



Gemeente
Zoeterwoude

Bevorderen
gezonde leefstijl

Zoeterwoude →

Weerbaarheid kinderen
en hun ouders

Aandacht voor
echtscheidingsproblematiek

Stimuleren bewegen
kwetsbare jeugd

Aanpak gehandicaptensport

Nota lokaal gezondheidsbeleid 2013-2016

Gezondheid is van ons allemaal

Nota lokaal gezondheidsbeleid 2013-2016

Gezondheid is van ons allemaal

Datum 13 mei 2013

Uitgave Gemeente Zoeterwoude

Projectleiding Myriam van Dijk

Samenvatting

Gezondheid is een groot goed voor iedereen. Met een goede gezondheid kunnen kinderen zich optimaal ontwikkelen (op school en in hun sociale netwerk), kunnen volwassenen deelnemen aan de maatschappij via werk en sociale contacten en wordt de kwaliteit van leven van ouderen behouden. Daarnaast leidt een goede gezondheid op de langere termijn tot een vermindering van de zorgkosten en wordt een beroep op zwaardere zorg voorkomen.

Voor u ligt de derde nota lokaal gezondheidsbeleid. In deze nota geven wij aan wat wij de komende jaren willen bereiken op het gebied van de volksgezondheid. Daarbij geldt nog steeds als uitgangspunt dat wij gezondheid in de eerste plaats een eigen verantwoordelijkheid van de burger vinden. In dit kader vinden wij het belangrijk de eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen te stimuleren. Wij kiezen daarbij voor een integrale aanpak; gezondheid en gezondheidswinst worden immers door veel aspecten bepaald: opleiding, inkomen, leefomgeving, voorzieningen etc.

Hoewel de landelijke speerpunten uit de vorige gezondheidsnota (overmatig alcoholgebruik, overgewicht, roken, diabetes en depressie) nog steeds relevant zijn, ligt het accent in de nieuwe nota op bewegen. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is op die manier verbonden met de andere speerpunten. Bewegen en sporten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een afname van depressieve gevoelens en een verbetering van het concentratievermogen, alertheid en zelfvertrouwen. De nadruk komt daarmee nog meer te liggen op preventie: het voorkomen van gezondheidsklachten en eenzaamheidsproblematiek. De keuze voor dit speerpunt sluit ook goed aan bij de uitgangspunten van de Wmo, namelijk kijken naar wat mensen wel kunnen in plaats van naar wat ze niet kunnen/mogen. In dit kader willen wij de komende beleidsperiode ook stimuleren dat algemene voorzieningen zoveel mogelijk toegankelijk zijn voor iedereen, met of zonder beperking. Wij willen daarmee het belang van een inclusieve samenleving benadrukken.

Net als in de voorgaande beleidsperiode vormen niet alle speerpunten een even groot probleem in Zoeterwoude. Daarnaast geldt nog meer dan vier jaar geleden dat de beschikbare middelen beperkt zijn, waardoor wij gedwongen worden duidelijke strategische keuzes te maken. Dit betekent bijvoorbeeld dat wij vanuit het lokale gezondheidsbeleid niet zullen investeren in sport en bewegen in de buurt voor de "gewone" jeugd. Wel voor de kwetsbare jeugd binnen onze gemeente. In onze nota lokaal gezondheidsbeleid 2013-2016 staan de volgende beleidsprioriteiten centraal:

1. Blijvend inzetten op een gezonde leefstijl voor jong en oud (gezond eten, matig met alcohol, voldoende bewegen, lekker in je vel)
2. Stimuleren sport en beweegactiviteiten voor de kwetsbare jeugd:
 - kinderen met overgewicht en hun ouders
 - jeugdigen met een ziekte en/of chronische aandoening
 - kinderen uit het reguliere onderwijs die moeite hebben met hun motorische vaardigheden
 - jeugdigen met een gebrek aan weerbaarheid en/of een verminderd normen- en waardenbesef
 - kinderen uit gezinnen met een lage SES¹
- 2 Meer aandacht voor weerbaarheid van kinderen en hun ouders
- 3 Meer aandacht voor de risico's van gehoorschade bij de jeugd
- 4 Meer aandacht voor echtscheidingsproblematiek binnen gezinnen
- 5 Meer aandacht voor gehandicaptensport (G-sport)

De uitvoering van deze nota wordt integraal opgepakt. De doelgroep kwetsbare jeugdigen en hun ouders zal in combinatie met het jeugd- en onderwijsbeleid worden opgepakt. Door een effectieve bundeling van de beschikbare CJG-gelden, met de preventiegelden, en de middelen voor onderwijs- en jeugdbeleid, hoeft er geen extra geld aangevraagd te worden voor de uitvoering van deze activiteiten. Voor de doelgroep gezinnen met een lage SES wordt aansluiting gezocht bij het WMO-beleid. De doelgroep kwetsbare ouderen wordt opgepakt via het WMO- en ouderenbeleid.

¹ De doelgroep lage Sociaal Economische Status (SES) is een grote groep waar verschillende doelgroepen in voorkomen (allochtonen, mensen met overgewicht, mensen met lichamelijke aandoeningen).

Inhoudsopgave

Samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding

- paragraaf 1.1 Terugblik lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012
- paragraaf 1.2 Een nieuwe nota: aandachtspunten voor vernieuwing en verbetering
- paragraaf 1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 Kaderstelling

- paragraaf 2.1 De Wet publieke gezondheid
- paragraaf 2.2 Wijzigingen Wet publieke gezondheid
- paragraaf 2.3 Het landelijke preventiebeleid

Hoofdstuk 3 Gezondheid is van ons allemaal

- paragraaf 3.1 Visie op volksgezondheidsbeleid
- paragraaf 3.2 Algemene uitgangspunten
- paragraaf 3.3 Verbinding met andere beleidsterreinen

Hoofdstuk 4 Gezond Zoeterwoude

- paragraaf 4.1 Gezondheidsgegevens Zoeterwoude
- paragraaf 4.2 Lokale ontwikkelingen
- paragraaf 4.3 Doelgroep bepaling
- paragraaf 4.4 Keuze lokale beleidsprioriteiten

Hoofdstuk 5 Uitvoeringsprogramma

- paragraaf 5.1 Doelgroep: (Kwetsbare) jeugdigen en hun ouders
- paragraaf 5.2 Doelgroep: Gezinnen met een lage sociaaleconomische status (SES)
- paragraaf 5.3 Doelgroep: (Kwetsbare) ouderen
- paragraaf 5.4 Financiën

Bijlagen

- Bijlage 1 Verklarende woordenlijst
- Bijlage 2 Regionale nota gezondheidsbeleid
- Bijlage 3 Samenvatting regionale beleidsvisie verslavingspreventie
- Bijlage 4 Wmo kadernota 2013-2016 (concept)
- Bijlage 5 Productafspraken GGD Hollands Midden
- Bijlage 6 Verslag regiobijeenkomst met partnerinstellingen, 26 januari 2012
- Bijlage 7 Best practices “Bewegen en sporten in de buurt”
- Bijlage 8 Kerncijfers GGD Hollands Midden
- Bijlage 9 Verslag bijeenkomst sportverenigingen, 22 januari 2013
- Bijlage 10 Onderzoeksvoorstel “Gehoorschade door harde muziek”
- Bijlage 11 Opzet regionale aanpak gehandicaptensport Holland Rijnland

Hoofdstuk 1

Inleiding

Gemeenten worden geacht elke vier jaar gemeentelijk gezondheidsbeleid te ontwikkelen. Medio 2013 dienen de nieuwe nota's gemeentelijk volksgezondheidsbeleid te zijn vastgesteld. De criteria waaraan deze nota's moeten voldoen, zijn weergegeven in de Wet publieke gezondheid. Aangezien gemeenten in onze regio met elkaar samenwerken in één GGD, met andere organisaties op dit gebied en veelal met dezelfde problemen geconfronteerd worden, hebben gemeentelijk ambtenaren in samenwerking met en door de GGD een regionale nota volksgezondheid laten opstellen (zie bijlage 2). Deze regionale nota dient als basis voor onze lokale nota.

1.1 Terugblik lokaal gezondheidsbeleid 2008-2012

In onze vorige gezondheidsnota hadden wij een actieplan opgenomen met activiteiten die wij in de periode 2008-2012 wilden uitvoeren, ondersteunen of stimuleren. De activiteiten hadden betrekking op de volgende beleidsprioriteiten:

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

Net als in de regionale nota gezondheidsbeleid lag de hoogste prioriteit in onze lokale nota gedurende de voorgaande beleidsperiode op het vlak van alcoholmatiging. Door tijdgebrek en andere prioriteiten² hebben wij onze ambities ten aanzien van het lokale gezondheidsbeleid en het lokale alcoholmatigingsbeleid slechts ten dele kunnen waarmaken. Met als gevolg dat slechts enkele actiepunten uit de periode 2008-2012 concreet zijn opgepakt. Wel zijn er de afgelopen jaren op het gebied van alcoholmatiging, roken, depressiepreventie en voorkomen van overgewicht allerlei activiteiten door de GGD uitgevoerd. Voor een deel worden deze activiteiten in de komende beleidsperiode voortgezet. Daarnaast zullen nieuwe activiteiten worden ontwikkeld of activiteiten op een andere wijze ingekleurd. Verder zijn enkele speerpunten (depressiepreventie, voorkomen van overgewicht) de afgelopen jaren meegenomen in het Wmo-beleid, ouderen- en jeugdbeleid en sportbeleid.

1) Aan de beleidsprioriteit “**schadelijk alcoholgebruik**” is op verschillende manieren gewerkt. Allereerst is eind 2008 de notitie alcoholmatigingsbeleid 2009-2013 vastgesteld. In deze notitie ligt de focus op de aanpak van overmatig alcoholgebruik onder jongeren. Voor de totstandkoming van de notitie is een aantal maal overleg geweest met relevante partijen uit het veld. Daarnaast zijn vanuit het handhavingsoogpunt bijeenkomsten georganiseerd met zowel de commerciële als de paracommerciële horeca (sportverenigingen, instellingen en buurthuizen) om de notitie paracommercialisme te bespreken. Ook is in het schooldirecteurenoverleg een aantal maal gesproken over de rol van het onderwijs binnen het alcoholmatigingsbeleid. Daarbij is eveneens aandacht besteed aan de preventieactiviteiten die de GGD in dit kader organiseert. In 2010 heeft de GGD een voorlichtingsbijeenkomst over alcohol en opvoeding gehouden voor alle ouders van de kinderen uit groep 7 en 8.

