologisch en Bekkenbodemb Centrum, gestalte.

Ontwikkeling van de vorming van een Robuuste RIO (fusie tussen drie RIO's in de regio)

Tot 01-01-2005 waren de gemeenten verantwoordelijk voor het financieren van het Regionale Indicatie Orgaan (RIO) die de indicering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Awbz) uitvoerden. De

¹⁶ Per 1 juni 2007 Rijnland Zorggroep

gemeenten (regio Zuid-Holland Noord) waren voornemens de drie afzonderlijk RIO's in de regio te laten fuseren tot één Robuuste RIO. Echter per 01-01-2005 heeft het rijk besloten de centrale regie over de indicatiestelling van de Awbz binnen een centraal bestuursorgaan weer in eigen hand te nemen. Het Centrum Indicatie Zorg (CIZ) is de indicatiesteller geworden. De gemeentelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de indicatiestelling van de Awbz kwam hiermee te vervallen. In het kader van de Wmo maken we gebruik van de diensten van het CIZ.

Uitbreiding fiets- en wandelpaden in Leiderdorp

Het aanleggen van fiets- en wandelpaden vindt primair plaats uit verkeerskundig oogpunt. Zonder specifieke aanpassingen en voorzieningen en zonder een concreet beleid op het gebied van bewegingsstimulering kan de uitbreiding van het fiets- en wandelpadennet niet zonder meer op het conto worden geschreven van het lokaal gezondheidsbeleid. De lengte van de huidige recreatieve fiets-, ruiter- en wandelpaden bedraagt 25,7 kilometer.

Bijlage 3 De gezondheidscijfers

Het uitgangspunt voor een effectief lokaal gezondheidsbeleid vormt het overzicht van de gezondheidssituatie van de burger. Deze situatie wordt aan de hand van een aantal onderwerpen besproken en zo mogelijk grafisch weergegeven. Er wordt ingegaan op de onderwerpen bevolking & samenstelling huishoudens, gezondheid, leefstijl, woon- & leefomstandigheden en zorggebruik. Ook worden de speerpunten zoals benoemd door VWS aangehaald en op regionaal niveau weergegeven.

De bovengenoemde onderwerpen worden op clusterniveau besproken, aangezien de gemeente Leiderdorp in de onderzoeken van de GGD een cluster vormt met de gemeenten Oegstgeest en Voorschoten. Wanneer de cijfers voorhanden waren is de situatie beschreven op gemeentelijk niveau (Leiderdorp).

3.1 Bevolking & samenstelling huishoudens

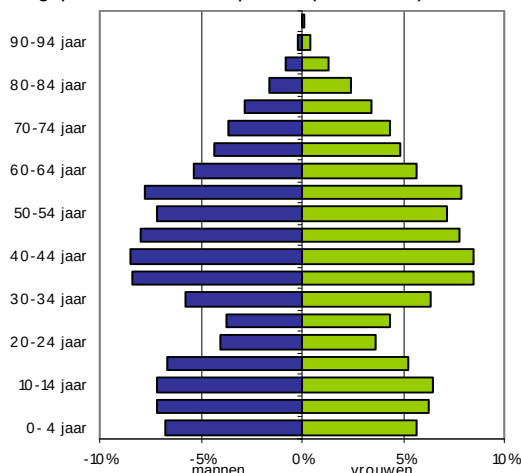
Bevolking

Leiderdorp

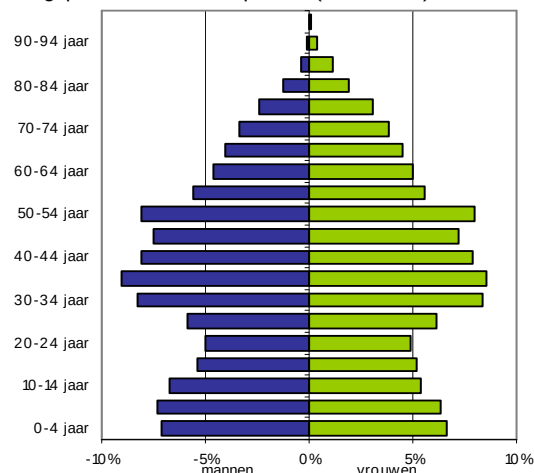
De gemeente Leiderdorp telde op 1 januari 2007 totaal 26.077 inwoners. De grootste groep mensen zit in de leeftijdsgroep 45-65 jaar (28.8%). Sinds 1996 is er een toename te zien in de bevolkingsgroei van de gemeente Leiderdorp. Van 2002 tot 2006 was er een afname van de bevolkingsgroei (relatief veel verhuizers uit de gemeente), maar in 2006 is weer een lichte toename (3.8%) te zien.

In de gemeente Leiderdorp blijkt (zie bevolkingspiramide) een veel lager percentage 20-29 jarigen woonachtig te zijn dan in de rest van Zuid-Holland Noord (ZHN). Het aandeel 65-plussers is per 1 januari 2007 15.5%. De prognose voor 2025 is dat het inwonersaantal van de gemeente zal dalen, terwijl dit in de regio en Nederland groeit. Het aandeel *ouderen* wordt gelijk aan regionale en landelijke groei, terwijl dit percentage in 2006 hoger was dan regionaal en landelijk.

Afb. 1. Bevolkingspiramide Leiderdorp 2006 (Bron: CBS)



Afb. 2. Bevolkingspiramide Leiderdorp 2001 (Bron: CBS)



Afb. : Loop van de bevolking Leiderdorp 1994-2005 (Bron: Kerncijfers GGD HM 2007)

Samenstelling huishoudens

Éénoudergezinnen

14,3% van de gezinnen in Leiderdorp betreft een *éénoudergezin*. Dit percentage is lager dan in ZHN en landelijk.

Allochtonen

Personen waarvan tenminste één ouder in het buitenland is geboren.

Westerse allochtonen zijn: Allochtonen met als herkomstgroepering een van de landen in de werelddelen Europa (excl. Turkije), Noord-Amerika, Oceanië, Indonesië of Japan.

Niet-westerse Allochtonen zijn: Allochtonen met als herkomstgroepering Turkije of een van de landen in de werelddelen Afrika, Latijns-Amerika en Azië (excl. Indonesië en Japan).

Op grond van hun sociaal-economische en - culturele positie worden *allochtonen* uit Indonesië en Japan tot de *westerse allochtonen* gerekend. Het gaat vooral om mensen die in voormalig Nederlands Indië zijn geboren en werknemers van Japanse bedrijven met hun gezin (CBS).

In 2006 was 18,3% van de Leiderdorpse bevolking *allochtoon*. Dit is onder te verdelen in 9,7% *westerse allochtonen* en 8,6% *niet-westerse allochtonen*.

