

Actualisatie van de regionale nota
gezondheidsbeleid Oosterschelderegio,
2013 - 2016

Iedereen in beweging



Inhoudsopgave

Inleiding	3
1 Wettelijke en landelijke kaders	5
1.1 Wet Publieke Gezondheid (Wpg)	5
1.2 De landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid dichtbij	5
1.3 Overig landelijk beleid	6
1.4 Samenvatting.....	7
2 Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen.....	8
2.1 Inleiding	8
2.2 Belang van samenwerking.....	8
2.3 Zorgkloof.....	8
2.4 Decentralisaties	8
2.5 Scheiden van wonen en zorg.....	8
2.6 Bezuinigingen huishoudelijke hulp (HH)	9
2.7 Herijking Maatschappelijke Opvang.....	9
2.8 Zorg in de buurt / wijkaanpak	9
2.9 Integrale samenwerking.....	9
2.10 Overige ontwikkelingen.....	10
2.11 Samenvatting / adviezen	10
3 Het gemeentelijk gezondheidsbeleid	11
3.1 De gemeentelijke taak rondom gezondheidsbeleid.....	11
3.2 Wat gebeurt er al op het gebied van gezondheid?	11
3.3 Hoe gezond zijn de Zeeuwen?.....	12
3.4 Regionaal beleid, lokale accenten	12
3.5 Van beleid naar uitvoering	13
3.6 Uitgangspunten van ons gezondheidsbeleid	13
3.7 Samenvatting.....	14
4 De speerpunten/ambities van het gezondheidsbeleid	15
4.1 De regionale speerpunten en projecten/activiteiten.....	15
4.2 Afstemming met de landelijke speerpunten.....	15
4.3 Preventie genotmiddelen.....	16
Algemene visie.....	17
Aandachtspunten voor de komende beleidsperiode.....	17

4.4	Gezond gewicht.....	17
	De doelstellingen.....	18
4.5	Psychische en psychosociale problematiek.....	19
	De doelstellingen.....	20
5	Financieel kader en evaluatie.....	21
5.1	Financieel kader	21
5.2	Evaluatie	22
6	Bijlage	23
6.1	Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen.....	23
	Belang van samenwerking.....	23
	Zorgkloof.....	24
	Decentralisaties	25
	Zorg in de buurt/ wijkaanpak	25
6.2	Het gemeentelijk gezondheidsbeleid.....	26
	Vergrijzing, ziekte en overgewicht	26
	Alcoholgebruik en roken blijvend ontmoedigen.....	27
	Extra aandacht voor meer risicogedragingen bij de jeugd tegelijk.....	28
	Psychische en psychosociale problematiek.....	28
	Gezondheidsindicatoren bewoners Oosterschelde regio	28
6.3	De speerpunten/ambities van het gezondheidsbeleid	30
	Woon(her)kansen (WHK)	30
	Pilots Afgestemde aanpak preventie jeugd Oosterschelderegio	30
	Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).....	31
	Dementie	31
6.4	Verwijzingen naar digitale documenten op internet	32

Inleiding

Gemeenten hebben de wettelijke taak (Wet publieke gezondheid) om de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen. Daarvoor moeten gemeenten iedere vier jaar een lokale gezondheidsnota opstellen waarin staat wat we doen om onze inwoners gezond te houden. In de Oosterschelderegio is gekozen om een regionale gezondheidsnota op te stellen, waaraan de gemeenten een lokale paragraaf toevoegen. Dat om de vier jaar een nieuwe nota moet worden opgesteld, betekent niet dat er iedere vier jaar nieuw beleid geformuleerd moet worden. De voor u liggende nota is daarom een actualisatie van de regionale nota *Gezond en wel in de Oosterschelderegio* (regionale nota gezondheidsbeleid Oosterschelderegio 2009-2012).

Mensen zijn in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. Gemeenten kunnen echter wel stimuleren dat burgers een gezonde keuze maken en daarmee burgers ondersteunen om gezond en actief oud te worden. Gemeenten hebben ook belang bij gezonde burgers. Gezonde mensen voelen zich beter, zijn minder vaak ziek en werken vaker en langer. Gezonde burgers kunnen dus beter meedoen in de maatschappij. Ook bepaalt gezondheid in belangrijke mate de kwaliteit van leven en draagt een goede gezondheid bij aan de zelfredzaamheid van burgers. Gezondheidswinst levert op deze manier een positieve bijdrage voor de burger en de maatschappij.

Gemeentelijk gezondheidsbeleid is preventief beleid. Met preventie is nog een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken. Dit kan vooral via het bevorderen van gezond gedrag en meer aandacht te hebben voor de fysieke en sociale omgeving. De laatste jaren verschuift de focus van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag naar mens en maatschappij. Voor een nadere uitleg en visie over wat gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid inhoudt, verwijzen we naar de nota *Gezond en wel in de Oosterschelderegio* (hoofdstuk 2) omdat de visie hierover nauwelijks veranderd is.

De speerpunten van het gezondheidsbeleid zijn nauwelijks gewijzigd. De rijksoverheid gaat in de landelijke gezondheidsnota 2011 uit van het behoud van de vijf speerpunten uit de vorige nota: diabetes, overgewicht, bewegen, genotmiddelen en depressie. De nadruk ligt op bewegen (sport en bewegen in de buurt) omdat dit voor veel van de speerpunten een factor van belang is.

Wat wel veranderd is in de afgelopen vier jaar is de *visie*: een andere manier van denken over ziekte, gezondheid en zorg. Van mensen met een beperking wordt verwacht eerst te zoeken naar hulp in hun eigen familie en netwerk (Kanteling Wmo). Ook op het gebied van gezondheid verwachten wij van alle mensen dat zij zelf meer regie en verantwoordelijkheid nemen als het gaat om gezond blijven, gezonder leven en beter worden. Alleen wanneer het echt nodig is kan er beroep worden gedaan op professionele zorg. Van zorgaanbieders en de overheid wordt verwacht dat zij hier op aan sluiten. *Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waarin de keuze makkelijk is*¹. En aan die omgeving kunnen gemeenten, in samenwerking met (private) partners, een bijdrage leveren.

En met de oprichting van de CJG's heeft de gemeente een andere rol in de hulpverlening en zorgcoördinatie rondom Jeugd en Gezin gekregen. Daarnaast zullen de drie grote transities (AWBZ-begeleiding en verzorging, jeugdzorg en participatiewet) van betekenis zijn op de rol van gemeenten in preventiebeleid.

¹ Uit de landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*, 2011.

Bij gemeentelijk gezondheidsbeleid gaat het niet alleen om rechtstreekse inspanningen om een goede gezondheid te bevorderen (zoals bijvoorbeeld voorlichting over alcohol en roken), maar ook om de randvoorwaarden die een gemeente creëert voor bewoners, zodat gezond leven zo makkelijk mogelijk gemaakt wordt. Hierbij kan gedacht worden aan veilige fietspaden of een armoedebeleid met aandacht voor gezondheid. Er zijn steeds meer en duidelijkere verbanden tussen gezondheidsbeleid en Wmo-beleid, jeugdbeleid, sportbeleid, ouderenbeleid, ruimtelijke ordening en veiligheid. Op al deze beleidsterreinen wordt steeds meer rekening gehouden met gezondheidsaspecten. Hierbij dienen de speerpunten van de gezondheidsnota als sturingsmiddel, als kapstok.

Net zoals bewoners keuzes maken, maken ook wij als gemeenten keuzes. Ook gedwongen, omdat er beperkte middelen voor handen zijn. Dat betekent dat prioriteiten gesteld moeten worden. Een van die keuzes is de keuze voor doelgroepen. In de komende beleidsperiode blijven we ons richten op de doelgroepen die ook in de vorige nota zijn benoemd: lage SES², jongeren³ en ouderen. De economische crisis zal de komende jaren doorwerken. Dit kan betekenen dat gezondheidsverschillen verder toenemen. Het is dus van belang het gezondheidsbeleid te richten op kwetsbare groepen en daarbij nadrukkelijk de verbinding tussen welzijn, participatie en preventie te leggen.

Samenvatting / adviezen

De hiervoor genoemde informatie is samengevat in de volgende adviezen:

- **Voortzetting van het huidige beleid.** De aanpak van gezondheidsthema's vergt een lange adem. Daarbij richten op de doelgroepen lage SES, jongeren en ouderen.
- **Meer gezonde mensen betekent meer participatie.** Gezonde burgers kunnen beter meedoen in de maatschappij. Een goede gezondheid draagt bij aan de zelfredzaamheid van burgers.
- **Uitgaan van de kracht en eigen verantwoordelijkheid van de burger.** Het gemeentelijk beleid richt zich op het bevorderen van gezond gedrag en heeft aandacht voor de fysieke en sociale omgeving (randvoorwaarden).
- **De wereld is in beweging.** Bij gemeenten is er steeds meer sprake van integraal beleid en een maatschappelijke omslag.

² SES staat voor sociaal economische status. Uit onderzoek blijkt dat mensen met een lage opleiding vaker en langer te maken hebben met ziektes en gemiddeld zeven jaar korter leven dan hoger opgeleiden. Door mensen met gezondheidsachterstanden extra aandacht te geven, kunnen zo gezondheidsverschillen teruggedrongen worden. Bij mensen met een grote gezondheidsachterstand kan ook meer gezondheidswinst behaald worden.

³ Kinderen moeten gezond en veilig kunnen opgroeien, zich ontwikkelen en meedoen. Bij de jeugd zijn ouders, scholen en sportverenigingen belangrijke intermediaire doelgroepen. Dat betekent dat via deze groepen de jeugd het best bereikt wordt. Daarbij dient gebruik gemaakt te worden van bestaande structuren als het onderwijs en CJG's.

1 Wettelijke en landelijke kaders

1.1 Wet Publieke Gezondheid (Wpg)

Openbare gezondheidszorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van rijk en gemeenten. De wettelijke taak van gemeenten om de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen is opgenomen in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Gemeenten zorgen ervoor dat de basistaken worden uitgevoerd, bijvoorbeeld op het vlak van infectieziekten en jeugdgezondheidszorg. Daarnaast stelt de Wpg dat elke gemeente iedere vier jaar een lokale gezondheidsnota opstelt waarin staat wat ze doen om hun inwoners gezond te houden en hoe ze dat uitvoeren. In het lokaal gezondheidsbeleid dienen de landelijke prioriteiten uit de landelijke nota gezondheidsbeleid in acht worden genomen.

Verder is de relatie Wpg en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) belangrijk. Openbare Geestelijke Gezondheidszorg komt in de Wpg niet meer voor, maar is een prestatieveld in de Wmo. En een aantal jeugdgezondheidszorgtaken vinden we nu in beide wetten.

1.2 De landelijke nota gezondheidsbeleid: Gezondheid dichtbij

Eind mei 2011 verscheen de landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*. De minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) beschrijft dat de nota dient als inspiratiebron om samen, vanuit ieders verantwoordelijkheid, te blijven investeren in het behouden en verbeteren van de volksgezondheid. Een belangrijke rode draad in de landelijke nota is dat gezondheid de eigen verantwoordelijkheid is van burgers. Mensen maken hun eigen keuzes, de overheid zorgt voor voldoende informatie en bevordert het maken van gezonde keuzes. Bijvoorbeeld door beschikbaarheid en aanbod van gezonde producten te verbeteren, door een gezonde omgeving en gezonde werkplek te stimuleren. Publiek private samenwerking (samenwerking tussen overheid en marktpartijen) ziet het kabinet als kansrijk middel hiervoor. Daarnaast zou iedereen over voldoende basisvaardigheden moeten beschikken, ook over gezondheidsvaardigheden. De gezondheid zou dichterbij georganiseerd moeten worden, herkenbaar en toegankelijk in de buurt.

Het Rijk zet de speerpunten uit de vorige nota voort. Deze speerpunten zijn: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Daarnaast zet het Rijk in op bewegen als verbindende factor. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid.

Ouderen zijn een belangrijke doelgroep. Gemeenten spelen een belangrijke rol als het gaat om de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Deze verantwoordelijkheid ligt ook verankerd in de Wpg (artikel 5a). Als gemeenten kunnen wij sectoren als wonen, welzijn, vervoer en (preventieve) zorg in onze aanpak verbinden. Belangrijke thema's bij ouderen zijn eenzaamheid, sociale steun, mantelzorg en bewegen.