2) Op het gebied van “**eenzaamheid onder ouderen**” is vanuit het ouderenbeleid de afgelopen vier jaar het nodige gerealiseerd. Zo is in november 2008 ontmoetingsplaats ‘De Buren’³ in Zoeterwoude-Dorp van start gegaan. Omdat deze voorziening in een behoefte bleek te voorzien, is in 2010 in Zoeterwoude-Rijndijk ook een ontmoetingsplaats geopend, de ‘Herdershof’. Verder is vier jaar geleden een Coördinator Activiteiten Senioren aangesteld die gedurende 3 uur per week

² Voorbereiding en doorontwikkeling CJG, voorbereidingen transitie jeugdzorg

³ “De Buren” is een laagdrempelige voorziening waar iedereen geheel vrijblijvend naar binnen kan lopen voor een ontmoeting onder het genot van een kopje koffie of thee. Deze voorziening is voortgekomen uit een burgerinitiatief.

werkzaamheden voor de gemeente verricht. Deze werkzaamheden bestaan uit het ondersteunen, adviseren en stimuleren van ouderenorganisaties, het bevorderen van samenwerking tussen ouderenorganisaties, het afstemmen van activiteiten, het ontplooiën van nieuwe initiatieven en het oppakken van signalen over eenzaamheid. Iedere maand wordt een overzicht met activiteiten voor senioren in onze gemeenterubriek in het Leids Nieuwsblad geplaatst. Daarnaast komt er jaarlijks een seniorenwijzer uit als onderdeel van de gemeentegids. In de afgelopen jaren zijn verder drie cursussen valpreventie georganiseerd en een cursus 'Als botten en spieren protesteren'. Ook nemen wij deel aan het programma "Museum en Senioren". Om de vraagbehoefte van ouderen te inventariseren, nemen wij deel aan de ouderenmonitor van de GGD. Daarnaast verrichten wij vanuit de WMO op basis van een hoogwaardige intake huisbezoeken bij ouderen. Hiermee voldoen wij voor een groot deel al aan artikel 5a van de Wpg (verplichting tot het organiseren van preventieve maatregelen gericht op de gezondheid van 65-plussers).

3) Wat betreft de beleidsprioriteit "**depressie**" is er lokaal weinig gebeurd, hoewel de activiteiten genoemd onder 2 natuurlijk ook raakvlakken hebben met depressiepreventie. Regionaal vindt de aanpak van depressiepreventie plaats via de jeugdgezondheidszorg en de OGGZ. Daarnaast bestaat in Zuid-Holland Noord een meerjarig samenwerkingsverband gericht op integrale aanpak van depressiepreventie.

4) Rondom het thema "**overgewicht**" zijn vanuit het ouderen- en sportbeleid enkele actiepunten opgepakt gericht op bewegingsstimulering. Zo hebben wij de GALM-groepen in de periode 2008-2012 gecontinueerd en ondergebracht bij het Meer Bewegen Voor Ouderen. Daarnaast hebben wij via het Sportfondsen Sport Servicepunt Sport (voorheen Stichting Servicepunt Sport en Bewegen Leiderdorp en Zoeterwoude) het huidige aanbod aan sport- en bewegingsactiviteiten onder de aandacht gebracht van onze inwoners. Het Servicepunt heeft een mooie, kleurige gids voor volwassenen samengesteld met alle sporten die in Zoeterwoude en Leiderdorp te beoefenen zijn. Deze boekjes zijn begin januari 2012 huis-aan-huis bezorgd en neergelegd bij huisartsen, fysiotherapeuten, sporthallen enz. Het bezorgbedrijf kreeg tijdens een telefonische controle op de bezorging zeer enthousiaste reacties van bewoners op de sportgids. Ook organiseerden wij in 2009 in samenwerking met de GGD Hollands Midden een gezondheidsmarkt in De Eendenkooi. Op de markt was o.a. informatie te vinden over een gezond eet- en beweegpatroon. Ook werden er beweegworkshops georganiseerd en kon men kosteloos gezondheidswaarden zoals het bloedsuikergehalte en de bloeddruk laten opmeten.

5) De actiepunten op het gebied van "**diabetes**" zijn niet opgepakt. Door het uitvoeren van de eerder genoemde actiepunten op het gebied van overgewicht en bewegingsstimulering dragen wij wel indirect bij aan het voorkomen van diabetes.

1.2 Een nieuwe nota: aandachtspunten voor vernieuwing en verbetering

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

- De decentralisaties van de Awbz en de jeugdzorg vormen een grote uitdaging voor gemeenten. Niet alleen komen er nieuwe taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Gemeenten moeten dus meer gaan doen met minder geld en de eigen kracht van burgers aanspreken. Maar er zijn ook kansen. Voor het eerst krijg één partij, de gemeente, zeggenschap over praktisch het hele sociale domein. De decentralisaties maken het gemeenten mogelijk dwarsverbanden te leggen tussen de Wmo/Awbz, de jeugdzorg en het domein van werk en inkomen. Dat betekent: inzetten op preventie en ondersteuning bundelen en efficiënter aanbieden. Er is dus winst te halen - in geld, maar ook in prestaties en menselijk geluk - als maatschappelijke professionals bij het uitvoeren van verschillende regelingen intensiever samenwerken voor klanten met meervoudige problematiek. Denk aan een gezamenlijke diagnose en aanpak, en aan het benutten van de eigen kracht van mensen.
- Er zijn toenemende mogelijkheden om bij andere subsidieverstrekkers (zoals ziektekostenverzekeraars) subsidie te verkrijgen voor gezondheidsprojecten; dit biedt kansen! Zorgverzekeraars hebben aangegeven bereid te zijn om met gemeenten samen te werken aan preventie (zie ook de uitkomsten van de bijeenkomst van 26 januari 2012, bijlage 6). GGD en/of gemeenten kunnen dus met zorgverzekeraars in overleg over de mogelijkheden. Er zijn

ook mogelijkheden via de afspraken over de “collectieve zorgverzekering minima” die alle gemeenten aanbieden.

- De eerstelijnszorg, huisartsen in het bijzonder, kan samen met de zorgverzekeraar een cruciale rol spelen om gezonder gedrag te stimuleren. Huisartsen die in hun praktijk groepen patiënten hebben zoals mensen met een verhoogd risico op aandoeningen en chronisch zieken, hebben kansen om in te zetten op het bevorderen van gezond gedrag. Vaak hebben ze daar de tijd en mogelijkheden niet direct voor. Toch liggen juist hier laagdrempelige mogelijkheden. Bovendien kunnen juist zij een verbinding vormen tussen gezondheidsbevordering in het collectieve domein en de eerste lijn die wordt gefinancierd vanuit de zorgverzekering.
- Door samen te werken met ondernemers in de wijk, maar ook met grote bedrijven in stad of regio kan meer slagkracht gegenereerd worden en wordt aandacht voor bewegen en een gezond gewicht op meerdere plaatsen uitgedragen. Er is in Hollands Midden een aantal initiatieven op dit vlak (zie bijlage 7).

1.3 Leeswijzer

In voorliggende nota beschrijven wij aan welke onderwerpen op het gebied van de volksgezondheid wij de komende vier jaar aandacht willen besteed en hoe wij dat gaan aanpakken. In hoofdstuk 2 geven we inzicht in de kaders voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Daarbij is ook aandacht voor recente wetswijzigingen en de samenwerking met andere organisaties. Verder gaan we in op de rol van de GGD en de gemeente. In hoofdstuk 3 gaan we nader in op onze visie op volksgezondheid. Ook geven wij onze uitgangspunten weer ten aanzien van gezondheidsbeleid, evenals de verbinding met andere beleidsterreinen. In hoofdstuk 4 staan we stil bij de lokale gezondheidssituatie en enkele lokale ontwikkelingen in het gezondheidsdomein. Daarnaast lichten we toe hoe wij tot onze doelgroep bepaling zijn gekomen en benoemen we onze beleidsprioriteiten voor de komende jaren. In hoofdstuk 5 vindt u onze uitvoeringsagenda, waarin de speerpunten zijn uitgewerkt per doelgroep.

Bijlage 1 bevat een verklarende woordenlijst. Relevante achtergrondinformatie kunt u terugvinden in de overige bijlagen.

Hoofdstuk 2

Kaderstelling

De kaders voor het lokale en regionale volksgezondheidsbeleid zijn de Wet publieke gezondheid (Wpg) en de landelijke preventienota. In de Wpg worden de wettelijke taken van gemeenten op het gebied van de volksgezondheid benoemd. De taak ‘gezondheidsbevordering’ geeft aan gemeenten een grote mate van beleidsvrijheid. Bij de overige taken is dat veel minder het geval. Daarom gaat het in deze nota vooral over de taak ‘gezondheidsbevordering’. De overige taken in de Wpg worden wel benoemd, maar niet uitgebreid behandeld.

In dit hoofdstuk gaan we in op de zaken die het kader, ofwel de context, vormen voor ons volksgezondheidsbeleid. Daarbij besteden we o.a. aandacht aan het wettelijke kader, recente wetswijzigingen, het landelijke preventiebeleid en de samenwerking met andere organisaties.

2.1 De Wet publieke gezondheid

Vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg) hebben gemeenten en de rijksoverheid een gezamenlijke verantwoordelijkheid op het gebied van de volksgezondheid. De Wpg is het belangrijkste kader voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Gemeenten hebben, op basis van deze wet, de bestuurlijke verantwoordelijkheid om maatregelen te nemen om de gezondheid van de bevolking, of specifieke groepen daaruit, te beschermen en te bevorderen. Gemeenten zijn daarmee ook verantwoordelijk voor het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.

Gemeenten zijn verplicht een GGD in stand te houden om taken uit de Wpg uit te voeren. Daarnaast ondersteunen ook andere organisaties en instellingen de gemeenten bij het realiseren van de taken vanuit de Wpg. Gemeenten kunnen natuurlijk ook zelf een belangrijke bijdrage leveren door een omgeving te creëren waarin mensen makkelijk kunnen kiezen voor een gezonde leefstijl (of waarin de keuze voor een gezonde leefstijl zelfs vanzelfsprekend is).

De rol van de GGD

In de Wpg zijn taken en bevoegdheden van gemeenten en van de GGD rond het lokaal gezondheidsbeleid niet expliciet omschreven. Het maken van goede afspraken tussen GGD en gemeenten over op welke manier welke taken worden uitgevoerd is dan ook erg belangrijk. Deze afstemming vindt in dialoog plaats waarbij de gemeenten de regie hebben en de GGD adviseert over de invulling van de gemeentelijke beleidsruimte. In bijlage 5 vindt u een overzicht van de huidige productafspraken met de GGD.

Een integrale benadering vanuit diverse gemeentelijke beleidsvelden is noodzakelijk om de gezondheid van onze inwoners te beschermen en te bevorderen. Dat is dan ook de basis van artikel 16 van de Wpg, waarin de bepaling is opgenomen dat het college advies vraagt aan de GGD over alle besluiten die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. Veel gemeenten hebben al intensieve contacten met de GGD op specifieke onderwerpen, zoals gezondheid en milieu, zorg en veiligheid, gezondheid en duurzaamheid.

2.2 Wijzigingen Wet publieke gezondheid

Ouderenzorg. Sinds 1 juli 2010 zijn gemeenten ook verplicht tot het organiseren van preventieve maatregelen gericht op de gezondheid van 65-plussers (artikel 5a van de Wpg). Gemeenten dienen zich hierbij te baseren op de lokale behoeften van ouderen en een passend aanbod tot stand te brengen. Het gaat vooral om het koppelen van preventieve gezondheidszorg aan al bestaande initiatieven of voorzieningen zodat er een samenhangend geheel ontstaat op terreinen als wonen, welzijn en zorg. Bij het invullen van deze taak hebben gemeenten een grote beleidsvrijheid.

De **veiligheidsregio's** laten samenvallen met de werkgebieden van de GGD. Om Nederland beter voor te bereiden op grootschalige uitbraken van infectieziekten en andere rampen, vallen de 25 veiligheidsregio's nu samen met de werkgebieden van de GGD. In iedere regio is 1 directeur publieke gezondheid aangesteld. Deze stuurt de GGD en de GHOR (Geneeskundige Hulpverlening bij

Ongevallen en Rampen) aan. De GGD en GHOR kunnen daardoor de taken beter op elkaar afstemmen, zoals bij grote uitbraken van infectieziekten en milieu incidenten waarbij geneeskundige advisering gevaarlijke stoffen nodig is. Ook de psychosociale zorg bij geestelijke problemen tijdens en na rampen kan beter geregeld worden.