De groep *niet-westerse allochtonen* is in te delen in Marokkanen (1,1%), Antillianen en Arubanen (0,4%), Surinamers (2,0%), Turken (2,1%) en overige niet-westerse allochtonen (3,0%).

3.2 Gezondheid

De GGD Midden Holland heeft een *jongerenpeiling* (2003) en een *gezondheidspeiling* (2005) gedaan om de ontwikkelingen in gezondheid en gezond gedrag te volgen. De peilingen zijn gedaan onder *jongeren* (12-26 jaar), *volwassenen* (19-64 jaar) en *ouderen* (65-94 jaar). Leiderdorp vormt in dit onderzoek een cluster met de gemeenten Oegstgeest en Voorschoten.

Gezondheidservaring

Cluster

Op clusterniveau is het percentage *jongeren* dat zijn/haar gezondheid positief beoordeelt gelijk aan dat van ZHN (92%). Het percentage *volwassenen* en *ouderen* dat zijn of haar gezondheid positief beoordeelt ligt op clusterniveau hoger dan in ZHN (*volwassenen* 93,5% versus 90,8% en *ouderen* 80% versus 75%).

(Chronische) ziekten & aandoeningen

Cluster

Het aantal *volwassenen* dat last heeft van chronische ziekten en aandoeningen¹⁷ is op clusterniveau gelijk aan dat van ZHN (27%). Het percentage volwassenen dat zich *sterk* belemmerd voelt (1,3%) door zijn/haar chronische ziekten en aandoening(en) is lager en het percentage dat zich *licht* belemmerd voelt (19%) is hoger dan in ZHN (*sterk* 4,0% *licht* 15%).

Het aantal *ouderen* dat last heeft van chronische ziekten of aandoeningen is op clusterniveau hoger dan in ZHN (77% versus 74%). Het percentage ouderen dat zich *sterk* belemmerd voelt (15%) door zijn/haar chronische ziekten en aandoening(en) is vergelijkbaar en het percentage dat zich *licht* belemmerd voelt (38%) is lager dan in ZHN (*sterk* 14% *licht* 40%). Op clusterniveau hebben minder ouderen last van een *gehoor-* (5%), *gezichts-* (6%) of *mobilitateitsbeperking* (21%) t.o.v. ZHN (*gehoor-* 8%, *gezichts-* 10% en *mobilitateitsbeperking* 27%).

(ziekte)verzuim schoolgaande jeugd

Cluster

Het (*ziekte*)*verzuim*¹⁸ bij *jongeren* ligt op clusterniveau iets hoger dan in ZHN (35% versus 33%).

Sterfte naar doodsoorzaak

Leiderdorp

Ziekten van *hart- en vaatstelsel* is in de gemeente Leiderdorp de belangrijkste doodsoorzaak (aantal mannen en vrouwen is hierbij ongeveer gelijk), gevolgd door *kanker* (nieuwvormingen), waarbij het percentage mannen dat als gevolg van kanker overlijdt hoger is dan het percentage vrouwen. Dit verschilt niet van de landelijke cijfers.

¹⁷ Lijst van 18 chronische aandoeningen vastgesteld door een arts: Hoge bloeddruk, Ernstige rugaandoening, Astma/COPD, Gewrichtsslijtage heup/knie, Ernstige aandoening nek/schouder Migraine/ernstige hoofdpijn, Chronisch eczeem, Ernstige aandoening elleboog/pols/hand, Diabetes, Ernstige darmstoornissen, Psoriasis, Chronische gewrichtsontsteking, Incontinentie, Andere hartaandoening, Kanker, Hartinfarct, Vernauwde bloedvaten buik/benen, Beroerte

¹⁸ (*ziekte*)*verzuim*: In de afgelopen vier weken thuisblijven van school

3.3 Leefstijl

De GGD Zuid-Holland Noord heeft een onderzoek gedaan naar de *leefstijl* van inwoners in de regio. Het onderzoek behelst de onderwerpen: *roken, schadelijk alcoholgebruik, overgewicht, beweging & voeding, diabetes¹⁹, psychosociale problemen & psychische problemen, angststoornissen & depressieve klachten, cannabis- & harddruggebruik en slachtofferschap & huiselijk geweld.*

Roken

Cluster

Het percentage *jongeren* dat ooit heeft gerookt (47%) is lager dan in ZHN (51%). Het aantal jongeren dat *afgelopen maand* heeft gerookt (22%) en *dagelijks* heeft gerookt (14%) is vergelijkbaar met ZHN (afgelopen maand 25%, dagelijks 16%). De percentages zijn ten opzichte van 5 jaar er voor flink gedaald. (Cluster 12-17 jaar: 1998: 19% > 2003: 10% ; 18-26 jaar: 1998: 41% > 2003: 33%).

Het percentage *volwassenen* en dat rookt (22%) is op clusterniveau lager dan in ZHN (rookt 25%). Het percentage rokers is op clusterniveau ten opzichte van 2000 flink gedaald: 2000: 29% > 2005: 22%. Bij de *ouderen* is het percentage dat rookt (12%) gelijk aan dat van ZHN.

Schadelijk alcoholgebruik

Dagelijks drinken	7 dagen per week drinken
(zeer) excessief drinken	Op meer dan 21 (zeer excessief: 28) dagen per maand gemiddeld meer dan 6 glazen
Matig drinken	Dagelijks 1 tot 3 glazen alcohol (mannen) en 1 tot 2 glazen (vrouwen)
Overmatig drinken	Dagelijks 3 of meer glazen (mannen) 2 of meer glazen (vrouwen)
Vaak & veel drinken	Meer dan 4 keer alcohol de laatste 4 weken 6 glazen (mannen) en 4 glazen (vrouwen) per keer
Zwaar drinken	Minstens 1 dag per week 6 glazen (mannen) of 4 glazen (vrouwen)

Cluster

Aantal drinkers in het cluster van 12-14 jaar is 23% en van 15-17 jaar is 79%. Deze percentages zijn vergelijkbaar met ZHN, maar zijn hoger dan in Nederland. Onder 12-14 jarigen (met name bij de meisjes) en 18-26 jarigen is het alcoholgebruik toegenomen t.o.v. 5 jaar er voor.

Het percentage *zwaar* (13%) en *(zeer) excessief* (13%) drinkende *volwassenen* is lager dan in ZHN (zwaar 20%, (zeer) excessief 18%) en is t.o.v. 5 jaar ervoor iets gedaald, maar er wordt vaker *dagelijks* gedronken (22% versus 17%).