Het landelijk leefstijlbeleid wordt teruggebracht en richt zich sterk op de jeugd. De jeugd heeft de toekomst en investeren in hen loont. Het gaat dan om het bevorderen van een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's, inzet op weerbaarheid om verleidingen uit het dagelijks leven te weerstaan, het stellen van grenzen en bewust stimuleren van een gezonde basis. Ouders hebben een voorbeeldfunctie.

Bij het aanleren van een gezonde leefstijl richt het kabinet extra aandacht op gezond gewicht, riskant en problematisch middelengebruik en seksuele gezondheid. Thema's worden zoveel mogelijk in samenhang ingezet. Het Rijk stimuleert een gezonde schoolomgeving zoals een rookvrij schoolplein en een gezond binnenmilieu.

Als gemeente zijn wij de bestuurslaag die het dichtst bij de burger staat, die het beste kan inspelen op de leefwereld van de burgers en rekening kan houden met lokale omstandigheden. Het kabinet gaat ervan uit dat gemeenten:

- Inzetten op spelen, bewegen en sporten;
- Jeugd benoemen als belangrijke doelgroep voor het lokaal gezondheidsbeleid;
- Publiek private samenwerking op lokaal niveau stimuleren;
- Verbindingen leggen tussen verschillende beleidsterreinen en gezondheid;
- Een bijdrage leveren aan gezondheid in de buurt door:
 - Inzicht te verkrijgen in de lokale gezondheidsproblematiek;
 - In de woonvisies rekening te houden met voorzieningen op het gebied van zorg en bewegen in de buurt;
 - Afspraken te maken met verzekeraars en zorgverleners: zowel over het vormgeven van voorzieningen en netwerken dicht in de buurt als over afstemming van taken op het gebied van preventie.

Het Rijk geeft aan dat gemeenten vanuit het beleidsterrein participatie de mogelijkheid hebben om problemen integraal aan te pakken. Zo zijn betere verbindingen mogelijk tussen de eerstelijnszorg en het Wmo-loket en andere gemeentelijke (gezondheids)taken.

1.3 Overig landelijk beleid

Naast de Wet publieke gezondheid en de landelijke gezondheidsnota noemen wij nog enkele relevante landelijke beleidsontwikkelingen:

- Vanuit het Rijk wordt steeds meer nadruk gelegd op zorg en ondersteuning in de buurt, om zo de tendens van toenemende medicalisering om te buigen. Dit blijkt onder meer uit de brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer⁴. Aangegeven wordt dat er een verschuiving moet optreden. Een verschuiving van curatie naar preventie, van professionele naar zelf-/mantelzorg, van specialistische / intramurale zorg naar eenvoudige / extramurale zorg. Dit vereist een andere organisatie van het sociale domein.
Kernwoorden zijn: sterk preventiebeleid, decentralisatie, versterking tussen publieke gezondheid en eerstelijnszorg en meer samenwerking en samenhang tussen zorg- en hulpvormen. Het kabinet zal een stevige impuls geven aan de versterking van zorg en ondersteuning in de buurt. Daarbij wordt onder meer benoemd dat het belangrijk is dat de juiste zorgverlener op de juiste plaats de juiste zorg levert en dat een veilige en gezonde leefomgeving een belangrijke basis vormt voor preventie. Daarbij wordt overgegaan van algemene campagnes naar informatie in de buurt (CJG's, Wmo-loket etc.). Het doel is dat burgers zich op eenvoudige wijze op de hoogte stellen over hulp en zorg in de eigen, directe omgeving.
- Vanuit het ministerie van VWS is ook onderzoek gedaan naar onder meer de bekostiging van huisartsenzorg en integrale zorg⁵. Gezien de demissionaire status van het kabinet is toen geen standpunt ingenomen over dit rapport, maar de verwachting is dat dit onderwerp zeker terugkomt op de landelijke agenda.
- In 2011 is een harmoniseringstraject ingezet om ervoor te zorgen dat de gegevens van GGD'en met elkaar vergelijkbaar zijn. De GGD'en onderzoeken eens in de vier jaar in opdracht van de gemeenten hoe het ervoor staat met de gezondheid en het welzijn van inwoners. Vanaf september 2012 wordt dit onderzoek voor het eerst landelijk en gelijktijdig uitgevoerd. Ongeveer 700.000 personen in Nederland van 19 jaar en ouder hebben een vragenlijst van hun GGD over hun gezondheid ontvangen.

⁴ VWS-brief Zorg en ondersteuning in de buurt, 14 oktober 2011.

⁵ VWS-brief Aanbieding rapporten bekostiging huisartsenzorg en integrale zorg, 26 juni 2012.

Uitgaande van het Rijksbeleid worden steeds meer participatievoorzieningen naar gemeenten overgeheveld: de decentralisaties⁶ in het sociale domein. Op deze wijze kunnen gemeenten problemen integraler aanpakken en ook het aspect gezondheid hierin verweven.

1.4 Samenvatting

De wettelijke kaders voor het gezondheidsbeleid zijn terug te vinden in de Wpg en de Wmo. De gezondheidsnota is een uitvloeisel van de Wpg. Het Rijk heeft in 2011 de nota *Gezondheid Dichtbij* uitgebracht. De landelijke nota richt zich nu niet meer specifiek op speerpunten, maar met name op bewegen en wijkaanpak. In de nota heeft het Rijk haar visie beschreven, waarbij richtlijnen voor gemeentelijk beleid worden gegeven. Een belangrijke rode draad daarbij is dat gezondheid de eigen verantwoordelijkheid van burgers is. De landelijke tendens (in het gezondheidsbeleid) is om steeds meer in te zetten op zorg en ondersteuning in de buurt (buurtgericht werken).

⁶ De decentralisaties worden nader omschreven in het hoofdstuk demografische en maatschappelijke ontwikkelingen.

2 Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan ontwikkelingen beschreven die van invloed (kunnen) zijn op het gezondheidsbeleid. Het is van belang om deze ontwikkelingen te volgen omdat ze kunnen leiden tot andere (financiële) verantwoordelijkheden en taken voor gemeenten die ook voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid gevolgen kunnen hebben. De ontwikkelingen worden kort beschreven. Enkele ontwikkelingen zijn meer uitgebreid beschreven in de bijlage.

2.2 Belang van samenwerking

Het beroep op de gezondheidszorg stijgt. Daarom wordt gepleit voor een grotere samenhang tussen preventie, ondersteuning in de eigen omgeving, informele zorg, de curatieve zorg en zeer specialistische zorg. Gemeenten en de eerstelijns gezondheidswerkers komen elkaar in een wijkgerichte aanpak tegen, maar samenwerking is nog niet vanzelfsprekend. Er moet de komende jaren worden ingezet op versterking van de 0^e en 1^e lijn. Samenwerken tussen de verschillende partijen maakt gezondheidsbeleid sterker en completer. Lees meer over [samenwerking](#) in de bijlage.

2.3 Zorgkloof

Uit de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2012 *Op uw gezondheid!* blijkt dat er een zorgkloof dreigt te ontstaan door een toenemende zorgvraag en een dalende beroepsbevolking in de zorg. Het zorgstelsel zal daar kwantitatief en kwalitatief een antwoord op moeten vinden. Maar ook van de burgers en de samenleving als geheel zal worden gevraagd op een andere manier met gezondheid en ziekte om te gaan. Daarvoor is een regionale visie noodzakelijk, want er is geen partij die dit alleen kan oplossen. Lees meer over de [zorgkloof](#) in de bijlage.

2.4 Decentralisaties

Grote reorganisaties in het sociaal maatschappelijk domein staan op stapel door de decentralisaties van delen van de AWBZ, de Participatiewet, de jeugdzorg en het passend onderwijs. Niet alleen komen er nieuwe complexe en verantwoordelijke taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Het is de uitdaging om de aanwezige zorginfrastructuur anders en beter te benutten (doelmatig en zorgvuldig). Gemeenten moeten dus meer gaan doen met minder geld en zullen daarvoor meer de eigen kracht van burgers aan gaan spreken. Lees meer over de [decentralisaties](#) in de bijlage.

2.5 Scheiden van wonen en zorg

Het kabinet heeft ervoor gekozen om vanaf 2014 wonen en zorg te gaan scheiden. De overgang naar scheiden van wonen en zorg wordt gefaseerd ingevoerd. Met het scheiden van wonen en zorg blijven mensen met een lichte zorgvraag langer zelfstandig thuis wonen en ontvangen de cliënten de benodigde zorg in hun eigen huis. De maatregel leidt tot meer zorg in de omgeving en waardoor dure zorg in een instelling (waar mogelijk) wordt vermeden. Bewoners krijgen meer keuzevrijheid en zorginstellingen kunnen meer rekening houden met de woonwensen van cliënten.

2.6 Bezuinigingen huishoudelijke hulp (HH)

Het gemeentelijk budget voor de huishoudelijke hulp (HH) in de Wmo wordt vanaf 1 januari 2015 met 75% gekort. In 2014 geldt deze maatregel voor nieuwe cliënten en wordt het Wmo budget op voorhand met het oog op de beperkte instroom gekort. Vanaf 2015 geldt de nieuwe maatregel voor alle burgers. Het kabinet veronderstelt dat de besparing gevonden kan worden door de HH te richten op "hen die het echt nodig hebben en het niet uit eigen middelen kunnen betalen".⁷ De maatregel heeft grote gevolgen voor burgers met een beperking.

Uit cijfers van gemeenten blijkt inmiddels dat 70-80% van de HH-cliënten in de laagste inkomenscategorie zit. Er zijn dus aanvullende criteria nodig om de toegang tot de huishoudelijke hulp te beperken tot 25% van het huidige cliëntenbestand.

2.7 Herijking Maatschappelijke Opvang

De Maatschappelijke Opvang is in Zeeland een verantwoordelijkheid van alle gemeenten. Daarom hebben de gemeenten hun beleid neergelegd in het Zeeuws Kompas. De Zeeuwse gemeenten hebben daarin ook het beleid neergelegd voor de verslavingszorg, vrouwenopvang, zwerfjongeren en de aanpak van huiselijk geweld. Preventieactiviteiten maken hier ook onderdeel van uit.

Vanaf 2013 worden de gemeenten in Zeeland geconfronteerd met een forse vermindering van de decentralisatie-uitkering Maatschappelijke Opvang waardoor er minder middelen beschikbaar zijn. Dit heeft geleid tot een forse bezuiniging op de beschikbare middelen, ook voor verslavingspreventie. Dit heeft consequenties voor het financiële kader van het regionale gezondheidsbeleid (waarin preventie genotmiddelen een van de speerpunten is). Welke keuzes de gemeenten gaan maken ten aanzien van verslavingspreventie wordt regionaal uitgewerkt.

2.8 Zorg in de buurt / wijkaanpak

Het wordt steeds belangrijker om zorg dichtbij mensen te organiseren in een wijkgerichte aanpak. Dit betekent dat gemeenten en de 1^e lijn steeds meer zullen samenwerken. Ontschotting van middelen is nodig om deze samenwerking te versoepelen. Voor het versterken van de wijkgerichte aanpak zijn thema's als E-health, wijkverpleegkundigen en versterking van de 0^e lijn en 1^e lijn relevant. Lees meer over [zorg in de buurt](#) in de bijlage.

2.9 Integrale samenwerking

Vanuit preventie, zorg en welzijn wordt geïnvesteerd in het verbeteren van de volksgezondheid. Maar de huidige inzichten vragen ook om actieve betrokkenheid van andere sectoren op dit terrein. Veel van de factoren die bijdragen aan een gunstig leefklimaat zijn namelijk niet direct vanuit gezondheidsbeleid te beïnvloeden, ze vereisen maatregelen op andere beleidsterreinen zoals onderwijs, sport, ruimtelijke ordening, sociale zaken of milieu. Andersom kan gezondheid een bijdrage leveren aan de doelstellingen van andere beleidssectoren: gezonde kinderen kunnen beter leren, gezonde burgers kunnen eerder dan ongezonde mensen aan het werk of op andere fronten deelnemen aan het maatschappelijke leven. Dit vraagt om beleid dat erop gericht is om gezondheid of determinanten hiervan in samenhang te beïnvloeden. Dit integrale beleid richt zich niet alleen op het

⁷ Dit blijkt uit het Regeerakkoord "Bruggen Slaan", zoals dat op 31 oktober 2012 is gepubliceerd.

individu, maar ook op zijn of haar omgeving. In de *Handreiking Gezonde Gemeente* staan aanbevelingen voor integraal beleid en is een overzicht te vinden van geschikte interventies.