Prenatale voorlichting. De middelen voor prenatale voorlichting zijn per 1 januari 2009 vanuit de Awbz overgeheveld naar de gemeenten via de Brede Doeluitkering Centra voor Jeugd en Gezin. Met prenatale voorlichting worden aanstaande ouders geïnformeerd over de zwangerschap, bevalling en de periode daarna. Door gemeenten verantwoordelijkheid te geven voor de organisatie van prenatale voorlichting hebben zij de mogelijkheid om deze direct te verbinden aan de Centra voor Jeugd en Gezin en de reguliere zorgverleners zoals huisarts en verloskundige in de gemeente. Prenatale voorlichting is een van de middelen in de strijd tegen perinatale sterfte. Deze is in Nederland - vergeleken met andere Europese landen - relatief hoog.

Ontwikkeling gemeentelijk gezondheidsbeleid: lokale nota. Al in 2010 heeft de Inspectie van de Gezondheidszorg in het rapport "Staat van de Gezondheidszorg" geconcludeerd dat de kwaliteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid omhoog moet. Gemeenten verbinden zelden concrete doelstellingen aan hun beleidsvoornemens en de uitvoering van interventies is bij een meerderheid niet geborgd. Naar aanleiding van dit rapport is het artikel over de nota lokaal volksgezondheidsbeleid in de Wpg gewijzigd. De wijziging houdt in dat de gemeenteraad binnen twee jaar na uitbrengen van de landelijke nota een nota lokaal gezondheidsbeleid vaststelt waarin de landelijke speerpunten in acht worden genomen. Verder dient de raad in de nota in ieder geval aan te geven welke doelstellingen worden nagestreefd, welke acties worden ondernomen en welke resultaten behaald moeten worden met het lokale gezondheidsbeleid. De verwachting is dat op deze wijze gemeenten in de lokale nota meer aandacht zullen besteden aan de concrete uitvoering van het beleid. De gewijzigde wet biedt de gemeente de mogelijkheid duidelijke keuzes te maken voor het eigen gezondheidsbeleid, waar de gemeenteraad op kan sturen. De landelijke preventienota is in september 2011 uitgebracht. De lokale nota moet door de gemeenteraad uiterlijk september 2013 worden vastgesteld.

2.3 Het landelijke preventiebeleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) publiceert eens in de vier jaar de landelijke nota gezondheidsbeleid. Deze nota geeft een algemeen kader voor het landelijke en lokale volksgezondheidsbeleid. Op basis hiervan kunnen gemeenten hun lokale gezondheidsbeleid vormgeven. In de nota wordt nadrukkelijk uitgegaan van de eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Gemeenten moeten in hun eigen nota de landelijke prioriteiten in acht nemen.

Bewegen als overkoepelend thema

In de nieuwe landelijke nota gezondheidsbeleid "Gezondheid dichtbij" (september 2011) blijven de vijf speerpunten uit de vorige landelijke nota belangrijk om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het accent komt landelijk echter te liggen op bewegen. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is op die manier verbonden met de andere speerpunten. Bewegen en sporten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan een afname van depressieve gevoelens en een verbetering van het concentratievermogen, alertheid en zelfvertrouwen.

In november 2011 is in opdracht van het ministerie van VWS het landelijke programma "Sport en bewegen in de buurt" gepresenteerd. Hoofdpijnen van dit programma zijn:

- samenhang tussen zorg en sport
- voldoende aanbod voor jong en oud dicht in de buurt
- voldoende laagdrempelig sportaanbod, met name voor risicogroepen
- betrouwbare informatie over het aanbod op maat zodat mensen keuzes kunnen maken

In april 2012 heeft het ministerie van VWS de plannen bekend gemaakt met betrekking tot het stimuleren van sport, bewegen en een gezonde leefstijl in en rond het onderwijs. Scholen worden gestimuleerd aandacht te besteden aan sport, bewegen en gezonde leefstijl. Met een extra impuls 'gezonde leefstijl jeugd' wordt de verbinding tussen school en gezondheid door VWS ondersteund. Onderdeel van de impuls is het versterken van de weerbaarheid van jongeren en het vergroten van

hun betrokkenheid via gerichte inzet van sociale media. De coördinatie van deze impuls is belegd bij het Centrum voor Gezond Leven.

Rol gemeenten

Wat betekent de landelijke nota gezondheidsbeleid voor gemeenten? Het Rijk verwacht van gemeenten dat zij:

- inzetten op spelen, bewegen en sporten in de buurt;
- de jeugd benoemen als belangrijke doelgroep;
- publiek-private samenwerking op lokaal niveau stimuleren;
- verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid;
- mantelzorgers ondersteunen, omdat mantelzorg een belangrijk instrument is voor zorg van mensen, naast of in plaats van professionele zorg.

Samenwerking met andere organisaties

Vanuit de landelijke preventienota worden gemeenten gestimuleerd om samen met een grote verscheidenheid aan organisaties, bedrijven en instellingen te werken aan een gezonde leefstijl van hun inwoners. Naast de GGD zijn er daarom ook nog andere partners van belang voor de uitvoering van het regionale en lokale gezondheidsbeleid. Denk hierbij aan Sportservice Zuid-Holland, de Regionale Commissie Gezondheidszorg, Reos⁴, het welzijnswerk, sportverenigingen, zorgverzekeraars en andere partijen die kunnen bijdragen aan 'gezondheidsbevordering'.

⁴ Reos is een non-profitorganisatie die zich o.a. in de regio Zuid-Holland Noord inzet om samen met eerstelijnszorgverleners te zorgen voor een sterke en geïntegreerde eerste lijn.

Hoofdstuk 3

Gezondheid is van ons allemaal

Een goede gezondheid is één van de belangrijkste aspecten voor het welbevinden van mensen en dus ook van onze inwoners. Een goede gezondheid vergroot de kans op een lang leven van goede kwaliteit, op duurzame arbeidsdeelname en op maatschappelijke participatie. Gezondheid is van ons allemaal.

3.1 Visie op volksgezondheidsbeleid

Gezondheid is een groot goed voor iedereen. Met een goede gezondheid kunnen kinderen zich optimaal ontwikkelen (op school en in hun sociale netwerk), kunnen volwassenen deelnemen aan de maatschappij via werk en sociale contacten en wordt de kwaliteit van leven van ouderen behouden. Daarnaast leidt een goede gezondheid op de langere termijn tot een vermindering van de zorgkosten en wordt een beroep op zwaardere zorg voorkomen.

Naast de eigen verantwoordelijkheid van burgers, hebben ook gemeenten een verantwoordelijkheid waar het gaat om de gezondheid van hun inwoners. De gemeente kan beleid voeren om gezondheidsachterstanden te verkleinen waardoor zorgkosten verminderd kunnen worden en arbeidsparticipatie verhoogd kan worden. Om dit te bereiken is een integrale aanpak noodzakelijk. Gezondheid en gezondheidswinst worden immers door veel aspecten bepaald: opleiding, inkomen, leefomgeving, voorzieningen etc..(On)gezondheid wordt dus niet alleen bepaald door gedrag. Gezondheidsrisico's zijn complex en veranderen is lastig. Het aanpakken van gezondheidsproblemen is niet eenvoudig en kan alleen succesvol zijn door een gezamenlijke aanpak van meerdere partijen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Daarnaast is politiek draagvlak voor integraal beleid een belangrijke voorwaarde voor het succes van het gezondheidsbeleid. Het is van belang dat het bestuur inzicht heeft in de gevolgen van de keuze voor gezondheidsbevordering. Dit vraagt van gemeenten voldoende capaciteit en inzet.

3.2 Algemene uitgangspunten

De gemeente Zoeterwoude is een gemeente waar mensen verantwoordelijkheid nemen voor elkaar. Een gemeente waar iedereen zoveel mogelijk zijn leven vorm kan geven naar eigen inzicht en zelfredzaam is. Een gemeente waar het prettig leven is, omdat iedereen onderdeel kan zijn van sociale verbanden, zich er thuis voelt en meedoet.

Wij stimuleren eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht. Burgers, buurten, gezinnen maar ook verenigingen en stichtingen zijn in beginsel zelf verantwoordelijk voor het eigen welzijn en dat van hun naasten. Hieruit volgt dat ze zelf activiteiten ondernemen, zelf dingen organiseren en zelf betalen. Dat kunnen mensen alleen doen of samen met anderen. We gaan er vanuit dat mensen elkaar weten te vinden. Van mensen wordt verwacht dat ze eerst zelf initiatief nemen en de eigen en onderlinge problemen weten op te lossen. Dit kan gaan over het organiseren van hulp rondom een familielid met een beperking of het samen organiseren van een buurtactiviteit. Het overgrote deel van de mensen is in staat om het eigen leven goed te organiseren, alleen en met de hulp van anderen. De gemeente heeft hierin een voorwaardenscheppende rol en investeert in een netwerk van basisvoorzieningen, zoals: scholen, bibliotheek, sport- en cultuurverenigingen en welzijnsvoorzieningen. De gemeente schept de condities waarbinnen iedereen zijn verantwoordelijkheid kan nemen.

Wij stimuleren en ondersteunen vrijwilligerswerk en mantelzorg, zodat ouderen en mensen met beperkingen in hun vertrouwde omgeving kunnen blijven wonen en genieten van de dingen die zij zelf waardevol vinden.

Wij zien gezondheid als middel om een positieve bijdrage te leveren aan de maatschappij en samenleving en niet zo zeer als een doel op zich. In werk, buurt, vrije tijd en in zorgen voor elkaar is gezondheid een belangrijke voorwaarde.

Wij bevorderen inclusief beleid. Niet alle inwoners die ondersteuning nodig hebben, zijn per definitie kwetsbaar. Kwetsbaarheid wordt bepaald door de mate van beperking (draaglast) in combinatie met de mogelijkheid om dit op te vangen (draagkracht). Voor bepaalde groepen inwoners bij wie draaglast en draagkracht niet in balans zijn, geldt dat zij meer gebruik zouden kunnen maken van 'gewone' voorzieningen wanneer deze hier een mogelijkheid voor zouden bieden. Er is niet altijd een aparte voorziening of activiteit voor deze inwoners nodig. Er kan zodoende winst behaald worden door (nog) meer in te zetten op een inclusieve samenleving en het gemeentelijk beleid hierop te richten. Algemene voorzieningen zouden zo veel als mogelijk toegankelijk moeten zijn voor iedereen, met of zonder beperking.

Wij kiezen voor een integrale aanpak. Voor de uitwerking van het gezondheidsbeleid is het van belang om ook te kijken naar de verbandingen tussen de Wet publieke gezondheid en andere beleidsvelden binnen de gemeente. Het milieu, de inrichting van de openbare ruimte, de mogelijkheden om volwaardig te participeren in de samenleving, werk, een goede opleiding en sport zijn allemaal factoren die meespelen bij het bevorderen en behouden van een goede gezondheid. Een goede gezondheid zorgt ook voor betere mogelijkheden om aan het maatschappelijk leven deel te nemen.

Wij zetten in op beheersbaar en doelmatig beleid. Hiertoe zoeken wij creatieve oplossingen om (bestaand) beleid met minder kostbare middelen te realiseren.

Wij doen aan burgerparticipatie door de doelen van het lokale gezondheidsbeleid te bespreken met de doelgroepen en hen actief te betrekken bij het uitvoeringsprogramma.