Het percentage *ouderen* dat *zwaar* (4,3%) en *(zeer) excessief* drinkt (7%) is vergelijkbaar met ZHN (zwaar 5,1%, (zeer) excessief 8%) en het percentage dat (*dagelijks*) drinkt is hoger dan ZHN (38% versus 31%).

Overgewicht, bewegen & voeding

Overgewicht

Overgewicht²⁰ is wereldwijd een groot en toenemend probleem voor de volksgezondheid en ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat *te zwaar* is (zowel *volwassenen* als *jongeren*) snel. Het (*over*)gewicht wordt bepaald aan de hand van de BMI (Body Mass Index). Dit is een index voor het gewicht in verhouding tot lichaamslengte en geeft een schatting van het gezondheidsrisico van het lichaamsgewicht.

Cluster

¹⁹ Diabetes hoort niet alleen bij Leefstijl, maar kan ook een erfelijke component hebben.

²⁰ Bij jeugd wordt ook rekening gehouden met de leeftijd

Op clusterniveau is het percentage *jongeren* met *matig* en *ernstig* overgewicht is vergelijkbaar met ZHN (*matig* (beide 12%) *ernstig* (1,6% versus 2,8%). Het percentage dat zichzelf *te zwaar* vindt (41%), is vergelijkbaar met ZHN (38%). Het aantal *volwassenen* met *matig* en *ernstig* overgewicht is vergelijkbaar (*matig* 33% versus 34%) en *ernstig* overgewicht (*ernstig* 8,8% versus 9,2%) met ZHN.

Bewegen

De *Nederlandse Norm Gezond Bewegen* voor *jongeren* (tot 18 jaar): 7 dagen per week minimaal een uur *matig intensief bewegen*, waarbij de activiteiten minimaal twee keer per week gericht zijn op verbeteren of handhaven van lichamelijke fitheid.

De *Nederlandse Norm Gezond Bewegen* voor *volwassenen* : 5 dagen per week 30 minuten *matig intensief bewegen*. De grens van *matig intensief bewegen* is lager voor 55 plussers dan voor volwassenen jonger dan 55.

Matig intensief bewegen : lopen, fietsen, (stevig) wandelen, sporten, huishoudelijk- of kluswerk wat niet zittend gedaan wordt.

Cluster

Op clusterniveau wordt door *jongeren* vaker *gesport* dan in ZHN (74% versus 70%). Het aantal *jongeren* dat aan de *Norm Gezond Bewegen* voldoet is vergelijkbaar met ZHN (10% versus 13%), maar lager dan landelijk (25%).

De *volwassenen* en *ouderen* zijn actiever dan in ZHN.

Het aantal *volwassenen* dat aan de *Norm Gezond Bewegen* voldoet (68%) is hoger dan in ZHN (64%). Het percentage dat *wandelt* (4,6%) en *sport*²¹ (54%) is vergelijkbaar met ZHN (wandelen 3,3% en sporten 51%). Het percentage *ouderen* dat aan de *Norm Gezond Bewegen* voldoet (61%) is vergelijkbaar met ZHN (57%). Het percentage dat *wandelt* (27%) en *sport* (32%) is hoger dan in ZHN (wandelen 23%, sporten 26%).

Voeding

Een *gezond voedingspatroon* is belangrijk voor een goede gezondheid. Het hebben van een *ongezond voedingspatroon* maakt de kans op *hart- en vaatziekten* groter. Dit komt met name door het consumeren van voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren. Behalve voor *hart- en vaatziekten* is een *ongezond voedingspatroon* ook een risicofactor voor *diabetes type 2*, *kanker* en *osteoporose (botontkalking)*. Door het eten van veel vis, groenten en fruit wordt de kans op *hart- en vaatziekten* juist kleiner. En het eten van veel groenten en fruit vormt een bescherming tegen diverse vormen van *kanker*.

De *norm* bij een *gezond voedingspatroon* : 200 gram groente en 2 stuks fruit per dag.

Ongezonde eetgewoonte : minder dan drie maal warm eet of ontbijt of minder dan twee keer melkproducten, fruit, volkoren producten of groente eet (door de week) (RIVM).

Cluster

Het percentage *jongeren* dat één of meer *ongezonde eetgewoonten*²² heeft is op clusterniveau vergelijkbaar met ZHN (36% versus 39%).

Diabetes

Diabetes Mellitus (suikerziekte) is een chronische stofwisselingsziekte waarbij het lichaam niet meer het vermogen heeft glucose om te zetten in energie. Er zijn 2 typen diabetes; Type 1 is de vorm waarbij men afhankelijk is van insuline, komt vaak al op jonge leeftijd voor en de belangrijkste risicofactor voor dit type is erfelijke aanleg. Type 2 wordt ook wel ouderdomssuiker genoemd en hierbij kan er ook sprake zijn van een erfelijke aanleg, maar gelden ook risicofactoren als *roken*, *ongezond voedingspatroon*, *lichamelijke inactiviteit* en *ernstig overgewicht*. Van alle diabetespatiënten heeft bijna 90% type 2.

Cluster

²¹ *Sporten*: minimaal 1 maal per week. *Fietsen*: minimaal 5 dagen 30 min. *Wandelen*: minimaal 5 dagen 30 min.

²² *Een ongezonde eetgewoonte*: Door de week minder dan drie keer warm eet of ontbijt of minder dan twee keer melkproducten, fruit, volkoren producten of groente.

In het cluster is het percentage 19-64 jarigen met diabetes vergelijkbaar met ZHN en Nederland. 1,7% van deze groep heeft diabetes, t.o.v. 2,6% in ZHN (peildatum 2005) en 2% in Nederland (peildatum 2003). Het percentage 65-plussers met diabetes is lager, namelijk 9% t.o.v. 12 % in ZHN (peildatum 2005) en 15% in Nederland (peildatum 2003).

Psychosociale problemen & psychische problemen

Bij de *jongerenpeiling* is aan de hand van de KIPVA (Korte Indicatieve Vragenlijst voor Problematiek bij Adolescenten) de geestelijke gezondheid gemeten. Dit is een lijst met vragen over de sociale omgeving, psychosomatische klachten en het beeld dat de jongere over zichzelf heeft. Uit deze vragen wordt een score berekend. Een score boven een bepaalde waarde is een indicatie dat een jongere *psychosociale problemen* kan hebben.

Cluster

Het percentage *jongeren* met een indicatie voor *psychosociale problemen* (24%) of dat *piekert* (21%) is gelijk aan dat van ZHN. Het aantal jongeren dat *ongelukkig* is, is vergelijkbaar met ZHN (3% versus 5%).