Integrale samenwerking betekent onder meer een gezamenlijke beleidsagenda op grote lijnen, waarbij er een inhoudelijke samenhang en afstemming is. Dit vraagt ook om een andere aanpak/ andere rol van de ambtenaar. De ambtenaar zal steeds meer de rol van regisseur en van facilitator in moeten nemen.

2.10 Overige ontwikkelingen

Naast de hierboven genoemde ontwikkelingen stippen we nog de volgende zaken aan:

- **GGD Zeeland:** door diverse financiële ontwikkelingen, zoals stijgende prijzen (als gevolg van cao-ontwikkelingen) in combinatie met een VZG-richtlijn die verdere bezuinigingen vraagt, staat de uitvoering van de wettelijke en publieke taak van de GGD onder druk. Daarnaast moet de relatie publieke gezondheid en het sociale domein de komende periode verder worden uitgewerkt.
- **Welzijn Nieuwe Stijl:** Bij Welzijn Nieuwe Stijl wordt fundamenteel nagedacht over de veranderende rol van Welzijn. In essentie gaat het daarbij om de kanteling van zorgen over burgers naar het versterken van de eigen kracht en zelfregulerend vermogen van burgers en hun sociale omgeving. Ook bij het gezondheidsbeleid zoeken we naar manieren waarop burgers hun eigen kracht kunnen versterken.

2.11 Samenvatting / adviezen

De hiervoor genoemde informatie is samengevat in de volgende adviezen:

- **Investeer in samenwerking.** Met name de samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg en de zorgverzekeraar is nodig om toekomstige knelpunten in de gezondheidszorg op te lossen. Samenwerking bestaat in eerste instantie uit het uitwisselen van kennis, maar biedt aangrijpingspunten voor verbetering van de kwaliteit van zorg en betere afstemming in de zorgketen.
- **Breng meer samenhang tussen preventie en curatie.** Ontwikkel een nieuwe visie op de maatschappelijke agenda in een regionale of Zeeuwse beleidsagenda over (gezondheids)zorg.
- **Investeer op buurtgericht werken/ wijkaanpak.**
- **Werk vanuit verschillende beleidsterreinen samen aan gezondheidsaspecten.**

3 Het gemeentelijk gezondheidsbeleid

3.1 De gemeentelijke taak rondom gezondheidsbeleid

In de Wet publieke gezondheid (Wpg) zijn de taken van de gemeente rondom gezondheidsbeleid opgenomen, te weten:

- Jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5).
- Oudergezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a).
- Infectieziektebestrijding (artikel 6).
- In stand houden van een GGD (artikel 14).
- Het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen (artikel 2c).
- Algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder meer:
 - De afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg.
 - Epidemiologie, gezondheidsbevordering (preventieprogramma's en voorlichting).
 - Medische milieukunde.

De taken infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg zijn vrij precies omschreven in de wet- en regelgeving. De Wpg vraagt ook niet om een uitgebreide beschrijving van de reguliere uitvoeringstaken die in het takenpakket van GGD Zeeland zijn geborgd. Wel willen we benadrukken dat deze activiteiten de basis vormen voor het gezondheidsbeleid. Zonder het fundament dat gelegd is op het gebied van gezondheidsbevordering, -bescherming en -bewaking kan niet verder gebouwd worden. Voorbeelden van het reguliere beleid zijn het stimuleren van een gezonde leefstijl door integrale programma's, het opsporen en behandelen van infectieziekten (vaccinatieprogramma's en soa-poli), het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van de jeugd door de jeugdgezondheidszorg en het bewaken en bevorderen van een gezonde leefomgeving met aandacht voor luchtkwaliteit, groen en geluid. Sinds 2009 hebben gemeenten ook de taak prenatale voorlichting te geven aan aanstaande ouders (dit wordt via de CJG's opgepakt).

De grootste beleidsvrijheid hebben gemeenten bij de algemene bevorderingstaken. Het Rijk stelt enkele kaders voor deze taken (zoals het in acht nemen van de landelijk prioriteiten), maar gemeenten hebben bij de invulling veel ruimte voor eigen keuzes. Deze keuzes worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze nota wordt vastgesteld door de gemeenteraad.

3.2 Wat gebeurt er al op het gebied van gezondheid?

De afgelopen vier jaar is hard gewerkt aan de speerpunten uit de vorige nota. Om verantwoording af te leggen en iedereen op de hoogte te houden van vorderingen, is een evaluatie opgesteld: *Regionaal gezondheidsbeleid: evaluatie en actualiseren speerpunten*.

Uit de evaluatie blijkt dat op basis van de speerpunten in de gezondheidsnota (nieuwe) activiteiten hebben plaatsgevonden, vooral binnen het thema Alcohol & Jeugd. Daarnaast maakt het aspect gezondheid steeds vaker deel uit van beleid van andere sectoren dan de sector Volksgezondheid, er is sprake van integraal gezondheidsbeleid. Hierdoor is gezondheid meer dan voorheen een thema dat door meerdere beleidsvelden wordt ondersteund. Het benoemen van speerpunten heeft hierbij een meerwaarde.

3.3 Hoe gezond zijn de Zeeuwen?

In de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2012 *Op uw gezondheid!* staan gegevens uit de monitors van de GGD en tal van andere bronnen. Deze informatie is gebundeld en in samenhang gepresenteerd. Daarnaast staan alle cijfers van het gezondheidsprofiel per gemeente op de [website van de GGD Zeeland](#) en de website www.regionaalkompas.nl. In de bijlage wordt een overzicht geschetst van [de belangrijkste gezondheidsindicatoren](#) voor de Oosterschelde regio. In de bijlage staat ook een overzicht van [regionale cijfers](#).

Een van de conclusies uit de rVTV is dat de meeste Zeeuwen gezond zijn en dat het belangrijk is dat ze dat zo lang mogelijk blijven. Er is veel gezondheidswinst te behalen met een betere leefstijl van de inwoners en door omgevingsfactoren te verbeteren. Dat vraagt inspanning, want de leefstijl en de omgeving van mensen beïnvloeden de gezondheid niet altijd positief. Om de Zeeuwen gezond te houden is effectief preventief beleid noodzakelijk. Daarbij is het verstandig om rekening te houden met de levensfase waarin mensen zitten. Want verandering in levensfase is vaak een voedingsbodem voor gedragsverandering.

Er zijn verschillen in gezondheid: gezondheid is ongelijk verdeeld. Sommige burgers lopen extra risico op ongezondheid. Dit kan komen doordat ze minder te besteden hebben, laag opgeleid zijn of geen werk hebben. Ouderen zijn vooral kwetsbaar als ze naast een slechte gezondheid bijvoorbeeld ook nog eens alleen wonen of weinig te besteden hebben. Het is belangrijk om oog te hebben voor de kwetsbaren in de samenleving. Voor burgers in een achterstandssituatie is het maken van een gezonde keuze vaak minder vanzelfsprekend. Doel van het gezondheidsbeleid is om de gezondheidsachterstanden in te lopen. Dat betekent dat er bij burgers met een grote gezondheidsachterstand meer gezondheidswinst behaald moet worden.

De kernboodschappen uit de rVTV zijn:

Omgeving bepaalt gezondheid:

- Focus op een veilig thuis voor iedereen
- Stimuleer sociale samenhang
- Zorg dat de fysieke omgeving uitnodigt tot gezond gedrag

Heb oog voor verschillen:

- Focus op een goede startkwalificatie voor iedereen. Ga schooluitval tegen!
- De meeste gezondheidswinst is te behalen bij lagere sociaaleconomische groepen
- Geef ook kwetsbaren een maatschappelijke rol

Zorg voor andere zorg:

- Leer de professional te ontzorgen: mensen zorgen voor zichzelf en voor elkaar
- Regie bij de burger, professional als tijdelijk ondersteuner, gemeente faciliteert
- Trek je terug waar mogelijk, ondersteun waar nodig

3.4 Regionaal beleid, lokale accenten

In de Oosterschelderegio werken we als zeven gemeenten samen aan het gezondheidsbeleid. Hoewel er verschillen zijn tussen gemeenten, gelden de meeste gezondheidsproblemen voor de gehele Oosterschelderegio en werken veel organisaties regionaal of provinciaal. Door een gezamenlijke aanpak (met lokale accenten) is een krachtigere benadering mogelijk dan wanneer elke gemeente dat afzonderlijk zou doen. Een voorbeeld zijn de gezamenlijke afspraken met regionaal werkende instellingen zoals Indigo over preventieve verslavingszorg en geestelijke gezondheid.

Het beleid stimuleert samenwerking tussen gemeenten, zodat we gezamenlijk met maatschappelijke partners gezondheidsproblemen kunnen aanpakken. Het uitgangspunt daarbij is de doorontwikkeling van de huidige regionale speerpunten en doelstellingen. Gemeenten kunnen lokaal accenten leggen. Oftewel, de gemeenten hebben keuzevrijheid in de manier waarop invulling wordt gegeven aan de regionale ambitie.

In de nota wordt vrijwel niet gekozen voor een regionale uitvoering. De preventieactiviteiten dienen zo goed mogelijk aan te sluiten bij de directe omgeving van de burgers. Ook kan gezondheidsbeleid het best integraal opgepakt worden met aanpalende beleidsterreinen zoals Wmo, sport, jeugd en welzijn. De uitvoering van deze beleidsterreinen vindt lokaal plaats, waardoor er verschillen zijn tussen de gemeenten. Een duidelijk voorbeeld zijn de verschillen in hoe welzijn en jongerenwerk binnen de gemeenten in de Oosterschelderegio zijn georganiseerd.

3.5 Van beleid naar uitvoering

De gezondheidsnota is een kaderstellende nota. Toch willen we in deze nota ook kort stil staan bij het punt van beleid naar uitvoering. De gemeente gaat over de beleidsdoelstellingen (het **wat**). De vertaalslag naar interventies (het **hoe**) wordt vooral door maatschappelijk partners verzorgd. Een volgende stap in de uitvoering van deze nota is dan ook om de mogelijkheden verder te concretiseren en te vertalen naar programma's of uitvoeringsplannen.

Enkele thema's worden regionaal opgepakt (bijvoorbeeld uitwerking speerpunt preventie genotmiddelen) en daarvoor worden programma's opgesteld of afspraken gemaakt. De meeste speerpunten worden uitgewerkt in lokale uitvoeringsplannen die tijdens de beleidsperiode worden opgesteld.

De landelijke nota gezondheidsbeleid geeft inzicht in lopende kennisprogramma's (ZonMw3, GBI's4, RIVM), beschikbare ondersteuningsstructuren en mogelijke aanpakken en instrumenten (PPS, intersectoraal gezondheidsbeleid, handreiking Gezonde Gemeente etc.). Dit geeft gemeenten handvatten voor de invulling van het lokaal gezondheidsbeleid.

Op regionaal niveau zal in de ambtelijke werkgroep zorg met enige regelmaat afstemming zijn over de uitvoering van de speerpunten en wordt ingespeeld op beleid, trends en ontwikkelingen in het gezondheidsbeleid.