3.3 Verbinding met andere beleidsterreinen

Hieronder volgt een toelichting op enkele beleidsvelden waarmee afstemming moet plaatsvinden, o.a. omdat in de komende jaren in die beleidsvelden grote veranderingen plaatsvinden. Deze veranderingen bieden kansen voor het gezondheidsbeleid.

Maatschappelijke ondersteuning

Sinds de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 is de gemeente verantwoordelijk voor maatschappelijke participatie en ondersteuning. De Wmo heeft als doel burgers met een fysieke, sociale of psychische beperking te laten deelnemen aan de maatschappij. De Wmo heeft als dragend principe de zelfredzaamheid van burgers en hun netwerk. Daar waar deze in onvoldoende mate aanwezig zijn, is het aan de gemeente om middelen in te zetten om hen te compenseren. In onze Wmo Kadernota 2012-2016 (bijlage 4) staat hoe wij hier invulling aan geven.

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

Armoedebestrijding en arbeidsparticipatie

Gezondheid is een belangrijke voorwaarde voor de deelname van mensen aan het economische en maatschappelijke leven, en andersom bevordert participatie de gezondheid. Uit alle cijfers blijkt dat de participatie van mensen met een ziekte of beperking sterk achterblijft bij die van gezonde burgers. Ook is er een duidelijke link tussen gezondheid en sociaal-economische status (SES). Laag opgeleide Nederlanders overlijden gemiddeld zes tot zeven jaar jonger dan hoog opgeleide Nederlanders en het verschil in levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen is zelfs 14 jaar. Deze verschillen zijn groot en bovendien sterk verweven met achterstanden op andere terreinen. Denk daarbij aan een laag inkomen, werkloosheid, ongunstige woon- en werkomstandigheden en een ongezonde leefstijl.

De achterstanden zijn erg hardnekkig; ondanks de inspanningen binnen het gezondheidsbeleid zijn ze niet afgenomen. Uit onderzoek blijkt o.a. dat mensen met een hogere opleiding een betere lichamelijke en psychische kwaliteit van leven hebben dan mensen met lagere opleidingsniveaus. Ook maken lagere SES-groepen minder gebruik van sommige preventieve voorzieningen (tandarts, anti-rook campagnes). Verder komen diverse risicofactoren vaker voor bij laagopgeleiden. Zo roken laagopgeleiden bijna twee keer zoveel als hoogopgeleiden. De verschillen in roken zijn in de periode tussen 1990 en 2007 zelfs toegenomen. Dat komt vooral doordat hoogopgeleiden zijn gestopt. Overgewicht vertoont een vergelijkbare trend. Ernstig overgewicht is de afgelopen jaren nog wel toegenomen onder laagopgeleiden, maar afgenomen onder hoogopgeleiden.

Om de achterstanden te verkleinen, is een brede integrale aanpak nodig. Over gemeentelijke domeinen heen, zodat de wederzijdse beïnvloeding van participatie- en gezondheidsbeleid positief uitwerkt. Er is een integrale aanpak nodig door het Wmo-, Wwb- en het lokale gezondheidsbeleid met elkaar te verbinden.

Jeugd(gezondheids)zorg

Volgens de Wpg zijn gemeenten verantwoordelijk voor integrale jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar). Jeugd is een belangrijke doelgroep voor het beleid op het gebied van gezondheidsbevordering (alcoholmatiging, depressie, overgewicht, roken). Gemeenten hebben er veel belang bij dat jongeren zich op een gezonde manier ontwikkelen, want dit voorkomt problemen in de toekomst. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het instellen van een Centrum voor Jeugd en Gezin vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (prestatievelid 2: jeugd en opvoedingsondersteuning) en vanuit de Wet op de jeugdzorg. Daarnaast zullen gemeenten in 2015 bestuurlijk verantwoordelijk zijn voor de gehele jeugdzorg. Daarmee neemt de gemeentelijke beleidsregie voor de jeugd(gezondheids)zorg sterk toe. Al deze zorgtaken moeten de komende jaren met elkaar verbonden worden en op elkaar afgestemd.

(Passend) Onderwijs

De school is voor kinderen en jongeren hun tweede leefmilieu. Het onderwijs is daarmee een belangrijke partner in de uitvoering van het gezondheidsbeleid. Scholen zijn daarnaast vanaf 1 augustus 2014 verplicht een passende onderwijsplek te bieden aan leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben. De uitwerking van deze zorgplicht betekent dat schoolbesturen voor hun zorgleerlingen met gemeenten en (jeugd)zorg moeten afstemmen over de benodigde opvoed- en opgroei-ondersteuning. En omgekeerd zullen gemeenten vanuit de wetgeving zorg voor jeugd de opdracht krijgen te zorgen voor passende opvoed- en opgroei-ondersteuning in samenhang met passend onderwijs. Scholen moeten zo meer ruimte krijgen om zich te richten op hun kerntaak: geven van goed onderwijs zodat kinderen en jongeren zich optimaal kunnen ontwikkelen en volwaardig mee kunnen doen in de samenleving.

Openbare orde en veiligheid

Op 1 januari 2013 is de nieuwe Drank- en Horecawet ingegaan: jongeren onder de 16 jaar mogen geen alcoholhoudende drank bij zich hebben of drinken als ze zich op straat of op andere plekken in de openbare ruimte bevinden, zoals een winkelcentrum, station, park, horeca of sportkantine. Jongeren kunnen een boete krijgen van maximaal € 390 als ze alcoholhoudende drank bij zich hebben (artikel 45 DHW).

De wet is aangescherpt omdat alcoholgebruik schadelijk is voor jongeren en tot veel overlast leidt. De overheid treft strengere maatregelen waaraan verkopers zich moeten houden maar jongeren hebben zelf ook een verantwoordelijkheid: daarom wordt het bezit en of het gebruik van alcohol door hen strafbaar.

De boete voor jongeren is maar één van de nieuwe maatregelen. De overheid stelt in de nieuwe wet ook strengere regels voor de verkopers van alcoholhoudende dranken. Ook wordt de controle op de verkoop van alcohol aan jongeren verbeterd. Een supermarkt of andere winkel die drie keer aan te jonge kinderen alcohol verkoopt moet tijdelijk de verkoop van alcohol stopzetten. Gemeenten krijgen ook de mogelijkheid om het stunten met de prijs van alcohol terug te dringen, zowel in de winkel als ook in de horeca. Daarnaast wil het kabinet de verkoop van alcohol aan jongeren onder de 18 jaar verbieden.

Verslavingspreventie

Tegelijk met deze nota is voor het onderwerp verslavingspreventie een regionale beleidsvisie voor de regio Zuid-Holland Noord ontwikkeld (zie bijlage 3 voor een samenvatting). Deze regionale visie gaat over het voorkomen van schadelijk alcoholgebruik. De relatie met het beleidsterrein veiligheid is hierbij sterk aanwezig. Er wordt bestuurlijk prioriteit gegeven aan het onderwerp alcoholmatiging via het Bestuurlijk Overleg Alcoholmatiging. De inhoud van deze nota en de regionale visie verslavingspreventie zijn op elkaar afgestemd.

Hoofdstuk 4

Gezond Zoeterwoude

In de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2010 van de GGD wordt de gezondheidssituatie van de regio's Zuid-Holland Noord en Midden-Holland beschreven. De inwoners in deze regio leven langer (net als in de rest van Nederland), waardoor een toename van het aantal ouderen met één of meer chronische ziekten kan worden verwacht. Overgewicht is ook in deze regio een groeiend probleem, zowel onder volwassenen als onder kinderen. Ongeveer de helft van de volwassenen heeft overgewicht of obesitas. Daarnaast gedragen veel volwassenen in Hollands Midden zich ongezond. Bijna een kwart van de volwassenen rookt en 30% voldoet niet aan de norm voor verantwoord alcoholgebruik. Het alcoholgebruik onder de jongste groepen jongeren (12-14 jaar) is weliswaar iets afgenomen, het gebruik onder 16-plussers en het overmatige alcoholgebruik onder jongeren is nog steeds zorgwekkend hoog.

Uit de cijfers blijkt ook dat inwoners met een lage sociaaleconomische status (SES) nog steeds een minder gunstige gezondheidssituatie hebben dan mensen met een hoge SES. Hoogopgeleide mensen leven gemiddeld 17 jaar langer zonder beperkingen⁵. Het risico op sociale uitsluiting groeit, doordat behalve de slechtere gezondheidssituatie ook vaker sprake is van financiële problemen en werkloosheid.

4.1 Gezondheidsgegevens Zoeterwoude⁶

De gezondheidssituatie in Zoeterwoude blijkt net als vier jaar geleden in grote lijnen vergelijkbaar of zelfs gunstig te zijn ten opzichte van de landelijke en regionale situatie. Hieronder staan de belangrijkste feiten; een uitgebreide weergave in de vorm van kerncijfers is te vinden in bijlage 8. Wel is opvallend dat wij op twee punten relatief slecht scoren binnen de regio:

- het relatief hoge percentage 5/6 jarigen met overgewicht
- het relatief hoge percentage jongeren met ziekten en chronische aandoeningen⁷

Deze punten worden in paragraaf 4.3 meegenomen bij de doelgroepbepaling voor ons nieuwe volksgezondheidsbeleid.

De kerncijfers van de gezondheidspeiling 2012 onder volwassenen zijn net bekend, maar nog niet volledig. Een eerste samenvatting vindt u ook in bijlage 8. De verschillen tussen Zoeterwoude en de regio zijn in onderstaand overzicht meegenomen. Daarbij dient opgemerkt te worden dat waar over "regio" wordt gesproken, dit bij de peiling van 2012 een grotere regio betreft dan voorheen (alleen ZHN). De regionale percentages kunnen dus niet over de jaren heen met elkaar vergeleken worden.

Bevolking

Huidige bevolking (2009) en prognoses voor 2020 en 2040

- Het inwoneraantal krimpt van 2009 tot 2020 met 8% tot 7.552 inwoners. Het inwoneraantal van ZHN neemt in dezelfde periode toe met 2% en het inwoneraantal van Nederland met 3%.
- Het percentage 0- tot en met 19-jarigen (25%) is even groot als in ZHN en Nederland. Dit percentage daalt naar 23% in 2040. In ZHN en Nederland daalt dit percentage naar 22% in 2040.
- Het percentage 65-plussers (15%) is even groot als in ZHN en Nederland. Dit percentage stijgt - evenals in ZHN en Nederland - naar 20% in 2020 en 26% in 2040.

⁵ VTV, Van der Lucht en Polder, 2010

⁶ Bron: Kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid in Zuid-Holland Noord, GGD Hollands Midden, juni 2011 en Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning "Gezondheid in beeld in Zuid-Holland Noord", november 2010

⁷ Het gaat hierbij om de volgende aandoeningen: astma, bronchitis, diabetes, eczeem, buikklachten langer dan 3 maanden, migraine, aangeboren hartaandoeningen, ADHD, eetstoornissen, kanker.

Huishoudsamenstelling

- Het percentage alleenstaanden (26%) is kleiner dan in ZHN (36%) en Nederland (36%).
- Het percentage éénoudergezinnen (6%) is even groot als in ZHN en Nederland.

Sociaaleconomische status

- Het percentage achterstandsleerlingen (8%) is kleiner dan in ZHN (11%) en Nederland (18%).
- Het percentage volwassenen (7%) en ouderen (2%) met problematische schulden is even groot als in ZHN. Uit de meest recente peiling (2012) blijkt dat het percentage volwassenen dat in Zoeterwoude problematische schulden heeft (4%) lager is dan in de regio (8%). Dit geldt ook voor de ouderen (1,6% versus 2,0%). Het percentage volwassenen dat grote moeite heeft met rondkomen (4,3%) is even groot als in de regio (4,2%).
- Het percentage kinderen van 0 tot en met 17 jaar in een uitkeringsgezin is kleiner (rond de 1%) dan in ZHN (3%) en Nederland (5%).

Overige cijfers

- Het percentage niet-westerse allochtonen (4%) is kleiner dan in ZHN (8%) en Nederland (11%).
- Het percentage meldingen bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is het kleinste van ZHN (plek 229 in de lijst van de in totaal 431 gemeenten in Nederland in 2008). Ter vergelijking: Leiden en Alphen aan den Rijn staan respectievelijk op plek 5 en 10 in deze lijst⁸.
- Het percentage personen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (8,5%) is groter dan in ZHN (5,2%) en Nederland (6,6%). Dit komt met name door het hoge aantal jongeren dat in Zoeterwoude gebruik maakt van de Jonggehandicapten Wajong-regeling (5% t.o.v. 3,1% ZHN en 3,9% Nederland).⁹

Gezondheid

Levensverwachting en sterfte

- De levensverwachting bij geboorte (81,0 jaar) is even hoog als in Nederland.
- De sterfte aan hart- en vaatziekten per 10.000 inwoners (14,4) is lager dan in Nederland (21,8).

Ziekten en aandoeningen

- Het percentage jongeren met ziekten en chronische aandoeningen (52%) is groter dan in ZHN (45%).
- Het percentage volwassenen (50%) en ouderen (78%) met ziekten en aandoeningen is even groot als in ZHN. Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen met chronische aandoeningen (54%) hoger is dan in de regio (51%). Onder ouderen is dit juist lager (74% versus 78%).

Psychische gezondheid

- Het percentage jongeren met een risico op psychosociale problemen (12%) is even groot als in ZHN.
- Het percentage volwassenen met een hoog risico op angst en/of depressie (<1%) is kleiner dan in ZHN (4%). Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen met een hoog risico op depressie (5,1%) juist hoger is dan in de regio (4,8%). Onder ouderen (0,0%) is dit lager dan in de regio (2,7%).
- Het percentage volwassenen (31%) en ouderen (35%) dat matig/ernstig eenzaam is, is even groot als in ZHN. Uit de meest recente peiling (2012) blijkt dat het percentage volwassenen dat matig/ernstig eenzaam is (33%) significant lager is dan in de regio (42%). Ook het percentage volwassenen dat ernstig eenzaam is in Zoeterwoude (2%) is beduidend lager dan in de regio (7%).

Determinanten

⁸ Een lage positie in deze rangorde kan worden beschouwd als een negatieve uitslag. Hoe minder meldingen, des te onzichtbaarder de kindermishandeling is. Dat dit ook kan betekenen dat er meer sociale controle en/of een groter ondersteunend netwerk aanwezig is, blijft in deze verklaring onderbelicht.

⁹ Deze percentages zijn in Zoeterwoude relatief hoger dan in de regio doordat wij een instelling voor verstandelijk gehandicapten (Swetterhage) binnen onze gemeentegrenzen hebben.

Overgewicht

- Het percentage 5-6-jarigen met overgewicht (15%, gemeten door JGZ) is groter dan in ZHN (10%).
- Het percentage 10-11-jarigen met overgewicht (13%, gemeten door JGZ) is even groot als in ZHN.
- Het percentage 13-14-jarigen met overgewicht (16%, gemeten door JGZ) is even groot als in ZHN.
- Het percentage jongeren met overgewicht (7%, zelfrapportage) is even groot als in ZHN en Nederland.
- Het percentage volwassenen met overgewicht (49%, zelfrapportage) is even groot als in ZHN. Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen met overgewicht (42%) lager is dan in de regio (45%). Hetzelfde geldt voor de ouderen (56% versus 59%).

Roken

- Het percentage jongeren dat rookt (16%) is even groot als in ZHN en Nederland.
- Het percentage volwassenen dat rookt (16%) is even groot als in ZHN, en kleiner dan in Nederland (31%). Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen dat rookt (17%) lager is dan in de regio (25%). Dit geldt ook voor de ouderen (8% versus 12%).

Alcohol

- Het percentage binge-drinkers¹⁰ onder jongeren (40%) is even groot als in ZHN en Nederland.
- Het percentage volwassenen dat overmatig drinkt (15%) is even groot als in ZHN. Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen dat overmatig drinkt (6%) lager is dan in de regio (9%). Het aantal ouderen dat overmatig drinkt (12%) is echter hoger dan in de regio (10%).

Drugs

- Het percentage jongeren dat cannabis gebruikt (8%) is even groot als in ZHN en Nederland.

Lichaamsbeweging

- Het percentage jongeren dat onvoldoende lichaamsbeweging¹¹ heeft (71%) is kleiner dan in ZHN (79%). Uit onze jongerenpeiling van 2013 komt naar voren dat dit percentage veel gunstiger wordt wanneer het dagelijks fietsen van en naar school wordt meegerekend.
- Het percentage jongeren dat lid is van een sportvereniging (81%) is groter dan in ZHN (70%).
- Het percentage volwassenen (46%) en ouderen (33%) dat onvoldoende lichaamsbeweging heeft is even groot als in ZHN. Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen dat niet aan de beweegnorm voldoet (42%) lager is dan in de regio (47%). Dit geldt ook voor de ouderen (27% versus 33%).
- Uit onze enquête die op alle Zoeterwoudse basisscholen is gehouden in de groepen 6, 7 en 8 blijkt dat 88% van de kinderen lid is van een sportvereniging. Van de 185 kinderen die de enquête hebben ingevuld, zijn er 97 die aangeven 3 keer per week te sporten (exclusief schoolgym). Bijna de helft van de kinderen in de groepen 6, 7 en 8 voldoet dus niet aan de beweegnorm.

Voeding

- Het percentage jongeren dat niet dagelijks groente (58%) of fruit (56%) eet, is even groot als in ZHN.
- Het percentage volwassenen dat te weinig groente (73%) of fruit (74%) eet, is even groot als in ZHN.

Overig risicogedrag jongeren

- Het percentage jongeren met risico op gehoorschade (24%) is even groot als in ZHN.
- Een groot deel van de scholen signaleert vanaf groep 8 een verminderd normen en waarden besef (b.v. vernielingen schoolgebouw door oud-leerlingen).

Fysieke omgeving

- Het percentage volwassenen dat de woon- en slaapkamer onvoldoende ventileert (64%) is even groot als in ZHN.

Zorg en preventie

¹⁰ Binge is het Engelse woord voor braspartij. Binge drinken wil zeggen het drinken van 6 glazen alcohol of meer tijdens 1 enkele gelegenheid.

¹¹ = voldoet niet aan de beweegnorm (jongeren dagelijks een uur matig intensief bewegen; volwassenen minimaal 5 dagen per week een half uur matig intensief bewegen)

Screening en vaccinaties

- De opkomst bij de screening borstkanker (85%) is groter dan in Nederland (82%).
- De opkomst bij de screening baarmoederhalskanker (79%) is groter dan in Nederland (66%).
- De opkomst bij de griepvaccinatie onder 60-plussers (72%) is even groot als in Nederland.

Mantelzorg

- Het percentage volwassenen (19%) en ouderen (12%) dat mantelzorg geeft is even groot als in ZHN. Uit de peiling van 2012 blijkt dat het percentage volwassenen (15%) dat mantelzorg geeft groter is dan in de regio (12%), maar dat het percentage ouderen dat mantelzorg geeft (8%) lager is dan in de regio (10%).

Professionele zorg

- Het percentage volwassenen dat in één jaar contact heeft met een medisch specialist (40%) is groter dan in ZHN (31%).
- Het percentage volwassenen en ouderen dat in één jaar contact heeft met een huisarts, fysiotherapeut, thuiszorg of GGZ is even groot als in ZHN.
- Het aantal mensen in zorg voor alcoholverslaving (16 per 10.000 inwoners) is lager dan in ZHN (24 per 10.000 inwoners).
- Het aantal mensen dat huishoudelijke hulp krijgt (19 per 1.000 inwoners) is lager dan in ZHN (24 per 10.000 inwoners).

4.2 Lokale ontwikkelingen

Motie "Stimulering sport en bewegen jeugd"

Tijdens de begrotingsbehandeling begin november 2012 is een motie "Stimulering sport en bewegen jeugd" aangenomen. De gemeenteraad wenst in de programmabegroting 2013-2016 de ondersteuning van sportverenigingen ten behoeve van de sportstimulering voor in het bijzonder de jeugd tot 18 jaar te continueren omdat:

- Sporten en bewegen voor iedereen, maar in het bijzonder voor de jeugd, gezond is;
- Uit diverse onderzoeken blijkt dat het zinvol is de jeugd te stimuleren om voldoende te bewegen en om een passende sportactiviteit te hebben;
- Het niet altijd even makkelijk is om een sportieve activiteit te vinden die goed past;
- Het daarom van belang is dat de jeugd op laagdrempelige wijze kennis kan maken met diverse sporten;
- De sportverenigingen in de gelegenheid gesteld moeten worden om het ledenaantal op peil te houden;
- De verenigingen zich hebben uitgesproken behoefte te hebben aan budgettaire voorzieningen om (kennismakings)activiteiten aan te bieden die een verdere daling van het aantal leden tegengaan;
- Het huidige kennismakingsprogramma van het Sportfondsen Sport Servicepunt tot weinig tot geen deelname bij de Zoeterwoudse verenigingen leidt.

De gemeenteraad heeft het college verzocht de komende tijd de volgende punten op te pakken:

1. Alle sportverenigingen in Zoeterwoude uitnodigen voor het opstellen van een substantieel (bijv. 8 keer) nieuw activiteitenprogramma gedurende het hele jaar, gericht op het helpen bij de keuze en het kennismaken van een sport- en beweegactiviteit.
2. Het bestemmen van een deel van het budget om (een deel van) de arbeidskosten van de eventuele sporttrainer voor deze kennismakingsactiviteit te bekostigen en om (een deel van) de eventueel overige aantoonbare kosten te vergoeden.
3. In het licht van de activiteiten onder punt 1 en 2 nog eens kritisch kijken naar het voornemen om wederom een boekje kennismakingsprogramma uit te brengen samen met het Sportfondsen Sport Servicepunt
4. De nu voorgestelde verlaging van het budget in 2013 later weer ongedaan maken als blijkt dat er een overweldigende belangstelling is voor het nieuwe kennismakingsprogramma en dit het gewenste resultaat oplevert van het (minimaal) handhaven van het aantal sportende jeugdigen.

De uitvoering van deze motie wordt opgepakt vanuit het Plan van Aanpak Sporten en Bewegen in Zoeterwoude. Op 22 januari 2013 vond een bijeenkomst plaats waarbij alle sportverenigingen in Zoeterwoude zijn uitgenodigd een substantieel nieuw activiteitenprogramma op te stellen, gericht op het helpen bij de keuze en het kennismaken met een sport- en beweegactiviteit. Het verslag van deze bijeenkomst is terug te lezen in bijlage 9.

Verminderd normen- en waardenbesef bij de jeugd

De scholen in Zoeterwoude signaleren vanaf groep 8 een verminderd normen- en waarden besef (zich uitend in bijvoorbeeld vernielingen aan het schoolgebouw door oud-leerlingen). De directeuren zouden een weerbaarheidstraining vanuit het CJG waarin groepsdruk, meeloopgedrag, etc. aan de orde komt, waardevol vinden. Verder zou in de training aandacht besteed kunnen worden aan het respectvol omgaan met en in de richting van anderen (volwassenen én leeftijdsgenoten). Ook zou aandacht besteed kunnen worden aan de vraag hoe je sterk genoeg kunt zijn om alcohol en drugs te mijden, en aan de manier waarop je respectvol over seksualiteit kunt praten.

Aandacht voor gehoorschade bij jongeren

Wij maken ons zorgen over de geluidsbelasting bij het uitgaan (discotheek, festival, café, concert, bioscoop) en bij het gebruik van een koptelefoon en over de gezondheidsschade die dit soms blijvend oplevert. Wij staan hierin niet alleen. Er is een groeiende belangstelling voor dit onderwerp bij onder meer de Nederlandse Hoorstichting, kamerleden, gemeenteraadsleden, ambtenaren gezondheidsbeleid, ouders, jongeren, GGD-medewerkers, etc..

Ruim 40% van de Nederlandse jongvolwassenen dreigt problemen te krijgen met het gehoor omdat ze luisteren naar te harde muziek. Eén op de tien loopt waarschijnlijk zelfs het risico op zeer ernstige en blijvende gehoorschade. We spreken van risico op gehoorschade als jongeren vaak tijdelijk last hebben van het gehoor na het uitgaan en/of als zij dagelijks naar harde muziek luisteren door een koptelefoon. De grootste boosdoener is de draagbare muzikspeler (bijvoorbeeld iPod, MP3- of MP4-speler). Een kwart van de jongeren geeft aan naar te harde muziek te luisteren via een draagbare speler. Ook scoren discotheeken en popconcerten hoog (samen goed voor 23%). Gehoorproblemen die kunnen optreden zijn onder andere gehoorverlies en oorsuizingen. Hierdoor kunnen problemen ontstaan zoals vermoeidheid, depressie, sociaal isolement en arbeidsongeschiktheid. Jongeren weten wel dat te harde muziek schadelijk is, maar denken zelf geen risico te lopen. De huidige jongeren lopen meer risico op gehoorschade dan vroegere generaties jongeren. Ze luisteren vaker en langer naar muziek via een koptelefoon en zetten de volumeknop hoger. Dit komt mede doordat de apparatuur aanzienlijk verbeterd is (Vogel, 2009).

De huidige wetgeving voor geluidshinder is bedoeld om hinder voor de omgeving te voorkomen. Wanneer een discotheek goed geïsoleerd is, kan veel geluid geproduceerd worden, zonder dat wetgeving wordt overschreden. Dat wil zeggen dat er voor discogangers geen landelijke wetgeving is om hem/haar te beschermen tegen een te hoge geluidsbelasting. Gemeenten kunnen lokaal wel een regel hierover opnemen in de APV¹². Daarnaast wordt vanuit de landelijke GGD-werkgroep "Geluid" gewerkt aan een handreiking 'gehoorschade bij jongeren bij festivalbezoek'. In Belgisch Vlaanderen zijn sinds 1 januari 2013 nieuwe geluidsnormen voor muziekactiviteiten van kracht. In Nederland is in mei 2011 een convenant gesloten tussen de Hoorstichting en de Vereniging van Evenementen Makers (VVEM) en de Vereniging van Nederlandse Poppodia en Festivals (VNPF) om het gehoor te beschermen bij muziekevenementen. Het convenant betreft echter alleen muziekevenementen, discotheeken zijn daarmee niet "gedekt".

In overleg met TNO heeft de gemeente Zoeterwoude rondom dit onderwerp een onderzoeksvoorstel ingediend bij de Academische Werkplaats Jeugd noordelijk Zuid-Holland (AWP-j) (zie bijlage 10). Medio mei wordt bekend of het onderzoeksvoorstel gehonoreerd wordt. Het aangevraagde onderzoek is gericht op het actief betrekken van jongeren bij het formuleren van maatregelen ter preventie van gehoorschade bij het uitgaan en bij het gebruik van een koptelefoon, met als doel actieve participatie tot stand te brengen bij de Zoeterwoudse jongeren (probleemeigenaarschap, oplossingseigenaarschap). Naast het betrekken van de Jongerenadviesraad, is het van belang ook het bestuur en de bezoekers van Utopia mee te krijgen in de aanpak.

Om tot acceptabele veranderingen te komen is het van belang dat deze door de betrokken jongeren ondersteund en uitgedragen worden. Wanneer jongeren zich bewust worden van gehoorschade door harde muziek in discotheeken, zullen zij dit mogelijk ook proberen te voorkomen bij andere omstandigheden (muziek via koptelefoon, andere feesten), en wellicht ook uitdragen naar andere jongeren. Het is van belang dat de jongeren zich mede-probleemeigenaar voelen, maar vooral dat zij zich actieve mede-probleemoplossers voelen.

¹² Conclusie getrokken door de gemeente Leek, begin 2011.

Hiertoe is het relevant om te zoeken naar een methode om de jongeren op een actieve manier te betrekken bij formuleren van maatregelen (gericht op normverandering en eventuele omgevingsmaatregelen). Methoden van participatie en co-creatie met jongeren behoeven onderbouwing en verdere ontwikkeling. TNO coördineert deze activiteiten, en voert ze uit in samenwerking met de gemeente, GGD en LUMC. Ter voorbereiding heeft de portefeuillehouder al met het bestuur van Utopia gesproken, heeft de Jongerenadviesraad ingestemd met hun betrokkenheid bij het onderzoek en is een aantal potentiële maatregelen geïnventariseerd.

De Zoeterwoudse aanpak kan resulteren in omgevingsmaatregelen, beleidsmaatregelen of andere ondersteunende maatregelen, welke (uit)gedragen moeten worden door Utopia en de gemeente, en als zodanig agenda settend kunnen zijn. De voor Zoeterwoude te ontwikkelen methodiek om jongeren te betrekken en het probleem gehoorschade werkelijk te laten 'landen' kan verder gebruikt worden voor andere gezondheidsproblemen.

Aandacht voor echtscheidingsproblematiek

Relatieproblematiek en scheiding zijn veel voorkomend. Voor zowel ouders als kinderen kan een scheiding leiden tot tijdelijke en/of langdurige ontwrichting van het dagelijkse leven. Uit onderzoek is bekend dat scheiding veel nadelige gevolgen kan hebben voor kinderen, zoals een verminderd psychologisch welbevinden en minder zelfvertrouwen, maar ook latere problemen in eigen relaties en een verhoogd risico op alcoholmisbruik en drugsverslaving. De overheid wil hulp in deze situaties toegankelijker maken en stimuleert Centra voor Jeugd en Gezin/gemeenten om een aanbod te hebben op het terrein van relatieproblemen en scheiding.

Ook de scholen in Zoeterwoude hebben aangegeven behoefte te hebben aan aanbod rondom echtscheidingsproblematiek. In antwoord hierop is vanuit het CJG een themabijeenkomst georganiseerd over dit onderwerp. De gemeente is vervolgens aangehaakt bij een kortdurend onderzoek vanuit de Academische Werkplaats Jeugd noordelijk Zuid-Holland (AWP-j). Dit onderzoek richt zich op de diversiteit van psychosociale vragen die uit relatieproblematiek en scheiding voort kan vloeien en streeft ernaar een dekkend aanbod op dit terrein te ontwikkelen.

Vanuit de AWP-j is met hulp van de projectpartners (waaronder de gemeente Zoeterwoude) een digitale vragenlijst uitgezet onder verschillende betrokken instanties, zoals Maatschappelijk Werk, Bureau Jeugdzorg, GGZ (-preventie), en JGZ, maar ook bij bijvoorbeeld de vrouwenopvang, mediators, huisartsen en het onderwijs. De uitkomsten van deze vragenlijst zijn getoetst in een expertmeeting. De resultaten zijn van kwalitatieve aard en beschreven in een TNO-rapport dat medio 2013 wordt gepubliceerd.

De voorlopige conclusie van het onderzoek is dat er duidelijk witte vlekken zijn in het aanbod rondom relatieondersteuning en (echt)scheiding in de regio noordelijk Zuid-Holland. Dit betreft onder meer beschikbaarheid en toegankelijkheid van aanbod en afstemming tussen zorgverleners. Daarnaast worden enkele lacunes en behoeften geconstateerd:

- Informatieverstrekking aan ouders is beperkt.
- Beperkt aanbod voor kinderen tot 8 jaar.
- Laagdrempelig aanbod voor jeugd ouder dan 12 jaar.
- Onvoldoende mogelijkheden/aanpak bij vechtscheiding.
- Kennisbevordering bij professional met betrekking tot relatie en scheiding.
- Behoeft aan duidelijke communicatie over beschikbaar aanbod.

Regionale aanpak Gehandicaptensport Holland-Rijnland

In april 2013 heeft het college ingestemd met de opzet van de regionale aanpak gehandicaptensport Holland Rijnland (zie bijlage 11). Het doel van deze regionale aanpak is ervoor te zorgen dat de gehandicaptensport binnen de regio Holland Rijnland goed georganiseerd wordt. Onder aansturing van Sportservice Zuid-Holland zal een regiegroep worden opgericht die gaat onderzoeken hoe gemeenten meer kunnen samenwerken op het gebied van aangepast sporten. Ook zullen diverse partijen gestimuleerd worden om het aangepast sporten meer vorm te geven. Daarnaast zal de regiegroep zorgdragen voor een betere verbinding tussen vraag en aanbod. Via het programma

Special Heroes¹³ wordt aandacht besteed aan de verbinding met het (speciaal) onderwijs, om zo meer mensen met een handicap aan het sporten en bewegen te krijgen.

Vanuit de regiegroep zullen een aantal gewenste activiteiten voortkomen, zoals het organiseren van een regionaal evenement. Maar er zullen ook verenigingen zijn die ondersteuning nodig hebben om nieuw sportaanbod te creëren voor mensen met een handicap, indien er behoefte is. Zodra verenigingen geïnteresseerd zijn om aanbod te genereren voor mensen met een handicap, kan Sportservice verenigingen hierbij ondersteunen.

4.3 Doelgroepbepaling

Nieuw speerpunt in de landelijke preventienota is het bevorderen van een gezonde leefstijl met behulp van bewegen en sporten in de buurt. Hiermee komt de nadruk nog meer te liggen op preventie: het voorkomen van gezondheidsklachten en eenzaamheidsproblematiek. De keuze voor dit speerpunt sluit ook goed aan bij een van de uitgangspunten van de Wmo, namelijk kijken naar wat mensen wel kunnen in plaats van naar wat ze niet kunnen/mogen.

De beschikbare middelen zijn echter beperkt, waardoor wij gedwongen worden duidelijke strategische keuzes te maken. Dit betekent dat wij vanuit het lokale gezondheidsbeleid niet zullen investeren in sport en bewegen in de buurt voor de “gewone” jeugd. Wel voor de kwetsbare jeugd binnen onze gemeente. Onze “gewone” jeugd is immers al vaker lid van een sportvereniging dan de jeugd elders in de regio en onze “gewone” jeugd voldoet beter aan de norm gezond bewegen dan de rest van de jeugd in de regio (zie ook paragraaf 4.1).

De doelgroep “kwetsbare jeugd” definiëren wij als volgt:

- kinderen met overgewicht en hun ouders
- jeugdigen met een ziekte en/of chronische aandoening
- kinderen uit het reguliere onderwijs die moeite hebben met hun motorische vaardigheden¹⁴
- jeugdigen met een gebrek aan weerbaarheid en/of een verminderd normen- en waardenbesef
- kinderen uit gezinnen met een lage SES

Waar mogelijk zullen wij aansluiting zoeken bij de uitvoering van de motie “Stimulering sport en bewegen jeugd”. Tijdens de bijeenkomst met de sportverenigingen op 22 januari 2013 gaven de sportverenigingen echter aan dat ondersteuning van kwetsbare jeugdigen bij het sporten volgens hen niet echt nodig is. Ook hebben zij niet het idee dat kinderen uit gezinnen met een lage SES om financiële redenen geen lid worden. De sportverenigingen reageerden wél positief op het idee om samen met diëtisten een sportprogramma op te zetten voor kinderen met overgewicht. Dit zullen wij dan ook als eerste oppakken, waarbij wij ook de huisartsen, fysiotherapeuten, jeugdgezondheidszorg, basisscholen en kinderopvang zullen betrekken.

Daarnaast willen wij ons inzetten voor jongeren met een beperking: een “vergeten” groep jeugd, die wel degelijk extra ondersteuning kan gebruiken vanuit de preventieve gezondheidszorg, en niet alleen vanuit de curatieve zorg. Zeker in het licht van de komende transities komt er nog meer ruimte om maatwerk voor deze doelgroep in te zetten. Uiteraard zoeken wij in dit verband ook aansluiting bij Regionale aanpak Gehandicaptensport Holland-Rijnland.

Of zoals één van de respondenten uit de jongerenenquête uit 2008 al zo mooi verwoordde: méér G-sport in Zoeterwoude! Ook in de jongerenenquête van 2013 wordt opgemerkt dat Zoeterwoude kinderen met een beperking/chronische aandoening weinig te bieden heeft. Een eerste stap hierin is meer bekendheid te creëren voor deze doelgroep; Zoeterwoude is immers niet alleen het thuishonk van de “bekende” topsporters uit de wiel- en schaatssport, maar kent ook jonge

¹³ Special Heroes is een sportstimuleringsprogramma voor kinderen / jongeren in het speciaal onderwijs. Door Special Heroes komen kinderen in het speciaal onderwijs in aanraking met verschillende takken van sport. Special Heroes werkt altijd samen met sportaanbieders uit de omgeving. Dit zorgt ervoor dat er een goede wisselwerking is tussen sportvraag en sportaanbod. De coördinatie van Special Heroes wordt gedaan door de regionaal projectleider en wordt gezamenlijk gedragen door scholen, gemeenten en Special Heroes.

¹⁴ De lokale fysiotherapiepraktijk aan de Schenkelweg speelt hier al op in, maar ouders moeten nu nog naar de hoofdvestiging in Alphen aan de Rijn voor een groepscursus.

G-sporters die uitblinken in hun sport (1 jongere heeft zelfs deelgenomen aan de Paralympics in Londen).

De doelgroep kwetsbare ouderen wordt opgepakt via het WMO- en ouderenbeleid.

4.4 Keuze lokale beleidsprioriteiten

Ook voor de komende beleidsperiode geldt dat wij gezondheid in de eerste plaats een eigen verantwoordelijkheid van de burger vinden. Wij juichen dan ook burgerinitiatieven zoals “De Buren” en “De Herdershof” van harte toe en bieden waar nodig en mogelijk ondersteuning aan dit soort initiatieven. Daarnaast neemt de GGD ons veel werk op het gebied van gezondheidsbevordering uit handen.

Hoewel de speerpunten uit de vorige gezondheidsnota nog steeds relevant zijn, vormen - net als in de voorgaande beleidsperiode - niet alle speerpunten een even groot probleem in Zoeterwoude. Daarom kiezen wij er weer voor een prioritering aan te brengen in de speerpunten. Nog meer dan vier jaar geleden speelt hierbij een rol dat wij niet de middelen en de mogelijkheden hebben om alle speerpunten uit de landelijke en regionale gezondheidsnota even grondig aan te pakken.

Wij onderschrijven de keuze van het kabinet om de speerpunten voor preventie te behouden. Dit biedt ons de mogelijkheid voor het continueren van bestaand beleid. Wij onderschrijven tevens de behoefte om versnippering tegen te gaan. Bestaande initiatieven moeten gebundeld worden om bij te dragen aan meer slagkracht en effectiviteit. Wij maken ons echter – net als de VNG en GGD Nederland - zorgen over de afname van aandacht voor leefstijlbeleid. In aanvulling op de landelijke en regionale nota kiezen wij daarom voor het thema **gezonde leefstijl**. Dit is een breder thema dan alleen “sport en bewegen in de buurt”, “overgewicht” of “schadelijk alcoholgebruik”.

Mensen maken keuzes in relatie tot hun leefsituatie en directe omgeving. Vraag hierbij is of mensen in de gelegenheid zijn om een gezonde keuze te maken. Nodigt de directe woonomgeving uit tot ontmoeting en beweging? Hebben mensen de gezondheidsvaardigheden om de goede keuzes te maken? Is het aanbod in supermarkten zo dat het gezonde voedingsgewoonten (financieel) aantrekkelijk maakt? Extra aandacht voor de **leefstijl** van deze groepen en hun directe leefomgeving kan de kansen op betere participatie vergroten en betaalt zich dus op meerdere fronten uit.

Voor het speerpunt **alcohol** zijn in de subregio Zuid-Holland Noord voor de doelgroep jongeren al ambities, doelstellingen en acties geformuleerd in de Regionale Beleidsvisie Verslavingspreventie Zuid-Holland Noord (zie bijlage 3 voor een samenvatting). In de Regionale Beleidsvisie wordt voor Zuid-Holland Noord de keuze gemaakt dat binnen het bredere onderwerp verslavingspreventie (alcohol, roken, drugs, andere genotmiddelen) ingezet wordt op alcohol. Alcohol is een goede voorspeller van het gebruik van andere genotmiddelen. Jongeren die starten met alcohol op jonge leeftijd maken op latere leeftijd ook meer gebruik van andere genotmiddelen, zoals roken en (soft)-drugs. De regionale uitvoeringsagenda is verwerkt in de uitvoeringsagenda van voorliggende nota lokaal gezondheidsbeleid.

Uit de gezondheidscijfers blijkt niet dat **eenzaamheid onder ouderen** of **depressie** een significant probleem vormen in Zoeterwoude. Wij kiezen er dan ook voor deze beleidsprioriteiten niet op te nemen in de nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid. Dit betekent echter niet dat er niets aan gedaan wordt. Zo wordt in 2013-2014 een Seniorennota gerealiseerd, met daarin aandacht voor eenzaamheid onder ouderen. Wat betreft depressiepreventie zal de GGD Hollands Midden zich de komende jaren weer bezighouden met netwerkvorming rondom dit thema.

Ook **diabetes** wordt niet overgenomen als speerpunt voor de komende jaren. Wij vinden het voorkomen en bestrijden van diabetes geen gemeentelijke taak. Door lokaal in te zetten op het thema “leefstijl”, werken we indirect wel mee aan de preventie van zaken als depressie en diabetes. Hetzelfde geldt voor het thema **roken**. Dit nemen wij wederom niet als speerpunt op in de nieuwe nota. Wel gaan wij uit van een basispakket aan GGD-activiteiten gericht op roken en drugsgebruik. Het gaat er dan om dat de GGD haar deskundigheid op dit gebied op peil houdt, dat de GGD ondersteuning biedt, vooral aan scholen, en op verzoek informatie verstrekt.

Samenvattend komen wij op basis van de landelijke en regionale kaders, de lokale ontwikkelingen en de beschikbare gezondheidsgegevens, tot de volgende beleidsprioriteiten voor onze nieuwe nota lokaal gezondheidsbeleid 2013-2016:

- 1 Blijvend inzetten op een gezonde leefstijl (gezond eten, matig met alcohol, voldoende bewegen, lekker in je vel)
- 2 Stimuleren sport en beweegactiviteiten voor de kwetsbare jeugd:
 - kinderen met overgewicht en hun ouders
 - jeugdigen met een ziekte en/of chronische aandoening
 - kinderen uit het reguliere onderwijs die moeite hebben met hun motorische vaardigheden
 - jeugdigen met een gebrek aan weerbaarheid en/of een verminderd normen- en waardenbesef
 - kinderen uit gezinnen met een lage SES
- 3 Meer aandacht voor weerbaarheid van kinderen en hun ouders
- 4 Meer aandacht voor de risico's van gehoorschade bij de jeugd
- 5 Meer aandacht voor echtscheidingsproblematiek binnen gezinnen
- 6 Meer aandacht voor G-sport

Hoofdstuk 5

Uitvoeringsagenda per doelgroep

De uitvoering van deze nota lokaal gezondheidsbeleid wordt integraal opgepakt. De doelgroep kwetsbare jeugdigen en hun ouders zal in combinatie met het jeugd- en onderwijsbeleid opgepakt worden. Door een effectieve bundeling van de beschikbare CJG-gelden, met de preventiegelden, en de middelen voor onderwijs- en jeugdbeleid, hoeft er geen extra geld aangevraagd te worden voor de uitvoering van deze activiteiten. Voor de doelgroep gezinnen met een lage SES wordt aansluiting gezocht bij het WMO-beleid. De doelgroep kwetsbare ouderen wordt opgepakt via het WMO- en ouderenbeleid.

5.1 Doelgroep: (Kwetsbare) jeugdigen en hun ouders¹⁵

Wat is het probleem?

De ongezonde leefstijl van jongeren baart zorgen. Net als hun leeftijdsgenoten in andere regio's drinken veel jongeren in onze regio te jong, te vaak en te veel. Van de volwassenen in Zuid-Holland Noord voldoet 69% niet aan de aanbeveling voor groenteconsumptie: minimaal 200 gram groenten per dag. Ook voldoet driekwart van de volwassenen (76%) niet aan de aanbeveling voor fruitconsumptie van minimaal 2 stuks fruit per dag. Van de 12- tot en met 18-jarigen in Zuid-Holland Noord eet 55% niet dagelijks groente en 51% niet dagelijks fruit. Ook landelijke cijfers laten zien dat jongeren te weinig groente en fruit eten. Eén op de vijf 12-18 jarigen rookt en ruim acht op de tien 12-18 jarigen bewegen te weinig¹⁶. Naast ongezond eten is overgewicht en obesitas onder kinderen en jongeren een groeiend probleem. Daarnaast wordt in Zoeterwoude vanaf groep 8 een verminderd waarden- en normenbesef bij de jeugd geconstateerd.

Uit de gezondheidsspeiling van de GGD (2008) blijkt dat een kwart van de jongeren (25%) in de regio Zuid-Holland Noord risico loopt op gehoorschade. Van alle jongeren in Zuid-Holland Noord geeft 14% aan vaak tot altijd tijdelijk last te hebben van het gehoor na het uitgaan en 15% luistert dagelijks door een koptelefoon naar muziek met het volume op een hoge stand (4% van de jongeren heeft last van de oren na het uitgaan én luistert dagelijks naar harde muziek)¹⁷.

Wat willen we bereiken?

Het is belangrijk dat jongeren zich op een gezonde manier kunnen ontwikkelen en zo volwassenen worden, die zelf verantwoordelijkheid nemen voor een gezonde leefstijl. Jong geleerd is oud gedaan. We willen jongeren weerbaar maken, zodat zij gezonde keuzes maken in hun leven. We willen bereiken dat jeugdigen en hun ouders weerbaarder zijn tegen schadelijk alcoholgebruik, roken, drugs, ongezonde voeding en groepsdruk en dat zij handvatten hebben om beter met deze verleidingen om te gaan. Daarnaast willen wij dat jeugdigen door een gezonde leefomgeving aangemoedigd worden gezond gedrag te vertonen inclusief meer bewegen.

Wat gaan we doen?

	Speerpunt	Activiteit	Verantwoordelijke
1	Weerbaarheid	Weerbaarheidstraining bovenbouw basisonderwijs organiseren (normen en waarden, groepsdruk, meeloopgedrag, opkomen voor jezelf)	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
		Meer aandacht voor echtscheidingsgerelateerde problematiek.	Idem

¹⁵ Met "ouders" bedoelen wij ook "opvoeders"

¹⁶ Bron: rVTV 2010

¹⁷ Bron: GGD HM, jongerenpeiling 2008

2	Alcoholmatiging	Evalueren uitvoering actiepunten huidige notitie lokaal alcoholmatigingsbeleid 2009-2013 en voorbereiden nieuwe notitie en actieplan aan de hand van de Regionale Beleidsvisie Verslavingspreventie.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
		Gebruiken handreikingen van het BOA.	Beleidsmedewerker OOV
		Uitvoeren Regionale Beleidsvisie Verslavingspreventie.	GGD HM en uitvoerende instellingen
3	Risico's gehoorschade	Organiseren van voorlichting aan bezoekers Utopia en jongeren in het algemeen.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
		Uitvoering geven aan onderzoeksvoorstel TNO (bij goedkeuring door AWP-j).	i.s.m. hoorstichting en/of GGD HM, TNO, JAR en bestuur Utopia.
		Mogelijkheden onderzoeken binnen ARBO-wetgeving, beleid en/of vergunningsvoorwaarden.	
4	Preventie overgewicht	Samenwerking zoeken met andere (zorg)partijen voor de ontwikkeling van een ketenaanpak overgewicht/ bewegen.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
		Zorgen dat kinderen met overgewicht (en hun ouders) worden meegenomen in het nieuwe beweegaanbod van de lokale sportverenigingen.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. collega welzijn
		Uitrol programma Gezond op School.	GGD HM
		Uitvoering Programmaplan Overgewicht 2011-2014 in overleg met gemeenten.	GGD HM
		Onderzoeken van de mogelijkheden voor diverse kook workshops zoals "Gezond Koken voor Weinig Geld"	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
5	Gezonde, beweeg-vriendelijke leefomgeving	In kaart brengen welke ruimtelijke ordening trajecten gepland staan voor de komende vier jaar om op die manier de GGD planmatig en in een vroeg stadium te betrekken.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. afdeling RO
6	Bewegings-stimulering	Motie "Stimulering sport en bewegen jeugd" uitvoeren	Beleidsmedewerker welzijn
		Aansluiting zoeken bij regionale aanpak G-sport Holland Rijnland	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. collega welzijn
7	Integraal werken	Scholen en CJG betrekken bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
		Heldere afspraken met de GGD maken over de activiteiten die in de gemeente worden uitgevoerd op basis van de regionale afspraken.	Idem
8	Burger-participatie	JAR betrekken bij het uitvoeringsprogramma.	Idem
		Gezin en omgeving betrekken bij het uitvoeringsprogramma, omdat zij een grote invloed hebben op het gedrag van jongeren. Juist ook via de ouders willen we jeugdigen een gezonde leefstijl bijbrengen.	Idem

5.2 Doelgroep: Gezinnen met een lage sociaaleconomische status (SES)

Wat is het probleem?

Er is een nauwe relatie tussen lage sociaaleconomische status en een laag gezondheidsniveau. De regionale cijfers¹⁸ bevestigen dat ook in onze regio mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) nog steeds een minder gunstige gezondheidssituatie hebben dan mensen met een hoge SES. Mensen met een lage SES hebben een kortere levensverwachting en zijn vaker ziek. Een deel van de gezondheidsverschillen kan verklaard worden door een hogere blootstelling aan gezondheidsrisico's zoals woon- en arbeidsomstandigheden, maar de verschillen zijn ook het gevolg van ongezonde leefgewoonten. Ook de etnische achtergrond houdt verband met de ervaren gezondheid. In de landelijke preventienota wordt ervan uitgegaan dat mensen zelf verantwoordelijk zijn voor een zo gezond mogelijk leven. Voor sommige mensen is dat makkelijker dan voor anderen. Economische, maar ook omgevingsfactoren kunnen daarop invloed hebben.

Wat willen we bereiken?

We willen de gezondheidsverschillen tussen mensen met een lage SES en onze andere inwoners terugdringen. Door extra aandacht voor het stimuleren van sport bij gezinnen met een lage SES en veel risicofactoren op uitsluiting, willen we stimuleren dat de leefstijl van deze gezinnen verbetert en gezondheidsachterstanden verminderen.

Wat gaan we doen?

	Speerpunt	Activiteit	Verantwoordelijke
1	Publiek/ private samenwerking	Meeliften met de regionale verkenning van de mogelijkheden tot intensivering van de samenwerking met zorgverzekeraars.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. GGD HM
		Meeliften met het regionale onderzoek hoe de CZM als instrument kan dienen om Wpg, WMO, AWBZ en Zvw met elkaar te verbinden en hiermee de gezondheid van en zorg voor minima en eventuele andere kwetsbare doelgroepen (WMO/geïndiceerden, ouderen, chronisch zieken) te verbeteren.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. collega's WMO en sociale zaken
2	Gezond bewegen in de buurt	Onderzoeken in hoeverre kwetsbare jongeren kunnen worden meegenomen in het nieuwe beweegaanbod van de lokale sportverenigingen.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. collega welzijn
		Stimuleren dat sportverenigingen (een deel van) hun nieuwe beweegaanbod opzetten in samenwerking met de eerstelijnsgezondheidszorg (diëtisten, fysiotherapeuten en huisartsen).	Idem
		Onderzoeken van de mogelijkheden voor een sportpas voor kinderen uit gezinnen met een lage SES (gezinnen met een uitkering, in de schuldhulpverlening of nieuwkomers) .	Idem i.s.m. collega's welzijn, WMO en sociale zaken
3	Integraal werken	CJG-partners betrekken bij gezond bewegen in de buurt omdat zij in een vroeg stadium risico's en problemen signaleren en ondersteuning bieden aan gezinnen met psychosociale, financiële en gezondheidsproblemen.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid
		Betrekken eerstelijns sport- en zorgaanbieders, sportverenigingen en scholen bij gezond bewegen in de buurt.	Idem i.s.m. collega welzijn
		Ontwikkelen van een integrale 3D-proof aanpak rondom onze hoogwaardige intake die het Wmo-, Wwb- en het lokale gezondheidsbeleid met elkaar verbindt.	Beleidsmedewerker jeugd/onderwijs/ volksgezondheid i.s.m. collega's WMO en sociale zaken

¹⁸ Bron: rVTV 2010

4 Burgerparticipatie	Cliënten betrekken bij het uitvoeringsprogramma.	Collega's WMO en sociale zaken
-----------------------------	--	--------------------------------

5.3 Doelgroep: (Kwetsbare) ouderen

Wat is het probleem?

In de regio Hollands Midden zijn inactieven (mensen die onvoldoende sporten of bewegen) vooral te vinden onder 65-plussers met alleen lager onderwijs, alleenstaande ouderen en niet-westerse allochtonen¹⁹. De belangrijkste reden is dat zij zich lichamelijk belemmerd voelen door een aandoening, ziekte of handicap. Ook al denken ouderen zelf dat ze niet meer kunnen trainen, gymmen of bewegen, de werkelijkheid is vaak anders. Ook in een rolstoel kun je bewegen. Ouderen kunnen veel meer dan ze denken, ook al zie je niet goed meer of heb je andere mankementen²⁰. Eenzaamheid komt het meest voor onder ouderen boven de 75 jaar (in Zuid-Holland Noord is 46% van de 75-plussers matig tot ernstig eenzaam).

Wat willen we bereiken?

We willen dat ouderen door actief te blijven zo lang mogelijk gezond zijn, zelfstandig in hun eigen woonomgeving kunnen blijven wonen en deelnemen aan de samenleving. We willen voorkomen dat ouderen zich eenzaam gaan voelen. Preventieve activiteiten voor ouderen kunnen nog veel goeds opleveren: voor de ouderen zelf en voor de samenleving. Centraal hierbij staat het bevorderen van functioneren (in plaats van bestrijding van ziekte) en uitgaan van mogelijkheden die ouderen zelf ook in hun leven kunnen en willen inpassen. Gemeenten zijn vanuit de kanteling van de Wmo al betrokken bij het bevorderen van participatie en zelfredzaamheid van ouderen. Mantelzorgondersteuning en eenzaamheidsbestrijding en depressiepreventie zijn hierbij belangrijk.

Wat gaan we doen?

De doelgroep kwetsbare ouderen zal vanuit het WMO- en ouderenbeleid opgepakt worden, via de nieuwe Seniorennota (2013/2014) en de nieuwe WMO-kadernota 2013-2016. Voorjaar 2013 hebben wij besloten de adviesfunctie op het gebied van het seniorenbeleid toe te voegen aan de Wmo-adviesraad tot een gecombineerde Wmo-Senioren adviesraad (Wmo-SAR). Hiertoe is een Wmo-SAR reglement vastgesteld.

	Speerpunt	Activiteit	Verantwoordelijke
1	Bewegingsstimulering	Continueren huidige beweegactiviteiten voor ouderen.	Beleidsmedewerker welzijn
2	Zelfredzaamheid	Stimuleren zelfredzame ouderen hun minder zelfredzame buurtgenoten te ondersteunen.	Idem
		Organiseren scootmobielcursus.	Idem
3	Integraal werken	Verbinding zoeken met de activiteiten die in het kader van de Wmo worden uitgevoerd.	Idem
4	Burgerparticipatie	Wmo-SAR betrekken bij het uitvoeringsprogramma.	Idem

Op regionaal niveau kan rondom dit onderwerp worden aangesloten bij activiteiten die al worden uitgevoerd door het Geriatriesch Netwerk en de Stuurgroep Wonen, Welzijn, Zorg, de Academische Werkplaats Ouderenzorg etc. De GGD en gemeenten zijn vertegenwoordigd in de Regionale Commissie Gezondheidszorg. De Regionale Commissie wil naar verwachting leefstijl en gezondheidsbevordering de komende jaren prominent op haar agenda zetten. Het regionale samenwerkingsverband Depressiepreventie Zuid-Holland Noord zet haar activiteiten voort. Hierover vindt verder afstemming plaats tussen gemeenten en GGD via een overlegstructuur die in het kader van de regionale nota volksgezondheid opgericht zal worden.

¹⁹ Factsheets GGD HM: ouderen 2009: bewegen, voeding en overgewicht

²⁰ Intreerede Luc van Loon, Universiteit Maastricht, Gezond ouder worden is topsport, november 2011

5.4 Financiën

Binnen het programma volksgezondheid is voor de komende jaren een bedrag van € 5.000 per jaar in de begroting opgenomen voor de uitvoering van de lokale nota gezondheidsbeleid. Deze gelden zijn niet bedoeld voor structurele bijdragen, maar voor het aanjagen of stimuleren van projecten of voorzieningen. Gezien de overlap met de taken van de GGD (jeugdgezondheidszorg, gezondheidsbevordering) en de centrale rol van het CJG kan echter ook een beroep gedaan worden op de in de begroting opgenomen JGZ-, CJG- en preventiegelden. Zo kan door effectief de beschikbare middelen te bundelen zelfs in deze economisch moeilijke tijden meer bereikt worden zonder er extra geld voor uit te trekken.