Psychische stoornissen

Psychische stoornissen

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

Angststoornis

Wanneer heftige angstklachten optreden zonder een reële bedreiging, is er mogelijk sprake van een *angststoornis*. Het ontbreken van een reële dreiging onderscheidt *angststoornissen* van normale gevoelens van vrees of angst. De symptomen zijn in beide gevallen hetzelfde: hartkloppingen, een droge mond, een beklemd gevoel, nerveuze spanning, prikkelbaarheid, rusteloosheid, verhoogde spierspanning of slaap- en concentratieproblemen (RIVM).

Depressie

Depressie kenmerkt zich door een depressief gevoel of duidelijk verminderde algemene interesse het grootste deel van de dag, gedurende minimaal twee weken. Daarnaast beïnvloeden andere klachten iemands functioneren, zoals slaapstoornissen, moeheid en lusteloosheid, problemen met concentratie, piekeren over de dood en zelfdoding. Een *depressie* duurt gemiddeld zes maanden; bij 14 procent van de mensen met een depressie duurt de ziekte langer dan twee jaar (RIVM).

Cluster

Op clusterniveau is het percentage *volwassenen* met een *hoog risico* voor een *angststoornis* of *depressie* lager dan in ZHN. Het aantal *volwassenen* dat aan *suicide* heeft gedacht de afgelopen 12 maanden is lager en het aantal *ouderen* dat aan *suicide* heeft gedacht is vergelijkbaar met ZHN (zie tabel). Het aantal *ouderen* dat *matig* eenzaam is (31%) en het aantal *ouderen* dat *ernstig* eenzaam is (8,6%), is vergelijkbaar met ZHN (ZHN matig 34% ernstig 7,1%).

Tabel: Geestelijke gezondheid

Geestelijke Gezondheid	<i>Volwassenen</i>		<i>Ouderen</i>	
	ZHN	Cluster	ZHN	Cluster
<i>Matig risico angstst. of depressie</i>	31%	30%	34%	32%
<i>Hoog risico angstst. of depressie</i>	4.5%	1.7%	4.0%	2.6%
<i>Aan suicide gedacht afg. 12 mnd</i>	6.5%	4.4%	3.9%	5.2%
<i>Contact met GGZ of AMW afg. 12 mnd</i>	8.0%	6.7%	4.5%	4.3%

Vetgedrukt = significant afwijkend van het gemiddelde

Cannabis & Harddrugs

Cluster

Op clusterniveau is het *cannabisgebruik* gelijk (8%) aan dat van ZHN en het *harddrugsgebruik* hoger dan in ZHN (4.7% versus 3.4%). Het drugsgebruik²³ (zowel cannabis als harddrugs) is in vijf jaar tijd onder 12-17 jarigen gelijk gebleven, maar onder 18-26 jarigen is dit flink toegenomen (cannabis van 5% naar 11%, harddrugs van 3.8% naar 6%), terwijl dit in ZHN gelijk is gebleven.

Slachtofferschap, huiselijk geweld & ouderenmishandeling

Slachtofferschap & huiselijk geweld

Cluster

Het aantal *jongeren* dat *ongewenst seksueel contact* heeft gehad en *ooit lichamelijk mishandeld* is vergelijkbaar met ZHN (ongewenst seksueel contact: cluster 7% versus 9% ZHN en lichamelijk mishandeld 14%).

Het percentage *volwassenen* dat slachtoffer is geweest van *huiselijk geweld* en het percentage *ouderen* is vergelijkbaar met ZHN (volwassenen 1,7% versus 2,4%, ouderen 0,9% versus 0,8%).

Leiderdorp

Omtrent *huiselijk geweld* is er in de regio ZHN een samenwerkingsverband tussen o.a. Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland (MDMH), Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld (GGD Midden Holland) en het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling.

Uit de gegevens van het MDMH blijkt dat in Leiderdorp in totaal 279 personen in 2006 werden behandeld, waarbij het in 4% van de gevallen gaat om behandeling omtrent *slachtoffer geweld*.

In 2006 zijn er bij de Politie ZHN 25 aangiften geregistreerd van *huiselijk geweld* voor de gemeente Leiderdorp (3,5% van het totaal van de aangiften). Een aanname gebaseerd op het Intomart-onderzoek (1997) is dat maar 6% aangifte doet (Nieuwsbrief: *Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld*, GGD 2007). Wanneer de aanname wordt doorberekend voor de gemeente Leiderdorp zou dit betekenen dat er sprake moet zijn van 416 gevallen van *huiselijk geweld*.

Ouderenmishandeling

Het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een persoonlijke of professionele relatie met de oudere staan, waardoor de oudere persoon (herhaaldelijk) lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt, dan wel vermoedelijk lijden zal, en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid (Vilans, kenniscentrum ouderen).

Leiderdorp

Op elke 5.000 personen van 55 jaar en ouder hebben er gemiddeld 280 (5,6%) te maken met lichte tot ernstige vormen van ouderenmishandeling (Nieuwsbrief: *Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld*, GGD 2007). Leiderdorp telt 7.274 personen van 55 en ouder. Het aantal *ouderen* dat slachtoffer wordt van *oudermishandeling* zou neerkomen op ruim 400 (ongeveer 407). Het gaat om een aanname, want van Leiderdorp zijn geen cijfers beschikbaar.

3.4 Woon- & leefomstandigheden

Fysieke omgeving

De eigen woning en de woonbuurt behoren tot de *fysieke omgeving*. De *waardering*²⁴ voor de fysieke omgeving is meetbaar, zoals ook de *overlast*²⁵. Geluidsoverlast wordt landelijk met name veroorzaakt door het wegverkeer.

²³ Drugsgebruik: laatste vier weken gebruikt.

²⁴ Waardering van de fysieke omgeving:

Cluster

De *geluidsoverlast* (met name van vliegtuigen) is op clusterniveau gedaald (2005 versus 2000), maar hoger dan in ZHN (38% versus 34%). Het percentage *stankoverlast* is vergelijkbaar met dat van ZHN (8,1% versus 8,2%).

Sociale omgeving

Opleiding, werk & inkomen

Cluster

6,0% van de *volwassenen* heeft *grote moeite heeft met rondkomen* en is vergelijkbaar met ZHN (6,9%). 1,4% van *volwassenen* is *werkloos/werkzoekend* en 3,8% *arbeidsongeschikt*, dit is vergelijkbaar met ZHN (1,7% en 4,2%). Het aantal *ouderen* dat *grote moeite heeft met rondkomen* is op clusterniveau 1,2 % en voor ZHN 3%.

Leiderdorp

Er zijn relatief weinig *laag opgeleiden* in de gemeente Leiderdorp (26%), een relatief groot aandeel van de *beroepsbevolking werkt* (66%). Ook ligt het *besteedbaar inkomen per inwoner* en *huishouden* hoger dan gemiddeld en er zijn minder huishoudens met een *laag inkomen*.

Tevens zijn er weinig *uitkeringsgerechtigden* (bijstand, WW, WAO) in de gemeente Leiderdorp t.o.v. Nederland, het percentage is wel gelijk aan dat van ZHN.

Schulden

Wanneer men *schulden* binnen een gesteld termijn kan aflossen, vormen *schulden* niet zozeer een probleem. Problemen ontstaan als de *betalingsachterstanden* oplopen. Volgens het NIBUD zijn de *schulden risicovol* als:

- Er meer dan drie schuldeisers zijn
- Een betalingsachterstand twaalf maanden of langer heeft geduurd
- Een betalingsachterstand groter is dan duizend euro
- Men tenminste één van de betalingsachterstanden niet zelfstandig binnen twaalf maanden kan oplossen.

Problemen ontstaan als twee of meer van bovenstaande situaties gelden.

Cluster

Het aantal *jongeren* met *schulden* (zonder studieschuld) is op clusterniveau vergelijkbaar met ZHN (18% versus 17%). Het aantal *volwassenen* met een *risicovolle of problematische schuld* en het percentage *ouderen* is vergelijkbaar met ZHN (volwassenen 7,1% versus 6,5%, ouderen 1,5%).

3.5 Zorggebruik

Lichamelijke gezondheidszorg

Aan de respondenten is gevraagd aan te geven of ze de afgelopen 12 maanden contact hebben gehad met één of meerdere zorgverleners of instanties.

slechte waardering woning: rapportcijfer voor waardering van de woning 5 of minder

slechte waardering woonomgeving: rapportcijfer voor waardering van de buurt 5 of minder

²⁵ Overlast van de fysieke omgeving: geluid: vaak tot altijd geluidsoverlast van één of meer van een lijst van 13 items

overlast van brommers: vaak tot altijd geluidsoverlast van brommers.

overlast van vliegtuigen: vaak tot altijd geluidsoverlast van vliegtuigen.

stank: vaak tot altijd stankoverlast van één of meer van een lijst van 4 items

Cluster

Er zijn op clusterniveau meer *volwassenen* en *ouderen* die naar de *tandarts* gaan vergeleken met ZHN (volwassenen 84% versus 80%, ouderen 63% versus 48%). Er maken op clusterniveau minder volwassenen gebruik van een *paramedicus* dan in ZHN (17% versus 22%).

Geestelijke gezondheidszorg

Bij de *jongerenpeiling* is gevraagd of de *jongeren* in de afgelopen 12 maanden een *instelling* (*Geestelijke Gezondheidszorg* (GGZ), *Maatschappelijk Werk*, *Bureau Jeugdzorg* of *Verslavingszorg*) hebben bezocht. In de *gezondheidspeiling* is gevraagd of men de afgelopen 12 maanden contact heeft gehad met de GGZ, *maatschappelijk werk* of *verslavingszorg*.

Cluster

Het percentage *jongeren* dat een *instelling* heeft bezocht is op clusterniveau gelijk aan dat van ZHN (9%). Op clusterniveau is het aantal *volwassenen* dat gebruik maakt van GGZ of *maatschappelijk werk* en het percentage dat contact heeft gehad met *verslavingszorg* vergelijkbaar met ZHN (GGZ/MW 6.7% versus 8.0%, Verslavingszorg 0,3% versus 0,4%). Het aantal *ouderen* dat contact heeft gehad met GGZ of *Maatschappelijk Werk* is tevens vergelijkbaar met ZHN (4,3% versus 4,5%).

Leiderdorp

Uit cijfers van Stichting *Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland* (MDMH) blijkt dat in Leiderdorp in het jaar 2006 in totaal 279 dossiers in behandeling waren. Er zijn meer aanmeldingen van vrouwen (69%) en het grootste percentage van de personen zat in de leeftijdscategorie 30-49 jaar (51%) daarna in de leeftijdscategorie 20-29 jaar en 50-65 jaar (beide 18%). 6% zat in de leeftijdscategorie 0-19 jaar en 7% was 65- plus.

De grootste groep werd behandeld i.v.m. de *relatie tussen ouder en kind* (20%). Ook problemen rond *echtscheidingen* en *verwerkingsproblemen* vormden een groot aandeel van de behandelingsproblemen (12% en 11%). 9% van de personen werd behandeld i.v.m. *overige psychische problemen*.

Bijna de helft van de personen had een behandelingsduur tussen de 2 en 6 maanden, 30% korter dan 2 maanden, 15% tussen de 6 maanden en een jaar en 6% langer dan een jaar.

In Leiderdorp was er in het jaar 2006 sprake van een daling van het aantal dossiers. Met name het aantal dossiers met een behandelperiode tussen de 6 en 12 maanden. Dit heeft te maken met het feit dat het schoolmaatschappelijk werk geen fysiek spreekuur meer heeft op scholen binnen het primair basisonderwijs. Er is een stijging te zien in het aantal aanmeldingen rondom *verwerven van inkomen* en *besteding van inkomen*.

Mantelzorg

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

Cluster

Op clusterniveau wordt meer *mantelzorg* gegeven (18%) dan in de rest van ZHN (12%). Het aantal *volwassenen* dat mantelzorg geeft is 18% en het aantal *ouderen* dat mantelzorg geeft is 17%. Het percentage ouderen dat mantelzorg *ontvangt* is vergelijkbaar met ZHN (15% versus 14%).

Preventieprogramma's

Veel inwoners van ZHN maken gebruik van *preventieprogramma's* (Rijksvaccinatieprogramma, de griep prik en het bevolkingsonderzoek borst- en baarmoederhalskanker).

Cluster

In Leiderdorp halen meer *ouderen* de griep prik vergeleken met ZHN (91% versus 85%).

Bijlage 4 Bestaand aanbod

(ziekte)verzuim

- **De GGD** Hollands Midden heeft het project *Arbo-zorg* ontwikkelt voor VMBO-scholen. Leerlingen die meer dan drie keer in drie maanden ziek zijn gemeld (tot een maximum van 50 leerlingen) worden door de GGD gevolgd en begeleid. Dit project loopt op 3 scholen in Leiden en wordt gefinancierd door de gemeente Leiden.

Voeding en beweging

- Het **Sociaal Cultureel werk** (SCw) in Leiderdorp heeft een cursus *Fit: vet fun*. Dit is een cursus voor kinderen in de leeftijd van 8 tot 12 jaar. De kinderen gaan onder begeleiding bewegen en krijgen voedingsadvies van een diëtiste. De ouders worden bij de cursus betrokken, waarbij er aandacht is voor gezonde producten en het koken van gezonde maaltijden. De cursus duurt 12 weken en wordt deels vergoed (na doorverwijzing van de huisarts naar een diëtiste) door de ziektenkostenverzekering.
- **Cardea** heeft samen met het LUMC en TNO een programma ontwikkeld voor de behandeling van overgewicht, *Weet en beweeg*. Dit programma is voor kinderen, jongeren en ouders van kinderen met ernstig overgewicht en is alleen op doorverwijzing mogelijk. Het Rijnland ziekenhuis in Leiderdorp doet aan dit programma mee. Het programma kent een cognitieve gedragstherapeutische aanpak, waarbij de kinderen, jongeren en ouders gedurende een jaar intensief worden begeleid bij de gewichtsbeheersing om gedragsverandering tot stand te brengen.
- **ActiVite** Thuiszorg Groot Rijnland heeft diëtisten en diabetesverpleegkundige in dienst. In Leiderdorp heeft de diëtist regelmatig spreekuur, locatie Berkenkade. Op het spreekuur kunnen kinderen (0-18 met hun ouders) en volwassenen met overgewicht of ernstig overgewicht terecht voor individuele begeleiding.

Daarnaast heeft ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland een leefstijl programma *Ik (w)eeet het beter!* voor kinderen met overgewicht of ernstig overgewicht leeftijd 9-12 jaar (groep 6 t/m 8). De kinderen krijgen individuele begeleiding door de diëtist op het spreekuur met daarnaast een groepsprogramma van 8 weken. Dit programma bestaat uit 45 minuten theorie (op een speelse manier om leren omgaan met gezonde voeding) en 45 minuten sporten onder begeleiding van een beweegdocent. Bij 3 bijeenkomsten is er ook een opvoedkundige aanwezig, tijdens deze bijeenkomsten worden ook de ouders gevraagd deel te nemen. De opvoedkundige geeft tips over hoe om te gaan met eetgedrag, maar ook pesten en plagen. De cursus kan gegeven worden in een gymzaal van een basisschool of in een sporthal. Ook kan er een vervolg gegeven worden aan het sport gedeelte. Op dit moment wordt de cursus gegeven in Leiden (Noord en Zuid-West) en Roelofarendsveen. De individuele Begeleiding wordt vergoed vanuit de zorgverzekering, hier is een verwijzing van de huisarts voor nodig. De kosten voor de groep (8 bijeenkomsten en een terugkomdag) 18 euro mits er financiering vanuit de gemeente of ZONMW mogelijk is. De diëtisten van ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland kunnen ook ingehuurd worden voor ouderavonden of gastlessen over gezonde leefstijl op kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, basisscholen of middelbare scholen voor zowel ouders als leerlingen.
- **De GGD** Hollands Midden heeft meerdere projecten op het gebied van voeding en beweging:
 - *Okido!* is een project voor leerlingen uit groep 6 en 7 en hun ouders, de directie en docenten van de basisschool. Het project bestaat uit vier lessen, lesmateriaal, ontbijtgastles, tussendoortjes gastles, ouderinformatie/voorlichting en een ouderbijeenkomst. De directie en docenten worden ondersteund bij het geven van de lessen en het formuleren van eet- en beweegbeleid op school. Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland (dietetiek).
 - Pilotproject *Maathouden*. Dit project is voor ouders en hun kinderen met matig en ernstig overgewicht tussen de 9 en 12 jaar. Via laagdrempelige individuele contacten krijgen zij extra ondersteuning. Het project omvat vier consulten waarin het kind ook wordt gemeten en gewogen. Verder krijgt het kind een magneet, een groeimeter en een flyer met eet- en beweegtips, moet het kind gedurende 3 weken een eet- en beweegdagboek bijhouden en

wordt er extra informatie aan de ouders gegeven. Het project wordt mede mogelijk gemaakt met de financiering van zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid (subsidie tot 1 januari 2008).

- *De gezonde schoolkantine* is een project voor het voortgezet onderwijs (directie, docenten, kantinebeheerders, leerlingen en hun ouders) om te komen tot een gezond kantinebeleid. De GGD begeleidt de scholen om te komen tot een veilig aanbod van eten en drinken. (Regulier aanbod).
- *Gezond bewegen scoort in het VMBO* is een project voor de directie en docenten die lesgeven op het VMBO (specifiek docenten lichamelijke opvoeding en biologie/verzorging) met als doel jongeren bewust maken van het belang en de mogelijkheden van bewegen en de relatie tussen eten en bewegen. Het project omvat onder meer lessuggesties/-materiaal en schoolkrantartikelen ten behoeve van de voorlichting. Het basisproject behoort tot de reguliere begroting, maar er is een mogelijkheid extra modules (sportservice) te volgen die extra financiering vereisen.

Alcohol en drugs

- **De GGD Hollands Midden** heeft meerdere projecten op het gebied van alcohol en drugs.
 - *Weet wat je wilt!* is een project voor het basisonderwijs dat leerkrachten in de groepen 7 en 8 uitvoeren, waarbij de GGD deze leerkrachten traint. Met name het gebruik van alcohol, roken en drugs en de gevaren hiervan worden onder aandacht van de kinderen en de ouders gebracht. De scholen worden van materialen voorzien in de vorm van lesboekjes en een docentenhandleiding. Het aanbod wordt regelmatig onder de aandacht gebracht met een persoonlijke begeleiding naar de scholen. Leiderdorp heeft 13 scholen voor het basisonderwijs. Zeven scholen (Het Bolwerk, de Driemaster, de Hobbit, De Leeuwerik, De Regenboog, De Schakel en De Willem de Zwijger) zetten lessen genotmiddelenpreventie in.
 - *De gezonde school en genotmiddelen* is een programma voor het voortgezet onderwijs. Het programma bevat lessen en de scholen worden ondersteund bij het signaleren van problemen en het begeleiden van de kinderen, het betrekken van ouders en het formuleren van beleid. Voor Leiderdorp wordt bij Visser 't Hooft een aanbod gedaan. Verder zullen jongeren uit Leiderdorp ook scholen in Leiden e.o. bezoeken en worden zij via deze scholen bereikt.
 - **Het Informatie en Documentatiecentrum** (GVO) van de GGD heeft campagnemateriaal omtrent cannabis dat ter beschikking wordt gesteld aan verschillende scholen, waarvan in 2006 één school in Leiderdorp gebruik heeft gemaakt.
 - Het project *Hijzen en Slikken* wordt sinds 1998, in opdracht van de gemeente Leiden, door de GGD in samenwerking met Brijder Verslavingszorg, de Politie, Het Trimbos-instituut, de Leidse Welzijnsorganisaties, het ROC en verschillende horeca- en coffeeshopeigenaren uitgevoerd. Met dit project wordt er aandacht besteed aan het gebruik van verschillende genotmiddelen (zoals alcohol) en (party)drugs in het uitgaansleven en richt zich op jongeren van 12 tot en met 25 jaar op straat, in de kroeg, coffeeshop en/of discotheek met als doel de jongeren met betrouwbare informatie bewust(er) te maken van de risico's van genotmiddelen. Het project richt zich behalve op jongeren, ook op ouders en/of opvoeders. Er wordt gebruik gemaakt van folders en er worden allerlei activiteiten en acties georganiseerd. Het project draait in Leiden, maar hier worden ook Leiderdorpse jongeren in het uitgaanscircuit mee bereikt.

Depressie

- **De GGD Hollands Midden** voert in samenwerking met **GGZ Leiden** het project *Veerkracht* uit. In dit project staat de Integrale Aanpak Depressiepreventie (IAD, ontwikkeld door het Trimbos-instituut) centraal. Het doel van het project is depressieve klachten bij ouderen verminderen en de ouderen tijdig in beeld krijgen en bereiken met een passend aanbod. De GGD en GGZ zoeken samenwerking met organisaties die betrokken zijn bij het welzijn van ouderen (zoals ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland, Stichting Radius, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland (MDMH),

eerstelijnszorg en verzorgingshuizen) naar een combinatie van preventiestrategieën. Er is gekozen voor Leiden Zuid-West, aangezien daar veel ouderen wonen. Het project zal in 2008 worden geëvalueerd.

- **GGZ** Leiden en omstreken heeft een afdeling preventie van waaruit verschillende (zelfhulp)cursussen, trainingen en voorlichtingsbijeenkomsten worden aangeboden voor zowel de oudere als zijn/haar familie en directe omgeving. Op het gebied van (het tegengaan van) depressieve gevoelens bestaan een aantal cursussen. Voor alle cursussen van de GGZ geldt dat er zonder doorverwijzing aan deelgenomen kan worden.
 - *Depressieve gevoelens? Zelf aan de slag!* is een zelfhulp cursus voor mensen die last hebben van somberheid of depressie, waarin mensen thuis in hun eigen tempo middels een werkmappie en persoonlijke (telefonische) begeleiding vanuit de GGZ leren omgaan met hun depressieve gevoelens.
 - *In de put? Uit de put!* is een groepscursus waarin met behulp van groepsgesprekken en huiswerkopdrachten vaardigheden worden aangeleerd om de depressieve gevoelens te overwinnen.
 - *Kleur je leven* is een internetcursus bestaande uit schriftelijke en gesproken informatie, korte films en opdrachten. Mensen kunnen individueel elke week in eigen tempo een les maken. In totaal zijn er 9 lessen.
 - *De verhalen die we leven* is een gespreksgroep (van vier personen) voor mensen die meer grip op hun leven willen krijgen. In de gesprekken wordt het eigen levensverhaal als uitgangspunt genomen. Voor elke bijeenkomst moeten de deelnemers vragen over perioden in hun leven beantwoorden en deze antwoorden dienen als lijdraad voor de gesprekken. Hierdoor kan de deelnemer zelf achterhalen wat de belangrijkste oorzaken van de somberheid zijn en hoe hiermee om te gaan.
 - *Je leven in beweging* is een wandel- en gespreksgroep voor mensen die op een actieve wijze iets willen doen aan de somberheid. Aan de hand van huiswerkopdrachten wordt tijdens het wandelen een aantal thema's besproken. Ook worden er oefeningen gedaan om vaardigheden aan te leren die de stemming en gezondheid verbeteren. De groep komt zes maal bij elkaar.
- **Pluspunt** organiseert verschillende activiteiten, cursussen en huisbezoeken voor ouderen, mensen met een functiebeperking en/of chronisch zieken op het terrein van wonen, welzijn en zorg. Ook geven zij informatie & advies, persoonlijke ondersteuning en verschillende vormen van dienstverlening. Pluspunt heeft een aantal verschillende activiteiten en cursussen waarbij ouderen elkaar kunnen ontmoeten en op een actieve manier kunnen deelnemen aan de samenleving waarbij depressieve gevoelens (preventief) tegen gegaan kunnen worden, zoals:
 - *Het Welzijnsbezoek* wordt afgelegd bij thuiswonende ouderen van 75 jaar waarin de ouderen door middel van een informeel huisbezoek op de hoogte worden gebracht van de hulp- en dienstverlening die de gemeente Leiderdorp en verschillende instellingen kunnen bieden.
 - *Het Activerend Huisbezoek* is bedoeld voor ouderen die zich soms eenzaam voelen en daar verandering in willen brengen. De oudere wordt regelmatig bezocht (maximaal een jaar lang) waarbij samen met de oudere wordt gekeken op welke manier de omstandigheden verbeterd kunnen worden zodat de regie over het leven (weer) in eigen handen komt.
 - *Bezoekdienst voor en door weduwen en weduwnaars*. Tijdens deze bezoeken worden ouderen die hun partner recent zijn verloren ondersteunt in hun rouwproces door een vrijwilliger die zelf weduwe of weduwnaar is.
 - *Bewegingsactiviteiten* zoals: Fietsclub 55+, Nordic Walking club 55+, Wandelclub 55+.
 - *Vriendschapscursussen*. Ondersteunen van ouderen die hun vriendschappen willen uitbreiden of de kwaliteit willen verbeteren met als (neven)doel voorkomen/verminderen van eenzaamheid.

Bijlage 5 Landelijke campagnes

Overgewicht

Hieronder volgt een overzicht van activiteiten landelijke campagnes voor preventie van overgewicht bij jongeren.

- Nationaal Schoolzwemfestijn
- Nationale Diabetesdag
- Week van de gezondheid
- Nationale sportweek
- Heart Dance Award
- Nationale straatspeeldag
- Nationaal schoolontbijt
- Junior Hartdag
- Nationale schoolpleinprijsvraag
- Hartenracedag

Alcohol

Hieronder volgt een overzicht van landelijke campagnes voor preventie van alcoholgebruik bij jongeren.

- Alcohol en opvoeding
- Zeg NEE tegen alcoholschade bij uw opgroeiende kind www.zegNeederland.nl
- Wat drink jij ? www.watdrinkjij.nl (voorheen: De kater komt later)
- Alcoholinfo.nl
- Drank maakt meer kapot dan je lief is
- Ik ben zat... wie ben jij?
- De gezonde school en genotmiddelen (preventie op het gebied van alcohol en drugs)

Depressie

Hieronder volgt een overzicht van landelijke campagnes voor preventie van depressieve klachten bij ouderen.

- Internetcommunity '50plusnet'
- Preventieproject 'vroegsignalering in verzorgingshuizen'
- Huiskamerbijeenkomsten

Bijlage 6 Lijst met afkortingen

Awbz	Algemene wet bijzondere ziektekosten
Hoed	Huisartsen onder een dak
iJGZ	Integrale jeugdgezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal Overleg
JOP	Jongeren Ontmoetingsplaats
Galm	Groninger actief leven model
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
MDMH	Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
RBL HR	Regionaal Bureau Leerplicht Holland Rijnland
SCw	Sociaal Cultureel werk
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Wcpv	Wet collectieve preventie volksgezondheid
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvg	Wet voorzieningen gehandicapten
Zat	Zorg advies team
ZHN	Zuid-Holland Noord

Bijlage 7 Plan van aanpak 2008

Overzicht financiering 2008

Hieronder volgt een overzicht van de kosten zoals begroot voor het jaar 2008 inzake het uitvoeren van het gezondheidsbeleid. Het gezondheidsbeleid omvat een zeer breed terrein en een deel hiervan wordt besteed aan het uitvoeren van het lokaal gezondheidsbeleid. In de tabel worden de totaalbedragen voor het uitvoeren van het gezondheidsbeleid genoemd en waar mogelijk wordt aangegeven welke producten onder het uitvoeren van het lokaal gezondheidsbeleid vallen.

Product	Uitvoering	Begroting 2008
Openbare Gezondheidszorg o.a. infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, gezondheidspeilingen, publieksinformatie, Meldpunt Zorg & Overlast	RDOG/GGD HM	€ 183.935,-
Jeugdgezondheidszorg (uniform) o.a. contactmomenten, individuerichte zorg, rijksvaccinatieprogramma, voorlichting en advies	RDOG/GGD HM ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	€ 180.200,- € 292.265,-
Jeugdgezondheidszorg (maatwerk) o.a. aanbod nieuwkomers, beïnvloeding gezondheidsbedreigingen, zorgcoördinatie/zorgnetwerken OpvoedBureau, Stevig Ouderschap, (inclusief Maatwerkproduct: Preventie Overgewicht á € 1.750,-)OpvoedBureau, Stevig Ouderschap	RDOG/GGD HM ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland	€ 22.857,- € 48.898,-
Bestrijden eenzaamheid (Exclusief project zingeving > valt in de productbegroting 2008 onder een ander beleidsdoel ²⁶)	Stichting Pluspunt	€ 7.500,-
Totaal		€ 735.655,-

Uitvoering

Actiepunt	Uitvoering	Financiering
(Ziekte)verzuim		
Meldingsprotocol onder de aandacht brengen bij het directeurenoverleg	RBL HM	Binnen huidige financiering (regionaal)
Onderwerp (ziekte)verzuim en melding van verzuim regionaal op de agenda zetten	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Roken		
Aandacht in de lokale media	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit

²⁶ Het deelproject zingeving valt in de productbegroting 2008 binnen het beleidsdoel: *Recreatie, Educatie en Sportstimulering* maar het project draagt indirect wel bij aan het bestrijden van eenzaamheid.

	Communicatie	
Voorlichtingsavond	GGD/Thuiszorg	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Advies over roken bij verschillende instellingen en organisaties	GGD/Thuiszorg i.s.m. huisartsen, SMDHM, Ziekenhuis	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Campagne integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
In kaart brengen welke Leiderdorpse scholen gebruik maken van het aanbod	GGD	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Bestaande aanbod in regionale overleggen onder de aandacht brengen	Gemeente: Beleid en Projecten GGD/Thuiszorg	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Schoolgerichte preventie: projecten op scholen promoten, aandacht vragen voor opstellen schoolregels/voorbeeldreglement GGD.	GGD	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Gezinsgerichte preventie: betrekken ouders via school, ouderavonden, andere organisaties	GGD/Thuiszorg i.s.m. huisartsen, SMDMH, Ziekenhuis	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Omgevingsgerichte preventie: aandacht voor de norm bij (sport)kantines.	Gemeente: Beleid en Projecten GGD	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Bewegen (overgewicht)		
Aandacht in de lokale media	Gemeente: Beleid en Projecten Communicatie	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Voorlichtingsavond	GGD/Thuiszorg	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Advies over bewegen en voeding bij verschillende instellingen en organisaties	GGD/Thuiszorg i.s.m. Huisartsen, SMDHM, Ziekenhuis	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Campagne integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
In kaart brengen welke Leiderdorpse scholen gebruik maken van het aanbod	GGD	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Bestaande aanbod in regionale overleggen onder de aandacht brengen	Gemeente: Beleid en Projecten GGD/Thuiszorg	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Gemeentelijke brief uitdoen aan basisscholen/School voor het Voortgezet Onderwijs	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit

Alcohol en Drugs		
Aandacht in de lokale media	Gemeente: Beleid en Projecten Communicatie	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Voorlichtingsavond	GGD/Brijder Verslavingszorg	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Advies over alcohol en drugs bij verschillende instellingen en organisaties	GGD/Brijder Verslavingszorg/Thuiszorg i.s.m. huisartsen, SMDHM, Ziekenhuis	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Campagne integreren binnen lokale activiteiten/festiviteiten	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
In kaart brengen welke Leiderdorpse scholen gebruik maken van het aanbod	GGD	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Bestaand aanbod in (regionale) overleggen onder de aandacht brengen	Gemeente: Beleid en Projecten GGD/Thuiszorg	Binnen RDOG/GGD HM financiering Binnen bestaande subsidieafspraken ActiVite Thuiszorg Groot Rijnland
Gemeentelijke brief uitdoen aan basisscholen/School voor het Voortgezet Onderwijs	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Schoolgerichte preventie: projecten op scholen promoten, aandacht voor de richtlijn op schoolfeesten/schoolkampen. Aandacht vragen voor opstellen schoolregels/voorbeeldreglement GGD	GGD	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Gezinsgerichte preventie: betrekken ouders via school, ouderavonden, andere organisaties	GGD	Binnen RDOG/GGD HM financiering
Omgevingsgerichte preventie: aandacht voor de richtlijn bij horecagelegenheden en (sport)kantines	Gemeente: Beleid en Projecten GGD	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit Binnen RDOG/GGD HM financiering
Depressieve klachten		
Aandacht voor preventie van depressieve klachten in het Wmo-beleidsplan	Gemeente: Beleid en Projecten	Binnen urenraming ambtelijke capaciteit
Promotie bestaand aanbod (projecten/cursussen) op het gebied van depressiepreventie	Pluspunt, GGD, GGZ	Binnen bestaande subsidieafspraken Pluspunt Binnen RDOG/GGD HM financiering