3.6 Uitgangspunten van ons gezondheidsbeleid

Het doel van gezondheidsbeleid is het bevorderen en verbeteren van de volksgezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen groepen. Naast de uitvoering van de wettelijke taken op gebied van gezondheidsbescherming en ziektepreventie werken de gemeenten in de Oosterschelderegio aan gezondheidsbevordering vanuit de volgende uitgangspunten:

- Uitgaan van eigen kracht en verantwoordelijkheid van de burger;
- Gezondheid is de basis van participatie;
- Zoveel mogelijk gebruik maken van de bestaande structuren (zoals het CJG en het onderwijs);
- Verbindingen leggen met aanpalende beleidsterreinen (zoals welzijn en sport), oftewel insteken op een integrale aanpak;
- Nadruk op bewegen;
- Weerbaarheid bij de jeugd vergroten;

- Inzetten op doelgroepen, zoals lage SES. Het meest kansrijk daarbij is aan te sluiten op een wijkgerichte aanpak (welzijn, buurtzorg etc.) omdat de gezondheidsproblemen niet goed zijn op te lossen zonder oog te hebben voor de context. Het is aan de uitvoerende partijen om samen te werken en kennis te delen.
- De mogelijkheden van ontschotting van middelen onderzoeken (ketendienstverlening);
- Rekening houden met het financieel kader en de gevolgen van bezuinigingen. De realiteit is dat we zuinig moeten omgaan met financiële middelen en personele capaciteit.

3.7 Samenvatting

De gemeentelijke taken voor infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg zijn vrij precies omschreven in wet- en regelgeving. Gemeenten hebben wel een beleidsvrijheid bij de algemene bevorderingstaken. In de Oosterschelderegio is steeds meer sprake van integraal beleid, waarbij het benoemen van speerpunten een meerwaarde heeft.

Uit de monitorgegevens blijkt dat de meeste Zeeuwen gezond zijn. Het is belangrijk dat ze dat ook zo lang mogelijk blijven. Het gezondheidsbeleid heeft regionale ambities, de uitvoering vindt vooral lokaal plaats. Bij interventies is het van belang te kijken naar levensfase en SES. Belangrijke uitgangspunten in het beleid zijn dat we uitgaan van eigen kracht, inzetten op integraal beleid, bewegen en een wijkgerichte aanpak.

4 De speerpunten/ambities van het gezondheidsbeleid

4.1 De regionale speerpunten en projecten/activiteiten

De huidige speerpunten blijven gehandhaafd. In de evaluatie van het regionaal gezondheidsbeleid is geconstateerd dat gedragsverandering een langdurig proces is en actie vereist op verschillende fronten. Het gaat om beïnvloeden van leefstijl. De aanpak hiervoor is verleiden en stimuleren. De realisering van de doelstellingen van de speerpunten vereisen een lange adem. Verder blijkt uit de rVTV dat de gezondheidssituatie van de Zeeuwen nog steeds de keuze voor deze speerpunten verdedigen.

De speerpunten van het regionale gezondheidsbeleid zijn:

- **Preventie genotmiddelen**
- **Gezond gewicht**
- **Psychische en psychosociale problematiek**

De speerpunten worden in de volgende paragrafen in dit hoofdstuk nader beschreven.

Deze speerpunten zijn niet de enige thema's waarop knelpunten zijn. Er spelen veel andere zaken, zoals beschikbaarheid en bereikbaarheid van voorzieningen, tandbederf jongeren en binnenmilieu van scholen. Echter, in deze nota is gekozen om met een beperkt aantal speerpunten te focussen, zodat gerichte activiteiten kunnen worden verricht. De middelen en capaciteit zijn immers beperkt.

In de regionale nota worden ook enkele gezamenlijke projecten/ activiteiten geborgd, zoals woon(her)kansen en de pilots Afgestemde aanpak preventie jeugd Oosterschelderegio. Daarnaast willen we hier ook het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) noemen, omdat het AMW een belangrijke partner in de 1^e lijn is die regionaal wordt aangestuurd. En het AMW is in ontwikkeling: naar een sociale werker nieuwe stijl. Een werker die individueel - collectief en formele - informele zorg weet te combineren en deze zowel buurt- als individueel gericht kan inzetten. Onze verwachting is dat de rol van het AMW steeds belangrijker gaat worden. Meer informatie over [woon\(her\)kansen](#), [pilots afgestemde aanpak preventie jeugd](#) en [AMW](#) vindt u in de bijlage.

In de vorige nota waren ook het sociaal pension en ouderengezondheidszorg als gezamenlijke regionale projecten benoemd. Als gevolg van de herijking van de MO-middelen hebben de gemeenten in Zeeland ingestemd met gezamenlijke aanvullende financiering vanuit gemeenten (op basis van solidariteit) van de Sociale Pensions via het CZW-Bureau. Hiermee is er sprake van provinciale samenwerking. Ouderengezondheidszorg is geen regionaal project, maar er vinden wel veel lokale activiteiten plaats.

4.2 Afstemming met de landelijke speerpunten

De minister van VWS heeft in de landelijke nota gezondheidsbeleid gesteld dat de vijf prioriteiten uit de vorige landelijke nota (2006) belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn: schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, depressie, diabetes. Het Rijk houdt deze speerpunten vast, maar legt daarbij het accent op bewegen. Vanaf 1 oktober 2011 dienen gemeenten de landelijke prioriteiten in acht te nemen. Gemeenten hebben (beleids)vrijheid om af te wijken van de landelijke prioriteiten. Deze motivatie dient terug te komen in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

De landelijke prioriteiten schadelijk alcoholgebruik en roken worden beiden meegenomen in het regionaal speerpunt Preventie genotmiddelen. Aandacht voor depressie is in deze nota meegenomen bij het speerpunt Psychische en psychosociale problematiek. In de landelijke nota worden diabetes

specifiek als speerpunt genoemd. Voor dit speerpunt ontwikkelt de regio geen specifiek beleid. Wel wordt ingezet op het bevorderen van een gezond gewicht.

Verder worden de algemene uitgangspunten van het landelijk beleid meegenomen binnen gemeentelijk beleid. Het gaat dan om uitgangspunten zoals wijkgerichte aanpak, focus op de gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (zoals laag inkomen, werkloosheid, laag opleidingsniveau), toenemende aandacht voor preventie en inzet op leefstijl, versterking van de gemeentelijke regiefunctie op het gebied van collectieve preventie, verbetering van de samenhang en samenwerking tussen preventieve en curatieve (eerstelijns)gezondheidszorg.

4.3 Preventie genotmiddelen

De onderbouwing waarom specifiek beleid gericht op alcohol en jeugd van belang is, is reeds in de vorige nota *Gezond en wel in de Oosterschelderegio* uitgewerkt. Kern is dat alcoholgebruik onder jongeren heel gewoon is geworden en een groot deel van de jongeren veel en vaak alcohol drinkt. Met name jongeren onder de 16 drinken te veel en te vaak. Dit brengt gezondheidsschade op korte en lange termijn met zich mee voor een grote groep jongeren. Daarnaast is er sprake van aanzienlijke maatschappelijke en economische schade. Alcoholbeleid gericht op jongeren is het meest effectief als gekozen wordt voor een integrale aanpak vanuit verschillende beleidsterreinen.

In de afgelopen beleidsperiode is veel aandacht geweest voor de uitwerking van dit speerpunt. Beleidsinhoudelijk is alcohol aangemerkt als speerpunt binnen het preventiebeleid. De focus ligt op jongeren en hun omgeving (ouders en intermediairs). Voor dit speerpunt zijn geen specifieke doelstellingen benoemd omdat vanuit het oogpunt van gezondheid de algemene visie is: geen alcoholgebruik onder de 16 en verantwoord alcoholgebruik onder jongvolwassenen (16-23 jaar). Uit de rVTV blijkt echter dat 65% van de 14/ 15-jarigen wel eens heeft gedronken. Wel is het alcoholgebruik onder deze groep jongeren in 2011 significant afgenomen ten opzichte van 2007 (van 76% naar 65%).

Verder is gewerkt aan regionale samenwerking en een integrale aanpak. Onder de noemer *Laat ze niet (ver)zuipen* staat de integrale aanpak in de uitwerking centraal. De drie pijlers van het beleid zijn Educatie en bewustwording, Regelgeving en beleid en Handhaving. Sinds 2009 is een regionale ambtelijke projectgroep actief aan de slag met het ontwikkelen van een jaarlijks activiteitenplan/ programma Alcohol en Jeugd en de uitvoering daarvan. In deze projectgroep worden de activiteiten die voortkomen uit de verschillende beleidspijlers met elkaar afgestemd, waardoor de effectiviteit wordt versterkt. De projectgroep heeft ook een aanjaagfunctie voor de lokale uitwerkingen op de verschillende beleidsterreinen. Tegelijkertijd wordt in de regionale projectgroep afgestemd wat in en uit de Zeeuwse werkgroepen⁸ meegenomen moet worden.

De laatste jaren is veel gebeurd op het thema Alcohol en Jeugd. Zo zijn onder andere stapavonden voor ouders en frisseesten voor jongeren georganiseerd, wordt voorlichting gegeven, is de Halt-afdoening 'alcohol en softdrugs' geïmplementeerd en heeft een boekenactie voor ouders plaatsgevonden. De komst van het Zeeuwse project Jeugd en Alcohol (projectperiode 2010-2013), met daarbij de personele capaciteit in de vorm van een projectleider, heeft daar een grote invloed op gehad.

⁸ Dit zijn de werkgroepen die vallen onder het Zeeuwse project Jeugd en Alcohol.

Laat ze niet (ver)zuipen!

Alle Zeeuwse gemeenten doen mee aan het provinciale project 'Laat ze niet (ver)zuipen!'. Dit project richt zich op het terugdringen van alcoholgebruik onder jongeren en op het verhogen van de startleeftijd. Door de integrale opzet van het project, zijn ook de beleidsterreinen handhaving en regelgeving betrokken. Dit is belangrijk omdat alleen voorlichting niet werkt.

Algemene visie

De algemene visie geeft het streefbeeld weer voor de lange termijn en wordt gecontinueerd. Een dergelijke visie leent zich niet voor vertaling in meetbare resultaten. Wel is het van belang om de algemene visie te gebruiken als kader. Het kader richt alle betrokkenen op het uiteindelijke doel en het legt verbindingen tussen verschillende losse activiteiten. Specifieke doelstellingen gerelateerd aan de visie zijn opgenomen in het regionaal activiteitenplan dat jaarlijks wordt opgesteld. In het activiteitenplan zijn de doelstellingen per beleidspijler uitgewerkt.

Algemene visie preventie genotmiddelen:

- **Geen alcoholgebruik onder de 16 jaar.**
- **Verantwoord alcoholgebruik 16-23 jaar.**
- **Blijvend aandacht schenken aan de (handhaving van de) wettelijke kaders t.a.v. alcohol-, tabak- en drugsgebruik.**

Aandachtspunten voor de komende beleidsperiode

Voor de komende periode blijven we alcohol aanmerken als belangrijkste thema binnen het speerpunt. De focus ligt op jongeren van 11-16 jaar en hun ouders. Ouders worden nadrukkelijk betrokken omdat zij een belangrijke rol vervullen vanwege hun voorbeeldfunctie en opvoedkundige taak. Daarnaast is er extra aandacht voor 16-23 jarigen (uitgaande jeugd) omdat schadelijk alcoholgebruik onder deze groep het grootst is. Ook volwassen intermediairen (diegenen die veel met jongeren te maken hebben) zijn een belangrijke doelgroep. Overige volwassenen worden in de integrale aanpak meegenomen, maar niet aangemerkt als specifieke doelgroep.

Vanuit het gezondheidsbeleid zetten we samen met het Wmo-beleid (prestatieveld 9: Bevorderen van verslavingsbeleid) in op de bewustwording en (vroeg)signalering. Ook de mate waarin jongeren in staat zijn om 'nee' te zeggen tegen alcohol en/ of drugs (weerbaarheid) is een belangrijk aandachtspunt. Samen met het jeugdbeleid en sportbeleid zetten we in om de weerbaarheid van jongeren te versterken.

Voor de integrale aanpak is de afstemming met regelgeving en handhaving het meest effectief. Sinds 1 januari 2013 zijn jongeren onder de 16 jaar strafbaar als ze in het bezit zijn van alcohol in openbare ruimten. Daarnaast heeft het Rijk het voornemen om de minimumleeftijd voor alcoholverkoop te verhogen naar 18 jaar per 1 januari 2014. Het is belangrijk om de burger hierover te informeren.

Het provinciale project 'Laat ze niet (ver)zuipen!' loopt tot eind 2013. In 2013 wordt afgestemd hoe het project te borgen.

