

2008.

Nr. : 08.0008
Dnst. : Ontw./SEB

Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012: "Accenten in gezondheidsbeleid" (na inspraak).

Leiden, 22 januari 2008.

Op 30 oktober 2007 heeft ons College Het concept van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012: 'Accenten in gezondheidsbeleid' voor de inspraak vastgesteld. De gemeente is in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid wettelijk verplicht om een nota Lokaal gezondheidsbeleid voor een periode van ten hoogste 4 jaar vast te stellen. In dit plan moeten de hoofdlijnen van ons beleid op het gebied van preventie ten aanzien van volksgezondheid en de resultaten die wij daarmee willen bereiken worden vastgelegd.

Inhoud

In deze nota worden de speerpunten voor de periode 2008-2012 binnen de huidige budgettaire kaders bepaald. De nota gaat vooral in op de direct voor gezondheid relevante activiteiten.

Daarbij worden de volgende prioriteiten gesteld:

- a. Jeugd met daarbij speciaal aandacht voor overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en weerbaarheid;
- b. Inwoners met de grootste gezondheidsrisico's (waaronder ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een lage sociaal-economische positie) ondermeer via een wijkgerichte aanpak.
- c. Voor de overige door het Rijk gestelde prioriteiten (roken, alcoholgebruik onder volwassenen, diabetes en depressie) wordt aansluiting gezocht bij landelijke activiteiten.

Deze nota heeft een agendabepalend karakter. De concrete acties zullen na vaststelling van de nota worden vormgegeven in samenwerking met de partners in de stad.

Proces

In het traject om te komen tot deze nota heeft overleg plaatsgevonden met een aantal maatschappelijk partners. Daarnaast is de conceptnota in het kader van vooroverleg met de Adviesraad Wmo besproken. Vervolgens heeft het beleidsplan van 2 november t/m 14 december 2007 in de inspraak gelegen.

Vijf instellingen hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid schriftelijk te reageren op het concept.

Over het algemeen spreekt men waardering uit over de inhoud 'de accenten' die in deze nota worden vastgelegd. Daarnaast zijn er ook kritische kantekeningen gemaakt en aanvullingen geleverd. De reacties hebben geleid tot kleine aanpassingen en toevoegingen aan de nota. Hiermee wordt de kwaliteit van de nota verhoogd.

Wij stellen uw Raad voor het hierna in ontwerp afgedrukte besluit te nemen.

Burgemeester en Wethouders van Leiden,
de Secretaris, de Burgemeester,
P.I.M. v.d. WIJNGAART. H.J.J. LENFERINK.

De Raad van de gemeente Leiden;

Gezien het voorstel van Burgemeester en Wethouders (raadsvoorstel 08.0008 van 2008), kennis genomen hebbend van de beantwoording van de inspraakreacties, mede gezien het advies van de commissie;

BESLUIT:

De nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 'Accenten in gezondheidsbeleid' vast te stellen en daarmee in te stemmen met de volgende speerpunten:

- a. binnen het gezondheidsbeleid wordt prioriteit gegeven aan jeugd met daarbij speciaal aandacht voor overgewicht, schadelijk alcohol-/drugsgebruik en weerbaarheid;
- b. binnen het gezondheidsbeleid wordt prioriteit gegeven aan inwoners met de grootste gezondheidsrisico's (waaronder ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een lage sociaal-economische positie) dit doet zij ondermeer via een wijkgerichte aanpak;
- c. voor de overige door het Rijk gestelde prioriteiten (roken, alcoholgebruik onder volwassenen, diabetes en depressie) wordt aansluiting gezocht bij landelijke activiteiten.

Gedaan ter openbare vergadering van

de Griffier,

de Voorzitter,

Raadsaanbiedingsformulier

Rv nr.	
Opsteller Naam: A. van Leeuwen Dienst: C&E nu afdeling SEB Telefoon: 5318	
Verantwoordelijk portef.houder: wethouder Van den Berg	B&W-besluit d.d. 22-01-'08
<input type="checkbox"/> Meningsvormend <input type="checkbox"/> Besluitvormend <input type="checkbox"/> Informatief (t.k.n.)	
Naam Programma + onderdeel: Programma Welzijn en Zorg(10), Bevorderen van gezonde leefstijl en leefomgeving	
Onderwerp: Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012: Accenten in gezondheid	
Voorgenomen besluit: De nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 'Accenten in gezondheidsbeleid' vast te stellen en daarmee in te stemmen met de volgende speerpunten: <ul style="list-style-type: none">a. Binnen het gezondheidsbeleid wordt prioriteit gegeven aan jeugd met daarbij speciaal aandacht voor overgewicht, schadelijk alcohol-/druggebruik en weerbaarheid;b. Binnen het gezondheidsbeleid wordt prioriteit gegeven aan inwoners met de grootste gezondheidsrisico's (waaronder ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een lage sociaal-economische positie) ondermeer via een wijkgerichte aanpak.c. Voor de overige door het Rijk gestelde prioriteiten (roken, alcoholgebruik onder volwassenen, diabetes en depressie) wordt aansluiting gezocht bij landelijke activiteiten.	
INHOUD	
Aanleiding: Ingevolge de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) is de gemeente verplicht om elke 4 jaar een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid vast te stellen. De vorige nota bestreek de jaren 2003 t/m 2006, deze nota bestrijkt de periode 2008 tot en met 2012. Op deze manier bestrijkt deze nota dezelfde termijn als het beleidsplan Wmo 'Participatie Centraal' die gelijktijdig aan de gemeenteraad wordt voorgelegd. In de nota lokaal gezondheidsbeleid wordt ondermeer ingegaan op de samenhang tussen de WCPV en de Wmo. Daarbij wordt aangegeven dat alle prestatievelden binnen de Wmo van invloed zijn op de gezondheid in algemene zin.	
Doel: In deze nota worden de speerpunten bepaald voor de periode 2008-2012 binnen de huidige budgettaire kaders. Deze nota heeft een agendabepalend karakter. De concrete acties zullen na vaststelling van de nota worden vormgegeven in samenwerking met de partners in de stad.	

<p>Kader: De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid</p>
<p>Overwegingen: In deze nota worden de speerpunten voor de periode 2008-2012 binnen de huidige budgettaire kaders bepaald. De nota gaat vooral in op de direct voor gezondheid relevante activiteiten. Daarbij worden de volgende prioriteiten gesteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeugd met daarbij speciaal aandacht voor overgewicht, schadelijk alcohol-/druggebruik en weerbaarheid; - Inwoners met de grootste gezondheidsrisico's (waaronder ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een lage sociaal-economische positie) ondermeer via een wijkgerichte aanpak. - Voor de overige door het Rijk gestelde prioriteiten (roken, alcoholgebruik onder volwassenen, diabetes en depressie) wordt aansluiting gezocht bij landelijke activiteiten. <p>Deze nota heeft een agendabepalend karakter. De concrete acties zullen na vaststelling van de nota worden vormgegeven in samenwerking met de partners in de stad.</p>
<p>Procedure:(hoe verloopt het proces, planning gericht op behandeling in de raad) Wij geven uw Raad/het Presidium in overweging dat dit voorstel als hamerstuk in de eerstvolgende Raad kan worden geagendeerd.</p>
<p>Financiën: (wat gaat het kosten en de dekking): Tot en met 2009 is voorzien in dekking van het lokale gezondheidsbeleid. Voor de periode daarna is een en ander afhankelijk van de ontwikkelingen met betrekking tot de middelen die in het kader van het Grote Steden Beleid ter beschikking worden gesteld.</p>
<p>Bijgevoegde informatie: (achterliggende documenten) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Raadsvoorstel - Het concept van de nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012: 'Accenten in gezondheidsbeleid'
<p>OVERIGEN</p>
<p>Communicatie: Nadat het beleidsplan door de Raad is vastgesteld zal de definitieve versie van de nota onder de betrokkenen worden verspreid. (denk ook aan publicatieplicht)</p>
<p>Evaluatie: In de nota zijn een aantal indicatoren opgenomen. Aan de hand van deze indicatoren kunnen de prestaties ten aanzien van de geformuleerde doelstellingen worden gevolgd. Verder heeft de nota een 4-jarig karakter. Voor de volgende nota wordt opgesteld vindt een evaluatie van het uitgevoerde beleid plaats.</p>

In te vullen door de griffie:

Raadsbesluit

Raadsvoorstelnr.

Onderwerp:

De raad van de gemeente Leiden,

Besluit:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Gedaan in de openbare raadsvergadering van

Voorzitter raad, griffier,

Advies van de commissie is: <input type="checkbox"/> Hamerstuk <input type="checkbox"/> Hamerstuk met stem- verklaring van de fracties van <input type="checkbox"/> Kort bespreekpunt <input type="checkbox"/> Uitgebreide discussie	Het besluit van de raad is: <input type="checkbox"/> Ongewijzigd aanvaard <input type="checkbox"/> Gewijzigd aanvaard <input type="checkbox"/> Verworpen	Aanvaarde moties/amendementen:
---	--	---

B&W-Aanbiedingsformulier

Onderwerp Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012: 'Accenten in gezondheidsbeleid' (na inspraak)

BESLUITEN

1. Kennis te nemen van de inspraakreacties op de conceptnota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 'Accenten in gezondheidsbeleid'.
2. De beantwoording van de inspraakreacties vast te stellen.
3. In te stemmen met de naar aanleiding van de beantwoording gewijzigde nota.
4. De Raad voor te stellen de nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 'Accenten in gezondheidsbeleid' vast te stellen en daarmee in te stemmen met de volgende speerpunten:
 - d. Binnen het gezondheidsbeleid wordt prioriteit gegeven aan jeugd met daarbij speciaal aandacht voor overgewicht, schadelijk alcohol-/drugsgebruik, en weerbaarheid;
 - e. Binnen het gezondheidsbeleid wordt prioriteit gegeven aan inwoners met de grootste gezondheidsrisico's (waaronder ouderen, chronisch zieken, gehandicapten en mensen met een lage sociaal-economische positie) ondermeer via een wijkgerichte aanpak.
 - f. Voor de overige door het Rijk gestelde prioriteiten (roken, alcoholgebruik onder volwassenen, diabetes en depressie) wordt aansluiting gezocht bij landelijke activiteiten.

Samenvatting

Het concept van de nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2012: "Accenten in gezondheidsbeleid" is door het College op 30-10-2007 vastgesteld voor de inspraak. Deze liep t/m 14 december 2007. Er zijn 5 reacties op de nota binnengekomen. Het College heeft kennisgenomen van deze inspraakreacties en deze verwerkt in het definitieve concept van de nota. De hoofdlijnen van het beleid zijn ongewijzigd gebleven.

Aan de Gemeenteraad wordt vervolgens voorgesteld de nota "Accenten in gezondheidsbeleid" vast te stellen en daarmee in te stemmen met de hoofdlijnen van het beleid op het gebied van preventie ten aanzien van volksgezondheid en de resultaten die wij daarmee willen bereiken

'Accenten in gezondheidsbeleid'

Conceptnota Lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012

22 oktober 2007

Index	Blz.
1. Inleiding	1
2. Beleidsmatig kader	1
2.1 Gezondheid en beïnvloedingsmogelijkheden	1
2.2 Wettelijk kader van gezondheids- en zorgbeleid	3
2.3 Wmo in relatie tot de WCPV	4
2.4 Reikwijdte van deze nota	4
3. Terugblik Lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006	5
3.1 Facetbeleid	5
3.2 De rol van de opdrachtgever	7
4. Activiteiten en Financiën	7
5. Ontwikkelingen en trends	9
5.1 Gezondheidssituatie in Nederland	9
5.2 Landelijke preventienota	10
5.3 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)	10
5.4 Jeugd	10
6. Vooruitblik 2008-2012	10
7. Uitvoeringsprogramma	12
7.1 Jeugd centraal	13
7.2 Overgewicht	13
7.3 Wijkgerichte aanpak hoge gezondheidsrisico's	14
7.4 Aansturing door de gemeente	14
8. Financiering lokaal gezondheidsbeleid	15
9. Overzicht doelen en indicatoren	15
Bijlagen:	
1. Een samenvatting van relevante nota's	17
2. Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid	24
3. Overige wetten Volksgezondheid	27
4. Overige taken GGD	28
5. WCPV-taken en Wmo-prestatievelden	31
6. Een overzicht van gemeentelijke beleid(s)ontwikkelingen op de verschillende prestatievelden	33
7. Resultaten van de Stand van Zakennotitie	35
8. Gezondheidssituatie in Leiden	37
9. Landelijk beleid	42

1. Inleiding

Deze gezondheidsnota bevat een evaluatie van de vorige nota en een vooruitblik naar de komende jaren (2008-2012). De vorige nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2006 had een kaderstellend karakter en legde de nadruk op de beleidsmatige rol van de gemeente. Vooral het agenderen van gezondheidsaspecten bij andere beleidssectoren, het zogenaamde 'facetbeleid', kreeg in de vorige nota aandacht.

De beleidsdoelen zoals vastgelegd in de vorige nota blijven ook de komende periode ongewijzigd van kracht. Dat betekent dat de aandacht binnen het gezondheidsbeleid blijft uitgaan naar 'gezonde mensen' met als specifieke doelgroep jeugd en naar 'bedreigde mensen' met als doelgroep ouderen en mensen met een laag inkomen.

In bijlage 1 is een korte samenvatting opgenomen van relevante nota's.

Deze nota heeft met name een "agenda-settend" karakter en bepaalt, binnen de huidige budgettaire kaders, de speerpunten voor de periode 2008-2012. Het jaar 2007 is gebruikt voor het opstellen van deze nieuwe nota. In die periode is het beleid zoals geformuleerd in de voorgaande nota gecontinueerd. Voor deze nota is de periode 2008-2012 gekozen omdat dit gelijk is aan de looptijd van het beleidsplan Wmo. Op deze wijze is het mogelijk om zowel in de beleidsontwikkeling als in de uitvoering meer samenhang tussen beide beleidsterreinen te creëren.

In de volgende paragraaf volgt een korte uiteenzetting over het beleidsmatig kader waarbinnen het lokaal gezondheidsbeleid geplaatst moet worden. Paragraaf 3 bevat een terugblik op de periode 2003-2006, waarbij aandacht is voor het facetbeleid. De kosten en activiteiten van het lokaal gezondheidsbeleid worden beschreven in paragraaf 4. Paragraaf 5 beschrijft een aantal belangrijke ontwikkelingen en trends die van belang zijn voor het gezondheidsbeleid in de komende jaren. In paragraaf 6 staan de uitgangspunten en de accenten in het lokale gezondheidsbeleid voor de komende jaren. Deze worden geconcretiseerd in het uitvoeringsprogramma in paragraaf 7. Tot slot biedt paragraaf 8 inzicht in het financiële kader waarbinnen de activiteiten de komende periode uitgevoerd moeten worden en geeft paragraaf 9 inzicht in de wijze waarop we de door ons gestelde doelen meten.

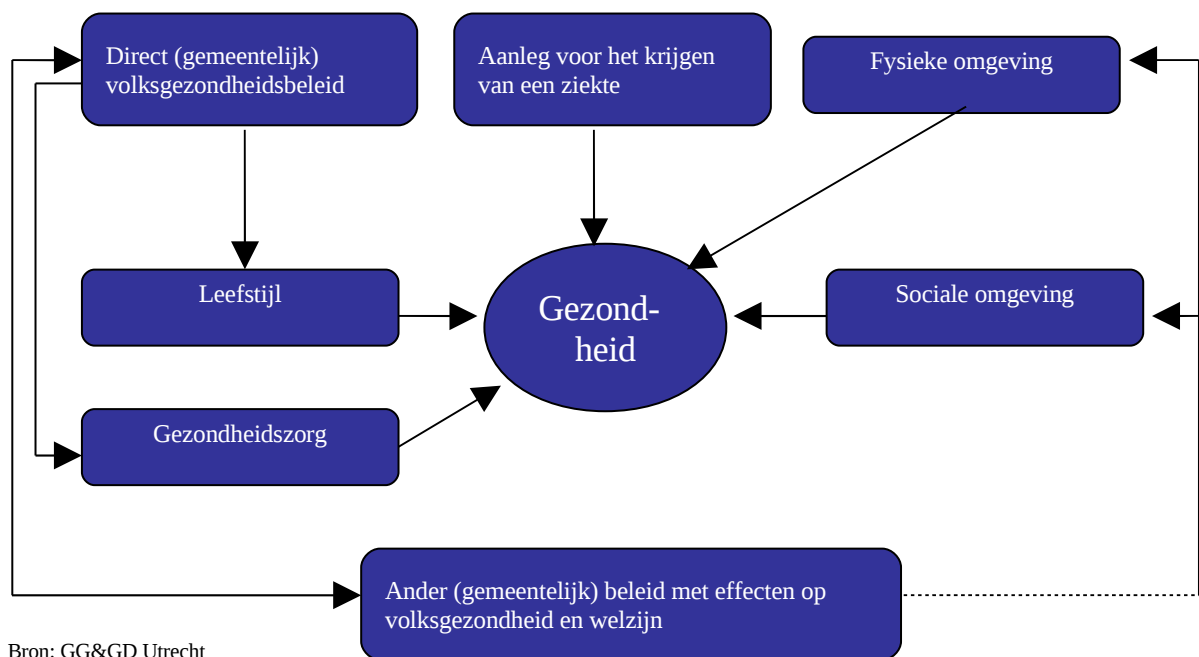
2. Beleidsmatig kader

2.1 Gezondheid en beïnvloedingsmogelijkheden

Volgens de WHO (Wereld Gezondheid Organisatie) is gezondheid 'een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekten en gebreken'. Dit betekent niet dat mensen nooit ziek zijn of dat in de samenleving alles tot in de puntjes geregeld is. Belangrijk is dat mensen positieve keuzes kunnen maken in hun eigen gedrag, invloed kunnen uitoefenen op hun sociale en fysieke omgeving en dat ze, indien nodig, gepaste, betaalbare zorg ontvangen. Voor een individu is gezondheid een waarde op zich en veelal ook een voorwaarde tot maatschappelijke participatie.

Bij het maken van beleid op het gebied van gezondheid is inzicht nodig in de manier waarop je gezondheid van mensen kunt beïnvloeden. Een handig hulpmiddel daarbij is het zogenaamde 'model van Lalonde' (zie figuur 1). Lalonde – die ooit minister van volksgezondheid in Canada was - onderscheidt vier soorten factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

1. biologische en erfelijke factoren: de aanwezige (aanleg tot) gezondheid of ziekte
2. omgeving: de fysieke en sociale omgeving, zoals woonomgeving, sociale samenhang, arbeidsparticipatie en veiligheid;
3. leefstijl: het gedrag van mensen dat van invloed is op hun gezondheid;
4. gezondheidszorg: de beschikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen.



Bron: GG&GD Utrecht

Figuur 1 Factoren die van invloed zijn op de gezondheid

Naast deze factoren uit het model van Lalonde zijn de sociaal-economische omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken van invloed op de gezondheid. Naarmate mensen een lagere inkomenspositie en een lagere opleiding hebben, wonen zij vaker in een ongezondere omgeving en houden zij er gemiddeld een ongezondere leefstijl op na. Via de determinanten sociale en fysieke omgeving en leefstijl wordt hun gezondheid hierdoor negatief beïnvloed.

Bovenliggend model biedt de aangrijpingspunten voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid. De gemeente heeft de meeste invloed op de omgeving. De leefstijl is in principe allereerst de eigen verantwoordelijkheid van burgers, maar kan door de gemeente worden beïnvloed. Voor de beschikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen is de gemeente afhankelijk van het initiatief van derden, waarbij zij deze derden kan stimuleren, faciliteren en kan financieren op afgesproken prestaties.

2.2 Wettelijk kader van gezondheids –en zorgbeleid

Vier wetten vormen de basis voor de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers: de Grondwet, de Gemeentewet, de Welzijnswet (die in 2007 is opgegaan in de

nieuwe 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. Doel van het gezondheidsbeleid is het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie. In bijlage 2 is aangegeven aan welke taken de gemeente in het kader van de WCPV in ieder geval aandacht moet besteden.

Gemeenten zijn verplicht elke vier jaar in een nota lokaal gezondheidsbeleid hun ambities te formuleren. De gemeenteraad moet daarin ten minste aangeven hoe hij uitvoering geeft aan onderstaande wettelijke 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.

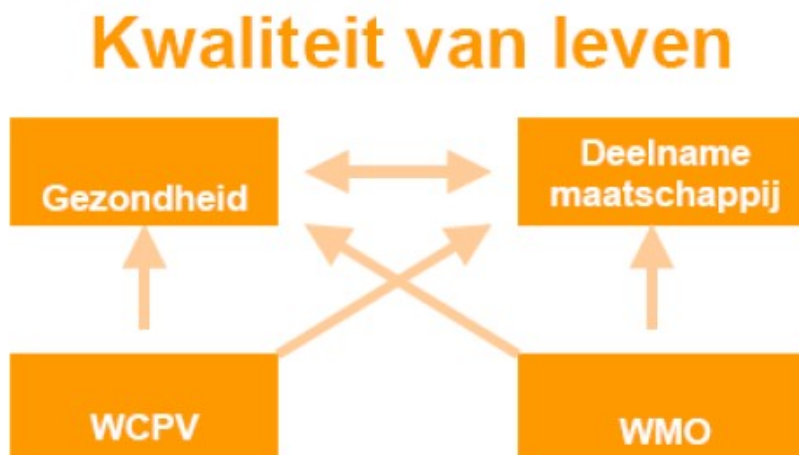
Bijlage 3 bevat een overzicht van de overige wetten die raken aan volksgezondheid. Om bovengenoemde taken uit te voeren, dragen burgemeester en wethouders zorg voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke of gemeenschappelijke gezondheidsdienst. De GGD is dus het primaire instrument van de gemeentelijke overheid om gezondheidsdoelstellingen te verwezenlijken. Uiteraard werkt de GGD daarin samen met zowel andere gemeentelijke instellingen als externe partners. Bijlage 4 bevat een compleet overzicht van de taken van de GGD HM.

2.3 Wmo in relatie tot de WCPV

Het model van Lalonde uit paragraaf 2.1 maakt ook inzichtelijk in hoeverre de Wmo het terrein van de openbare gezondheidszorg ofwel gezondheid raakt. Dit model geeft een beeld van alle factoren die van invloed zijn op de gezondheid. De meeste prestatievelden binnen de Wmo hebben betrekking op de fysieke en sociale omgevingsfactoren (factoren als wonen, veiligheid, inkomen, onderwijs, welzijn en sociale contacten). Indirect heeft de Wmo ook invloed op een aantal leefstijlfactoren, door bijvoorbeeld 'het bevorderen van verslavingsbeleid' (prestatieveld 9) en door het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning (prestatieveld 3). Het verlenen van voorzieningen aan mensen met beperkingen of problemen (prestatieveld 6) valt onder de factor zorg. Alle prestatievelden binnen de Wmo vertonen samenhang met de gezondheid in algemene zin.

Binnen de prestatievelden van de Wmo (in bijlage 5 een overzicht van de raakvlakken tussen de WCPV-taken en de WMO-prestatievelden) gaat het om preventie, zorg (care), welzijn en wonen. De WCPV gaat met name over preventie en tot op zekere hoogte curatie (cure). De belangrijkste verschillen tussen beide wetten zijn in tabel 1 samengevat.

De WCPV en de WMO kunnen het best gezien worden als twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van kwaliteit van leven van burgers (zie figuur 2). Gezondheid is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en omgekeerd draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid. De relatie tussen de WCPV en de Wmo benadrukt bovendien het belang van preventie.



Figuur 2: WCPV en WMO onmisbare pijlers voor kwaliteit van leven (Bron: GGD Gelre IJssel)

2.4 Reikwijdte van deze nota

In de vorige nota lokaal gezondheidsbeleid is de volgende visie ten aanzien van het gezondheidsbeleid opgenomen:

Leiden wil haar gezondheidsbeleid richten op preventie door een gezonde leefstijl te bevorderen en ernaar te streven een gezonde leefomgeving te creëren. De gemeente zal in haar gezondheidsbeleid ook een appèl doen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun eigen gezondheid. In het gezondheidsbeleid is het verkleinen van gezondheidsverschillen op grond van sociaal economische situatie (SES) een belangrijk aandachtspunt.

Bij het vormgeven van preventie is het beleid gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl en het bevorderen van een gezonde leefomgeving. Daarbij zijn de volgende speerpunten gekozen:

- gezonde leefstijlbevordering met daarbij aandacht voor bewegen en gezonde voeding
- fysieke leefomgeving
- bereikbaarheid en toegankelijkheid van de 1^e lijnsgezondheidszorg
- zelfzorg en zelfredzaamheid

Bij de formulering van speerpunten voor de periode 2008-2012 zullen we, in lijn met de landelijke preventie nota, met name in gaan op het punt gezonde leefstijlbevordering en in beperkte mate **op de sociale en** fysieke leefomgeving.

De aandacht voor de fysieke **en sociale** leefomgeving komt daarnaast ook terug in het beleidsplan Wmo 2008-2012. Elementen die in het beleidsplan genoemd worden zijn onder andere het uitvoeren van de nota 'Wonen, Zorg en Welzijn' en de geschiktheid van algemene voorzieningen voor iedereen, dus ook voor mensen met een handicap.

In deze nota wordt maar beperkt aandacht besteed aan sport. Naast de waarde die sport op zich zelf heeft, is het ook een bindende factor is. Sport versterkt gezondheid, sociale netwerken en maatschappelijke integratie en participatie (zie ook beleidsplan Wmo).. In de kadernota sportbeleid 'Startschot' worden een aantal activiteiten voorgesteld van waaruit direct een bijdrage wordt geleverd aan deze doelstellingen. Voorbeelden hiervan zijn acties ten aanzien van de toegankelijkheid van gemeentelijke sportvoorzieningen, de bevordering van de bereikbaarheid van sportvoorzieningen. Daarnaast het bevorderen van sportstimuleringsactiviteiten zowel voor jeugd, ouderen als mensen met een beperking.

In de notitie 'vestiging van huisartsen in Leiden' (vastgesteld in 2002) zijn de uitgangspunten voor het gemeentelijk beleid en de beleidsvoornemens met betrekking tot het oplossen van de vestigingsproblematiek vastgelegd. De gemeente ziet voor zichzelf vooral een faciliterende rol. Hert gemeentelijk beleid is gericht op:

1. het reserveren van ruimte voor de eerstelijnsgezondheidszorg in bestemmingsplannen;
2. het hanteren van een speciale formule bij het onttrekken van woningen aan de woonbestemming ten behoeve van praktijkvestiging;
3. het actiever benutten van de beschikbare gemeentelijke instrumenten op bovengenoemde terreinen;
4. een mate van dienstverlening door de gemeente die wordt bepaald door de (te verwachten) knelpunten in de betreffende situatie.

In deze nota zal niet verder in worden gegaan op beleid ten aanzien van de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de 1^e lijnszorg.

Het punt zelfzorg en zelfredzaamheid komt in zijn geheel terug in het beleidsplan Wmo. In bijlage 6 staat een overzicht van beleidsnota's en ontwikkelingen die betrekking hebben op de verschillende prestatievelen van de Wmo.

3. Terugblik lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006

In de vorige gezondheidsnota is preventie beschreven langs twee lijnen. De eerste lijn is de lijn van facetbeleid en de tweede lijn loopt via de rol van opdrachtgever.

3.1 Facetbeleid

Dit betreft de interne beleidsmatige rol, waarbij gezondheidsaspecten expliciet worden meegewogen bij beleidsmaatregelen van andere sectoren. Op deze wijze wordt een bewustwordingsproces voor gezondheid(seffecten) gestimuleerd. Op basis van de visie en uitgangspunten zijn in de afgelopen periode activiteiten in gang gezet. Deze zijn in 2005 beschreven in de Stand van Zakennotitie Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2006. Bij het opstellen van de Stand van Zakennotitie is afgesproken om aan te sluiten bij en gebruik te maken van kansrijke ontwikkelingen. Voorbeelden hiervan zijn de aanvragen die zijn gedaan in het kader van de Rijkssubsidieregeling Buurt Onderwijs Sport, activiteiten ten behoeve van vermindering van overgewicht bij jeugd in het kader van het Grote Steden Beleid en de aandacht voor gezondheid(spreventie) bij het inkopen van re-integratietrajecten voor uitkeringsgerechtigden.

In bijlage 7 staat een tabel met de resultaten medio 2007. Als we naar deze tabel kijken valt op dat er een slag gemaakt is waar het gaat om integraal beleid binnen de terreinen gezondheid, welzijn, sport en jeugd, maar waar het gaat om facetbeleid gericht op de fysieke leefomgeving zijn de resultaten minder aansprekend. Gelukkig bestaat facetbeleid voor gezondheidsaspecten in Leiden niet pas sinds het verschijnen van de nota gezondheidsbeleid in 2003. Al veel langer is er aandacht voor gezondheidsaspecten bij onder meer het ontwikkelen van bouwlocaties (zie bijvoorbeeld het kader verderop over Nieuw Leyden), in het sportbeleid en bij de aanpak van luchtverontreiniging¹. Voor dit laatste onderwerp is in Leiden recentelijk een werkgroep in het leven geroepen, bestaande uit medewerkers van de Milieudienst West-Holland, De GGDHM en de gemeente Leiden, die met allerlei maatregelen de gezondheidsbedreigende luchtverontreiniging probeert terug te dringen. Deze maatregelen bestaan uit het aanbrengen van roetfilters op vuilniswagens, het weren van vervuילend vrachtverkeer, het geven van voorrang aan schoon verkeer bij nieuwe wijken of herstructurering, het introduceren van “groene golven” op drukke ontsluitingswegen. Een ander voorbeeld van facetbeleid zijn de pogingen die nu ondernomen worden om snackwagens te weren bij scholen via de verordening op de ambulante handel.

In 2006 heeft het college het Beleidskader Duurzame Stedenbouw vastgesteld. Dit beleid is gebaseerd op drie kwaliteitspijlers (People, Planet, Profit) en gerubriceerd naar duurzaamheidsthema's en deelaspecten. Per deelaspect zijn een basis- en een extra ambitieniveau geformuleerd, waarvan de maatlat hoger ligt dan wettelijk vereist. Naast de basisambities geldt voor minimaal één duurzaamheidsthema een extra-ambitie. Bijvoorbeeld voor Gezondheid zijn ambities voor lucht, geluid en geur geformuleerd.

Project Okido

Het project Okido is in 2004 door de GGD gestart op 4 scholen (5 groepen) in Noord, in 2005 uitgebreid met drie scholen (4 groepen) in Zuid West en inmiddels draait Okido ook op scholen in de Mors. De reden om te kiezen voor deze wijken is dat het probleem van overgewicht in Leiden Noord en ZuidWest groot is (gemiddeld 30 tot 40% overgewicht in groep 7).

*Het project Okido is gericht op een gezonde balans tussen gezond eten en bewegen en bestaat uit een klassikaal aanbod voor alle kinderen in groep 7 en een individueel aanbod voor kinderen met matig en ernstig overgewicht. In het klassikale aanbod worden gezond eten en bewegen ingepast in het lesprogramma door bewegen te stimuleren in pauze, gezamenlijk te ontbijten, ontmoedigen snoep en frisdrank op school. **Het individuele aanbod kan zijn een cursus van de Thuiszorg of Maathouden van de GGD.***

De kennis van kinderen over voeding en bewegen neemt toe na het project, evenals het daadwerkelijke beweeggedrag. Zoals ook uit ander onderzoek blijkt, laat het project Okido zien dat ouders door hun voorbeeldgedrag een grote invloed hebben op gezonde leefgewoonten (tussendoortjes, ontbijten). Daarom zullen de ouders bij voorkeur via bestaande activiteiten op de scholen benaderd moeten worden.

¹ Uit rapportage luchtkwaliteit 2004 (en 2005) bleek dat enkele locaties in 2010 niet aan de norm zouden voldoen. Daartoe is in 2004 gestart met het opstellen van een luchtkwaliteitsplan. In dit plan worden maatregelen beschreven die genomen (kunnen) worden om in 2010 aan de stikstofdioxidenorm van het Besluit Luchtkwaliteit te voldoen. Inmiddels is dit luchtkwaliteitsplan op 23 mei 2006 vastgesteld door de gemeenteraad van Leiden.

3.2 De rol van opdrachtgever

De rol van opdrachtgever heeft betrekking op de externe rol, waarin de gemeente met de GGD, Thuiszorg Groot Rijnland en andere instellingen een opdrachtgeverrelatie onderhoudt. Hierbij moet de gemeente ervoor zorgen dat de GGD en andere instellingen zo goed mogelijk worden benut als uitvoerder en adviseur bij zaken die de gezondheid van mensen raken. De rol van opdrachtgever komt tot uiting in de interactie tussen gemeente en instellingen en daarin is sprake van een constructieve samenwerking op verschillende gebieden. In de afgelopen periode zijn er in opdracht van de gemeente diverse activiteiten en projecten uitgevoerd door instellingen zoals GGDHM, Hara (onderdeel van de GGD), Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Parnassia, sportorganisaties, Libertas, Radius en MDMH. Deze activiteiten betreffen onder andere de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus, schoolartsen), ondersteuning van scholen en ouders om gezond gedrag te bevorderen, programma's tegen alcohol- en drugsmisbruik, wijkgericht gezondheidsbeleid, cursussen stoppen met roken, sport- en beweegaanbod voor diverse doelgroepen.

Wijkgericht gezondheidsbeleid

In de wijken Noord en Zuidwest wonen relatief veel Leidenaren met gemiddeld hogere gezondheidsrisico's, welke veroorzaakt worden door een combinatie van inkomen, opleiding en werk. Niet voor niets vindt de uitvoering van wijkontwikkelingsplannen in deze wijken plaats. Om de bewoners in deze wijken te bereiken wordt er al enige jaren in Noord en meer recentelijk in ZuidWest een wijkgericht gezondheidsbeleid gevoerd met het project Gezond en Wel.

In 2006 is het project Wijk-olympics georganiseerd voor alle leerlingen van de vier basisscholen die samen de Brede School Leiden Noord vormen. Doelstellingen van dit project waren onder meer om leerlingen aan te zetten tot gezond bewegen, ouders hierbij te betrekken en sportverenigingen en andere organisaties te laten meedoen. Uiteindelijk hebben bijna 800 leerlingen meegedaan aan dit project, evenals 90 ouders (naast bijna 500 bezoekende ouders) en vele sportverenigingen en andere instanties. Na de uitvoering van de Wijk-olympics is het percentage kinderen dat de norm gezond bewegen haalt gestegen van 15% naar 27%.

Andere activiteiten die met het project Gezond en Wel zijn gestart zijn onder meer de beweegwinkel, de cursus potverteren, diabetes en gezondheidsvoorlichting aan allochtone vrouwen. In Leiden Zuidwest vindt momenteel een behoefteonderzoek plaats voor speerpunten op het gebied van gezondheidspreventie.

4. Activiteiten en financiën

Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat er in Leiden veel gebeurt aan het bevorderen van een gezonde leefstijl en van een gezonde leefomgeving. Soms gebeurt dit op initiatief van een beleidssector buiten gezondheidsbeleid en een andere keer vinden er activiteiten plaats in opdracht van de coördinerende beleidsafdeling voor gezondheidsbeleid. Hieronder volgt een overzicht met activiteiten en kosten.

Tabel 1 geeft een indicatie van de financiële middelen die in 2007 gemoeid zijn met preventief gezondheidsbeleid. De besluitvorming over toekomstige budgetten (2008 e.v.) vindt plaats binnen de reguliere begrotingscyclus. Uit deze tabel blijkt dat de gemeente Leiden op basis van de begroting

2007 ruim € 3,2 miljoen besteedt aan lokaal gezondheidsbeleid². Van de vrij besteedbare middelen wordt het leeuwendeel uitgegeven aan wijkgerichte gezondheidsbevordering voor kwetsbare groepen.

De middelen hiervoor komen uit rijkssubsidies (Grote Steden Beleid en Buurt, Onderwijs en Sport Impuls). Voor het overige ligt het grootste deel van het budget vast en wordt besteed aan wettelijk verplichte taken. Daarnaast worden veel taken in regionaal verband uitgevoerd, waardoor de speelruimte voor individuele gemeenten beperkt lijkt. Het werken in regionaal verband heeft als voordeel dat activiteiten en projecten niet voor elke gemeente apart, maar als aanbod voor alle gemeenten ontwikkeld kunnen worden. Door middel van het regionale overleg met andere gemeenten kan worden bepaald welke accenten er binnen de uitvoering van de wettelijk verplichte taken te leggen zijn. Daarnaast zijn wij als gemeente opdrachtgever van een aantal specifieke taken en projecten in Leiden.

Activiteit	Uitvoering	Uitgaven 2007
<i>Algemene taken</i>		
Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar (o.a. huisbezoeken 1 ^e levensweken, contactmomenten consultatiebureau, individuele adviezen en consulten, voorlichting)	Thuiszorg Groot Rijnland	€ 1.225.722
Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar (o.a. periodieke geneeskundige onderzoeken, individuele geïndiceerde zorg, voorlichting en advies)	GGD	€ 1.002.607
Basisgezondheidszorg (o.a. infectieziekten- en tuberculosebestrijding, medische milieukunde, publieksinformatie, bevorderen van gezond leven, Meldpunt Vangnet en Advies)	GGD	€ 741.471
<i>Specifieke taken en projecten</i>		
Leiden Gezond en Wel (wijkgericht gezondheidsproject)	Hara (GGD)	€ 129.346
Gezondheidsbevordering van kwetsbare groepen (o.a. voorlichting en cursussen, platform eetstoornissen)	Hara (GGD)	€ 94.000
Diverse preventieprojecten	Divers	€ 37.175
<i>Totaal</i>		€ 3.230.321

Tabel 1: Globaal overzicht activiteiten en financiën lokaal gezondheidsbeleid (producten 714, 715 en 716 uit productbegroting)

² Het overzicht in tabel 1 is exclusief de kosten voor steunpunt huiselijk geweld en ambulante verslavingszorg. Deze onderwerpen zijn al op andere plaatsen beleidsmatig vastgelegd (o.a. Beleidsvisie Verslavingszorg en Maatschappelijke opvang 2006-2009).

Bij dit kostenoverzicht past een tweetal kanttekeningen. Ten eerste: de tabel geeft een overzicht van de directe uitgaven voor preventief gezondheidsbeleid. De gemeentelijke kosten van facetbeleid zijn in dit overzicht niet meegenomen. Denk bijvoorbeeld aan de inspanningen van de werkgroep Luchtverontreiniging of de uitgaven aan sportstimulering. De tweede kanttekening is dat bijdragen vanuit de particuliere sector aan gezondheidspreventie niet in de tabel staan.

Voorbeelden hiervan zijn preventietesten van zorgverzekeraars, gezondheidsprogramma's bij sportscholen en ziektepreventie door arbodiensten.

5. Ontwikkelingen en trends

In deze paragraaf komen de belangrijkste trends en ontwikkelingen aan de orde die gevolgen hebben voor de keuzes in het Leidse gezondheidsbeleid. Eerst worden de bevindingen uit de belangrijkste Nederlandse gezondheidspeiling gepresenteerd, vervolgens de belangrijkste hoofdlijnen uit de landelijke preventienota Kiezen voor gezond leven en de aandacht voor jeugd. De samenhang met de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is reeds beschreven in paragraaf 2.3.

5.1 Gezondheidssituatie in Nederland

Uit de meest recente *Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)* uit 2006 blijkt dat de levensverwachting van de Nederlander weer iets hoger is dan voorgaande jaren (voor mannen 76,2 jaar, voor vrouwen 80,9 jaar) en de extra levensjaren zijn meestal gezonde jaren. Het toekomstbeeld voor de Nederlandse gezondheidssituatie is niet onverdeeld gunstig: het ongezonde gedrag is hardnekkig, vooral jongeren leven ongezond (zij drinken steeds meer en worden steeds zwaarder). Een belangrijke reden voor deze 'hardnekkigheid' is dat ongezond gedrag niet op zichzelf staat, maar een sterke samenhang vertoont met de sociale en fysieke omgeving waarin mensen geboren worden, opgroeien en leven. Ook de sociaaleconomische en etnische gezondheidsachterstanden zijn hardnekkig en verweven met achterstanden op tal van andere terreinen. De vrijheid om te kiezen voor gezond gedrag is daarom in de praktijk vaak beperkt.

5.2 Landelijke preventienota

De landelijke preventienota Kiezen voor Gezond Leven (2006) bouwt voort op de vorige nota Langer gezond leven uit 2003 die gericht was op drie speerpunten: roken, diabetes en overgewicht. Aan deze speerpunten zijn de thema's schadelijk alcoholgebruik en depressie toegevoegd. De regering heeft de volgende landelijke doelstellingen geformuleerd:

- *Roken*: in 2010 zijn er nog 20 procent rokers (nu: 28 procent);
- *Schadelijk alcoholgebruik*: het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992 + minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3 procent nu naar 7,5 procent in 2010;
- *Overgewicht*: het percentage volwassenen met overgewicht moet niet stijgen (peiljaar 2005) + het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen (peiljaar 2005);
- *Diabetes*: het aantal patiënten met diabetes mag tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15 procent stijgen en daarbij heeft 65 procent van de diabetespatiënten geen complicaties;
- *Depressie*: meer mensen krijgen preventieve hulp tegen depressies (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

Vanuit de WCPV is een gemeente vrij in het maken van beleidskeuzes. Echter de Inspectie voor de Volksgezondheid controleert wel of gemeenten in hun nota in gaan op de speerpunten uit de landelijke preventienota. Wanneer een gemeente van deze punten afwijkt, dient zij dit gemotiveerd te doen.

Bijlage 8 geeft een overzicht van de gezondheidssituatie in Leiden waarin per speerpunt gegevens zijn opgenomen. Uit dit overzicht blijkt dat deze prioriteiten goed aansluiten op het cijfermateriaal over de gezondheidssituatie in onze stad en regio.

Daarom is ervoor gekozen om de vijf landelijke speerpunten ook in Leiden als vertrekpunt te nemen.

Bijkomend voordeel van het volgen van deze landelijke speerpunten is dat de gemeente bij de uitvoering van actieprogramma's gebruik kan maken van landelijke bevindingen en ontwikkelingen.

5.3 Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)

De IGZ doet periodiek onderzoek naar de openbare gezondheidszorg. In hun meest recente rapport noemt de inspectie onder meer als aandachtspunt dat de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten weliswaar is verbeterd, maar dat de mate van sturing onvoldoende is. Gemeenten pakken hun regierol (nog) niet voldoende krachtig op en maken onvoldoende gebruik van de mogelijkheden tot integraal beleid, waarbij ook andere gemeentelijke beleidsterreinen worden betrokken en waarbij het eigen instrumentarium, zoals verordeningen en subsidiebeleid, gericht wordt benut.

5.4 Jeugd

Landelijk en lokaal staat de jeugd hoog op de agenda. De oorzaken van deze aandacht hebben vaak te maken met gezondheidsaspecten (alcohol, drugs, seksualiteit) of raken nauw aan de gezondheid (opvoedingsondersteuning).

Landelijke ontwikkelingen die ook in Leiden de nodige aandacht en (tijds)investering vragen zijn:

- Centrum voor jeugd en gezin (Een laagdrempelig, eerstelijnscentrum voor alle jeugdigen en ouders waar onder meer taken als opvoedingsondersteuning, jeugd – gezondheidszorg, licht ambulante begeleiding en functies op het gebied van advies en melding kindermishandeling worden aangeboden.
- Het elektronisch kinddossier en de verwijzingsindex voor een sluitende signaleringsketen. Alle gemeenten dienen deze hulpmiddelen te gebruiken.
- Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de algehele regie van het jeugdbeleid. Dat betreft zowel de algemene en preventieve taken als de verbindingen met de specialistische taken. Vanuit deze regierol hebben de regiogemeenten gezamenlijk een ketenconvenant met partners op het gebied van jeugd(gezondheids)zorg gesloten.

Pilot Gezondheidseffectscreening Nieuw Leyden

In 2003 is een gezondheidseffectscreening (ges) uitgevoerd voor het project Nieuw Leyden (toen nog EWR+ geheten). Het doel van een ges is om aan de hand van een checklist inzicht te geven in mogelijke effecten van beleidsvoornemens op de gezondheid van de bevolking.

Uit de evaluatie van de ges is gebleken dat er bij de totstandkoming van het project veel aandacht is geweest voor gezondheidsaspecten. Een reden hiervoor was dat er een bodemsanering heeft plaatsgevonden, waardoor er van meet af aan aandacht was voor gezondheidsaspecten. Een andere reden voor de aandacht voor gezondheid is de interactieve aanpak in de ontwikkeling van de bouwlocatie. Bewoners hadden een grote inbreng in de vormgeving van het project en omdat zij grote waarde hechten aan een gezonde leefomgeving is het thema gezondheid "vanzelf" geagendeerd.

6.

Vooruitblik 2008-2012

Het grote maatschappelijke belang van gezondheid en de ongelijke kansen op gezondheid van groepen Leidenaren zijn voor de gemeente doorslaggevende argumenten om een gezondheidsbeleid te voeren met een aantal gerichte accenten. De visie uit de vorige nota en de speerpunten die daarin zijn opgenomen worden niet gewijzigd (in paragraaf 2.4).

Met de kennis van nu komt er meer focus in het gezondheidsbeleid en is er meer aandacht voor de regierol van de gemeente. In een voorbereidende bijeenkomst voor deze nota hebben verschillende instellingen een oproep gedaan aan de gemeente om de regierol in het gezondheidsbeleid nader in te vullen. Dit kwam voort uit de behoefte nog duidelijker te krijgen

waar de prioriteit van de gemeente ligt en ter bevordering van gerichte samenwerking van de partners.

De gemeente Leiden geeft binnen de kaders die al eerder zijn vastgesteld haar prioriteit ten aanzien van doelgroep, methodiek, wijk en onderwerp.

De nota lokaal gezondheidsbeleid 3003-2006 richtte zich met haar beleid op 'kwetsbare burgers' zoals ouderen, gehandicapten, chronisch zieken, mensen met een lage sociaal-economische positie en allochtonen. Daarnaast richt de gemeenten zich ook op 'kansrijken' te weten jeugd. Deze doelgroepen blijven ook de komende beleidsperiode prioriteit hebben.

Een groot deel van de acties gericht op deze groepen staan beschreven in het ouderenbeleid, sportbeleid, integratiebeleid en in het kader van de Wmo. Waar het gaat om ouderen, gehandicapten en chronisch zieken wordt in het beleidsplan Wmo een aantal acties voorgesteld gericht op de toegankelijkheid van de openbare ruimte, algemene en individuele voorzieningen en mantelzorgers.

In deze nota wordt gekozen voor de volgende accenten in het Leidse gezondheidsbeleid:

De gemeente geeft prioriteit aan het bevorderen van gezond gedrag van jeugdigen. Daarbij geeft zij prioriteit aan de bestrijding van overgewicht, schadelijk alcohol-/drugsgebruik en de weerbaarheid van jongeren (het stellen van grenzen, lichamelijke integriteit).

Vanuit het principe "Jong geleerd, oud gedaan" geeft de gemeente prioriteit aan het bevorderen van gezond gedrag en weerbaarheid van jeugdigen.

Niet alleen landelijk maar ook in Leiden neemt het aantal mensen met overgewicht toe. Ruim 10% van de peuters van 3 jaar heeft overgewicht en in de leeftijdscategorie 12-17-jarigen en 18-64-jarigen is dat respectievelijk 12% en 37%.

Overgewicht verhoogt de kans op hart- en vaatziekten, suikerziekte, sommige vormen van kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychosociale problemen.

Bij schadelijk alcoholgebruik gaat het soms om verslaving maar het kan ook om acute gezondheidsschade door bijvoorbeeld alcoholvergiftiging gaan. Zo'n 2.000 tot 3.000 mensen sterven jaarlijks aan de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik. Het levert ook veel maatschappelijke schade op. Gezinnen van alcoholisten, slachtoffers van agressie, slachtoffers van alcoholverkeersongevallen, ouders van kinderen die teveel drinken: ze ondervinden allemaal de negatieve gevolgen. De laatste jaren is het gebruik van alcohol per hoofd van de bevolking licht aan het dalen. Het alcoholgebruik onder jongeren is echter fors gestegen. Jongeren drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd.

Door onderzoek wordt steeds beter zichtbaar hoe schadelijk alcohol- en drugsgebruik op jonge leeftijd is. Deze schade kan fysiek zijn (zo werd recent gepubliceerd dat de ontwikkeling van de hersenen door (overdadig) alcoholgebruik wordt geremd). Maar het gebruik van alcohol en/of drugs kan van ook invloed hebben op het sociale gedrag van jongeren en afhankelijk van het soort en de hoeveelheid drugs/alcohol leiden tot bijvoorbeeld passiviteit of juist risicovol gedrag.

Er is gedeeltelijk een overlap tussen (potentiële) drugs- en alcoholgebruikers. Daarnaast kan een combinatie van alcohol en drugs de werking van - en de behoefte aan genotsmiddelen beïnvloeden/versterken.

In voorlichtingsprogramma's gericht op jeugd (in Leiden verzorgt door GGDHM en Parnassia) worden de thema's drugs- en alcoholgebruik vaak in samenhang met elkaar onder de aandacht van jeugd gebracht.

Het vergroten van de weerbaarheid van jongeren is van belang om problemen zoals pesten en (seksueel) risicovol gedrag of misbruik te voorkomen. Vanuit de jeugdhulpverlening zijn er signalen dat deze problematiek in Leiden toeneemt.

De gemeente geeft in haar gezondheidsbeleid prioriteit aan inwoners met de grootste gezondheidsrisico's en kiest hierbij voor een wijkgerichte aanpak (Leiden Noord en Zuid West).

In wijken met een relatief slechte gezondheidssituatie is de meeste gezondheidswinst te boeken. Daarnaast beoogt een wijkgerichte aanpak bij te dragen aan het verminderen van ongewenste sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ook sluit een wijkgerichte aanpak op maat aan bij de leefsituatie van verschillende doelgroepen. Vooral voor mensen met een lagere sociaal economische positie, oudere senioren en gehandicapten, die vanwege beperking of maatschappelijke situatie meer op de wijk gericht zijn, is deze insteek van belang. Verder nemen de kansen op succesvolle activiteiten met een groot bereik toe door de ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met de wijkgerichte aanpak. Zowel landelijk als in het huidige project 'Leiden Gezond en Wel' dat uitgevoerd wordt door Hara (onderdeel van de GGDHM), zijn in de loop van de tijd de nodige inzichten in efficiënt en effectief werken opgedaan.

De methodiek van wijkgericht werken is intensief daarom is er een beperking in het aantal wijken waarop op deze manier aan gezondheid aandacht wordt besteed.

De keuze voor de wijken Leiden Noord en Leiden Zuidwest is gebaseerd op een combinatie van factoren: gegevens over de gezondheidsbeleving, het overgewicht bij kinderen, sociaal-economische aspecten als werkloosheid, aantal uitkeringsgerechtigden en het feit dat er in deze wijken stedelijke vernieuwing plaatsvindt.

Voor de door het Rijk gestelde prioriteiten: roken, alcoholgebruik onder volwassenen, diabetes en depressie wordt aansluiting gezocht bij landelijke activiteiten.

Dat betekent dat wij landelijk opgezette publieksacties volgen en als wij gelegenheid zien deze ook in Leiden expliciet onder de aandacht brengen. Waar het gaat om preventie ten aanzien van diabetes en depressie wordt een grote meerwaarde verwacht van samenwerking tussen verschillende partners, maar vooral ook met de 1^e lijnszorg. Het gaat hierbij om voorlichting, vroegtijdig signaleren en actief doorverwijzen. We zullen deze samenwerking actief stimuleren en ondersteunen.

In dit kader is het ook goed om op te merken dat er ten aanzien van bovengenoemde thema's al verschillende producten/activiteiten zijn zoals de cursus 'Donkere dagen, lichte dagen' gericht op allochtone mannen met psychische klachten. Deze wordt verzorgd door de stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland (MDMH) in samenwerking met de GGZ Rivierduinen.

7. Uitvoeringsprogramma

7.1 Jeugd centraal

De Nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2012 sluit aan op de Nota 'De Leidse jeugdfactor; participatie en perspectief, Integraal jeugdbeleid 2007-2011'. (besluit 07.0931). Deze nota, die ten tijde van de totstandkoming van deze nota in de inspraak lag, is kaderstellend en behandelt de onderwerpen: opvoeding, gezondheidszorg en hulpverlening, kinderopvang en peuterspeelzalen, onderwijs, veiligheid, vrije tijd (en cultuur). De uitvoering van het domein gezondheidszorg en hulpverlening binnen deze nota, welke wordt vorm gegeven vanuit verschillende uitvoeringsprogramma's geeft invulling aan deze prioriteit.

De kaderstellende jeugdnota bevat de volgende doelstellingen:

1. Op regionaal niveau wordt gewerkt aan de uitvoering van het convenant 'Ketenaanpak Jeugdbeleid, Jeugdzorg en Gezinsondersteuning (vroegsignalering en gezinscoördinatie)'. Dit impliceert o.a. het oprichten van een regionaal meldpunt, ontwikkelen van werkwijzen voor centra voor jeugd en gezin, ketenregie en het regelen van (bestuurlijke)doorzettingsmacht.
2. Het Elektronisch Kindossier en de Verwijsindex worden, in samenwerking met de regio, ingevoerd.
3. Er wordt een integraal plan gemaakt om het groeiend alcohol- en drugsgebruik onder jongeren in te dammen. Hiertoe wordt samengewerkt met politie, GGD, onderwijs, sportverenigingen, horeca, winkeliers etc.
4. Overgewicht van kinderen wordt aangepakt via projecten op scholen i.s.m. de GGD, en het stimuleren van bewegen door middel van pilot beweegmanagement, BOS activiteiten, naschoolse activiteiten etc.
5. Het hulpaanbod voor zwerfjongeren wordt (in samenwerking met de provincie) verbeterd.
6. We gaan onderzoeken of het mogelijk is alle basisscholen te laten beschikken over schoolmaatschappelijk werk via de Zorgadviesteams.
7. De zorgstructuur in het MBO wordt verder ontwikkeld op basis van een regionaal onderzoek en plan van aanpak.

7.2 Overgewicht, alcoholgebruik, drugsgebruik en weerbaarheid

Overgewicht

Gedurende de jaren 2007-2010 voert de GGD HM in Zuid-Holland Noord het meerjarenprogramma *Gezond eten en bewegen* uit. De doelgroepen jeugd, ouderen en chronisch zieken, mensen met een laag inkomen en weinig opleiding krijgen specifieke aandacht.

De aandacht voor overgewicht krijgt ook binnen het wijkgericht gezondheidsbeleid een plek. Een concreet voorbeeld hiervan is het project 'jong-leren oud gedaan' wat in de periode 2005 t/m 2007 in Leiden Noord in het kader van de Bosimpuls heeft plaatsgevonden. Dergelijke activiteiten worden ook de komende periode in Leiden Noord gecontinueerd.

Op tenminste 14 scholen in Leiden voert de GGDHM het project Okido (zie pagina 6) uit of werkt de GGD aan het invoeren van schoolgezondheidsbeleid.

Alcohol- en drugsgebruik

Het alcoholgebruik onder jongeren neemt onrustbarend toe. Meer jongeren drinken alcohol en zij drinken meer glazen per gelegenheid. Bijna tweederde van de jongeren maakt op de basisschool al kennis met alcohol. Het streven van de gemeente Leiden is om – in navolging van het landelijke beleid – het alcoholgebruik onder jongeren terug te brengen en het percentage volwassen probleemdrinkers te laten dalen. In preventieprogramma's worden de risico's van het gebruik van alcohol en drugs vaak gelijktijdig onder de aandacht van de jeugd gebracht. In het kader van de nota jeugdbeleid wordt een uitvoeringsprogramma gemaakt dat zich richt op een bredere en meer integrale aanpak voor het terugbrengen van alcohol- en drugsgebruik. Hierbij wordt gewerkt met partners als MDMH, het onderwijs, sportverenigingen, horeca en winkeliers. Daarbij wordt aandacht besteed aan preventie en handhaving en zal ook gezocht worden naar een manier waarop door preventie en handhaving te combineren een meerwaarde bereikt kan worden.

De gemeente ziet voor zichzelf bij deze samenwerking de rol van regisseur. De voorgestane aanpak bevat in ieder geval preventieprogramma's. De GGD richt zich bij het uitvoeren van preventieprogramma's op scholen, Parnassia op het jeugd- en jongerenwerk en op intermediairs die met jongeren en jeugdigen werken. Naast preventie wordt de komende tijd zwaarder ingezet op handhaving van onder andere de leeftijdsgrens voor alcoholverkoop.

Bij het uitvoeren van activiteiten gericht preventie van overgewicht en het terugbrengen van alcoholgebruik onder jeugd wordt zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij landelijke beleid. In bijlage 9 een overzicht van deze landelijke activiteiten.

Weerbaarheid

De gemeente wil de toename van pesten en (seksueel) risicovol gedrag of misbruik een halt toe roepen door in overleg met hulpverleners, politie, zorginstellingen, scholen en ouders maatregelen te treffen.

In bestaande netwerken gericht jeugd en op leefbaarheid zal dit onderwerp door de gemeente worden geagendeerd. Dit moet leiden tot actieve aandacht voor het onderwerp. Daarnaast kan gebruik gemaakt worden van een breed scala aan preventief aanbod. De GGD voert ondermeer het programma 'Uit de schaduw' gericht op seksuele intimidatie en machtsmisbruik. Bij het verder uitwerken van het aanbod kan ook gebruik worden gemaakt van de ervaringen en producten van MDMH die ondermeer sociale vaardigheidstraining voor jeugd organiseert.

Tot slot, zoals aangegeven worden er in deze nota een aantal accenten ten aanzien van preventie gericht op leefstijlaspecten gelegd.

Waar het gaat om leefomgevingsaspecten blijft het de functie van de gemeente om het thema gezondheid op de agenda te zetten en te houden. De aandacht voor facetbeleid, eerder al vastgelegd in de nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006 blijft ongewijzigd zodat gezondheidsaspecten ook op andere beleidsterreinen meegewogen worden.

Bij de evaluatie van voorgaande nota werd geconstateerd dat het huidige facetbeleid nog onvoldoende uit de verf is gekomen.

In 2008 zal een uitvoeringsplan gemaakt worden waarin concreet wordt aangegeven hoe we in deze beleidsperiode facetbeleid gaan vormgeven.

7.3 Wijkgerichte aanpak hoge gezondheidsrisico's

Dit betekent concreet dat het project 'Leiden gezond en wel' (uitgevoerd door Hara) tenminste t/m 2009 gecontinueerd wordt.

In het kader van bovengenoemd project is een onderzoek uitgevoerd naar het gezondheidsprofiel van inwoners van Leiden Zuidwest en de 'preventie-behoeften' in deze wijk. Op basis van de resultaten van dit onderzoek wordt voor 2008 een uitvoeringsprogramma opgesteld. Ook voor Leiden Noord zal in 2008 een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd worden. Op basis van deze gegevens zal ook voor deze wijk een uitvoeringsprogramma worden opgesteld.

7.4 Aansturing door de gemeente

De gemeente neemt het initiatief om bovenstaande accenten (bestrijden overgewicht, terugdringen schadelijk alcoholgebruik, vergroten weerbaarheid jeugd) gezamenlijk met instellingen, zoals GGDHM, waaronder Hara, Stichting Thuiszorg Groot Rijnland, Radius, MDMH, Libertas en verzekeraars, te vertalen in concrete activiteiten per thema. Dit houdt ook in dat de gemeente de samenwerkingspartners wijst op mogelijkheden en zonodig op verantwoordelijkheden. Aangezien de gemeentelijke mogelijkheden binnen het gezondheidsbeleid ook haar beperkingen kent, zal de gemeente explicieter dan voorheen aangeven wat er op dit gebied van haar verwacht mag worden en wat ze van andere partners verwacht.

Overigens betekent bovenstaande geen radicale koerswijziging en zullen we de huidige activiteiten in overleg met de uitvoerende instellingen in veel gevallen continueren. Daarnaast worden de landelijke ontwikkelingen gevolgd (denk aan rookverboden in horeca). Voor wat betreft het landelijke thema depressiepreventie loopt er in samenwerking met de GGD en GGZ een pilot depressiepreventie bij ouderen in Leiden Zuidwest. Bij de evaluatie in 2009 zal blijken

of deze aanpak navolging verdient. Ook rond het thema diabetes bestaan er in Leiden verschillende initiatieven, zowel van gezondheidscentra als van de GGDHM, om deze ziekte te voorkomen. Bijvoorbeeld met speciale spreekuren voor diabetes-patiënten.

8. Financiering lokaal gezondheidsbeleid

Om de beschreven ambities waar te kunnen maken, wil de gemeente het huidige beschikbare budget voor lokaal gezondheidsbeleid handhaven. Een overzicht van deze middelen wordt gegeven in paragraaf 4 'Activiteiten en financiën'.

Tot en met 2009 is voorzien in dekking van het lokale gezondheidsbeleid (onder meer door raadsvoorstel 05.0117 over wijkgericht gezondheidsbeleid). In de periode vanaf 2010 is dit afhankelijk van de toekomst van de GSB-middelen. Vooral nog gaan we er vanuit dat deze budgetten ook in de nabije toekomst beschikbaar blijven. Mocht dit anders uitpakken, dan zal er in samenhang met andere GSB-gefinancierde activiteiten gezocht worden naar beleidsbijstelling of alternatieve financiering.

9. Overzicht doelen en indicatoren

Hoewel het meten van effecten van interventies om gezondheid te bevorderen lastig is vanwege de vele factoren die (on)gezond gedrag van individuen beïnvloeden, blijft het van belang te meten en (hopelijk) te weten wat de resultaten zijn van gezondheidsbeleid.

In de jaarrekening 2006 staan prestatie- en effectindicatoren van het gezondheidsbeleid. De eerste twee hebben betrekking op het bereik van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Een groot bereik is van belang omdat in deze periodieke onderzoeken preventie van gezondheidsproblemen plaatsvindt (informatie, advies, doorverwijzing e.d.). Een andere prestatie-indicator heeft betrekking hebben op overgewicht, een belangrijk thema in het Leidse gezondheidsbeleid. Deze zijn opgenomen in tabel 2.

Indicator	Nulmeting	Realisatie 2005	Realisatie 2006	Streefwaarde 2006
% bereik 0-4 jarigen door JGZ	96% (2004)	96%	96%	97%
% bereik kinderen 4-19 jaar door JGZ	96% (2004)	96%	97%	96%
% Leidenaaars dat eigen gezondheid ervaart als matig tot slecht	10% (2005)	10%	-	-
% volwassenen met overgewicht	36% (2002) 35% (2005)	35%	-	-

Tabel 2: Indicatoren gezondheidsbeleid (bron: GGD)

Daarnaast is in het kader van het Grote Stedenbeleid de volgende indicator:

In de komende schooljaren (2007-2008 en 2008-2009) wordt op tenminste 14 scholen (in het totaal zijn er 37 scholen inclusief speciaal onderwijs) (bij voorkeur in de wijken Leiden-Noord

en Zuidwest), voor tenminste 1 groep, een project gericht op (preventie) van overgewicht uitgevoerd. Het gaat daarbij om de uitvoering van het project Okido bestemd voor groep 6/7 en/of het vormgeven van eet- en bewegbeleid op scholen. (dit geldt dan voor alle groepen op die school).

De prioriteiten binnen het lokaal gezondheidsbeleid zullen op de volgende manier gemonitord worden:

	Ambitie	Huidige cijfers	bron
1	Afname van het overgewicht onder jeugd met 2%	10% van de 3-jarigen 12% van 12-17-jarigen	Metingen GGD en Thuiszorg GR tijdens Periodiek geneeskundig onderzoek
2	Afname van het percentage jeugd dat vaak en veel drinkt in 2012 met 3%	12-17 jaar 7% ('98) 18-26 jaar 26%	GGD gezondheidspeiling jeugd
3	Toename weerbaarheid jeugd	n.v.t.	Indicator bepalen op basis van overleg met maatschappelijke instellingen in de stad

Tabel 3: indicatoren voor Leidse accenten 2008-2012

Bijlage 1 Een samenvatting van relevante nota's

Samenvatting nota lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006 (RV03.0108)

Door een wetwijziging van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid zijn gemeenten verplicht om voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen. De hoofdlijnen van de kaderstellende discussienota Lokaal Gezondheidsbeleid zijn besproken in de Commissie Sociale Infrastructuur van januari 2003.

De nota is primair kaderstellend, in een latere fase (2^e helft 2003 en daarna) wordt deze verder uitgewerkt in concrete activiteiten in overleg met verschillende actoren. Deze nota biedt een samenhangend kader en is daarmee toetssteen voor het gezondheidsbeleid in de komende collegeperiode. De visie op het gezondheidsbeleid luidt als volgt:

Leiden wil haar gezondheidsbeleid richten op preventie door een gezonde leefstijl te bevorderen en ernaar te streven een gezonde leefomgeving te creëren. De gemeente zal in haar gezondheidsbeleid ook een appèl doen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun eigen gezondheid. In het gezondheidsbeleid is het verkleinen van gezondheidsverschillen een belangrijk aandachtspunt.

De gemeente wil dit doen langs twee lijnen. De eerste lijn is via de opdrachtgeversrelatie met de GGD die in samenwerking met instellingen in de stad al veel doet aan preventieactiviteiten. De tweede lijn is om gezondheidsbeleid als facetbeleid te benoemen in beperkt aantal beleidsterreinen (milieu, wonen, sport, sociale en economische zaken), zodat gezondheidsaspecten expliciet worden meegewogen bij belangrijke beleidsvoornemens uit die sectoren. Op deze wijze beoogt de gemeente een bewustwordingsproces en een antenne voor gezondheidsaspecten bij andere beleidssectoren te bevorderen.

Samenvatting Leiden voor alle leeftijden Nota Integraal Ouderenbeleid 2003-2006 (RV03.0112)

Met deze nota wil de gemeente Leiden een basis te leggen voor:

- meer samenhang binnen het gemeentelijk beleid dat gericht is op of van groot belang is voor ouderen;
- kaders voor de uitvoeringsafspraken met betrokken instellingen voor 2004 en verder;
- een inhoudelijke reactie op de adviezen van de Adviesraad Ouderenbeleid Leiden, vooral het advies van 2 mei 2002 over het ouderenbeleid van de gemeente Leiden in de periode 2002-2006.

De *ambitie* van het ouderenbeleid van Leiden is:

'De Leidse ouderen moeten zo lang mogelijk zelfstandig en met behoud van levensstijl kunnen blijven wonen en volwaardig kunnen deelnemen aan de samenleving, ook bij fysieke of andere beperkingen.'

Om deze ambitie te realiseren, hanteren we de volgende *beleidsuitgangspunten*:

- Er moet samenhang zijn tussen het aanbod op het gebied van wonen, zorg en welzijn
- De vraag geeft richting aan het aanbod
- De maatschappelijke deelname van ouderen wordt bevorderd
- Preventie heeft prioriteit

- Betrokkenheid van ouderen wordt gestimuleerd

Deze beleidsuitgangspunten zijn vervolgens vertaald in subsidiecriteria, zodat we de hoofdlijnen van beleid kunnen vertalen in afspraken met de betrokken uitvoerende instellingen.

In deze nota worden alle thema's beschreven die van belang zijn voor ouderen: Wonen, Gezondheid, Welzijn, Participatie en Inkomen, Educatie, Sport, Cultuur, Veiligheid en Leefbaarheid, Mobiliteit en Informatie en Advies.

Bij elk thema wordt de huidige situatie en de gewenste situatie beschreven. Elk thema wordt afgesloten met concrete actiepunten. Die actiepunten worden tot slot samengevat in een actieprogramma 2003-2006. Daarbij is aangegeven wie bij de uitwerking van het actiepunt betrokken zijn en wanneer het actiepunt wordt uitgevoerd.

De nota is daarmee niet alleen een beleidsdocument dat een kader schetst voor het toekomstig ouderenbeleid van Leiden. Het is ook de start van een meer resultaatgerichte en samenhangende werkwijze die wij als gemeente met onszelf én met onze partners willen afspreken. Jaarlijks zal de voortgang van de uitvoering van de actiepunten worden gemeld.

Elementen uit de nota Startschot kadernota sportbeleid 2006-2010 (RV06.0021)

I. Het bevorderen van sportstimuleringsactiviteiten

Hoewel cijfermatige vergelijking met andere gemeenten moeilijk blijkt te zijn, kunnen we voorzichtig positief zijn over de sportdeelname van jongeren en volwassenen in Leiden. Uit de cijfers uit hoofdstuk 2 blijkt bovendien een stijgende tendens. Deze tendens willen we vasthouden. Dit vraagt een permanente investering in sportstimulering. Onze ambitie is het nog steeds, om de sportdeelname van de Leidse inwoners optimaal te bevorderen. Dat doen we langs drie lijnen: stimulering van de breedtesport, stimulering van topsport en ondersteuning van sportevenementen. Hieronder wordt toegelicht welke doelen we hiermee willen bereiken.

a. Leiden stimuleert de breedtesport

In het voorgaande zijn positieve en negatieve ervaringen in het sportstimuleringsbeleid van de afgelopen jaren benoemd. Dit zijn concrete aandachtspunten bij de uitwerking van de sportstimuleringsactiviteiten voor de komende jaren. Daarbij richten we ons op de algemene bevolking van Leiden, met name door voor volwassenen kennismakingscursussen te organiseren. Dit is een laagdrempelige manier om mensen te interesseren voor sport. Daarbij wordt zo veel mogelijk ingespeeld op de vraag. Er wordt naar gestreefd om de deelnemers zo veel mogelijk te interesseren om na afloop van de kennismakingscursus te blijven sporten en door te stromen naar een sportvereniging. Daarnaast besteden we in ons sportstimuleringsbeleid extra aandacht aan drie doelgroepen: jeugd, ouderen en mensen met een functiebeperking of chronische aandoening.

1. Jeugd

Het is eigenlijk vanzelfsprekend dat de jeugd altijd een doelgroep zal blijven van het sportstimuleringsbeleid. Het is waardevol en nuttig dat nieuwe lichten jeugdigen kennis kunnen maken met een sportieve levensstijl. Sterker nog, het lijkt alleen maar belangrijker te worden gezien de toename van overgewicht en bewegingsarmoede die landelijk wordt geconstateerd. Omdat sporten gezond is; omdat sporten jeugdigen helpt sociale vaardigheden te ontwikkelen; omdat je door sporten met kinderen vanuit verschillende achtergronden leert omgaan en vrienden kan maken; maar vooral omdat veel jeugdigen het ontzettend leuk vinden om te sporten willen wij het sporten door jeugdigen stimuleren.

De licht stijgende trend in de sportdeelname door jongeren willen wij vasthouden. Dit betekent dat wij ons ten doel stellen dat bij de volgende meting via de Jeugdmonitor in 2008 88% van de jongeren van 12 tot 18 jaar aan sport doet en dat 79% van hen dit minimaal eens per week doet. Om dit te bereiken moeten de gemeentelijke beleidsterreinen én de partners in de stad op het gebied van sport, onderwijs, jeugd, welzijn, gezondheid en speelruimte de handen ineenslaan. Succesvolle activiteiten die zich hebben bewezen worden voortgezet, zoals de kennismakingscursussen die door het Sportbedrijf worden gegeven. Het Da Vincicollege heeft ook veel succes met zijn sportklassen.

Hieronder wordt concreet gemaakt welke nieuwe en aanvullende activiteiten wij willen uitvoeren, waarbij we rekening houden met de in 3.1 genoemde positieve en negatieve evaluatiepunten uit het beleid van de afgelopen jaren en de kansen die zich voordoen in ontwikkelingen in het gemeentelijk, provinciaal en rijksbeleid:

Het blijkt voor jongeren aantrekkelijk om ongeorganiseerd en in de eigen wijk te sporten. Met de diverse toernooien, demonstraties, workshops en activiteiten in de diverse wijken worden veel jongeren bereikt. Natuurlijk sporten jongeren ook zonder dat er een bijzondere activiteit wordt georganiseerd, door gebruik te maken van pleintjes, veldjes, skatebanen en voetbalkooien die er op diverse plaatsen zijn. Op veel manieren worden deze activiteiten aangeboden, zoals door het sportopbouwwerk, het jongerenwerk, het Sportbedrijf, Thuis Op Straat en wijkverenigingen. In het speelruimtebeleid worden in overleg met de diverse partijen per buurt buurtspeelplannen gemaakt, zodat planmatig wordt gewerkt aan de uitbreiding van sport- en speelvoorzieningen voor de diverse leeftijdscategorieën. Dit heeft al geresulteerd in diverse voetbalkooien, skatebanen en verbeteringen van bestaande speelvoorzieningen in wijken. Voor de komende jaren streven we naar de volgende verbeteringen om de deelname aan ongeorganiseerde sport door jongeren te stimuleren:

- 1.1) De activiteiten op het gebied van sporten en spelen worden op buurtniveau door de diverse aanbieders op elkaar afgestemd, zodat er het hele jaar door een goed gespreid en afwisselend aanbod is. Dit moet concreet resulteren in een jaarkalender 'Sport en Spel' waarin de diverse aanbieders hun activiteiten inplannen en met elkaar afspraken maken over een gevarieerd aanbod voor de diverse leeftijden, de spreiding over de buurten en een gespreid aanbod door het jaar heen. Aan dit overleg wordt in ieder geval deelgenomen door het Sportbedrijf, de LWO, jongerenwerk Stevenshof, Thuis Op Straat en de coördinator naschoolse activiteiten van de Brede School. Ook wordt een relatie gelegd met het project 'beweegmanagement' in Zuid-West (zie 4.3). Met ingang van april 2006 beschikt het Sportbedrijf over een medewerker sportstimulering die onder meer als taak krijgt (naast het zelf initiëren van een aantal sportstimuleringsactiviteiten) om het overleg tussen deze aanbieders te leiden, te bewerkstelligen dat er afspraken worden gemaakt over een goed gespreid aanbod en deze in een jaarkalender vast te leggen. Dit is overigens geen uitbreiding van de formatie, maar een andere invulling van een bestaande functie.
- 1.2) Jongeren worden actief betrokken bij de samenstelling van deze jaarkalender. Hierdoor kan beter worden ingespeeld op nieuwe, populaire sporten. Ook kunnen ze hierbij ideeën inbrengen over de randactiviteiten rondom bijvoorbeeld een sporttoernooi en kunnen ze zichzelf opgeven om mee te helpen met de organisatie. Om jongeren hiervoor te interesseren wordt gebruik gemaakt van de interactieve mogelijkheden van de Leidse jongerenwebsite 'www.overenuit.nl' en worden flyers gelegd op plaatsen waar jongeren veel komen, zoals scholen, sportverenigingen en buurthuizen.
- 1.3) Via het lokaal gezondheidsbeleid is het project 'Jong-leren, oud gedaan' van start gegaan. In hoofdstuk IV gaan we hier concreter op in. Dit project zal de komende jaren doorlopen en poogt met de bewegingsactiviteiten zodanig bij de belevingswereld van de jeugd aan te sluiten dat het het plezier in bewegen kan vergroten en de stap naar structurele sportdeelname kan verkleinen.

- 1.4) Voor allochtone meisjes (en hun ouders) blijkt het soms een belemmering te zijn, dat sporten in gemengde groepen worden beoefend of in accommodaties worden georganiseerd waar ook door jongens of mannen wordt gesport. Allochtone meisjes sporten significant minder dan andere jongeren. In de Maatschappelijke Verkenning Vrijtijdsbesteding Allochtone Jongeren (zie 2.2) is de aanbeveling gedaan om een aantal aparte activiteiten voor (allochtone) meisjes te organiseren, om hun participatie te bevorderen. Op cultuurgebied is de OBL hierop meteen ingesprongen en heeft met groot succes het project 'Thuis in de bieb' voor 'wereldmeiden' opgezet, waar veel meiden van allerlei achtergronden (allochtoon en autochtoon) met veel plezier samen komen en dingen organiseren. Een vergelijkbaar initiatief op het gebied van sport door een groep in de stad wachten wij met belangstelling af, op voorwaarde dat allochtone meisjes of vrouwen zelf bij de organisatie betrokken zijn. Voor concrete projectvoorstellen op dit gebied stellen wij een stimuleringsbedrag beschikbaar waarmee de kosten van zaalhuur en organisatie kunnen worden gedekt. Daarbij moeten de consequenties voor de betreffende locatie wel binnen de grenzen van het redelijke blijven; het is bijvoorbeeld niet realistisch te verwachten dat in de betreffende accommodatie in andere zalen of kantines geen mannen of jongens aanwezig zijn. Dit actiepunt betekent overigens niet, dat wij het apart sporten van allochtone en autochtone jongeren wenselijk vinden. Wij voeren dit punt op, omdat het een manier kan zijn om meisjes die anders niet aan sport kunnen doen, aan het sporten te krijgen. Maar in het algemeen streven wij naar optimale integratie in het sporten, zeker bij de jeugd. Vandaar ook actiepunt 1.5 hieronder.
- 1.5) In het kader van de nieuwe Sportnota van VWS, die naar verwachting in het najaar van 2005 verschijnt, wordt een bedrag van 50 miljoen euro gereserveerd voor integratie van allochtone jongeren in de sport. De grondgedachte is dat allochtone jongeren via het buurtwerk, de school en de jeugdzorg in contact worden gebracht met sportverenigingen en dat begeleiders van sportverenigingen extra scholing krijgen. Wij wachten deze plannen met belangstelling af en zullen hier actief op inspelen in overleg met sportverenigingen en andere betrokken partijen in de stad.

Het werven van jeugd voor de georganiseerde sport beschouwen wij primair als een taak van de sportverenigingen zelf. Zij kunnen hiervoor samenwerking zoeken met sportkoepels die vaak concrete actieplannen hebben voor sportverenigingen, gericht op het werven en behouden van jeugdleden. Wel willen we dit als gemeente ondersteunen, omdat wij het belangrijk vinden dat zoveel mogelijk jeugd aan sport doet. Dit doen we langs vier lijnen:

- 1.6) De eerste is door sportverenigingen in algemene zin te ondersteunen en te faciliteren (zie II). Als steuntje in de rug voor de verenigingen breiden wij de hiervoor bestaande subsidiemogelijkheden licht uit. Het budget voor jeugdsport, dat wil zeggen de waarderingssubsidie voor jeugdleden en incidentele subsidies voor op jeugd gerichte projecten, wordt verhoogd van € 40.000,- naar € 48.000,-.
- 1.7) Ten tweede willen we onze communicatiemiddelen benutten om de mogelijkheden van sportverenigingen onder de aandacht te brengen van jongeren. Concreet betekent dit dat we op de jongerenwebsite 'www.overenuit.nl' apart aandacht gaan besteden aan sport. Eens per twee maanden wordt een sport van de maand gekozen die extra aandacht krijgt, waarover een jongere zijn/haar ervaringen beschrijft en waarbij de concrete mogelijkheden om die sport in Leiden te beoefenen worden beschreven. Sportverenigingen van deze tak van sport krijgen die maand de kans om zich op de site te presenteren als een aantrekkelijke club voor jongeren.
- 1.8) Ten derde zien we dat de kosten voor sommige mensen een belemmering vormen om hun kinderen lid te maken van een sportvereniging. Hier willen we langs twee wegen ondersteuning in bieden:

- Via het minimabeleid wordt aan mensen die jonger zijn dan 65 jaar en een inkomen hebben tot 110% van het bijstandsniveau de mogelijkheid geboden om een bijdrage te krijgen in de kosten van verschillende vormen van maatschappelijke participatie. Dan kan het gaan om bijvoorbeeld een abonnement op de bibliotheek, een vrijetijdscursus, maar ook om de kosten deelname aan een sportvereniging. Dan gaat het om een maximale vergoeding van € 200,- in totaal per persoon per jaar. De regeling wordt uitgevoerd op declaratiebasis. Het budget dat hiervoor beschikbaar is, wordt niet volledig besteed. De voorlichting over de regeling wordt geïntensiveerd hetgeen het gebruik ervan kan vergroten.
- Daarnaast is sinds december 2004 in onze provincie het Jeugd sportfonds actief, op initiatief van Bureau Jeugdzorg. Doel van het fonds is om kinderen en jongeren tot 18 jaar, waarvan de ouder(s) onvoldoende financiële middelen hebben om het lidmaatschap en bijkomende kosten van een sportvereniging te betalen, de mogelijkheid te bieden lid te worden van een sportvereniging. De jongeren kunnen alleen worden aangemeld door een 'professional' die bij de opvoeding is betrokken, bijvoorbeeld een hulpverlener, jongerenwerker of docent. Naast de mogelijkheden voor ontwikkeling en plezier voor de jongere, levert deze werkwijze ook een bijdrage aan preventie van jeugdcriminaliteit. Het Jeugd sportfonds Nederland heeft voor dit laatste de Hein Roethofprijs 2004 ontvangen. We onderzoeken de mogelijkheden om bij dit fonds aan te sluiten.

1.9) Ten vierde willen we de samenwerking tussen onderwijsinstellingen en sportverenigingen stimuleren. In juni 2005 hebben de ministeries van VWS en OCW en NOC*NSF een 'alliantie' gesloten, waardoor de komende twee jaar zeven miljoen beschikbaar komt voor een betere verankering van sport op school. Dit moet er toe leiden dat in 2010 op 90% van alle scholen een sportaanbod (tijdens of na schooltijd) aanwezig is. Men wil stimuleren dat leerkrachten zich gaan inzetten voor sportverenigingen en dat sportverenigingen sportlessen op scholen verzorgen. Maar ook dat er meer 'duale aanstellingen' komen, waarmee sporttrainers zowel op een school als bij een sportvereniging werkzaam kan zijn. Wij willen hier graag bij aansluiten en sportverenigingen en scholen met elkaar in contact brengen om dit ook in Leiden te bereiken. Overigens zijn er ook in Leiden al goede voorbeelden van samenwerking tussen scholen en sportverenigingen.

2. Ouderen

Omdat het voor ouderen uit oogpunt van gezondheidsbevordering en maatschappelijke participatie extra belangrijk is om te (blijven) sporten, handhaven we ouderen als doelgroep voor het sportstimuleringsbeleid. Dit doen we langs de volgende lijnen:

- 2.1) Een negatief evaluatiepunt uit de afgelopen periode is de informatievoorziening aan ouderen over de mogelijkheden voor sport en bewegen. Belangrijk is dat deze informatie up to date wordt gehouden en bovendien dat deze informatie goed wordt verspreid zodat het de doelgroep bereikt. In 2006 bereidt de medewerker sportstimulering van het Sportbedrijf een actuele versie van het boekje voor, zodat dat begin 2007 kan worden uitgebracht in papieren vorm en daarnaast op de website kan worden gezet. Voor de verspreiding van de informatie wordt samengewerkt met de instellingen die veel ouderen als klant langs krijgen. Dus ouderenorganisaties, zorgaanbieders, buurthuizen en andere organisaties in de stad krijgen het verzoek om de informatie zichtbaar neer te leggen, maar ook in geëigende situaties (bijvoorbeeld in gevallen waarin het gezond of anderszins wenselijk is dat een oudere gaat sporten of intensief bewegen) deze informatie actief aan te bieden.
- 2.2) Uit de evaluatie blijkt tevens dat het GALM-project (Groninger Actief Leven Model) in Leiden niet zo goed loopt als in andere gemeenten. Met name het werven van docenten bleek een probleem. De GALM-werkwijze vergt veel inzet en levert vooralsnog te weinig op. Daarom is met de Stichting Dienstverlening Leiden afgesproken om in 2005 een eenvoudiger werkwijze te kiezen en een aantal bewegingsactiviteiten voor ouderen en chronisch zieken te intensiveren en uit te breiden. Ook wordt een 'beweegwijzer' samengesteld en via (de website van)

Zorgnet en brochures verspreid op een andere manier voor ouderen te organiseren. In 2006 worden de resultaten hiervan geëvalueerd en worden voorstellen gedaan hoe de beweeg- en sportactiviteiten worden voortgezet.

- 2.3) In het kader van de Leidse ouderennota uit 2003³ is het aanbod aan 'Meer Bewegen voor Ouderen' (MbVO) vanaf 2004 uitgebreid. In 2006 worden de resultaten hiervan geëvalueerd.
- 2.4) Ook in het kader van deze ouderennota is een stimuleringspotje aangelegd om initiatieven van ouderen zelf op het gebied van cultuur, sport of andere participatie te stimuleren. Ouderen worden zo uitgedaagd om zelf sportactiviteiten te organiseren die ze nog in Leiden missen. Daar wordt vooralsnog weinig gebruik van gemaakt. We zullen extra aandacht besteden aan voorlichting over deze stimuleringspot.
- 2.5) Via het minimabeleid kunnen mensen van 65 jaar of ouder een eenmalige uitkering aanvragen als bijdrage aan de kosten van vormen van maatschappelijke participatie, waaronder de deelname aan sport. Hierbij gaat het om een vast bedrag van € 182 per huishouden en € 177 per inwonend kind onder de 18 jaar.

In 2006 en 2009 wordt via de Ouderenpeiling gemeten hoe de sportdeelname van ouderen zich ontwikkelt. We zouden zeer tevreden zijn als de sportdeelname van ouderen in 2009 is verhoogd van 54% (peiljaar 2003) naar 60%. Dit is het niveau van sportdeelname van de Leidse volwassen bevolking in 2004.

3. Mensen met een beperking of chronische aandoening

In het voorgaande is aangegeven dat het voor mensen met een beperking extra belangrijk is om te sporten of intensief te bewegen en ook dat er belemmeringen zijn om dat te doen (zie 2.2). Daarnaast is aangegeven dat er onvoldoende inzicht is in de sportbehoefte bij mensen met een beperking. Wij willen daarom een projectgroep de opdracht geven om:

- Een representatieve enquête te houden onder de doelgroep waarin wordt gevraagd naar de huidige sportdeelname, de behoefte aan sportdeelname en eventuele belemmeringen die er zijn om aan sport te doen. Dit leidt tot een lijst van populairste aangepaste sporten.
- In beeld te brengen in welke bestaande sportaccommodaties en bij welke bestaande sportverenigingen deze aangepaste sporten zouden kunnen worden beoefend.
- In beeld te brengen welke voorbeelden elders in het land aanwezig zijn voor het beter afstemmen van vraag en aanbod voor aangepaste sporten en hierbij de denkbeelden van landelijke patiëntenverenigingen te betrekken.
- Aanbevelingen te doen voor een vervoersvoorziening in brede zin, eventuele hulpmaterialen en begeleiding die nodig zouden zijn om aan deze aangepaste sporten deel te nemen.
- Aanbevelingen te doen voor de financiële dekking van extra kosten, waarbij onder meer de mogelijkheden van de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg) en daarna de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), eigen bijdrage en fondsen worden betrokken.

Daarbij heeft het onze voorkeur om aangepast sporten zo veel mogelijk onderdeel uit te laten maken van het reguliere aanbod. Een aantal van deze verenigingen heeft ook al een zogeheten G- of LG-tak (voor (lichamelijk) gehandicapten). Maar zoals al is aangegeven kan dat niet altijd vanwege de noodzaak van specifieke hulpmaterialen of begeleiding. Dus regulier/normaal waar het kan, maar specifiek/speciaal waar het moet.

Wij streven er nadrukkelijk naar om de bovenstaande opdracht in regionaal verband uit te laten voeren. Dat is immers efficiënt (met elke euro van de gemeente en de deelnemer kan meer worden bereikt) en sluit ook beter aan bij de al aanwezige mogelijkheden in de verschillende regiogemeenten. In Katwijk en Alkemade is al een werkgroep bezig om een onderzoek onder de doelgroep te houden. Wellicht dat dit verbreed kan worden. Het voorbeeld van de

³ Leiden voor alle Leeftijden – Nota Integraal Ouderenbeleid 2003-2006, RV-nummer 030112, 2003 vastgesteld

Drechtsteden vinden we aansprekend. Leiden zal dit punt inbrengen in het kader van de sociale agenda van Holland Rijnland. Indien er voldoende draagvlak blijkt te zijn om tot een regionale actie te komen, dan heeft dat onze voorkeur. Als dit niet het geval blijkt, zal Leiden dit voor de eigen gemeente doen. Dan zullen de mogelijkheden wel beperkter zijn.

Afhankelijk van de keuze om het regionaal of lokaal aan te pakken, willen wij voor de bovengenoemde projectgroep vertegenwoordigers uitnodigen van NebasNsg (de Nederlandse sportorganisatie voor mensen met een beperking), OGL, VTV/Centrum Club '58, Rijnlands Revalidatiecentrum, LSF, wellicht de provinciale sportraad en een aantal aanbieders van aangepaste sporten. Vanwege zijn specifieke deskundigheid en uitgebreide netwerk (met onder meer patiëntenorganisaties, speciaal onderwijs, revalidatiecentra), willen wij de NebasNsg hierbij de rol van projectleider geven. Dit moet in 2006 leiden tot aanbevelingen, op grond waarvan voor 2007 en daarna keuzen kunnen worden gemaakt.

Bijlage 2 Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

De basis voor het gemeentelijke gezondheidsbeleid ligt in de WCPV. Deze wet geeft aan dat gemeenten elke vier jaar verplicht zijn een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid te schrijven. Ook beschrijft de WCPV waar gemeenten in hun beleid in ieder geval aandacht aan moeten besteden. Bovendien zijn in het kader van deze wet veel taken en verantwoordelijkheden op het gebied van de collectieve preventie in medebewind gegeven aan gemeentelijke overheden. De bedragen die daarbij horen, zijn in het Gemeentefonds gestort. Gemeenten moeten de totstandkoming en de continuïteit van collectieve preventie bevorderen, evenals de samenhang binnen de collectieve preventie. Ook het stimuleren van de onderlinge afstemming tussen enerzijds de collectieve preventie en anderzijds de curatieve gezondheidszorg behoort tot de gemeentelijke taken. In de gemeentelijke nota gezondheidsbeleid moeten gemeenten hun ambities en doelstellingen op het terrein van de openbare gezondheidszorg beschrijven, maar ook de manier waarop de gemeente vormgeeft aan de WCPV-taken.

In onderstaande tabel worden deze taken schematisch weergegeven. Hierin staan de terreinen waarop de basistaken in het kader van de WCPV zijn vastgesteld en die in het gezondheidsbeleid moeten worden opgenomen. Verder worden de partijen in de gezondheidszorg beschreven waarmee afstemming dient plaats te vinden: aanbieders van zorg, cliënten en zorgverzekeraars.

En ten slotte worden de verschillende gemeentelijke beleidsterreinen genoemd die van belang zijn in verband met het voeren van facetbeleid.

Afstemmen met de volgende partijen	Basistaken uit de WCPV	Facetbeleid
<ul style="list-style-type: none"> - eerstelijnszorg - ziekenhuizen - Instellingen voor verpleging en verzorging - Patiënten/consumenten - mantelzorg - verzekeraars 	<ul style="list-style-type: none"> - Medische Milieukunde - Technische hygiëne zorg - Infectieziektebestrijding - Jeugdgezondheidszorg - Bevorderingstaken te weten: <ul style="list-style-type: none"> • Het verwerven van inzicht in de lokale gezondheidstoestand van de bevolking (epidemiologie) • Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen • Preventieprogramma's en voorlichting 	<ul style="list-style-type: none"> - Onderwijs - Sociale Zaken - Welzijn - Ouderen - Gehandicapten - Jeugd - Zorg - Ruimtelijke ordening - Verkeer - Milieu - Sport

Binnen de WCPV valt onder de basistaak medische milieukunde onderzoek, advisering, signalering, het behandelen van vragen, klachten en meldingen en voorlichting op het terrein van milieu en gezondheid. Een voorbeeld hiervan is onderzoek naar de kwaliteit van natuurlijk zwemwater in een warme zomer.

Onder technische hygiënezorg vallen hygiënezorg voor kindercentra en basisscholen, verordeningen voor technische hygiëne bij tatoeage- en piercingstudio's, grote evenementen, seks- en relaxhuizen en instellingen die vallen onder de Wet op de jeugdhulpverlening. Infectieziektebestrijding omvat algemene infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding,

SOA bestrijding (waaronder AIDS), het geven van voorlichting en begeleiding met betrekking tot infectieziekten, het beantwoorden van vragen uit de bevolking over infectieziekten en bron-

en contactopsporing bij vermoeden van epidemieën van infectieziekten. Het risico op grootschalige epidemieën is aanzienlijk vergroot en gemeenten zouden volgens de IGZ hieraan meer aandacht moeten besteden. Door de toegenomen mondiale mobiliteit kunnen ziekteverwekkende micro-organismen zich in korte tijd over grote delen van de wereld verspreiden. Ook op de maatschappelijke gevolgen van een grootschalige epidemie moeten gemeenten zich beter voorbereiden. Hoe blijven kernsectoren functioneren als zoveel mensen door ziekte uitvallen en hoe kan de gemeente blijven doorwerken en waar liggen dan de prioriteiten?

Onder de Jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen wordt verstaan: het verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en bedreigende factoren en advies hieromtrent, gezondheidsvoorlichting aan jeugdigen en hun opvoeders, het vroegtijdig opsporen en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma, De IGZ constateert dat GGD'en, gezien de toename van psychosociale problemen bij jongeren, hierover te weinig gegevens verzamelen. Dit belemmert gemeenten bij het ontwikkelen van gericht beleid. De kwaliteit van de zorgverlening op dit terrein is onvoldoende en de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen bewaakt onvoldoende de continuïteit van zorg, vooral bij kinderen met problemen. De integratie van de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 19-jarigen stagneert volgens de inspectie. Niet alleen dient er binnen de jeugdgezondheidszorg nauw samengewerkt te worden. Voor de continuïteit van de zorg is veel meer samenwerking nodig tussen de jeugdzorg, de jeugdhulpverlening en reguliere jeugdvoorzieningen. Landelijk zijn er twee ontwikkelingen die zullen bijdragen aan samenhang van zorg en vroegsignalering: het elektronisch kinddossier en de verwijfsindex.

Een adequate informatievoorziening is een belangrijke, noodzakelijke randvoorwaarde voor een kwalitatief sterke integrale jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het EKD is de elektronische versie van het huidige papieren JGZ-dossier en is bij elk contactmoment voor registratie en informatie te gebruiken. Het primaire doel van het EKD is het ondersteunen van de bij de jeugdgezondheidszorg direct betrokken hulpverleners bij de uitvoering van hun taak. Een uniforme wijze van registreren door middel van een elektronisch systeem draagt bij aan een kwalitatief goede jeugdgezondheidszorg. Het maakt beter en sneller signaleren van risico's mogelijk en voorkomt dat kinderen buiten beeld raken, ook als ze niet voor onderzoek komen. Er is een dringende maatschappelijke behoefte om de samenwerking en informatie-uitwisseling rondom een jeugdige te verbeteren. Het systeem van de Verwijsindex is een hulpmiddel dat samenwerking bevordert en langs elkaar heen werken voorkomt. De Verwijsindex brengt risicosignalen van hulpverleners bij elkaar en informeert hen over elkaars betrokkenheid bij de jeugdige. Het EKD is één van de bronssystemen van waaruit de Landelijke Verwijsindex haar signalen ontvangt.

Bevorderingstaken omvatten o.a. het verzamelen en analyseren van epidemiologische cijfers en daarmee inzicht krijgen in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking en het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen. Hierbij gaat het om een coördinerende en integrerende taak van de gemeente wat uitmondt in facetbeleid. De GGD heeft hierin een adviestaak. Hierbij valt te denken aan gemeentelijke besluitvorming over ruimtelijke ordening (fietspaden, trapveldjes) en sport. Een andere bevorderingstaak is Gezondheidsbevordering. Onder gezondheidsbevordering wordt verstaan: op basis van inzicht in de gezondheid van de bevolking het uitvoeren van voorlichting- en preventieprogramma's, bijvoorbeeld gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl.

Tevens zegt de WCPV nog dat het lokaal gezondheidsbeleid enerzijds de uitvoering van de WCPV door de GGD moet bevatten, maar anderzijds dat het gezondheidsbeleid onderdeel van

het lokaal politiek debat moet zijn. De gemeentelijke nota's worden steeds kort na de gemeenteraadsverkiezingen uitgebracht, zodat de gemeenteraad hierover kan meebeslissen en het beleid in de daaropvolgende ambtsperiode kan worden uitgevoerd. Daar waar in andere gemeentelijke beleidsvisies al ingegaan wordt op onderdelen van gezondheidsbeleid kan de gemeente in de nota volstaan met verwijzen, zodat geen dubbel werk hoeft te worden gedaan (denk ook hier aan ruimtelijke ordening, ouderenbeleid, achterstandsbeleid, sportbeleid).

Bijlage 3 Overige wetten volksgezondheid

Naast de WCPV is er nog meer wetgeving op het terrein van de volksgezondheid die voor de gemeente c.q. de GGD van belang zijn. Een aantal worden hieronder genoemd.

Algemene bijstandswet

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Gemeentewet

Infectieziektewet

Kwaliteitswet zorginstellingen

Leerplichtwet

Quarantaine wet

Waterleidingwet

Wet ambulancevervoer

Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen

Wet geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen

Wet kinderopvang

Wet Maatschappelijke Ondersteuning

Wet op de lijkbezorging

Wet rampen en zware ongevallen

Wetgeving speciaal onderwijs

Zorgverzekeringswet

Bijlage 4 Overzicht taken GGD

De GGD bewaakt, beschermt en bevordert de gezondheid van de inwoners in haar gebied

Wettelijk verplichte taken:

Onderzoek (epidemiologie)

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

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

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

Beleidsadvisering

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

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

Gezondheidsbevordering

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

Openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ)

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

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

Medische milieukunde

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

Daarvoor voert de GGD de volgende taken uit:

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

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

Technische hygiënezorg

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

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

Bestrijding van infectieziekten

Dit is één van de oudste taken van de GGD, en nog steeds actueel. Die taak houdt in:

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

Jeugdgezondheidszorg

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

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

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

Medische Opvang Asielzoekers

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

De GGD voert ook niet wettelijk verplichte taken uit:

Reizigersadvies

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

Sociaal-medische advisering

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

Keuringen

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

Forensische geneeskunde

Forensische geneeskunde staat voor gerechtelijke geneeskunde en omvat het medisch advies van GGD-artsen aan politie en justitie. De belangrijkste taken zijn:

- arrestantenzorg;
- lijkschouw;
- euthanasiemelding;
- letselbeschrijving;
- bloedproef.

Bijlage 5 WCPV-taken en WMO-prestatievelden

Bron: Walg CB. (januari 2006). *Relatie tussen de WCPV en de WMO. Kansen voor de openbare gezondheidszorg!* GGD Gelre-IJssel, Deventer.

WCPV taken	WMO prestatievelden
Collectieve preventie	
1. Beleidsadvisering;	Prestatieveld 1 t/m 9
2. Onderlinge afstemming tussen collectieve preventie en curatieve zorg;	Prestatieveld 1 t/m 9
3. Verwerven van inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking;	Prestatieveld 1 t/m 9
4. Bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;	Prestatieveld 1 t/m 9
5. Gezondheidsbevordering;	<p>Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;</p> <p>Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;</p> <p>Prestatieveld 4: Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;</p> <p>Prestatieveld 6: Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;</p> <p>Prestatieveld 9: Het bevorderen van verslavingsbeleid.</p>
6. Bevolkingsonderzoeken;	
7. Bevorderen van medisch-milieukundige zorg;	Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
8. Bevorderen van technische hygiënezorg;	
9. Bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg;	<p>Prestatieveld 1: Het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;</p> <p>Prestatieveld 5: Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;</p> <p>Prestatieveld 7: Het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;</p>
Deze taak wordt overgeheveld naar de WMO	

WCPV taken	WMO prestatievelden
	Prestatieveld 8: Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen; Prestatieveld 9: Het bevorderen van verslavingsbeleid.
Infectieziektebestrijding	
10. Algemene infectieziektebestrijding;	
11. Bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen, waaronder aids;	
12. Tuberculosebestrijding;	
13. Bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten;	
14. Beantwoorden van vragen uit de bevolking;	Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
15. Geven van voorlichting en begeleiding;	Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
Jeugdgezondheidszorg	
16. Werven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en – bedreigende factoren;	
17. Ramen van behoefte aan zorg;	
18. Vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;	
19. Geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;	Prestatieveld 2: Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden; Prestatieveld 3: Het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
20. Formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen;	
21. Maatwerk jeugdgezondheidszorg (overige producten)	Prestatieveld 2: Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden.

Bijlage 6 Een overzicht van gemeentelijke beleid(s ontwikkelingen) op de verschillende prestatievelden

Het bevorderen van de sociale samenhang en leefbaarheid in dorpen wijken en buurten

- 'Ruimte voor burgers' herijking beleidskader Welzijn. De ambities rond de sturingsvraagstukken zoals vastgelegd in 'Ruimte voor burgers' worden in deeltrajecten uitgewerkt
- 'Leiden voor alle leeftijden' Nota integraal ouderenbeleid 2003-2006
- 'Vrijwilligerswerk voor elkaar' beleidsnota vrijwilligerswerk
- Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006
- Kadernota Leids sportbeleid 'Startschot' 2006-2010
- Sociaal programma Wop-Noord en Wop-Zuidwest
- Integratienota 'Leiden in kleur'
- Meerjarenplan Leiden 2006-2008 Actief op de Arbeidsmarkt
- Re-integratievisie 2007-2010: Investeren in mensen
- Uitvoeringsnotitie en verordening Wet Inburgering

Op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met het opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden

- 'Om het jonge kind: naar een sluitende aanpak voor 0-6 jarigen'
- Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006
- De Leidse jeugdfactor: participatie en perspectief. Integraaljeugdbeleid 2007-2011. Daarop volgen een aantal uitvoeringsplannen
- In 2007 wordt een nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid geschreven 2008-2012

Het geven van informatie en advies en cliëntondersteuning

- De uitgangspuntennotitie Adviesraad Wmo Leiden
- Een nota ten aanzien van Jeugdparticipatie (wordt voorbereid)
- 'Leiden voor alle leeftijden' Nota integraal ouderenbeleid 2003-2006
- Nota Wonen, zorg en welzijn

Het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers

- 'Vrijwilligerswerk voor elkaar' beleidsnota vrijwilligerswerk (2003)

Het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijke verkeer en het bevorderen van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem

- 'Leiden voor alle leeftijden' Nota integraal ouderenbeleid 2003-2006
- Nota Lokaal gezondheidsbeleid 2003-2006
- Kadernota Leids sportbeleid 'Startschot' 2006-2010
- Visie op de modernisering van de WSW (Wet Sociale Werkvoorziening)
- Re-integratievisie 2007-2010: Investeren in mensen
- Minimabeleid 2006

Het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem ten behoeve van hun zelfstandig functioneren en/of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer

- Besluit voorzieningen maatschappelijke ondersteuning 2007
- Verordening voorzieningen maatschappelijke ondersteuning 2007
- Handboek voorzieningen maatschappelijke ondersteuning 2007 (voorzien najaar 2007, ter vervanging van oude WVG-handboek en protocollen hulp bij het huishouden)
- uitgangspuntennotitie Lokaal Zorgloket

- 'Woonvisie Leiden 2006-2015'
- Nota Wonen, zorg en welzijn

Maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang en beleid huiselijk geweld

Het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg, met uitzondering van het bieden van psychosociale hulp bij rampen

Het bevorderen van verslavingsbeleid

- Beleidsvisie Verslavingszorg & Maatschappelijke opvang 2005-2009
- Nota "naar een sluitende 24-uurszorgstructuur"

Bijlage 7 Resultaten Stand van zaken notitie 2005

Actie	Beoogd resultaat 2005	Resultaat 2007
1. Aanvraag OGZ-Fonds project "Duurzaam & Gezond bouwen" (DUBO)	Onderzoek naar inbedding gezondheidsaspecten DUBO in concreet bouwplan	OGZ-aanvraag niet gehonoreerd, maar door samenwerking met andere GGD is toch een duurzaam en gezond bouwen pakket ontwikkeld. Dit pakket zal worden toegepast in bouwplan Chrispijn locatie (Hoge Rijndijk) na afronding bestemmingsplanprocedure (najaar 2007)
2. Gezondheidseffectscreening (GES) bij programma van eisen Wijkontwikkelingsplan ZuidWest	Aanbevelingen gezondheid bewoners WOP-ZuidWest	Binnen het WOP is geld gereserveerd voor de GES. GES staat gepland voor 2007-2008.
3. Werkconferentie 1 ^e lijnszorg	Werkconferentie heeft plaatsgevonden in april 2005 en hierin zijn door verschillende partijen oplossingen aangereikt voor de knelpunten rond de 1 ^e lijnszorg → afgerond	n.v.t.
4. Lokaal gezondheidsbeleid als structureel agendapunt bij het overleg van de werkgroep Dienst Bouwen & Wonen en Cultuur & Educatie	Er vindt structureel afstemming plaats tussen BoWo en C&E over gezondheid en ruimtelijke projecten	Sinds najaar 2006 staan gezondheidsaspecten op de agenda in werkgroep BoWo-C&E → afgerond
5. Gemeente Leiden neemt plaats in adviesgroep voor onderzoek naar activiteiten gericht op het verkleinen van SEGV	Aanbevelingen over activiteiten gericht op de gezondheid en de arbeidsmarktpositie van uitkeringsgerechtigden.	In 2005 is onderzoek adviesgroep afgerond NIGZ-rapport; Gezondheidsaspecten krijgen aandacht in reïntegratiegesprekken met cliënten + aanbesteding reïntegratie met gezondheid als speerpunt → afgerond
6. Evaluatie/onderzoek naar succes- en faalfactoren Leiden Noord-Gezond en Wel.	De resultaten van de evaluatie worden in het kader van het preventief wijkgericht gezondheidsbeleid verder uitgewerkt.	Evaluatie is uitgevoerd in najaar 2005 en leer- en verbeterpunten (o.a. verantwoording richting opdrachtgever, resultaatverwachtingen) zijn verwerkt in het project Leiden Gezond en Wel (2005 – 2009) → afgerond
7. Ontwikkelen nieuw wijkgericht gezondheidsbeleid	Het wijkgericht gezondheidsbeleid zal afhankelijk van de resultaten van de evaluaties van Leiden-Noord Gezond en Wel	Op basis van evaluatie (actiepunt 6) is het project Leiden Gezond en Wel geformuleerd. → afgerond

Actie	Beoogd resultaat 2005	Resultaat 2007
	onderdeel gaan uitmaken van de nieuwe nota Lokaal Gezondheidsbeleid,	
8. Opstellen beleidskader maatschappelijke dienstverlening	Taakafbakening SMDMH Input voor nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid	Met de komst van de Wmo maakt maatschappelijke dienstverlening deel uit van prestatieveld 6 uit de Wmo. Het beleid hiervoor wordt beschreven in het beleidsplan Wmo en niet in deze nota gezondheidsbeleid. → afgevoerd (komt aan de orde in Wmo)
9. Het versterken van de relatie tussen <i>sport en gezondheidsbevordering</i>	In Sportnota wordt samenhang aangegeven tussen sport en gezondheid	In de Kadernota Leids Sportbeleid 2006-2010 zijn bewegingsstimulering en een gezonde leefstijl belangrijke thema's die door sportsector ondersteund worden → afgerond
10. Evaluatie en inventarisatie activiteiten t.b.v. bevordering gezonde leefstijl	Herijking/herziening uitgangspunten Actualisatie activiteiten	In deze nota staat een evaluatie van de activiteiten in de afgelopen jaren. Hiermee zijn de actiepunten 10 en 11 afgerond. → afgerond
11. Evaluatie en inventarisatie activiteiten t.b.v. fysieke leefomgeving	Herijking/herziening uitgangspunten Actualisatie activiteiten	Zie 10.

Tabel: Resultaten beleidsmatige acties Stand van Zakennotitie Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2006

Bijlage 8 Gezondheidssituatie Leiden

Op basis van de vijf speerpunten is hieronder een aantal gegevens gerangschikt die een beeld geven van de gezondheidssituatie van Leidenaren.

1. Overgewicht

Het overgewicht⁴ bij de jeugd in Zuid Holland Noord neemt met de leeftijd toe van 10% bij 3-jarigen tot 18% bij 10-11-jarigen, terwijl er weer een daling te zien is bij oudere tieners. Bij volwassenen stijgt het overgewicht vervolgens tot 57% van de 50-64-jarigen. Ernstig overgewicht vertoont een zelfde lijn: 1% bij 3-jarigen, een kleine piek bij 10-11-jarigen (3%) om uiteindelijk uit te komen bij 13% van de 50-64-jarigen. Tot ongeveer 12 jaar hebben meisjes vaker overgewicht, daarna jongens en mannen.

Een kleinschalig onderzoek door Thuiszorg Groot Rijnland onder 72 peuters met overgewicht, waarvan 20 obesitas, heeft de volgende uitkomsten opgeleverd:

- verwijzing naar diëtist (40%), waarvan 26% gebruik heeft gemaakt;
- extra consult of huisbezoek (64%), in 98% was dit geadviseerd, in andere gevallen ouders geen belangstelling;
- 57 kinderen advies om bewegen te stimuleren.

Uit dit onderzoek blijkt dat ouders lang niet altijd adviezen en verwijzingen over gezondheidsbevordering opvolgen.

Gezond bewegen verlaagt het risico op overgewicht en beschermt direct of indirect tegen ziektes en gezondheidsklachten. De Nederlandse norm Gezond Bewegen voor volwassenen is minimaal 5 dagen per week 30 minuten matig intensief bewegen. Dit omvat lopen, fietsen, sporten maar ook huishoudelijk- of kluswerk dat niet zittend gedaan wordt. In Leiden e.o. voldoet 64% van de volwassenen van 19-64 jaar aan de norm Gezond Bewegen en beoefent 52% minimaal één keer per week een sport. Er is een groep van 7,5% die “inactief” is, dat zijn personen die minder dan één dag per week 30 minuten actief zijn.

	Leiden e.o.	Zuid-Holland Noord
Ondergewicht	1,4 %	1,4 %
Matig overgewicht	32 %	34 %
Ernstig overgewicht	7,1 %	9,2 %
Voldoen aan norm Gezond Bewegen	66 %	64 %
Sporten min. 1 keer per week	52 %	52 %
Inactief (< 1 dag per week 30 minuten bewegen)	7,5 %	7,8 %

Tabel 3: Overgewicht en bewegen

2. Alcohol

Het alcoholgebruik is toegenomen. Meer jongeren drinken alcohol en zij drinken meer glazen per gelegenheid. De toename in alcoholgebruik geldt ook voor de volwassenen. De belangrijkste conclusies uit recente peilingen van de GGD zijn:

⁴ Overgewicht wordt gedefinieerd aan de hand van de “Body Mass Index” (BMI) die bepaald wordt door de individuele lengte en het gewicht.

Het percentage 12-17 jarigen dat drinkt blijft gelijk (2003 versus 1998), echter meer 12-14 jarigen drinken alcohol;
percentage (zeer) excessief drinkende volwassenen gestegen in 2005 t.o.v. 2000 (net als in ZHN);
percentage ouderen dat drinkt is lager dan ZHN (2005), minder ouderen drinken dagelijks t.o.v. ZHN.

Jeugd

De landelijke trend van een toenemend alcoholgebruik onder jongeren gaat niet aan Leiden voorbij. Uit gegevens van de GGD blijkt dat bijna tweederde van de jongeren op de basisschool al kennis maakt met alcohol. In onderstaande tabellen staan de meest recente gegevens van het alcoholgebruik onder jongeren in Leiden en de regio Zuid-Holland Noord.

	12-17 jarigen		18-26 jarigen		Leerlingen basisschool groep 7 en 8		Leerlingen voortgezet onderwijs	
	1998	2003	1998	2003	1996	2003	1996	2003
Leiden	44%	43%	87%	82%	-	-	-	-
Leiden en omstreken	-	-	-	-	14%	22%	59%	59%
Zuid-Holland Noord	47%	50%	82%	85%	15%	22%	58%	63%

Tabel 4: Alcoholgebruik onder jongeren

	12-17 jarigen		18-26 jarigen	
	1998	2003	1998	2003
Leiden	7%	4%	26%	20%
Zuid-Holland Noord	9%	5%	23%	21%

Tabel 5: Percentage dat vaak en veel* alcohol drinkt

* vaak en veel = meer dan vier glazen per keer meer dan vier keer per maand

Volwassenen

Het alcoholgebruik is in te delen in verschillende categorieën. Garretsen heeft hiervoor een alcoholindex ontwikkeld. Deze luidt als volgt:

- *Licht:*
 - 1-2 dagen per maand drinken
 - 3-31 dagen per maand 1 glas per dag
 - 9-14 dagen per maand maximaal 2-3 glazen per dag
 - 3-8 dagen per maand maximaal 4-5 glazen per dag
- *Matig:*
 - 3-8 dagen per maand 6 of meer glazen per dag drinken
 - 9-14 dagen per maand 4-5 glazen per dag
 - 15-20 dagen per maand 2-5 glazen per dag
 - 21-31 dagen per maand 2-3 glazen per dag
- *Excessief:*
 - 9-20 dagen per maand 6 of meer glazen per dag drinken
 - 21-31 dagen per maand 4-5 glazen per dag
- *Zeer excessief:*
 - 21-31 dagen per maand 6 glazen of meer per dag drinken

Op basis van de alcoholindex kunnen de volgende conclusies getrokken worden over het alcoholgebruik in Leiden:

86% van de 18-64 jarigen drinkt alcohol. Dit is evenveel als gemiddeld in Zuid-Holland Noord

20% van de 18-64 jarigen drinkt excessief tot zeer excessief. Dit is meer dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord

Het percentage excessieve drinkers is sinds 2000 toegenomen. De groep die tussen de 20 en 30 glazen per week drinkt (excessief) is groter geworden. De groep die meer dan 30 glazen per week drinkt (zeer excessief) is gelijk gebleven.

		<i>drinkt niet</i>	<i>licht</i>	<i>matig</i>	<i>excessie f</i>	<i>zeer excessie f</i>
		Leiden	2000	17%	45%	25%
	2005	14%	40%	26%	15%	5%
Zuid-Holland Noord	2000	16%	47%	25%	8%	4%
	2005	14%	42%	27%	13%	4%

Tabel 6: Percentages 18-64 jarigen naar mate van alcoholgebruik

In Leiden in 2005:

drinkt 30% van de 18-64 jarige mannen excessief tot zeer excessief alcohol. Dit is hoger dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord

drinkt 9% van de 18-64 jarige vrouwen excessief tot zeer excessief. Dit is hoger dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord

is het percentage excessieve drinkers vanaf 2000 zowel bij mannen als vrouwen toegenomen. Maar bij mannen is het percentage meer toegenomen dan bij vrouwen.

	mannen		<i>vrouwen</i>	
	2000	2005	2000	2005
Leiden	19%	30%	6%	9%
Zuid-Holland Noord	18%	28%	5%	7%

Tabel 7: Percentages 18-64 jarigen dat excessief tot zeer excessief alcohol drinkt

In Leiden in 2005:

is het percentage (zeer) excessieve drinkers in alle leeftijdsklassen toegenomen, maar vooral onder 18-34 jarigen; dit geldt ook voor Zuid-Holland Noord;

is het percentage (zeer) excessieve drinkers onder 35-49 jarigen sterker gegroeid dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord.

	18-34 jarigen		35-49 jarigen		<i>50-64 jarigen</i>	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Leiden	12%	22%	12%	19%	14%	18%
Zuid-Holland Noord	13%	21%	12%	15%	11%	17%

Tabel 8: Percentage dat excessief tot zeer excessief alcohol drinkt

Ouderen

In Leiden in 2005:

drinkt 67% van de ouderen alcohol. Dit is minder dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord. De groep matige drinkers is in Leiden kleiner dan in Zuid-Holland Noord.

drinkt 10% van de ouderen excessief tot zeer excessief. Dit is evenveel als gemiddeld in Zuid-Holland Noord

	drinkt niet	licht	matig	excessief	<i>zeer excessief f</i>
Leiden	33%	37%	21%	7%	3%
Zuid-Holland Noord	27%	37%	28%	6%	2%

Tabel 10: Percentages 65-94 jarigen naar mate van alcoholgebruik 2005

In Leiden in 2005:

drinkt 16% van de oudere mannen excessief tot zeer excessief alcohol. Dit is evenveel als gemiddeld in Zuid-Holland Noord

drinkt 5% van de oudere vrouwen excessief tot zeer excessief. Dit is hoger dan gemiddeld in Zuid-Holland Noord

	mannen	<i>vrouwen</i>
Leiden	16%	5%
Zuid-Holland Noord	14%	3%

Tabel 11: Percentages 65-94 jarigen dat excessief tot zeer excessief alcohol drinkt 2005

In Leiden in 2005:

drinkt 13% van de 65-74 jarigen excessief tot zeer excessief alcohol. Dit is evenveel als gemiddeld in Zuid-Holland Noord

drinkt 6% van de 75-94 jarigen excessief tot zeer excessief. Dit is evenveel als gemiddeld in Zuid-Holland Noord

	65-74 jaar	<i>75-94 jaar</i>
Leiden	13%	6%
Zuid-Holland Noord	11%	4%

Tabel 13: Percentages 65-94 jarigen dat excessief tot zeer excessief alcohol drinkt 2005

3. Roken

In de regio Zuid-Holland Noord rookt in 2005 25% van de volwassenen in de leeftijd van 19-64 jaar. 32% heeft vroeger wel gerookt maar nu niet meer. Ongeveer één op de tien rokers is een zware roker (meer dan één pakje of 20 sigaretten per dag. Onder de jongvolwassen (19-34 jaar) bevinden zich meer rokers (28%) dan onder de oudere groepen (35-64 jaar). Het percentage zware rokers loopt juist op met leeftijd, van 1,7% in de groep 19-34 jaar tot 3,3% in de groep 50-64 jaar. Onder jongvolwassenen heeft 52% nog nooit gerookt, terwijl onder 35-64 jarigen 30% nooit heeft gerookt. Mannen roken vaker en meer dan vrouwen en dit geldt voor alle leeftijdsgroepen (bron: Gezondheidspeiling 2005: Alcohol en tabak, GGD Hollands Midden).

Risicogroep

Lager geschoolde mannen en vrouwen zijn een risicogroep. Het percentage dat rookt neemt af met toenemende scholing. Van degenen die hooguit basisschool hebben afgemaakt, rookt 36% van de mannen en 34% van de vrouwen; onder HBO-ers en academici is dit 22% en 14%. Dit verschil staat los van verschillen in leeftijd, gezinssamenstelling of werksituatie. Eén op de tien personen met een lagere opleiding is een zware roker, terwijl dit bij HBO of academisch geschoolden één op de honderd is.

Jongeren

De helft van de jongeren van 12-26 jaar heeft ooit gerookt (één van de zes 12-14 jarigen tot driekwart van de 24-26 jarigen), een kwart recent (de afgelopen maand) en 8% rookt dagelijks. Onder jongeren roken mannen en vrouwen even vaak en even veel. Het aantal jongeren dat in 2003 rookt is gedaald in vergelijking met 1998 (van één op de drie jongeren naar één op de vier). Ook het aantal sigaretten per dag is afgenomen (bron: Jongerenpeiling 2003, GGD Zuid-Holland Noord).

4. Diabetes

In 2005 geeft 2,3% van de volwassenen in de regio Zuid-Holland Noord aan diabetes te hebben. Dit percentage bedroeg in 2000 nog 1,8% (bron: Gezondheidspeiling 2005: lichamelijke gezondheid, GGD Hollands Midden). Uit landelijke huisartsenregistraties blijkt het percentage inwoners met diabetes rond 3% te liggen (bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid, RIVM).⁵

5. Depressie en eenzaamheid

In 2005 behoort ongeveer 4% van de volwassen bevolking tot de hoge risicogroep voor *angststoornis en/of depressie*. Op elke leeftijd is dit risico ongeveer even groot. Op hoge leeftijd neemt het risico toe.

In 2005 is 6% van de 65-74 jarigen *ernstig eenzaam* en één van de tien 75-94 jarigen. Risicofactoren voor eenzaamheid zijn het verlies van de partner, het verlies van mobiliteit en moeite hebben met rondkomen.

6. Overige

Jeugdgezondheidszorg

Met de jeugdgezondheidszorg (JGZ) wordt een overgrote meerderheid van alle jeugdigen bereikt. In 2005 en 2006 bezochten 96% van de 0-4-jarigen het consultatiebureau. Volgens

Thuiszorg Groot Rijnland (TGR) verschenen in 2005 2,2 % zuigelingen zonder bericht niet op het consultatiebureau en gold dit voor 3,9 % van de peuters.

Ouders van peuters tijdens contactmoment 3 jaar (TGR)

	2006	2005
problemen met gedrag	27%	29%
problemen met drift/koppigheid	8%	10%
problemen met slapen	6%	8%
problemen met aandacht	4%	4%
vragen/huilen		
problemen met eten en voeding	9%	9%
problemen met spraak en taal	7%	9%

Schulden

De groep mensen die *moeite heeft met rondkomen* is sterk toegenomen, van 2,5% in 2000 naar 7% in 2005; 6,5% heeft risicovolle of problematische *schulden*. Dit percentage is het hoogst onder jongvolwassenen (9%) en neemt af met de leeftijd.

⁵ Omdat de gegevens voor de regio Zuid Holland Noord verzameld zijn uit enquêtes (zelfrapportage) en het landelijke percentage gebaseerd is op de registratie door huisartsen, verschillen de regionale en de landelijke cijfers.

Bijlage 9 Landelijk beleid

Landelijke aanpak schadelijk alcoholgebruik

In Nederland drinken veel mensen alcohol. Matig gebruik levert meestal geen problemen op, overmatig gebruik echter wel. Schadelijk alcoholgebruik staat in de top-10 van gezondheidsproblemen in ons land. Het gaat hierbij om verslaving maar ook om acute gezondheidsschade door bijvoorbeeld alcoholvergiftiging. Zo'n 2.000 tot 3.000 mensen sterven jaarlijks aan de gevolgen van schadelijk alcoholgebruik. Het levert ook veel maatschappelijke schade op. Gezinnen van alcoholisten, slachtoffers van agressie, slachtoffers van alcoholverkeersongevallen, ouders van kinderen die teveel drinken: ze ondervinden allemaal de negatieve gevolgen. De laatste jaren is het gebruik van alcohol per hoofd van de bevolking licht aan het dalen. Het alcoholgebruik onder jongeren is echter fors gestegen. Jongeren drinken steeds meer en op steeds jongere leeftijd. Het alcoholbeleid kent een samenhangend pakket maatregelen zoals wetgeving, zelfregulering, zorgen hulpverlening, voorlichting, en beleid gericht op bijzondere situaties. Er zijn verschillende ministeries bij het alcoholbeleid betrokken. De minister van VWS is verantwoordelijk voor alcoholpreventie (voorlichting en wetgeving) en alcoholzorg, de minister van Justitie is belast met de strafrechtelijke handhaving, de minister van Verkeer en Waterstaat met het beleid rondom rijden onder invloed en de minister van Financiën met accijns op alcoholhoudende dranken.

Jongeren – Project Alcohol en opvoeding

In 2006 is het project *Alcohol en opvoeding* gestart. Dit project wil ouders adviseren en ondersteunen om het alcoholgebruik bij kinderen op jonge leeftijd te voorkomen. Het Trimbos-instituut voert het project uit in samenwerking met het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). Het project combineert verschillende grote landelijke programma's: een deelcampagne van de NIGZ-alcoholcampagne, het programma *De gezonde school en genotmiddelen* van het Trimbos-instituut en de landelijke monitoring via het peilstationonderzoek (het landelijk onderzoek naar middelengebruik bij leerlingen). Het opvoedingsadvies dat in dit voorlichtingsproject gegeven wordt, is dat *geen alcohol onder de 16 jaar* het beste is.

Partnership Vroegsignalering Alcohol

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

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

In 2006 komt het PVA met een Actieplan Vroegsignalering Alcohol. Dit actieplan bestaat uit een overzicht van de praktijk in Nederland met betrekking tot vroegsignalering en kortdurende interventies voor probleemdrinkers en werkplannen op vijf verschillende deelgebieden:

- Integrale aanpak vroegsignalering voor gemeenten

- Basisprogramma vroegsignalering en kortdurende interventies voor de verslavings- en GGZsector
- Alcoholconsultatieprojecten tussen de 1e en 2e lijns gezondheidszorg
- Implementatie van de NHG-standaard problematisch alcoholgebruik
- Implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn verslaving

In 2006 en 2007 worden op deze verschillende deelgebieden pilotprojecten uitgevoerd. Deze moeten leiden tot concrete producten voor de praktijk en een structurele inbedding van vroegsignalering en kortdurende interventies in de zorg.

Landelijke aanpak overgewicht (bewegen en voeding)

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem voor de volksgezondheid. Ook in Nederland stijgt het aantal mensen dat te zwaar is snel. 40% van de volwassenen heeft overgewicht

en 10% is obees (ernstig overgewicht). De nieuwste cijfers over de toename van overgewicht en obesitas bij kinderen, zijn verontrustend¹⁰. In 1980 had 1 op de 15 kinderen van 4 tot 14 jaar overgewicht, in 1997 was dit al 1 op de 8 à 9 kinderen. In de zes jaar daarna is dit verder toegenomen tot 1 op de 5 kinderen. Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status. Overgewicht verhoogt de kans op hart- en vaatziekten, suikerziekte, sommige vormen van

kanker, aandoeningen aan het bewegingsapparaat en psychosociale problemen. Een en ander heeft ook maatschappelijke gevolgen. De jaarlijkse directe kosten (kosten van de gezondheidszorg) in Nederland van ernstig overgewicht worden geschat op 0.5 miljard euro, terwijl de indirecte kosten (ziekteverzuim, productieverlies, uitkeringslasten en maatschappelijke kosten) geschat worden op 2

miljard. De kern van het probleem is de verstoring van de energiebalans: er wordt teveel gegeten en gedronken en te weinig bewogen. Dit is niet zozeer het gevolg van bewuste keuzes van mensen, het individuele gedrag wordt ook beïnvloed door het aanbod van de directe omgeving: er is veel aanbod van eten, het aantal verkooppunten is groot en er is veel reclame. Door voortgaande veranderingen in

het arbeidsproces is bewegen minder noodzakelijk en ook in de vrije tijd bewegen we minder door auto, televisie en pc. Met andere woorden: we leven in een 'dikmakende' omgeving.

Energie in balans, acties Convenant Overgewicht

Volgens het kabinet zijn en blijven mensen allereerst zelf verantwoordelijk voor het terugdringen van overgewicht en mogen burgers aangesproken worden op keuzes in hun gedrag die gevolgen hebben voor hun gezondheid. Daarnaast is een gezamenlijke aanpak nodig, gericht op zowel leefstijl als op omgevingsfactoren. De Minister van VWS heeft samen met de Minister van OCW de eerste stap gezet en een convenant gesloten met een aantal belangrijke maatschappelijke partners: de

levensmiddelenindustrie, horeca, cateraars, supermarkten, zorgverzekeraars, werkgevers en sportorganisaties. Met elkaar willen zij de negatieve trend in 2010 gekeerd hebben: minder overgewicht bij jongeren en geen stijging meer bij ouderen. Het convenant heeft geleid tot het geïntegreerde actieplan *Energie in balans* (oktober 2005) gericht op het herstellen van de balans tussen eten en bewegen. De acties zijn uitgewerkt in vier settings (thuis, school, werk en recreatie) en liggen onder andere op de volgende gebieden: portiegrootte, reclame, marketing, samenstelling van

producten, etikettering, kantineaanbod en bewegingsbevordering. Twee doelgroepen krijgen speciale aandacht: de jeugd en mensen met een lage sociaal-economische status. VWS begeleidt als initiatiefnemer met een aparte projectorganisatie (het convenantbureau) de ontwikkeling en let op de resultaten.

Beantwoording inspraakreacties

Voorstel aan burgemeester en wethouders van Leiden betreffende de beantwoording van de inspraakreacties inzake inspraak concept nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 'Accenten in gezondheidsbeleid'.

Inleiding

Vijf instellingen hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid schriftelijk te reageren op het concept van nota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2012 'Accenten in gezondheidsbeleid'. Over het algemeen spreekt men waardering uit over de inhoud en de gekozen speerpunten. Daarnaast zijn er ook kritische kantekeningen gemaakt en aanvullingen geleverd. Deze worden hieronder kort samengevat en van een beantwoording voorzien. Hiermee wordt de kwaliteit van de nota verhoogd.

Procedure

Het College stelt in haar vergadering van 22-1-2008 de beantwoording van de inspraakreacties vast.

De raadscommissie nodigt de insprekers uit bij de commissie vergadering van 5 februari en bespreekt de nota vervolgens in haar vergadering van 4 maart.

Thematisch overzicht van de inspraakreacties

De vragen met de beantwoording zijn geordend, waarbij de indeling van de nota is gevolgd. Schematisch ziet het er als volgt uit:

Thema	Aantal vragen/opmerkingen
Reikwijdte van deze nota	3
Terugblik lokaal gezondheidsbeleid	2
Ontwikkelingen en trends	2
Activiteiten en Financiën	1
Vooruitblik 2008-2012	4
Uitvoeringsprogramma	8

Ingekomen reacties

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	Thema: Thema: Reikwijdte van deze nota		
A	Ingebracht door: GGD Hollands Midden Paragraaf 2.4 U geeft aan dat het verkleinen van gezondheidsverschillen op grond van Sociaal Economisch status een belangrijk aandachtspunt is. Vervolgens geeft u een aantal speerpunten aan, waaronder fysieke omgeving. Wij adviseren sociale omgeving ook als speerpunt op te nemen omdat de factoren die	We delen uw mening dat naast inspanningen in de fysieke omgeving ook sociaal beleid van belang is om gezondheidswinst te behalen. bij de formulering van reikwijdte van de nota zal ook de sociale omgeving een plek krijgen.	De tekst is aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	hieronder vallen juist in grote mate kunnen bijdragen aan het behalen van gezondheidswinst bij met name meer kwetsbare groepen in de samenleving.		
B	Ingebracht door: Ingebracht door: Platform Gehandicaptenbeleid Sport. In de media wordt grote aandacht gevraagd voor sport. In de nota komen we sport nauwelijks tegen. Af en toe wordt verwezen naar de sportnota.	Om te voorkomen dat beleid dat in andere nota's reeds is opgenomen herhaald wordt is er bij het opstellen van de nota voor gekozen gericht te verwijzen. Onder paragraaf 2.5 zullen we expliciet het belang van sport voor preventie benoemen. Daarnaast wordt in Bijlage 1 uitgebreid ingegaan op verschillende onderdelen uit de Kadernota sport die van toepassing zijn op de in de nota genoemde doelgroepen.	De tekst is aangepast.
C	Ingebracht door: gebracht door: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland We herkennen ons in veel van wat in de conceptnota is gesteld. We zijn er dan ook van overtuigd dat we nu reeds een belangrijke bijdrage leveren aan de realisatie van het lokaal gezondheidsbeleid in Leiden. In die zin zijn we van mening dat we onvoldoende in beeld zijn in de gehele conceptnota Lokaal Gezondheidsbeleid 2008-2012. We pleiten voor een prominentere plek in het geheel.	Wij zijn het met u eens dat de rol van uw stichting onvoldoende belicht wordt in deze nota. Hoewel we niet de ambitie hebben om in deze nota alle inspanningen die door verschillende partners in het veld geleverd worden ten aanzien van de door ons geformuleerde speerpunten zullen wij nadrukkelijker aandacht besteden aan de bijdrage die ook vanuit uw stichting aan preventie en bevordering van gezondheid wordt geleverd.	De tekst is hiervoor op verschillende plekken aangepast
Thema: Terugblik lokaal gezondheidsbeleid			
D	Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden Paragraaf 3.1 A. U benoemt een aantal voorbeelden van kansrijke ontwikkelingen voor facetbeleid. Hieraan adviseren wij toe te voegen: planvorming herstructurerings- of nieuwbouwprojecten. Door gezond te bouwen valt veel winst te behalen.	A. In deze paragraaf wordt eerder beleid beschreven (Stand van zakennotitie Lokaal Gezondheidsbeleid 2003-2006). We zullen uw opmerking meenemen als input voor het verder vormgeven van facetbeleid. B. Dit wordt overgenomen.	De tekst is niet aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	B. In het kader beschrijft u het project Okido. Wij zouden graag het volgende toegevoegd zien: 'Het individuele aanbod kan zijn een cursus van de Thuiszorg of Maathouden van de GGD.		
E	Ingebracht door: Ingebracht door: Milieudienst West-Holland In 2006 heeft het college het Beleidskader Duurzame Stedenbouw vastgesteld. Dit beleid is gebaseerd op drie kwaliteitspijlers (People, Planet, Profit) en gerubriceerd naar duurzaamheidsthema's en deelaspecten. Bijvoorbeeld voor Gezondheid zijn ambitie's voor lucht, geluid en geur geformuleerd. We raden u aan dit op te nemen in uw nota als één van de vormen van facet beleid op pag. 6 en toe te voegen aan Bijlage 6 onder prestatieveld 1 en Bijlage 7 'Resultaten stand van zakennotitie'	Uw suggestie zal overgenomen worden. M.u.v. de toevoeging aan Bijlage 6. hier worden niet alle inspanningen die een bijdrage hebben geleverd aan gezondheidsbevordering weergegeven, maar de resultaten van de in de stand van zakennotitie opgenomen acties.	De tekst is aangepast.
	Thema: Ontwikkelingen en trends		
F	Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden Paragraaf 5.2 Landelijke preventienota. U zegt dat de gemeente vrij is in het maken van beleidskeuzes. Deze vrijheid is enigszins ingeperkt. Volgens de Inspectie voor de Volksgezondheid zijn gemeente verplicht om in hun nota in te gaan op de speerpunten uit de landelijke preventienota en dienen zij aan te geven waarom zij wel of niet voor bepaalde speerpunten kiezen.	De tekst bij 5.2 zal aangepast worden waarbij in het stukje over de inspectie Gezondheidszorg ook wordt aangegeven dat deze kijkt naar de reden waarom gemeente wel of niet voor bepaalde speerpunten kiezen. In de vooruitblik (paragraaf 6) zal explicieter dan nu is gedaan worden aangegeven dat de gemeente waar mogelijk landelijke programma's ondersteunt, maar binnen deze speerpunten haar prioriteit bepaald.	De tekst is aangepast.
G	Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden Het beïnvloeden van de fysieke leefomgeving als determinant voor volksgezondheid is niet in de landelijke preventienota als speerpunt opgenomen. Wel	We zullen de inhoud van de door u genoemde documenten gebruiken bij de verdere ontwikkeling van het facetbeleid en de uitwerking van het verdere beleid.	De tekst is niet aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	<p>vormt de relatie tussen leefomgeving en gedrag van mensen één van de hoofdlijnen in de recent verschenen kaderbrief 2007-2011 visie op gezondheid en preventie en in de notitie Gezond zijn, Gezond blijven een visie op gezondheid en preventie (VWS, september 2007). Daarnaast komt het kabinet in 2008 met de Nationale Aanpak Milieu en Gezondheid.</p>		
	Thema: Activiteiten en Financiën		
H	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: Leidse Sport Federatie De verwachting wordt uitgesproken dat om te kunnen bijdragen aan de doelen opgenomen in het beleidsplan Wmo en de nota Lokaal Gezondheidsbeleid, middelen worden vrijgemaakt voor de realisering van de doelstellingen van de kadernota Sport Startschot. De LSF pleit voor het doorbreken van de muren tussen de budgetten om zaken als sport, vrijwilligersbeleid en gezondheid in samenhang te ondersteunen.</p>	<p>Voor zowel de nota lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012 als het beleidsplan Wmo 2008-2012 is ervoor gekozen om financiële wijzigingen in het kader van de beleidscyclus bij de begroting mee te nemen. Sport, vrijwilligersbeleid en gezondheidsbeleid kennen zowel gezamenlijke als verschillende doelen. Aangezien de gemeenteraad aan de hand van de begroting op verschillende doelen inzet, zal een scheiding tussen bepaalde budgetten gewenst blijven. Echter bij het ontwikkelen van beleid op deze terreinen kan wel gekeken worden hoe een verstandige combinatie meerwaarde op meerdere terreinen bereikt kan worden.</p>	<p>De tekst is niet aangepast</p>
	Thema: Vooruitblik 2008-2012		
I	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden Vooruitblik 2008-2012 Wij adviseren u in deze paragraaf te herhalen dat ouderen, chronisch zieken en gehandicapten en allochtone doelgroepen naast de genoemde doelgroepen prioriteit houden. Deze veelal kwetsbare doelgroepen zijn middels de methodiek van wijkgericht werken systematisch en in</p>	<p>We nemen deze suggestie graag over.</p>	<p>De tekst is aangepast.</p>

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	samenhang met andere organisaties te bereiken.		
J	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: Platform Gehandicapten beleid</p> <p>In de nota wordt heel nadrukkelijk aandacht besteed aan de jongeren en de lage-inkomens groep. Over de gehandicapten en chronisch zieken wordt nauwelijks gesproken (summier pg 21)</p>	<p>Gehandicapten en chronisch zieken zijn groepen die in het kader van preventie voor gezondheidsproblemen van belang zijn. In voorgaande nota lokaal gezondheidsbeleid waren deze groepen reeds een belangrijke doelgroep en ook voor de komende beleidsperiode blijft dit het geval. Een groot deel van de acties die op deze groepen gericht zijn vindt plaats in het kader van facetbeleid gericht op ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Dit beleid is weergegeven in het beleidsplan Wmo. Een groot deel van het vigerende beleid ten aanzien van deze doelgroepen wordt gecontinueerd daarnaast worden er met name waar het gaat om openbare ruimte, algemene en individuele voorzieningen en mantelzorgers een aantal specifieke acties benoemd. In de tekst zal ook ten aanzien van de door u genoemde groepen een verwijzing worden opgenomen naar het beleidsplan Wmo. Daarnaast zal in de nota beter worden uitgelegd dat we juist met het oog op ouderen en gehandicapten kiezen voor wijkgericht werken.</p>	De tekst is aangepast.
K	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden</p> <p>Voor het werkelijk boeken van gezondheidswinst onder deze kwetsbare groepen is het van belang dat de continuïteit en structurele inzet worden gepleegd in geprioriteerde wijken op het terrein van gezondheidsbevordering, sociale en fysieke omgeving en toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Wij spreken onze zorg uit over de financiële waarborg die daarvoor nodig is en die u in deze nota niet garandeert,</p>	<p>We begrijpen uw behoefte aan financiële zekerheid. Zoals ook verwoord in de nota kunnen wij u deze momenteel niet geven.</p>	De tekst is niet aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	ondanks uw heldere visie op de zin en effectiviteit van een wijkgerichte aanpak.		
L	Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden Daarnaast adviseren wij de genoemde prioriteiten ten aanzien van jeugd onder één noemer 'jeugd' vatten.	We nemen uw suggestie graag over.	De tekst is aangepast.
Thema: Uitvoeringsprogramma			
M	Ingebracht door: Ingebracht door: GGD Hollands Midden A. Aan het einde van paragraaf 7.3 geeft u aan dat de aandacht voor facetbeleid ongewijzigd blijft. Wij willen u adviseren om gezond bouwen expliciet als speerpunt te benoemen om op deze wijze invulling te geven aan het facetbeleid. Door gezondheid expliciet als uitgangspunt op te nemen bij de geplande ontwikkeling van bijvoorbeeld Haagwegkwartier en de Brede school in Leiden Noord kan aan dit speerpunt uitwerking worden gegeven. Gezond bouwen kan dus ook (deels) invulling geven aan het speerpunt 'Overgewicht/voeding en beweging'. B. In de nota wordt op meerdere plekken over gezondheidscentrum Hara. Hara is een onderdeel van de GGD en geen gezondheidscentrum.	We zien gezond bouwen als één van de vormen van facetbeleid. Bij de verdere uitwerking van dit beleid zullen we ook aangeven voor welke speerpunten wordt gekozen. In deze discussie zullen we uw advies ten aanzien van gezond bouwen in ieder geval een plek geven. Bij het benoemen van de speerpunten zullen we kijken naar beleid dat direct invloed heeft op de gezondheid of de preventie daarvan. Daarnaast is de GGD betrokken bij projecten als het Haagwegkwartier en de Brede School in Leiden Noord. Daarbij kan al in de projectfase ideeën en adviezen ten aanzien van gezondheidsbevorderende maatregelen ingebracht worden. B. In de nota zal gezondheidscentrum Hara vervangen worden door GGD Hara	D tekst is niet aangepast.
N	Ingebracht door: Ingebracht door: Platform Gehandicapten beleid Er worden weinig concrete maatregelen benoemd; er staat nergens hoe de gemeente haar doelen willen bereiken	In het hoofdstuk 7 'uitvoeringsprogramma' wordt op verschillende manieren aangegeven hoe de gemeente de komende jaren aan de speerpunten wil gaan werken. Dit loopt uiteen van concrete activiteiten tot het voornemen om een uitvoeringsprogramma voor een specifieke wijk op te stellen. Dit hangt samen met het feit dat een deel van de taken en de wijze waarop deze	De tekst is niet aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
		uitgevoerd worden 'uitbesteed' zijn aan de GGD. De gemeente stuurt daarbij aan op doelen en in mindere mate op concrete maatregelen. Daarnaast gaat het hier om een document waarin het beleid op hoofdlijnen is weergegeven en waarbij een aantal thema's inderdaad nog nader uitgewerkt moeten worden.	
O	Ingebracht door: Ingebracht door: Platform Gehandicaptenbeleid Wellicht is het een idee patiëntenverenigingen te betrekken bij het invullen van programma's. De patiëntenverenigingen (Astma, Reuma) hebben al ervaring met programma's. Het wiel hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden.	Wij nemen deze suggestie graag mee bij het uitwerken van het verdere beleid. Ook de Adviesraad WMO zal nauw betrokken zijn bij de implementatie van het beleid.	De tekst is niet aangepast.
P	Ingebracht door: Ingebracht door: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland Alcoholgebruik is heel vaak een issue bij cliënten van MDMH. Al onze maatschappelijk werkers zijn getraind door Parnassia in het gebruik van een screeningsinstrument om excessief alcohol gebruik bij ouderen te signaleren en bespreekbaar te maken. Daarnaast werkt MDMH in samenwerking met andere instellingen o.a in de Slaaghwijk en Zuid-West mee aan een bredere en meer integrale aanpak van het alcoholgebruik onder jeugdigen. Het gaat dan met name om het signaleren en bespreekbaar maken van alcohol als onderliggend probleem bij lichamelijke en/of psychische klachten. Graag zien we MDMH vermeld op pag. 12 onder hoofdstuk "Alcohol"	We zullen uw naam opnemen op pag. 12 als een van de partners met wie we samenwerken waar het gaat om de aanpak van overdadig alcohol gebruik bij jeugdigen.	De tekst is aangepast.
Q	Ingebracht door: Ingebracht door: Stichting	Verheugend om te horen dat ook zonder inhoudelijke	De tekst is aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	<p>Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland Bij overgewicht speelt, naast het medische aspect, ook het psycho-sociale aspect een rol. In 2007 is in samenwerking met Thuiszorg Groot Rijnland (diëtiste) en fysiotherapie, in de Merenwijk met succes de pilot "Naar een gezond gewicht" ontwikkeld. MDMH richt zich in deze pilot op de gedragskant (zelfbeeld, eetgedrag, eetgewoonten). Inmiddels is na een positieve evaluatie door de drie instanties besloten om deze cursus structureel op te nemen in het aanbod en het ook uit te breiden naar andere wijken in Leiden (Zuid-West, Stevenshof). Graag zien we ook onze instelling vermeld op pagina 13 onder paragraaf 7.4.</p>	<p>sturing vanuit de gemeente door onze partners gewerkt wordt aan thema's die wij van belang vinden. Uw naam zal worden opgenomen bij 7.4 als een van de partners waarmee we gezamenlijk aan onze speerpunten werken.</p>	
R	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland Landelijk en lokaal staat de jeugd hoog op de agenda. Een groot deel van ons aanbod richt zich op de jeugd. MDMH richt zich meer en meer op de opvoedingsondersteuning. Zo wil MDMH als ketenpartner van het convenant Ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning 2007-2010 bijdragen aan de realisatie van de speerpunten op het terrein van opvoedingsondersteuning, zorg en hulpverlening. Graag zien we MDMH vermeld op pagina 13 onder het hoofdstuk Weerbaarheid.</p>	<p>Weerbaarheid is in tegenstelling tot de andere gekozen onderwerpen een relatief nieuw speerpunt. Het is goed om te horen dat uw stichting reeds activiteiten op dit vlak uitvoert. We zullen in deze nota de door u genoemde sociale vaardigheidstrainingen voor jeugd als voorbeeld noemen van activiteiten die in dit kader uitgevoerd kunnen worden.</p>	De tekst is aangepast.
S	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland Wijkgerichte aanpak in Leiden Noord en Zuid-West MDMH heeft buurtmaatschappelijk werk in</p>	<p>Er zijn veel verschillende organisaties betrokken bij het wijkgerichte gezondheidsbeleid. De GGD Hara wordt in dit verband het meest genoemd omdat zij vanuit de gemeente bij een aantal activiteiten een coördinerende rol heeft.</p>	De tekst is aangepast.

	Samenvatting ingekomen reactie	Reactie van het college	Gevolgen voor het voorgestelde besluit
	<p>beide wijken. De buurtmaatschappelijk werkers zijn actief in betrokken bij de activiteiten die in het kader van het wijkgericht gezondheidsbeleid worden uitgevoerd. Graag zien we MDMH toegevoegd in het rijtje instellingen op pagina 6, onder hoofdstuk 3.2 en op pagina 8 in tabel 1.</p>	<p>Hoewel de opsomming van partners op pag. 6 niet pretendeert volledig te zijn voegen we de naam van uw stichting hier graag toe. Op pag. 8 wordt een overzicht gegeven van de activiteiten die vanuit de gemeente in het kader van preventief gezondheidsbeleid worden gefinancierd. Hoewel de activiteiten die door uw stichting worden uitgevoerd soms primair gericht zijn op preventie en in andere gevallen daar in secundaire zin een bijdrage aanleveren worden zij met middelen die in onze begroting onder de noemer 'maatschappelijke dienstverlening' gefinancierd. Vandaar dat u in dit schema niet genoemd wordt.</p>	
T	<p>Ingebracht door: Ingebracht door: Milieudienst West-Holland We missen de relatie met luchtkwaliteit en wat je hier vanuit gezondheidsbeleid mee gaat doen.</p>	<p>In de nota wordt luchtkwaliteit als voorbeeld genoemd van beleid genoemd waarbij wel aan gezondheid wordt gewerkt zonder dat hier direct vanuit gezondheidsbeleid op gestuurd Luchtkwaliteitsbeleid is echt gezondheidsbeleid: zonder effecten op de gezondheid zouden we niet aan luchtkwaliteitsbeleid doen; dat geldt overigens voor een groot deel van het milieubeleid. Alleen maakt dit beleid nu onderdeel uit van milieubeleid.</p>	<p>De tekst is niet aangepast.</p>

Conclusie

De concept nota is op onderdelen in de tekst aangepast.

De vernieuwde of toegevoegde tekstonderdelen zijn in geel aangegeven.

Vervolg procedure

Zie hierboven.