4.4 Gezond gewicht

In de vorige gezondheidsnota was overgewicht als speerpunt benoemd. Nu spreken we over bevorderen van een gezond gewicht. Hoewel overgewicht (vaak door een combinatie van steeds minder bewegen en meer en ongezonder eten) het meest voorkomt, moet er ook aandacht zijn voor

ondergewicht. Het gaat om gezonde keuzes maken en het hebben van een gezonde leefstijl.

Het aandeel burgers (kinderen en volwassenen) met overgewicht stijgt nog steeds. Overgewicht is één van de belangrijkste gezondheidsproblemen in Nederland. Het aantal burgers met overgewicht neemt, met het toenemen van de leeftijd, flink toe. Bij kinderen kampt 18% van de 10-jarigen met overgewicht. Van de Zeeuwse volwassenen in Zeeland heeft bijna de helft overgewicht, bij de Zeeuwse 65-plussers 58%.⁹ In Nederland komt ondergewicht het meest voor bij peuters, jongeren tussen de 15 en 25 jaar en bij oudere vrouwen.

Overgewicht levert gezondheidsrisico's op. De kans op chronische aandoeningen en beperkingen neemt toe en de ervaren gezondheid is slechter. Volwassenen met ernstig overgewicht hebben meer lichamelijke aandoeningen en voelen zich bovendien ook vaker psychisch ongezond dan de rest van de volwassenen. Ook een te laag gewicht kan een risico voor de gezondheid zijn: een tekort aan voedingsstoffen, de conditie die achteruit gaat en sneller lusteloos en moe voelen.

Voor het bevorderen van een gezond gewicht wordt vooral ingezet op sport, waarbij de nadruk ligt op de jeugd (want jong geleerd is oud gedaan). Jongeren zijn voor de gemeenten onder andere bereikbaar via onderwijs, de CJG's, buurtwerk en sportverenigingen. De combinatiefunctionarissen spelen een belangrijke rol in de uitvoering van het beleid. Volwassenen en ouderen zijn vaak lastiger te bereiken en hebben een grotere eigen verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl. De volwassenen en ouderen hebben echter wel een voorbeeld functie voor de jongeren. Daarom wordt niet alleen beleid ingezet op de jeugd, maar ook op ouderen (bijvoorbeeld met projecten als *Vitaal Reimerswaal* en *Elke stap telt*).

Activiteiten om gezond gewicht aan te pakken zijn er voor verschillende leeftijdsfasen. Zo neemt het effect van lespakketten op het gebied van bewegen/ voeding toe wanneer de schoolomgeving hierop is ingericht wordt (verkeersveilig, aantrekkelijke wandel- en fietspaden en 'beweegvriendelijke' schoolpleinen) en er in de kantine (en automaten) meer energiearme voedingsmiddelen worden aangeboden. Voor volwassenen wordt het subsidiëren en stimuleren van fietsen voor woon-werkverkeer, het aanbieden van meer energiearme voedingsmiddelen in kantines en het optimaal benutten van bestaande sportfaciliteiten als kansrijke maatregelen gezien.

Een breed samenhangend pakket dat de leefomgeving gunstig beïnvloedt, levert de meeste effecten op. Meerdere partijen dienen samen te werken aan een geïntegreerde aanpak van gezond gewicht, door een mix van interventie maatregelen. Voor de verschillende leeftijdsgroepen zijn verschillende interventies effectief (denk aan een balansdag voor volwassenen, terwijl voor kinderen meer bewegen op school de inzet kan zijn).

De doelstellingen

De algemene doelstellingen waren dat het percentage overgewicht voor jeugdigen daalt en het percentage overgewicht bij volwassenen en ouderen gelijk zou blijven. Uit de rVTV blijkt dat deze doelstellingen niet allemaal zijn behaald. Het percentage jongeren met overgewicht in de verschillende leeftijdscategorieën is gelijk gebleven of licht gestegen (niet-significant). Het percentage volwassenen met overgewicht is significant toegenomen. Het aandeel ouderen met overgewicht is gelijk gebleven.

Omdat uit onderzoek blijkt dat er in toenemende mate sprake is van ondergewicht, kiezen we ervoor om in de komende beleidsperiode te spreken over "gezond gewicht", om daarmee zowel ondergewicht als overgewicht in ons beleid aandacht te geven.

⁹ Meer cijfers over overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) zijn te vinden in [de rVTV](#).

De doelstellingen voor gezond gewicht zijn:

- **Het percentage ondergewicht en overgewicht voor jeugdigen daalt.**
- **Het percentage overgewicht bij volwassenen en ouderen blijft gelijk.**

Er worden geen procesmatige doelstellingen geformuleerd of specifieke activiteiten opgenomen. In alle gemeenten worden al activiteiten uitgevoerd, met als (neven)doel het bevorderen van een gezond gewicht. De uitgangssituatie van de afzonderlijke gemeenten is wel verschillend, maar er is een gemeenschappelijke basis om gezond gewicht en een gezonde leefstijl te bevorderen. We houden bij onze keuzes voor activiteiten rekening met het beschreven beleidskader.

4.5 Psychische en psychosociale problematiek

Naast een goede lichamelijke is ook een goede geestelijke gezondheid van belang om een zinvol, productief en betrokken leven te leiden. Psychisch gezonde mensen zijn dikwijls meer betrokken bij de maatschappij, onderhouden vaak betere relaties en nemen vaker verantwoordelijkheid voor zorgtaken. In de Wmo hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen om naast het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg ook invulling te geven aan de collectieve preventie van psychische stoornissen. Het doel van de GGZ-preventie is om begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de bevolking bewust te maken wat zij zelf aan deze klachten kan doen en haar wegwijs te maken naar instanties die haar zo nodig verder kunnen helpen.

Het aantal mensen dat lijdt aan psychosociale of psychische problemen is niet bekend. De GGD Zeeland monitort wel gegevens over psychische ongezondheid. In Zeeland voelt 14% van de volwassenen zich psychisch ongezond. Bij ouderen voelt 17% zich psychisch ongezond. Dit percentage stijgt met de leeftijd. Voor bijvoorbeeld depressie of dementie worden op landelijk niveau schattingen gemaakt op basis van landelijk onderzoek en zorggebruik. In de Oosterschelderegio zijn ongeveer 2.600 mensen in enige fase van een dementieproces. Dit aantal zal de komende jaren toenemen. Lees meer over [dementie](#) in de bijlage.

Psychische en psychosociale problemen kunnen zich op verschillende manieren uiten. Enkele voorbeelden van gedragsuitingen zijn teruggetrokken gedrag, neerslachtigheid, agressief gedrag of gebruik van genotmiddelen. Niet alleen leidt psychosociale problematiek soms tot maatschappelijke problemen en overlast en tast het daarmee de leefbaarheid van een gebied aan. Heel belangrijk is ook dat het veel individueel leed veroorzaakt en daarmee de individuele leefbaarheid ernstig schaadt. Verder kunnen psychische en psychosociale problemen leiden tot depressie. Studies geven aan dat de grootste bedreiging voor de volksgezondheid op basis van de ziektelast wordt gevormd door psychische aandoeningen zoals angst en depressie.

Wanneer preventie op het juiste moment wordt aangeboden (in kwetsbare posities en tijdens belangrijke transitie in het leven), dan kan dat een wereld van verschil maken voor de rest van iemands leven. Zo is vroege signalering van kinderen met psychische problemen belangrijk om erger te voorkomen. Groepsdruk en jeugdcultuur gaan harder aan jongeren trekken in deze fase. Weerbaarheid is dan ook extra belangrijk voor zowel de psychische gezondheid als voor een gezonde leefstijl.

Voor de preventie van psychosociale problematiek en depressie zijn verschillende doelgroepen te onderscheiden (bijvoorbeeld de verschillende leeftijdsfasen). Elke doelgroep kent zijn eigen risicofactoren en de daarbij behorende mogelijke activiteiten. We kopen regionaal activiteiten in die gericht zijn op het voorkomen van psychische en psychosociale problemen. Verder gaat het bij dit speerpunt om combinaties leggen/ verbindingspunten versterken - vooral met het welzijnswerk. Er zijn

verbindingen met Welzijn Nieuwe Stijl (WNS), Wmo, vrijwilligers, mantelzorg en de CJG's.

De doelstellingen

Uit de r/TVT blijkt dat de doelstellingen uit de vorige beleidsperioden zijn gerealiseerd: de percentages zijn vrijwel gelijk gebleven. De doelstellingen worden voortgezet.

De doelstellingen voor preventie psychische en psychosociale problematiek zijn:

- **Het percentage jongeren met psychosociale problematiek stijgt niet.**
- **Het percentage ouderen dat zich eenzaam voelt stijgt niet.**
- **Het percentage ouderen dat psychisch ongezond voelt stijgt niet.**

Het is niet mogelijk om voor alle doelgroepen een integrale aanpak te ontwikkelen en uit te voeren.

We focussen ons in de Oosterschelderegio op twee doelgroepen:

- **Jongeren:** o.a. verbeteren vroegsignalering en versterken ketensamenwerking in de jeugdzorg. Ook aandacht voor het versterken van de sociale weerbaarheid (meer interventies inzetten op weerbaarheid en minder op voorlichting). Weerbare jongeren krijgen meer zelfvertrouwen als ze weten hoe zij lastige onderwerpen (sociaal lastige situaties, (cyber)pesten, groepsdruk, agressie, intimidatie, grensoverschrijdend gedrag) kunnen bespreken en hoe ze ermee om kunnen gaan. Het is de taak van de ouders om het goede voorbeeld te geven en grenzen te stellen, ook als hun puber dat lang niet altijd waardeert. Onderwerpen die de afgelopen jaren steeds vaker zijn benoemd door Indigo en het onderwijs zijn verantwoord internetgebruik, cyberpesten en social media. In de komende beleidsperiode zal hier meer aandacht voor zijn. De relatie met de CJG's en het beleid gericht op de Zorg voor Jeugd zal de komende beleidsperiode daarom geïntensiveerd worden.
- **Ouderen:** nadruk op het voorkomen van eenzaamheid en het verbeteren van vroegsignalering en zorg rond dementie.

5 Financieel kader en evaluatie

5.1 Financieel kader

Deze nota is een actualisatie van de nota *Gezond en wel in de Oosterschelderegio*. Gezien de (financiële) ontwikkelingen die op gemeenten afkomen, is afgestemd dat er geen ruimte is om nieuwe thema's op te pakken.

Het grootste deel van het budget voor de openbare gezondheidszorg van de individuele gemeenten wordt gebruikt voor de bekostiging van de GGD Zeeland. GGD Zeeland hanteert een onderscheid in basistaken en plus- of markt taken (vrij om af te nemen, maar vaak zijn er wel gezamenlijke afspraken).

Daarnaast zijn er lokaal financiële middelen beschikbaar, bijvoorbeeld opgenomen in de beleidsnota's Jeugd en/ of Wmo. Ook via de centrumgemeente Maatschappelijke Opvang worden, hoewel in mindere mate dan voorheen, middelen ingezet op preventief gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld MO-middelen verslavingspreventie).

De financiële kaders voor regionaal gezondheidsbeleid zijn beperkt. In de begroting SWVO (programma Gezondheidsbeleid) is de regionale inzet voor preventief gezondheidsbeleid verwerkt. Binnen de begroting 2013 zijn de volgende posten opgenomen:

Activiteit	Bedrag	Doel middelen
Regionaal preventiebeleid middelengebruik	€ 52.068	Voor integraal beleid rondom middelenpreventie wordt door de zeven gemeenten gezamenlijk een programma opgesteld. Dit programma geeft het kader van de bovenlokale activiteiten die door een brede integrale aanpak meer effect hebben dan wanneer zij alleen lokaal worden uitgevoerd. De focus ligt hierbij op alcohol en jeugd (11-23 jaar).
Verslavingspreventie (regionaal raamcontract Indigo)	€ 117.280	In het regionale raamcontract worden afspraken gemaakt over de inzet van Indigo voor verslavingspreventie. Beoogde effecten zijn het bewust maken van de bevolking over gevaren van alcohol en drugs en problemen te voorkomen door vroegtijdig signaleren en preventieve interventies. In het contract zijn ook de lokale afspraken opgenomen.
Psychische en psychosociale problematiek (voorheen CPGGZ)	€ 75.480	Het doel van de GGZ-preventie is om begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de bevolking bewust te maken wat zij zelf aan deze klachten kan doen en haar wegwijs te maken naar instanties die haar zo nodig verder kunnen helpen. De GGZ-preventie richt zich op het voorkomen van psychische problemen en gezondheidsschade.

Aanverwante projecten/activiteiten die in de begroting van SWVO (2013) zijn opgenomen:

Algemeen Maatschappelijk Werk (m.u.v. Schouwen-Duiveland en Tholen)	€ 1.640.655	Het algemeen maatschappelijk werk (AMW) is een lokale basisvoorziening (1e lijnsvoorziening) die de professionele hulp van maatschappelijk werkers beschikbaar stelt aan mensen in hun directe leef- en woonomgeving. Het AMW richt zich op de hulpverlening aan mensen die problemen hebben om individueel of in de relatie tot andere personen te functioneren in de verschillende samenlevingsverbanden waarvan zij deel uitmaken.
Woon(her)kansen (m.u.v. Tholen)	€ 54.035	Woon(her)kansen (WHK) is bedoeld om mensen met woon- of huurproblemen in de Oosterschelderegio ondersteuning te bieden zodat huisuitzetting wordt voorkomen (laatste kans, LK). Daarnaast wordt cliënten vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGz) een eerste kans gegeven om weer zelfstandig te gaan wonen (nieuwe kans, NK).

5.2 Evaluatie

Aan het einde van de beleidsperiode zal opnieuw naar de rVTV gekeken worden om de behaalde resultaten te meten en te toetsen. De rVTV baseert haar gegevens op onder meer de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO's) en het gezondheidsonderzoek (volwassenen en ouderen).

Daarbij willen we al wel het volgende aandachtspunt signaleren. Gegevens uit de PGO's zijn jaarlijks beschikbaar, waardoor de ontwikkelingen bij de evaluatie zichtbaar zullen zijn. Zo worden bijvoorbeeld de percentages onder- en overgewicht onder jeugdigen in de PGO's gemonitord o.b.v. harde gegevens (geen zelfrapportage). Overgewicht onder volwassenen en ouderen wordt (op basis van zelfrapportage) bevraagd in het gezondheidsonderzoek van de GGD. Deze gegevens kunnen echter niet worden gemonitord in de beleidsperiode van deze nota. Het gezondheidsonderzoek vond eind 2012 plaats en de vervolgmeting is eind 2016 (resultaten in 2017).

6 Bijlage

Gekozen is om de nota zo kort mogelijk te houden. Toch worden er veel onderwerpen en projecten genoemd die we nader willen uitleggen. In deze bijlage zijn de onderwerpen en projecten, waar in de nota naar wordt verwezen, verder uitgewerkt.

De bijlage vormt dus geen doorlopende tekst, maar bestaat uit losse paragrafen.

6.1 Demografische en maatschappelijke ontwikkelingen

Belang van samenwerking

Het beroep op de gezondheidszorg stijgt. Daarom wordt gepleit voor een grotere samenhang tussen preventie, ondersteuning in de eigen omgeving, informele zorg, de curatieve zorg en zeer specialistische zorg. Gemeenten en de eerstelijns gezondheidswerkers komen elkaar in een wijkgerichte aanpak tegen, maar samenwerking is nog niet vanzelfsprekend. Er moet de komende jaren worden ingezet op versterking van de 0^e en 1e lijn. Samenwerken tussen de verschillende partijen maakt gezondheidsbeleid sterker en completer.

De gezondheidszorg in Nederland ziet zich met grote uitdagingen geconfronteerd. Het beroep op de gezondheidszorg stijgt, deels als gevolg van de vergrijzing en een stijgende levensverwachting en daarmee gepaard gaande ouderdomsgerelateerde zorgconsumptie, en deels als gevolg van maatschappelijke trends als een veranderende leefstijl en medicalisering. Zonder ingrijpen rijzen de kosten van de zorg de pan uit. Daarom wordt gepleit voor een grotere samenhang tussen preventie, ondersteuning in de eigen omgeving, informele zorg, de curatieve zorg en zeer specialistische zorg. De gedachte is dat een beroep op de dure intramurale zorg op zijn minst kan worden vertraagd wanneer mensen ondersteund worden om langer zelfstandig thuis te kunnen wonen. Samenwerking is nodig om recht te doen aan het uitgangspunt dat mensen zorg en ondersteuning willen die aansluit bij de manier waarop zij willen leven en deelnemen aan de samenleving.

Veel organisaties, zowel lokaal als regionaal, zijn betrokken bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid. De belangrijkste regionale partners voor gemeenten zijn de GGD, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening (zoals het maatschappelijk werk), de GGZ-instellingen en de (thuis)zorgorganisaties. Per gemeente spelen nog veel meer maatschappelijke organisaties een rol bij de uitvoering van het beleid op onderdelen zoals scholen, kinderopvang, woningbouwcorporaties, welzijnsinstellingen (algemeen of specifiek voor ouderen), cliënten- en bewonersorganisaties, sportverenigingen en andere vrijwilligersorganisaties. Daarnaast zijn ook de eerstelijns gezondheidswerkers en de zorgverzekeraars belangrijke partners in preventief gezondheidsbeleid.

De eerste lijn (o.a. huisartsen en zorgverleners in de eerstelijns ggz) heeft een belangrijke rol op het gebied van preventie en in de afstemming tussen preventie en curatie. Relevante taken daarbij zijn vroegsignalering en een goede doorverwijzing bij complexe problemen. Hoe de samenwerking met de eerste lijn handen en voeten gegeven moet worden, is nog niet altijd duidelijk. Om een lokale aanpak te realiseren is organisatiekracht in de eerstelijns nodig, iets wat nu niet altijd het geval is. Daarom willen we in de komende beleidsperiode onze contacten met bijvoorbeeld Robuust¹⁰ versterken om samenwerking 1^e lijn te versterken.

Of de samenwerking met de eerste lijn lukt, is mede afhankelijk van de middelen van de kant van de zorgverzekeraar. Zorg in Nederland wordt via drie belangrijke kanalen gefinancierd: de curatieve zorg komt voor rekening van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de langdurige zorg wordt betaald uit de AWBZ

¹⁰ Robuust is de regionale ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg in Zuid-Nederland.

en de huishoudelijke hulp wordt uit de Wmo bekostigd. De zorgverzekeraar (CZ in Zeeland) is verantwoordelijk voor de AWBZ en de Zvw, de gemeenten zijn verantwoordelijk voor de Wmo. Investeren op preventie wordt als taak van gemeenten gezien, maar de baten daarvan gaan vaak naar zorgverzekeraars. Samenwerking tussen zorgverzekeraars en gemeenten kan helpen bij de totstandkoming van gezondheidsbevordering. De gemeenten in de Oosterschelderegio hebben momenteel weinig contact met het zorgkantoor/ de zorgverzekeraars, hoewel de contacten tussen Goes en CZ er lijken te komen. Belangrijk in deze is dus dat de gemeente Goes zich in dit overleg niet alleen op de eigen gemeente richt, maar ook op de regionale samenwerking op gebied van zorg en welzijn.

De conclusie is dat samenwerken met andere overheden, burgers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, eerstelijns en publiekprivate partijen gezondheidsbeleid sterker en completer maakt.

Zorgkloof

Uit de rVTV 2012 blijkt dat er een zorgkloof dreigt te ontstaan door een toenemende zorgvraag en een dalende beroepsbevolking in de zorg. Het zorgstelsel zal daar kwantitatief en kwalitatief een antwoord op moeten vinden. Maar ook van de burgers en de samenleving als geheel zal worden gevraagd op een andere manier met gezondheid en ziekte om te gaan. Daarvoor is een regionale visie noodzakelijk, want er is geen partij die dit alleen kan oplossen.

Uit de rVTV 2012 blijkt dat Zeeland voor de opgave staat om na te denken over een passend zorgaanbod in 2020. De zorgvraag groeit de komende periode door vergrijzing en toenemende mogelijkheden voor diagnose en behandeling. Tegelijkertijd lijkt sprake te zijn van een dalende beroepsbevolking in de zorg. Op de Zeeuwse arbeidsmarkt dreigt in 2020 een zorgkloof te ontstaan van minimaal 3.000 fte. Er dreigt dus een zorgkloof te ontstaan. Het zorgstelsel zal daar kwantitatief en kwalitatief een antwoord op moeten vinden. Van individuele burgers en de samenleving als geheel zal ook moeten worden gevraagd op een andere manier met gezondheid en ziekte om te gaan. Daarvoor is een regionale visie noodzakelijk, want er is geen partij die dit alleen kan oplossen. Oplossingsrichtingen kunnen gezocht worden in de richting van zorginnovatie, zij-instromers, samenwerking met het onderwijs, het vervlechten van 1e, 2e en 3e lijn en het stimuleren van informele zorg. Belangrijke adviezen vanuit de rVTV richting gemeenten zijn te investeren op mantelzorg en vrijwilligers en op het gezond houden van mensen.

Door de bevolkingsomvang en schaal van Zeeland zijn voorzieningen kwetsbaar. Beschikbaarheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid staan onder druk. Naast de soms noodzakelijke opschaling, moet zeker ook worden gedacht over nieuwe sectorale verbindingen, bijvoorbeeld in anderhalflijnsvoorzieningen (betere samenwerking tussen specialisten en huisartsen, bijvoorbeeld door huisartsen die kleine operaties uitvoeren of specialisten die in gezondheidscentra hun spreekuur houden).

In de zorgsector voltrekt zich een verschuiving richting gemeentelijke verantwoordelijkheid en een verbinding met andere sectoren als welzijn, wonen, werk en leefbaarheid in het algemeen. Tegelijkertijd zal vaker en met nieuwe middelen een beroep worden gedaan op de zelfredzaamheid van burgers, individueel en collectief.

Een nieuwe visie op de maatschappelijke agenda lijkt steeds meer nodig. Daarin moeten we over grenzen heen kijken, ontschotten en gezamenlijk verantwoordelijkheid nemen voor deze grote maatschappelijke opgave. Dit kunnen gemeenten niet alleen. Daarvoor is een regionale of Zeeuwse beleidsagenda over (gezondheids)zorg in Zeeland nodig. Partijen hierbij zijn de gemeenten, de GGD, CZ, zorgaanbieders en het onderwijs. Door de bundeling van taken en financiering ontstaan nieuwe mogelijkheden voor integrale hulp voor gezinnen met veel problemen zoals schulden of werkloosheid.

Decentralisaties

Grote reorganisaties in het sociaal maatschappelijk domein staan op stapel door de decentralisaties van delen van de AWBZ, de Participatiewet, de jeugdzorg en het passend onderwijs. Niet alleen komen er nieuwe complexe en verantwoordelijke taken op gemeenten af, de bezuinigingen zijn fors. Het is de uitdaging om de aanwezige zorginfrastructuur anders en beter te benutten (doelmatig en zorgvuldig). Gemeenten moeten dus meer gaan doen met minder geld en zullen daarvoor meer de eigen kracht van burgers gaan aanspreken.

De reorganisaties in het sociale domein gaan over vier decentralisaties. De val van het kabinet in mei 2012, het vervolgens afgesloten Lenteakkoord en het afgesloten regeerakkoord (29 oktober 2012) hebben de planning van deze decentralisaties gewijzigd. Allereerst worden gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk voor alle zorg voor de jeugd. Daarnaast krijgen zij vanaf 2012 te maken met de gefaseerde invoer van het Passend onderwijs, waarbij kinderen indien mogelijk in het reguliere onderwijs worden gehouden in plaats van doorverwezen naar het speciaal onderwijs. Ook zijn er plannen om het 'werken naar vermogen' in te voeren en de Wmo uit te breiden met in ieder geval de functie begeleiding vanuit de AWBZ. In het regeerakkoord heeft het kabinet haar voornemens verwoord. Het wetsvoorstel Werken naar Vermogen wordt vervangen door een nieuwe Participatiewet, in te voeren op 1 januari 2014. Daarnaast worden geheel verantwoordelijk voor de activiteiten op het gebied van ondersteuning, begeleiding en verzorging. In het regeerakkoord staat onder meer dat persoonlijke verzorging wordt beperkt en overgedragen naar gemeenten en dat ZZP 4 wordt geëxtramuraliseerd. Ook was opgenomen dat de dagbesteding komt te vervallen, maar dat voornemen komt met de motie Samson te vervallen (hoewel de bezuiniging op dagbesteding wel blijft staan). De invoering van alle voornemens vindt gefaseerd plaats (vanaf 2013 tot 2016). Het regeerakkoord bevat echter ook nog veel onduidelijkheid, met name als het gaat om beschikbare budgetten.

De decentralisaties moeten ertoe bijdragen dat de eigen kracht, het sociale netwerk en de voorzieningen in de gemeente beter worden benut. Het accent ligt op participatie in de samenleving. Sterker dan voorheen zullen gemeenten inzetten op een kans voor iedereen om deel te nemen aan de samenleving, waarbij het uitgangspunt is dat de burger een eigen verantwoordelijkheid heeft en zelf de regie voert.

Daarbij zijn er 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. Bijvoorbeeld dat bij dagbestedingsactiviteiten voor ouderen beweegactiviteiten worden aangeboden in combinatie met voorlichting over veilig en zelfstandig wonen, zodat de dagbesteding bijdraagt aan het voorkomen van ongevallen. De gemeenten in de Oosterschelderegio hebben er voor gekozen om de decentralisaties samen op te pakken.

Zorg in de buurt/ wijkaanpak

Het wordt steeds belangrijker om zorg dichtbij mensen te organiseren in een wijkgerichte aanpak. Dit betekent dat gemeenten en de eerstelijns steeds meer zullen samenwerken. Ontschotting van middelen is nodig om deze samenwerking te versoepelen. Voor het versterken van de wijkgerichte aanpak zijn thema's als E-health, wijkverpleegkundigen en versterking van de nuldelijns en eerstelijns relevant.

Het beroep op de gezondheidszorg stijgt. Daarom wordt gepleit voor een grotere samenhang tussen

preventie, ondersteuning in de eigen omgeving, informele zorg, de curatieve zorg en zeer specialistische zorg. Ook de zorgvraag verandert. Steeds meer mensen krijgen meerdere ziekten tegelijk en mensen wonen langer thuis. Daarmee wordt het steeds belangrijker om zorg dichtbij mensen te organiseren.

Gemeenten en de eerstelijns gezondheidswerkers komen elkaar in een wijkgerichte aanpak tegen. Dit vergt samenwerking tussen wonen, zorg en welzijn, maar samenwerking is nog niet vanzelfsprekend. Een andere ontwikkeling is dat door innovaties de kwaliteit van zorg kan verbeteren en de druk op het personeel verminderen. De zorg van de toekomst zal meer en meer complexe zorg zijn waarbij hogere eisen aan de competenties van zorgverleners gesteld worden, zowel in instellingen als in de thuissituatie. Dit heeft alleen kans van slagen als alle partijen er samen hun schouders onder zetten. De huidige bekostigingssystematiek is onvoldoende gericht op samenwerking of gezondheidsuitkomsten en wordt tevens als zeer complex ervaren. Ontschotting van middelen is een van de onderwerpen die bij VWS op de agenda staat.

Thema's die relevant zijn binnen zorg in de buurt/ wijkaanpak zijn:

- **E-health:** E-health is een verzamelterm voor toepassingen van ICT, internet en mobiele technologie voor gezondheid, welzijn en zorg. E-health kan bijdragen aan het vervangen of anders inrichten van zorg, en daarmee aan een gepast gebruik van zorg.
- **Wijkverpleegkundige:** Een wijkverpleegkundige heeft naast de verpleegkundige taken ook een signalerende en coördinerende functie en bovendien leert ze mensen de regie over het eigen leven te voeren. Landelijk wordt ingezet op intensivering van wijkverpleegkundigen (zie regeerakkoord 2012), maar het is nog onduidelijk welke organisatie, overheid of branchevereniging de hiervoor aangekondigde middelen ontvangt.
- **Versterking nuldelijn en eerstelijns:** De versterking van de 0^e (mantelzorgers en vrijwilligers) en 1^e lijn (o.a. huisartsen, welzijnsstichtingen en maatschappelijk werk) is een belangrijke succesfactor in de transformatie van de maatschappelijke ondersteuning. De versterking leidt tot een betere vroegsignalering (waardoor tijdig effectieve interventies of behandelingen kunnen worden toegepast) en de 0^e en 1^e lijn is laagdrempelig.

6.2 Het gemeentelijk gezondheidsbeleid

Vergrijzing, ziekte en overgewicht

De bevolking in de Oosterschelderegio wordt steeds ouder en er zijn steeds minder jongeren. Hoewel er kleine verschillen zijn per gemeente (zie lokale rVTV's) zal de grijze druk langzaam toenemen. De verhouding tussen het aantal ouderen en de beroepsbevolking noemen wij de grijze druk. De grijze druk is vooral zichtbaar in de gemeenten Schouwen-Duiveland en Noord-Beveland. De gemeente Reimerswaal heeft de laagste grijze druk van Zeeland. Een grijze druk betekent dat steeds meer ouderen beroep zullen doen op zorg en er steeds minder mensen zijn die deze zorg kunnen verlenen. Het risico bestaat dat de zorg voor ouderen in de Oosterschelderegio en de betaalbaarheid van deze zorg in de knel komen. Daar komt bij dat naast de groep ouderen, veel inwoners van de Oosterschelderegio kampen met chronische aandoeningen. Een kwart van de jongeren, meer dan een derde van de volwassenen en bijna driekwart ouderen heeft minstens één chronische aandoening. Uit het gezondheidsprofiel blijkt dat gemiddeld 18,5% van de volwassenen in Zeeland¹¹ zich beperkt voelt in bezigheden als gevolg van hun lichamelijke gezondheid. Voor ouderen (65+) is dit percentage 34,2%. Gemiddeld ervaart 14,5% van de ouderen beperkingen in hun ADL¹²-activiteiten. Ondanks deze beperkingen is het van belang ook deze mensen de kans te geven om een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven te bereiken en hen zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

¹¹ Cijfers Oosterschelderegio wijken significant niet af

¹² ADL staat voor Algemene dagelijkse levensverrichtingen

Op basis van demografische projecties (waarbij we veronderstellen dat het vóórkomen van de ziekte naar leeftijd en geslacht in de tijd niet verandert) stijgt het aantal patiënten, voor de meeste veelvoorkomende chronische ziekten tussen 2007 en 2030, naar verwachting met bijna 40%. Het aantal patiënten in de toekomst is echter niet alleen afhankelijk van toekomstige bevolkingsaantallen en de verwachte bevolkingsopbouw, maar ook van ontwikkelingen in de determinanten van de ziekten (bijvoorbeeld overgewicht en leefstijl) en van ontwikkelingen in preventie en zorg (betere opsporing en/of betere overleving van patiënten). Zo zal het aantal mensen met diabetes mogelijk nog groter zijn (meer dan 100%) als het percentage mensen met overgewicht blijft stijgen.

Bij volwassenen in de Oosterschelderegio is het percentage volwassenen met overgewicht significant toegenomen van 46% in 2005 naar 49% in 2009. Onder ouderen is het percentage overgewicht het grootst: 60%. Gelukkig stabiliseert het aantal kinderen met overgewicht sinds 2008; het percentage kinderen met overgewicht verschilt per leeftijdsgroep tussen de 9 - 18%.

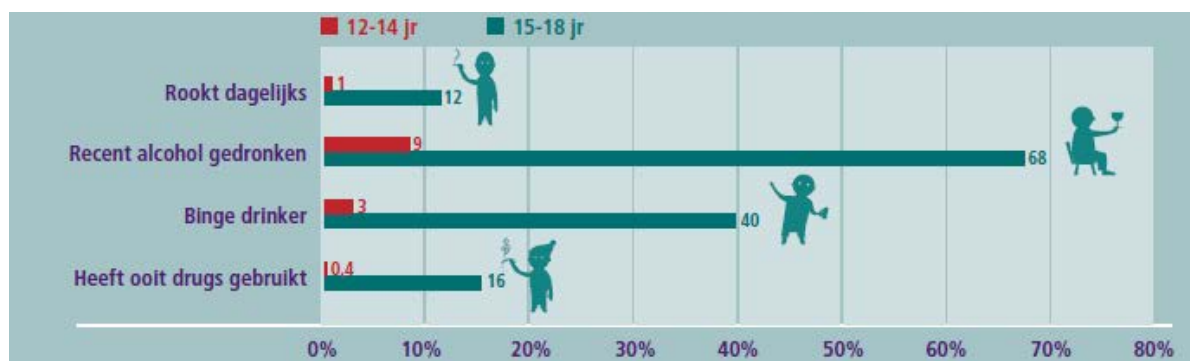
Het is van belang om de gezonde leefstijl bij alle inwoners van Oosterschelderegio te stimuleren om het hoge aantal chronische aandoeningen terug te dringen en overgewicht beperkt te houden. Uit cijfers onder 14/15 jarigen blijkt dat gemiddeld 71% voldoet aan de bewegingsnorm. Van de volwassenen en ouderen beweegt meer dan een derde (resp. 34 en 37%) te weinig. Hier valt dus nog winst te boeken. Een gezonde leefstijl en vooral bewegen is belangrijk om gezond te zijn en te blijven. Dit begint al bij kinderen.

Alcoholgebruik en roken blijvend ontmoedigen

Het alcoholgebruik en binge drinken bij jongeren is vanaf 2008 significant afgenomen. Tocht heeft in de Oosterschelderegio 65% van de 14- en 15-jarigen wel eens alcohol gedronken en was 36% een 'bingedrinker': zij dronken 4 weken voorafgaand aan het onderzoek wel eens meer dan 5 glazen of meer per gelegenheid.

Ook volwassenen (waaronder ouders) en ouderen kampen met alcoholproblemen. Ongeveer 9% van de volwassenen en ouderen gebruikt overmatig alcohol: dit is voor mannen meer dan 21 glazen per week en voor vrouwen 14 glazen per week. 3,5% van de ouderen zijn zware drinkers. Extra aandacht voor volwassenen (als 'gebruiker' en als rolmodel) kan gezondheidswinst opleveren.

Veertien procent van de jongeren in de Oosterschelde regio rookt dagelijks. Ruim een kwart van de volwassenen en 10% van de ouderen roken ook. Naarmate jongeren ouder worden, gaan zij meer experimenteren. Zo ook met het gebruik van middelen zoals roken, alcohol en drugs. We zien een duidelijk leeftijdsverschil in gebruik van deze middelen (zie figuur).



Figuur: Middelengebruik onder Zeeuwse jongeren naar leeftijd (Bron: Monitor Gezondheid 12 t/m 18 jaar 2010, GGD Zeeland en SCOOP).

Extra aandacht voor meer risicogedragingen bij de jeugd tegelijk

Veel van de ongezonde gedragingen vallen samen bij dezelfde jongeren, ook al wordt dat door de focus op de afzonderlijke leefstijlfactoren vaak vergeten. Onder jeugdigen van 12 tot en met 16 jaar zijn het vaak dezelfde jongeren die alcohol drinken, roken, cannabis gebruiken en riskant seksueel gedrag vertonen. Het blijkt dat 13% van de 12- tot en met 18-jarigen in de Oosterschelderegio drie of meer risicogedragingen vertonen. Mogelijk wordt deze samenhang verklaard door een overkoepelende factor zoals jeugdcultuur of experimenteergedrag. Interventies gericht op afzonderlijke risicogedragingen bij jongeren moeten daarom in ieder geval onderling worden afgestemd, maar bij voorkeur worden gecombineerd tot één aanpak.

Psychische en psychosociale problematiek

Uit het gezondheidsprofiel komen de volgende cijfers naar voren: 17% van de ouderen en 13% van de volwassenen voelt zich psychisch ongezond. Daarnaast voelt 6 tot 8% van deze groepen zich (zeer) ernstig eenzaam. Van de volwassenen heeft gemiddeld 31% een matig tot hoog risico op het ontwikkelen van een angststoornis of depressie. En voor ouderen is dit percentage 34 %. Een andere indicator is het percentage kwetsbare ouderen. Dit zijn ouderen met een hoge draaglast (niet zelfredzaam en/ of beperkt door lichamelijke gezondheid) en een lage draagkracht (alleenwonend en/of alleen AOW). Voor Zeeland is dit percentage 20% en de Oosterschelderegio wijkt hier niet significant van af.

Een beschermende factor om eenzaamheid en psychische problematiek te voorkomen en/of te bestrijden is een sociaal netwerk/ vangnet. Een indicator voor een potentieel sociaal netwerk is de mate van sociale cohesie of betrokkenheid in de buurt. De cijfers van de Oosterschelderegio wijken significant niet af van de gemiddelde cijfers voor Zeeland: 42% van de volwassenen ervaart een lage betrokkenheid bij de buurt. De [Handreiking Gezonde Wijk](#) biedt ondersteuning en praktische handvatten om op een integrale manier de leefomgeving op wijkniveau te beïnvloeden en te verbeteren.

Gezondheidsindicatoren bewoners Oosterschelde regio

Onderwerp	Indicator	rVTV 2008		rVTV 2012	
		OSR	ZLD	OSR	ZLD
	%				
Demografie	0-19 jaar	25	24	24	23
	65+	17	17	18	19
	Groene druk	43	40	42	40
	Grijze druk	28	29	31	32
Alcoholgebruik 14/ 15 jaar	Wel eens gedronken	80	80	66	65
	Recent gebruik	64	65	54	51
	Binge drinken	42	45	36	34

Roken	14/ 15 (wel eens)	50	48	50*	45
	14/ 15 (dagelijks)	15	14	14	13
	19 t/m 64	29	-	26	26
	65+	12	12	11	11
Softdrugs (recent)	14/ 15 jaar	9	10	7	7
	19 t/m 64 jaar	2	-	2	2
Overgewicht (incl. obesitas)	3,9 jaar	9	8	10	9
	5 jaar	13	13	12	12
	10 jaar	18	18	18	18
	13 jaar	12	14	15	15
	14/ 15 jaar	9	9	9	9
	19 t/m 64 jaar	46	-	49	47
	65+	60	58	60	58
Voldoet aan de bewegingsnorm	14/ 15	77	76	71	71
Beweegt te weinig	19 t/m 64	36	-	36	34
Beweegt te weinig	65+	36	36	37	37
Voelt zich psychisch ongezond	14/ 15 jaar	10	10	8	8
	19 t/m 64 jaar	14	-	13	14
	65+	18	19	17	17
(zeer) ernstig eenzaam	19 t/m 64 jaar	5	-	6	7
	65+	9	10	8	8
Armoede	Huishoudens met minimuminkomen	4	6		5
Diabetes	19 t/m 64	3	-	3	3
	65+	13	12	13	14

6.3 De speerpunten/ambities van het gezondheidsbeleid

Woon(her)kansen (WHK)

De gemeenten in de Oosterschelderegio¹³ hebben samen met de woningcorporaties, de GGD Zeeland, Emergis en SMWO een project opgezet voor mensen met woon- en huurproblemen. Woon(her)kansen is bedoeld om mensen met woon- of huurproblemen in de Oosterschelderegio ondersteuning te bieden zodat uithuiszetting wordt voorkomen (laatste kans). Daarnaast worden cliënten vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGz) een eerste kans gegeven om weer zelfstandig te gaan wonen. Het project is in 2004 van start gegaan en had een looptijd van twee jaar. In 2006 heeft de eindevaluatie van het project woon(her)kansen plaatsgevonden. De belangrijkste conclusie was dat de samenwerking tussen de deelnemende instellingen functioneel is. WHK is daarom gecontinueerd.

In 2012 heeft een werkgroep onderzocht wat de mogelijkheden zijn om woon(her)kansen structureel in te bedden in de dienstverlening van SMWO en Emergis binnen de financiële kaders zoals die er vanaf 2013 zijn¹⁴ en rekening houdend met de wens toe te werken naar trajectfinanciering. Met een gewijzigde werkwijze en minder cliënten acht de werkgroep het mogelijk dat de inzet voor WHK effectiever en efficiënter wordt. De werkgroep adviseert de bestuurders uit de Oosterschelderegio (exclusief de gemeente Tholen) uit te gaan van het solidariteitsprincipe en te blijven kiezen voor regionale financiering via de begroting van het SWVO.

Pilots Afgestemde aanpak preventie jeugd Oosterschelderegio

Gemeenten, zorgaanbieders, voorschoolse periode, onderwijs (primair, VO en MBO) willen in de Oosterschelderegio meer afstemming bereiken in het opzetten en uitvoeren van preventie-activiteiten voor de voorschoolse periode en het onderwijs. Daarom vinden in opdracht van de Task Force Jeugd Zeeland vanaf medio 2012 de pilots Afgestemde aanpak preventie jeugd Oosterschelderegio plaats. In dit traject zijn zes speerpunten benoemd waarop de afstemming in de preventieve aanpak zich op zou moeten richten:

1. Weerbaarheid en sociale vaardigheden vergroten
2. Bevorderen van een gezond leefpatroon
3. Voorkomen van verslaving
4. Bevorderen van gezond seksueel gedrag
5. Voorkomen van financiële problemen
6. Omgaan met verlies ervaringen door scheiden en rouw

Deze speerpunten kunnen in grote lijnen in de bestaande regionale speerpunten worden meegenomen.

Het is de bedoeling dat afstemming leidt tot meer duidelijkheid over de speerpunten in de regio en wie wat ten aanzien van deze speerpunten doet. De afstemming vindt plaats met gemeenten, scholen, voorschoolse voorzieningen en zorgaanbieders. Iedere partij brengt zijn eigen inzet, ervaring en expertise mee. De betrokken partijen willen via het voeren van een gerichte dialoog komen tot verdieping, kwaliteitsverbetering, betere onderlinge afstemming van het aanbod en betere afstemming op de behoefte aan preventie activiteiten. Het effect van dit alles is dat dit uiteindelijk leidt tot efficiënter omgaan met tijd en middelen, zowel voor degene die het aanbod financiert, uitvoert als ontvangt.

¹³ Sinds 2012 participeert de gemeente Tholen niet meer in het project, mede omdat de woningcorporatie Castria met twee Brabantse corporaties is gefuseerd tot Stadlander.

¹⁴ De financiering vanuit het Bureau CZW zal vanaf 2013 vervallen, waardoor circa 25% van de huidige beschikbare middelen vervalt.

Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)

De Stichting Maatschappelijk Werk Oosterschelderegio (SMWO) voert haar activiteiten uit in opdracht van het bestuur van het SWVO namens de gemeentebesturen van Borsele, Goes, Kapelle, Noord-Beveland en Reimerswaal. De opdracht luidt algemeen maatschappelijk werk aan te bieden aan de inwoners van de genoemde gemeenten. SMWO streeft, in het kader van de individuele hulpverlening en de mogelijkheid van doorverwijzing, naar een goede afstemming van taken met verwante organisaties en beroepsbeoefenaren (ketenzorg). Het maatschappelijk werk is voor iedereen gratis en direct (zonder verwijzing en zonder wachttijd) toegankelijk.

De volgende doelen/verwachtingen zijn door de gemeenten geformuleerd:

- Zelfredzaamheid burgers vergroten
- Het leven weer kunnen organiseren
- Eigen netwerk creëren/versterken
- Zorgen dat kwetsbare burgers weer leren hun eigen leven te organiseren

Kern is de maatschappelijke participatie te vergroten. In de formuleringen is geen afbakening van doelgroepen.

Gemeenten hebben de volgende prestatieverwachtingen geformuleerd:

- de ondersteuning van kwetsbare burgers die te maken hebben met:
 - conflicten
 - psychosociale en emotionele problematiek
 - ingrijpende maatschappelijke/ individuele gebeurtenissen.
- afstemming bij multiproblematiek
- aandeel leveren in provinciale/gemeentelijke netwerken om gericht cliëntsystemen te kunnen ondersteunen.

Op basis van de verwachtingen van gemeenten formuleert SMWO jaarlijks een aanbod, bestaande uit een basispakket en een pluspakket. Vervolgens worden contractafspraken gemaakt tussen SWVO en SMWO.

Dementie

Dementie is een hersenaandoening die veel gevolgen heeft voor de patiënt zelf, maar ook voor diens omgeving.¹⁵ In de Oosterschelderegio zijn ongeveer 2.500 mensen in enige fase van een dementieproces. Onderzoek van Alzheimer Nederland wijst uit dat bij elke patiënt met dementie 3,7 mensen betrokken zijn in de rol van mantelzorger of anderszins. Dat betekent dat ongeveer 10.000 burgers in de regio direct of indirect te maken hebben met deze aandoening. In de toekomst zal de druk op mantelzorgers toenemen. Naast het persoonlijk leed dat dementie veroorzaakt, ontstaan ook maatschappelijk problemen.

De enorme toename van het aantal ouderen heeft ook gevolgen voor de toename van het aantal mensen met dementie. Wat dit voor de gemeenten in de Oosterschelderegio betekent, is weergegeven in de volgende tabel.

¹⁵ De informatie over dementie in Zeeland is afkomstig uit de notitie Gemeenten en dementiezorg d.d. 20 oktober 2010 van Emergis.

Gemeente	2010	2015	2020	2025	2030
Borsele	286	303	331	377	431
Goes	657	674	707	789	893
Kapelle	168	185	198	219	245
Noord-Beveland	145	154	175	205	230
Reimerswaal	300	312	336	373	417
Schouwen-Duiveland	664	717	803	910	1.026
Tholen	351	375	413	478	559
Totaal	2.571	2.720	2.963	3.351	3.801

In de Oosterschelderegio is sinds enkele jaren een zorgketen dementie actief. In de keten komen de partijen tot een samenhangend, integraal aanbod voor deze categorie patiënten. Het doel van de zorgketen is dat er door middel van diagnostiek, behandeling, begeleiding en zorg omstandigheden worden gecreëerd voor de patiënt, waardoor de betrokkene zo lang mogelijk zijn/ haar leven naar eigen wens kan blijven inrichten. De gemeenten worden vertegenwoordigd door SWVO.

Gemeenten nemen sinds de invoering van de Wmo een zeer belangrijk onderdeel van de keten dementiezorg voor hun rekening.¹⁶ Het betreft de ondersteuning van vrijwilligers en mantelzorg, het aanbieden van welzijnsvoorzieningen en voorlichting aan inwoners. Ook vallen een aantal partijen die een belangrijke signalerende en ondersteunende rol kunnen spelen bij dementie (zoals aanbieders van huishoudelijke hulp, consultants Wmo, welzijns- en ouderenwerkers en maatschappelijk werk) onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid. Tenslotte zijn gemeenten medeverantwoordelijk voor de fysieke infrastructuur aan zorg en welzijnsvoorzieningen. Daarvoor is afstemming nodig tussen verschillende gemeentelijk beleidsterreinen. De beleid wordt lokaal vormgegeven, zoals welzijnswerk/ ouderenwerk voor de respijtzorg en mantelzorgondersteuning en informatievoorziening door Wmo-consultanten.

6.4 Verwijzingen naar digitale documenten op internet

- De regionale nota gezondheidsbeleid *Gezond en wel in de Oosterschelderegio* (2009-2012): http://www.swvo.nl/dynamisch/informatie/4_4_NL_Regionale_gezondheidsnota_2009_2012_definitief.pdf
- De landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij*: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/notas/2011/05/25/landelijke-nota-gezondheidsbeleid.html>
- *Regionaal gezondheidsbeleid: evaluatie en actualiseren speerpunten*: http://www.swvo.nl/dynamisch/informatie/183_4_NL_Regionaal_gezondheidsbeleid_evaluatie_en_actualiseren_speerpunten_27_juni_2012.pdf
- De regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2012 *Op uw gezondheid!*: http://www.ggdzeeland.nl/dbupload/_fp340_lr_ggd_vtv_publicversie.pdf
- De Handreiking Gezonde Gemeente: <http://www.loketgezondleven.nl/settings/gezonde-gemeente/>
- Het gezondheidsprofiel per gemeente is te vinden op www.regionaalkompas.nl of op <http://www.ggdzeeland.nl/onderwerpen/regionaalonderzoek/regionalevtv/rvtv2012/>

¹⁶ De informatie over gemeenten en dementie is onder meer afkomstig uit de toolkit Samenwerken aan dementiezorg, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG).