

Gezond en wel in de Oosterschelderegio

Regionale nota gezondheidsbeleid Oosterschelderegio 2009-2012



Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
	1.1 Achtergrond	4
	1.2 Het proces	4
	1.3 Leeswijzer	5
2	Gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid	6
	2.1 Wat is gezondheid?	6
	2.2 Verschillen in gezondheid.....	6
	2.3 Gemeentelijk gezondheidsbeleid.....	8
	2.4 Visie op gezondheidsbeleid	10
3	Relevante landelijke en Zeeuwse ontwikkelingen	12
	3.1 Preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven'	12
	3.2 Kaderbrief 'Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie'	12
	3.3 De Wet publieke gezondheid.....	13
	3.4 Nieuw jeugdbeleid: Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)	14
	3.5 Overige ontwikkelingen.....	15
	3.6 Zeeuwse ontwikkelingen.....	16
4	Schets van de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio	18
	4.1 Demografische gegevens	18
	4.2 Gezondheid	19
	4.3 Determinanten van gezondheid.....	22
	4.4 Preventie en zorg.....	25
5	Regionale speerpunten en doelstellingen gezondheidsbeleid 2009-2012.....	27
	5.1 Landelijke speerpunten.....	27
	5.2 Regionale speerpunten 2005-2008	27
	5.3 Regionale speerpunten 2009-2012	28
	5.4 Uitwerking van de speerpunten	29
6	Preventie genotmiddelen	32
	6.1 Inleiding.....	32
	6.2 Onderbouwing	32
	6.3 Strategische aanpak: procesmatig en beleidsinhoudelijk.....	34
	6.4 Algemene visie	34
	6.5 De vier pijlers van een integrale aanpak	35
	6.6 Financiën	36
	6.7 Evaluatie en monitoring	37

7	Overgewicht.....	38
	7.1 Inleiding.....	38
	7.2 Doelstellingen	39
	7.3 Activiteiten	39
	7.4 Financiën	40
	7.5 Evaluatie en monitoring	40
8	Psychische en psychosociale problematiek.....	41
	8.1 Inleiding.....	41
	8.2 Onderbouwing	41
	8.3 Doelstellingen	42
	8.4 Activiteiten	43
	8.5 Financiën	43
	8.6 Evaluatie	44
9	Lokaal beleid	45
	Bijlage 1: Gebruikte bronnen	48
	Bijlage 2: Tabellen voor de schets van de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio49	

CONCEPT

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In deze nota staan de beleidsprioriteiten van het regionaal gezondheidsbeleid in de Oosterschelderegio voor de periode 2009 – 2012. Doel van het regionaal/gemeentelijk gezondheidsbeleid is het op peil houden of verbeteren van de gezondheidssituatie van de inwoners. 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 mensen een gezonde keuze maken.

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 effectiviteit van preventie kan worden verhoogd door integraal beleid en een goede evaluatie. Verder heeft het werken met bewezen effectieve interventies de voorkeur. Een knelpunt is dat de kosten en baten van preventief beleid moeilijk te meten zijn. Maar we weten wel dat niks doen zeker niet werkt.

Veel beleid heeft te maken met leefstijl en in de praktijk vaak met gedragsveranderingen. Dit is best lastig en roept ook snel weerstand op. Toch moeten we niet vergeten dat een ongezonde leefstijl veel gezondheidsrisico's oplevert. Een belangrijk aandachtspunt is dan ook dat we als overheid niet te betuttelend willen zijn, maar tegelijkertijd wel burgers willen bewegen om een gezonde leefstijl te ontwikkelen. We worden immers steeds ouder, en het is wel zo fijn om deze toename in levensjaren ook in goede gezondheid door te brengen.

In het gezondheidsbeleid dient aandacht te zijn voor andere beleidsterreinen. Zo heeft gezondheidsbeleid een nauwe relatie met de Wmo, maar ook jeugd, veiligheid en ruimtelijk ordening zijn van belang. Toch is er een aparte gezondheidsnota. Niet alleen omdat dit wettelijk verplicht is. Een gezondheidsnota biedt ook het kader om speerpunten te benoemen die specifiek gericht zijn op gezondheidsaspecten. Omdat gemeenten toch beperkte (financiële) middelen hebben voor gezondheidsbeleid, is het belangrijk om keuzes te maken in beleidsprioriteiten.

Voor u ligt de regionale gezondheidsnota voor de Oosterschelderegio. In de regionale nota zijn die speerpunten uitgewerkt die op regionaal niveau als prioriteit zijn benoemd en waarvoor een regionale aanpak wordt ontwikkeld. In de nota is ook een lokale paragraaf uitgewerkt, waarin per gemeente aanvullende prioriteiten zijn benoemd.

1.2 Het proces

De beleidscyclus gaat uit van de volgende stappen: gegevensverzameling → beleidsvorming → uitvoering → evaluatie, waarna weer gegevensverzameling volgt.

De landelijke overheid heeft in 2006 haar speerpunten voor gezondheid bepaald. Deze prioriteiten komen voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking en uit de beschikbare interventies. Deze gegevens vormen een goed uitgangspunt voor lokaal beleid.

In 2008 is de regionale nota *Gezondheidsbeleid in uitvoering* geëvalueerd.¹ Een van de conclusies was dat het regionale gezondheidsbeleid heeft geleid tot de uitvoering van een aantal concrete gezondheidsbevorderende activiteiten binnen de beschikbare financiële kaders.

¹ Evaluatie nota gezondheidsbeleid Oosterschelderegio 2004-2008, SWVO, 2008.

In mei 2008 heeft een eerste toelichting in de zeven gemeenteraden plaatsgevonden over het regionale gezondheidsbeleid. In deze toelichting zijn de resultaten van de evaluatie gepresenteerd, zijn de (voorlopige) resultaten van de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio gegeven en is bij de raden geïnventariseerd wat de (lokale) aandachtspunten voor gezondheidsbeleid zijn.

De gegevensverzameling over de gezondheidssituatie heeft plaatsgevonden door de GGD Zeeland. Eind november 2008 verscheen het rapport *Gezondheid boven water, Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning 2008* (de rVTV). We kennen nu de gezondheidssituatie in Zeeland, maar ook lokaal. Elke gemeente heeft begin 2009 haar eigen kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid ontvangen.

De landelijke prioriteiten, de evaluatie van de vorige gezondheidsnota, de regionale gegevens over de gezondheidssituatie en de aandachtspunten vanuit de gemeenteraden vormen samen de basis voor de regionale speerpunten (beleidsvorming). Deze prioriteiten geven aan waar de accenten binnen het regionale gezondheidsbeleid liggen. Na vaststelling van de prioriteiten worden de activiteitenprogramma's opgesteld (per speerpunt een programma).

1.3 Leeswijzer

De hoofdstukken 2 tot en met 4 vormen de basis voor de speerpunten van het gezondheidsbeleid. Hoofdstuk 2 behandelt de vragen wat is gezondheid en wat is gemeentelijk gezondheidsbeleid, oftewel het beleidsmatige kader. In hoofdstuk 3 worden de relevante landelijke en Zeeuwse ontwikkelingen beschreven: van landelijk beleidsnota's tot Zeeuwse initiatieven. Hoofdstuk 4 gaat in op de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio. De belangrijkste informatiebron hiervoor is de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning.

Hoofdstuk 5 gaat specifiek in op de speerpunten van het gezondheidsbeleid. Na een overzicht van de landelijk speerpunten en de evaluatie van de regionale speerpunten 2004-2008, worden de drie speerpunten voor het regionale gezondheidsbeleid 2009-2012 benoemd: preventie genotmiddelen, overgewicht en psychische/psychosociale problematiek. Deze prioriteiten worden in de hoofdstukken 6 tot en met 8 verder uitgewerkt. Naast de speerpunten zijn er nog een aantal gezamenlijke projecten die gerelateerd zijn aan het gezondheidsbeleid. Dit zijn het project woon(her)kansen, het sociaal pension in Goes en de ontwikkeling van preventief ouderenbeleid (ouderengezondheidszorg).

De nota sluit af met een lokale paragraaf (hoofdstuk 9). Hierin staan de prioriteiten die door de zeven gemeenten in de Oosterschelderegio zijn aangegeven.

2 Gezondheid en gemeentelijk gezondheidsbeleid

2.1 Wat is gezondheid?

Een veelgebruikte definitie van gezondheid is die van de World Health Organisation (WHO): *Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekten of andere lichamelijke gebreken.*

Lalonde² hanteert dezelfde definitie en stelt vast dat de meeste gezondheidswinst buiten de gezondheidszorg behaald kan worden. Het model van Lalonde vormt een goed kader voor beleidsontwikkeling voor de publieke gezondheidszorg. Het model onderscheidt vier soorten factoren die van invloed zijn op de gezondheid van mensen:

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

Uit dit overzicht van factoren blijkt wel dat de kansen op gezondheid voor individuele burgers verschillen. De laatste jaren is er veel aandacht voor de zogenaamde sociaal-economische gezondheidsverschillen, vooral ontstaan door verschillen in omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen en werken. Hier ligt een belangrijk aangrijpingspunt voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid. De biologische factoren zijn niet beïnvloedbaar door de gemeentelijke overheid en worden dus verder buiten beschouwing gelaten. Op de leefomgeving en leefstijl heeft de gemeente de meeste mogelijkheden om invloed uit te oefenen. Ook de gezondheidszorg is vanzelfsprekend van invloed op de gezondheid van burgers. De (gemeentelijke) overheid kan onder andere aandacht besteden aan de toegankelijkheid van deze zorg en speelt een rol in het vestigingsbeleid.

Gezondheid is dus niet alleen te beïnvloeden via de sector volksgezondheid. Ook maatregelen en gedrag op het terrein van bijvoorbeeld verkeer, veiligheid, ruimtelijke ordening, sociaal beleid, milieu en onderwijs kunnen de gezondheid beïnvloeden. Gezondheidsbeleid is dan ook per definitie integraal beleid. Samenwerking staat hierbij centraal: binnen de gemeente, tussen gemeenten en met regionale instellingen, patiënten- en consumentenorganisaties en financiers. Naast uitvoerder van gezondheidsbeleid werpt de gemeente zich zo steeds meer op als regisseur van gezondheidsbeleid. In die functie bevordert zij verschillende vormen van zorg en de afstemming daartussen.

2.2 Verschillen in gezondheid

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen achtergrond en leefstijl en gezondheid, omdat er veel gezondheidsverschillen tussen groepen burgers bestaan. Structurele ongelijkheid in gezondheid botst met het algemene principe van gelijke kansen. Daarom is een van de doelen van gezondheidsbeleid het verkleinen van vermijdbare verschillen in gezondheid ten gunste van de groepen met een mindere gezondheid.

Sociaal economische status (SES)

De sociaal economische status heeft een grote invloed op de gezondheid. Factoren die de sociaal economische status bepalen zijn opleiding, inkomen, woon- en werkomgeving en in een aantal

² Lalonde was ooit minister van volksgezondheid in Canada.

gevallen etnische herkomst³. Achterstanden in gezondheid als gevolg van sociaal-economische determinanten zijn vaak nauw verwant met het wijkniveau.

Dat de gezondheidsverschillen groot zijn blijkt uit de volgende resultaten:

- Mensen uit armere milieus (een lage SES) gaan gemiddeld vier jaar eerder dood dan mensen uit rijkere milieus (een hoge SES). Armere mensen leven gemiddeld twaalf jaar korter in goede gezondheid dan rijkere, als gevolg van chronische aandoeningen en beperkingen. Mensen met een lage sociaal-economische status leven over het algemeen ongezonder (meer alcoholgebruik, roken, overgewicht en minder sporten) en wonen en werken in ongunstiger omstandigheden dan mensen met een betere sociaal-economische status. De verschillen in gezondheid en leefstijl tussen deze groepen zijn de afgelopen tijd niet veranderd. Ze zijn stabiel gebleven in de periode 1990-2003 (uit: Kiezen voor een gezond leven, ministerie van VWS).
- Hoogopgeleide mensen leven 6 tot 7 jaar langer dan laagopgeleide mensen. Het verschil in het aantal levensjaren waarin mensen de gezondheid als goed ervaren, bedraagt zelfs 16 tot 19 jaar. Mensen met een lage opleiding leven niet alleen korter, maar brengen ook minder jaren in goede gezondheid door (uit: Gezondheid en Zorg in cijfers 2008, CBS).

Van een lage SES wordt iemand over het algemeen niet ziek. In het algemeen is bijvoorbeeld armoede in Nederland niet zo groot dat dit gezondheidsproblemen veroorzaakt. Maar de scheve verdeling van SES blijkt een even scheve verdeling op te leveren in de manier waarop groepen scoren op de factoren uit het model van Lalonde. In nagenoeg alle gevallen (biologische factoren uitgezonderd) scoren lage SES-groepen ongunstiger op de factoren. De fysieke omgeving (werkomgeving, binnenmilieu, verkeer in de wijk, groen- en speelvoorzieningen) is doorgaans risicovoller voor de gezondheid. Hetzelfde geldt voor de sociale omgeving (onveiligheid, armoede, de ongunstige voorbeeldfunctie van familie, vrienden en collega's). De leefwijze van lage SES-groep is gezondheidsbedreigender dan de leefwijze van hoogopgeleide groepen en de omgang met de gezondheidszorg is minder soepel en leidt tot minder resultaat. Anders dan SES zelf zijn dit wél factoren die direct invloed hebben op de gezondheid.

Goede toegang tot zorg, continue stijging van het opleidingsniveau en goede wijkaanpak zijn belangrijke voorwaarden voor het verkleinen van deze achterstanden. Deze maatschappelijke vraagstukken vergen een integrale aanpak. Voor een stijging van een (gezonde) levensverwachting zijn er niet alleen maatregelen nodig op het terrein van volksgezondheid, maar ook maatregelen op de beleidsgebieden armoedebestrijding, onderwijsachterstanden, schooluitval, jeugd, volkshuisvesting en wijkaanpak.

Jongeren

De gezondheid van de Nederlandse jeugd is over het algemeen goed. Dit blijkt uit een onderzoek naar de leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd.⁴ Vergeleken met de volwassen Nederlanders, maar ook ten opzichte van leeftijdsgenoten in andere landen, is onze jeugd zeer gezond. De leefstijl van een groot deel van de jongeren brengt echter gezondheidsrisico's met zich mee.

Jongeren met een ongezonde leefstijl beperken zich doorgaans niet tot één ongezonde leefstijlfactor. Het zijn vaak dezelfde jongeren die bijvoorbeeld alcohol drinken en roken, of roken en blowen. Dit heeft belangrijke consequenties. Dit soort gedrag heeft direct effect op de gezondheid, het welzijn en de ontwikkeling van de jeugd. Zo is bij een deel van de jongeren die vaak en veel alcohol drinken nu al sprake van blijvende gezondheidsschade. Een ongezonde leefstijl zorgt ook op de lange termijn voor problemen. Zo geeft overgewicht op jeugdige leeftijd een grotere kans om later diabetes of hart- en vaatziekten te ontwikkelen.

³ Van al deze factoren blijkt het opleidingsniveau een goed meetbare en stabiele indicator te zijn.

⁴ Spelen met gezondheid, RIVM, 2008.

Het is dus belangrijk nu al in te zetten op gezondheidsbevorderende interventies bij de jeugd. Maatregelen gericht op afzonderlijke leefstijlfactoren bij jongeren moeten in ieder geval onderling worden afgestemd, maar bij voorkeur worden gecombineerd tot één aanpak. Daarnaast is preventie belangrijk. Preventieve interventies moeten een combinatie zijn van gedragsbeïnvloeding van de jongere zelf en maatregelen op een gezonde leefomgeving. Ouders en opvoeders hebben een belangrijke rol door kinderen van jongs af aan te leren gezonde keuzes te maken. Preventie richt zich bij voorkeur op het continueren van gezond gedrag van kinderen op de basisschool, met de overgang naar het voortgezet onderwijs als cruciale fase.

Ouderen

De doelgroep ouderen is een grote groep die in de toekomst alleen nog maar meer zal groeien. Naast het voorkomen, vroegtijdig signaleren of uitstellen van gezondheidsproblemen en ziekten kan ook verlies van kwaliteit van leven worden voorkomen en kan de zelfredzaamheid worden vergroot.

Ook bij ouderen leveren gedragsveranderingen nog gezondheidswinst op. Stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen hebben een positief effect op de gezondheid van ouderen. Zelf als ouderen deze gedragsveranderingen pas na hun 65e ondergaan, blijkt dit nog effectief te zijn. Zo leven mannen die op hun 65e stoppen met roken gemiddeld 1,4 tot 2,0 jaar langer en vrouwen zelfs 2,7 tot 3,7 jaar langer.

Veel organisaties zijn betrokken bij de gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie voor ouderen. Het aanbod van interventies is echter sterk versnipperd. De interventies richten zich vaak op één thema, zoals bijvoorbeeld beweging, gezonde voeding, valpreventie, depressie en eenzaamheid. Daarnaast is er weinig informatie voorhanden over het bereik en de effectiviteit van preventieve interventies gericht op ouderen.

Preventie gericht op ouderen heeft als doel ouderen zo lang mogelijk zelfstandig, onafhankelijk en gezond te houden. Om ervoor te zorgen dat interventies beter aansluiten bij de wensen van ouderen en geaccepteerd worden, is het raadzaam om ouderen op een actieve manier te benaderen. Verder wordt de effectiviteit van preventieve interventies positief beïnvloed als er samenwerking tussen de verschillende organisaties is. Een voorbeeld van samenwerkingsverbanden bij gemeenten is het integreren van de gebieden wonen, zorg en welzijn, die leiden tot zogenaamde woonzorg centra. Dit zorgt voor een goede setting waar preventieve interventies kunnen worden aangeboden.

De uitvoering van preventief ouderenbeleid komt in paragraaf 5.3 (regionale speerpunten 2009-2012) aan bod.

2.3 Gemeentelijk gezondheidsbeleid

Waarom heeft de gemeente een taak in het bevorderen van gezond gedrag?

De gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van burgers is gebaseerd op een aantal wetten, te weten:

- de Grondwet stelt in artikel 22 dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de gezondheid;
- de Gemeentewet geeft in artikel 149 de gemeenteraad de bevoegdheid om verordeningen op te stellen die nodig zijn in het belang van de gemeente, dus ook op het terrein van de volksgezondheid;
- de Wet publieke gezondheid (Wet PG) bepaalt dat gemeenten de totstandkoming en de continuïteit van en de samenhang binnen de collectieve preventie bevorderen. Daarnaast bevordert B&W de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie met de curatieve gezondheidszorg en de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Deze wet verplicht alle Nederlandse gemeenten om actief beleid te voeren op het terrein van de

volksgezondheid en een (gemeentelijke, gemeenschappelijke of gewestelijke) gezondheidsdienst (GGD) in stand te houden. Ook zijn de gemeenten sinds 2004 verplicht iedere vier jaar een nota lokaal gezondheidsbeleid te maken met daarin de ambities, keuzes en prioriteiten op het gebied van volksgezondheid en preventie;

- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De kern van de Wmo is dat iedere burger meedoet aan de samenleving. Dit is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Er zijn mensen die daar belemmeringen bij ondervinden. De opzet van de wet is dat mensen zelf oplossingen bedenken voor die problemen, bijvoorbeeld door zelf maatregelen te nemen of door hun omgeving daarbij in te schakelen. Pas als dat niet lukt, zorgt de overheid voor ondersteuning. Het gaat hierbij om niet-medische zorg.

Relatie Wet PG en Wmo

De Wet publieke gezondheid (Wet PG) is vooral gericht op het voorkomen van gezondheidsproblemen (oftewel voorkomen van verminderde zelfredzaamheid) door het beschermen, bewaken en bevorderen van gezondheid bij de gehele bevolking. De Wmo is gericht op het bevorderen van maatschappelijke participatie van diegenen die om welke reden dan ook minder zelfredzaam zijn. Deze doelen liggen in elkaars verlengde: gezondheid en participatie versterken elkaar. Als overstijgend doel van beide wetten kan de bevordering van kwaliteit van leven worden gesteld. De raakvlakken van beide wetten liggen op de bevorderingstaken: de primaire en secundaire preventie oftewel de universele, selectieve en geïndiceerde preventie. Het gaat hierbij om het voorkomen van problemen bij de algehele bevolking en bij risicogroepen (prenatale zorg, anti-pestprogramma's, valpreventie bij ouderen) en het vroegtijdig signaleren van problemen (kinderen met gedragsproblemen, bevolkingsonderzoeken kanker).

Er is nog een relatie tussen publieke gezondheid en de Wmo. Het beleidskader van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) is namelijk gewijzigd. Per 1 januari 2007 is de OGGZ (met uitzondering van 'het bieden van psychosociale hulp bij rampen') overgeheveld van de Wcpv (voorloper Wet PG) naar de Wmo, prestatievelid 8. Gemeenten zijn vanaf die datum verantwoordelijk voor de uitvoering van de OGGZ, evenals voor de uitvoering van maatschappelijke opvang en verslavingszorg. De OGGZ heeft echter nog steeds veel raakvlakken met de collectieve preventie volksgezondheid. Zo voeren de meeste GGD's uitvoerende taken uit op het gebied van de OGGZ.

Beide beleidsterreinen kunnen elkaar ondersteunen en aanvullen. Om te voorkomen dat de druk op de individuele Wmo-voorzieningen te groot wordt, is het van belang dat gemeenten investeren in preventietaken binnen beide wetten. Het gaat hierbij om collectieve preventieactiviteiten die voorafgaan aan cure, care en welzijn.

Wat kan de gemeente doen aan gezondheidsbeleid?

Dat is preventie. Preventie is het totaal van maatregelen binnen en buiten de gezondheidszorg die tot doel hebben de gezondheid te bewaken en te bevorderen door ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen. Daarbij zijn gezondheidsbescherming en ziektepreventie zaken die door de overheid geregeld moeten worden en die voor een groot deel ook buiten de gezondheidszorg vallen (denk aan schoon water en veilig verkeer). Gezondheidsbevordering gaat over gedragsverandering en is een taak van alle belanghebbenden. Het gaat dan om zelfzorg (individueel), maar ook om collectief mensen te verleiden tot goed gedrag en maatwerk te leveren voor specifieke groepen.

Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen universele preventie (gericht op de gehele bevolking) en selectieve preventie (gericht op risicogroepen). Ook de collectieve preventie en curatieve zorg staan niet los van elkaar. Het is een taak van gemeenten om te zorgen voor samenhang en afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve zorg.

Als we teruggaan naar het model van Lalonde heeft de gemeente de meeste invloed op de fysieke omgeving (zoals verkeersveiligheid, binnenmilieu, groen- en speelvoorzieningen), de sociale

omgeving, leefomgeving (bijvoorbeeld armoedebeleid en veiligheid) en de leefstijl/ het gedrag van de burgers (bevorderen van gezond gedrag in voeding, bewegen, roken en alcohol). Met preventie is nog een aanzienlijke gezondheidswinst te boeken.

Relatie met externe partners

Veel organisaties, zowel lokaal als regionaal, zijn betrokken bij de uitvoering van het gezondheidsbeleid. De belangrijkste partners voor de gemeente zijn de GGD, de GGZ-instellingen en de (thuis)zorgorganisaties (kernpartner voor het onderdeel Jeugdgezondheidszorg 0 tot 4 jarigen). Per gemeente spelen nog veel meer maatschappelijke organisaties een rol bij de uitvoering van het beleid op onderdelen zoals scholen, kinderopvang, woningbouwcorporaties, instellingen voor maatschappelijke dienstverlening (zoals het maatschappelijk werk), 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. Volgens de recente visie van de minister zou de eerste lijn een belangrijke rol moeten spelen op het gebied van preventie en van 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. Of dat lukt, is mede afhankelijk van de middelen voor preventie van de kant van de zorgverzekeraars. In de huidige situatie is er weinig samenwerking tussen gemeenten en de eerste lijn en de zorgverzekeraar. Op bestuurlijk niveau dient met het zorgkantoor (CZ) overleg te worden opgestart en onderhouden, zodat plannen en voornemens kunnen worden uitgewisseld. Daarbij kunnen gemeenschappelijke doelen worden geformuleerd (bijvoorbeeld rondom specifieke doelgroepen zoals ouderen, jeugdigen en verslaafden). Als verzekeraars kiezen voor investeren in preventie zijn zij de 'natuurlijke' partners van gemeenten.

2.4 Visie op gezondheidsbeleid

Het doel van gezondheidsbeleid is het bevorderen en verbeteren van de volksgezondheid en het verkleinen van gezondheidsverschillen tussen groepen. Als mensen gezond zijn, kunnen ze beter meedoen aan de maatschappij. Burgers hebben een eigen verantwoordelijkheid voor het waar mogelijk vermijden van gezondheidsschade en gemeenten hebben de taak een actief preventiebeleid te voeren. Naast de uitvoering van de wettelijke taken op gebied van gezondheidsbescherming en ziektepreventie werken de gemeenten in de Oosterschelderegio aan gezondheidsbevordering vanuit de volgende visie:

Stimuleer een integrale aanpak

Een gezonde en veilige leefstijl kan veel bijdragen aan de gezondheid en kwaliteit van leven. Het is nodig mensen meer tot gezonde keuzes te verleiden, maar dat is niet eenvoudig. Ongezonder gedrag is namelijk niet iets van het individu alleen, maar hangt ook met andere factoren samen (bijvoorbeeld de sociale en fysieke omgeving van mensen). Door de samenleving zo in te richten dat 'de gezonde en bewuste keuze' een makkelijke keuze wordt, wordt de burger gestimuleerd om zich gezonder te gaan gedragen.

Wat betekent integraal beleid concreet? Als voorbeeld een integrale aanpak van overgewicht bij jeugd. Het verkeersbeleid heeft aandacht voor veilig fietsen, de ruimtelijke ordening heeft als aandachtspunten voldoende speelruimte en een leefomgeving die uitnodigt tot bewegen (woonwijk met veel groen), het onderwijsbeleid richt zich op gezonde voeding en in het sociaal beleid is een sportpas opgenomen.

Gezondheidsbeleid betekent dus ook maatregelen nemen op andere beleidsterreinen dan alleen op volksgezondheid. Het ontwikkelen en uitwerken van gezondheidsbeleid gebeurt zoveel mogelijk in samenhang met beleidsontwikkeling op andere relevante beleidsterreinen.

Gezondheid is een gezamenlijk belang

De gemeenten kunnen maar in beperkte mate gezond gedrag van burgers beïnvloeden. Vanuit de visie dat gezond gedrag te bevorderen is door ingrijpen in de sociale en fysieke omgeving waar dit gedrag zich voordoet, zoekt de gemeente dan ook samenwerking met betrokken partijen. Te denken valt hier aan gezondheidprofessionals, scholen, bedrijven, instellingen, wijk- en buurtcentra, belangengroepen en collega's van andere beleidssectoren zoals ruimtelijke ordening en milieu.

De gemeenten hebben verschillende rollen

De gemeenten voeren wettelijke taken uit op het gebied van gezondheidsbescherming en ziektepreventie. Deze taken zijn door de gemeenten onder andere ondergebracht bij de GGD Zeeland. In het kader van gezondheidsbevordering zullen gemeenten zorgen voor het uitvoeren van preventieactiviteiten. Daarnaast nemen ze de rol op zich om belanghebbende partijen samen te brengen en te verleiden tot goede initiatieven en samenwerking. Het bevorderen van samenhang in beleidsmaatregelen en preventieactiviteiten behoort eveneens tot die regierol. Tot slot kan de gemeente partijen ondersteunen of faciliteren (bijvoorbeeld het faciliteren van huisvesting van huisartsen).

Geef prioriteit aan risicogroepen en bied maatwerk

In vergelijking met andere bevolkingsgroepen vertoont de groep met een lage sociaal economische status, waaronder leerlingen van het VMBO, het vaakst ongezond gedrag. Ook de combinatie van ongezonde gedragingen komt vaker voor bij deze groep.

Voor groepen met een lage SES blijkt voorlichting als methode niet of nauwelijks te werken. Het werkt zelfs vaak averechts omdat ze niet of nauwelijks profijt hebben van de voorlichting. Voor deze groepen is het beter om de preventie in settings aan te bieden, dicht bij het leven en werken van mensen: in de wijk, op school en op het werk. Ook het betrekken van de doelgroep zelf bij de opzet en uitvoering van een interventie vergroot het mogelijke effect.

Bevorder effectieve preventie

Effectieve preventie betekent dat mensen daadwerkelijk gezonde keuzes gaan maken en in staat zijn hun gedrag te veranderen. Dit is niet zomaar te bereiken, daarvoor is een aantal voorwaarden nodig waarmee de gemeente rekening moet houden bij de keuzes voor en financiering van preventie. Een belangrijk voorwaarde is het gebruik van methodes die effectief bewezen zijn of effectieve elementen bevatten (evidence-based, oftewel gebaseerd op een theorie). Een goed voorbeeld hiervan is de methode 'Een Gezonde school'. Daarnaast is de duur van de activiteiten van belang als het gaat om effectiviteit. Een eenmalige voorlichting vergroot veelal alleen de kennis en leidt niet automatisch tot gedragsverandering. Veel activiteiten worden projectmatig aangeboden en na een korte tijd weer van de agenda gehaald. Dit is deels een gevolg van de financiering binnen preventie die met tijdelijke middelen wordt gedaan (zoals stimuleringsmaatregelen). Het structureel inbedden van preventieprogramma's in systemen is van belang en de gemeente kan door het stellen van prioriteiten en het sturen in de projectmatige 'waan van de dag' hier veel aan bijdragen. Bij een groter risico op gezondheidsproblemen wordt het programma natuurlijk intensiever. Belangrijk is daarbij ook dat de preventie-interventies aansluiten bij de keten van de hulpverlening.

3 Relevante landelijke en Zeeuwse ontwikkelingen

3.1 Preventienota 'Kiezen voor Gezond Leven'

De minister van VWS stelt elke vier jaar de landelijke prioriteiten op het gebied van de collectieve preventie vast. In 2006 verscheen de landelijke preventienota 'Kiezen voor gezond leven' voor de periode 2007-2010. De nota gaat vooral over een betere afstemming tussen rijksbeleid en lokaal beleid. Uitgangspunt is het streven naar een toename van de levensverwachting in Nederland, een toename van het aantal gezonde levensjaren en de afname van gezondheidsverschillen (regionaal en sociaaleconomisch). Het preventiebeleid is erop gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Het hoofdthema van de preventienota is het bevorderen van een gezonde leefstijl.

'Kiezen voor gezond leven' beschrijft vijf speerpunten welke zijn gekozen omdat ze een grote bijdrage leveren aan het voorkomen van onze belangrijkste volksgezondheidsproblemen:

- Roken
- Schadelijk alcoholgebruik
- Overgewicht (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie

De aangegeven prioriteiten vloeien voort uit de gegevens over de gezondheid van de Nederlandse bevolking⁵, uit de beschikbare doelmatige interventies en uit het overleg dat VWS heeft gevoerd met verschillende partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van preventie in de gemeenten. Deze vijf speerpunten zijn tevens richtinggevend voor de prioriteiten in gemeenten.

In de nota wordt gesignaleerd⁶ dat lokaal beleid voor de openbare gezondheidszorg flink is verbeterd sinds de gemeenten wettelijk verplicht zijn een nota gezondheidsbeleid op te stellen. Gemeenten zijn sinds 1995 ook veel meer bezig met het onderwerp. De meeste gemeenten hebben inmiddels een nota gezondheidsbeleid en ook de financiering van de openbare gezondheidszorg, hoewel een duidelijk knelpunt, is verbeterd.

Toch ondervinden gemeenten nog de nodige problemen, vooral in de uitvoering van voorgenomen activiteiten. Gemeenten nemen vaak nog onvoldoende de lokale gezondheidssituatie als uitgangspunt om prioriteiten te stellen in hun gezondheidsbeleid. Ze kijken nog te weinig naar de uitvoering van hun voornemens. Verder maken gemeenten nog onvoldoende gebruik van bewezen effectieve interventies en gebruiken gemeenten nog onvoldoende hun eigen instrumenten om leefstijlveranderingen te ondersteunen. Ook ontbreekt het vaak aan samenhang in het lokale gezondheidsbeleid.

De rijksoverheid komt met een aantal maatregelen om gemeenten te ondersteunen om dit alles nog beter te doen. Voorbeelden hiervan zijn een nieuw onderzoeksprogramma bij ZonMW (moet bruikbare informatie opleveren over effectieve interventies), het nieuw opgerichte Centrum voor Gezond Leven (RIVM), een ondersteuningstraject van de VNG en het ontwikkelen van handreikingen voor gemeenten.

3.2 Kaderbrief 'Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie'

Het kabinet realiseerde zich dat gezondheid en preventie een complex geheel is. Er zijn veel gegevens over de staat van de volksgezondheid, ziekte en sterfte, mede in relatie tot gedrag en

⁵ Zorg voor gezondheid, VTV 2006, RIVM.

⁶ Op basis van de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) uit 2005.

medische interventies. Maar het gezondheidsbeleid en de uitvoering daarvan is te vrijblijvend en te versnipperd. Mensen worden er niet gezonder op. Het kabinet wil daarom meer samenhang creëren. Daarom heeft het kabinet in 2007 een nieuw document gepresenteerd met zijn visie op gezondheid en preventie: 'Gezond zijn, gezond blijven'.

In de visie wordt de nadruk gelegd op het eigen belang en de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid en op de belangen en verantwoordelijkheden van de omgeving van het individu: de familie en vrienden, de buurt, de school, de werkgever, de overheid, het bedrijfsleven en de gezondheidszorg. Het voorkomen van vermijdbare gezondheidsschade is een verantwoordelijkheid van ons allemaal.

Naast het behalen van gezondheidswinst door het bevorderen van een gezonde leefstijl, is gezondheidswinst ook te behalen door meer aandacht te hebben voor preventie in de zorg (bijvoorbeeld door een systematischere aanpak of door een betere samenwerking tussen OGZ en eerstelijnszorg). Daarom is een bredere visie op gezondheid en preventie nodig.

Om deze bredere visie op gezondheid en preventie te realiseren, gaat het ministerie van VWS haar beleid uitwerken aan de hand van vier thema's:

1. koesteren en innoveren
2. samenhangend en integraal gezondheidsbeleid
3. preventie in de zorg
4. bestuurlijke omgeving: verbinden samenwerken en moderniseren.

3.3 De Wet publieke gezondheid

De Wet publieke gezondheid (Wet PG) en het Besluit publieke gezondheid zijn op 1 december in werking getreden. De Wet PG vervangt de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv), de Infectieziektewet en de Quarantainewet.⁷

De Wet PG maakt het mogelijk om sneller in te grijpen bij dreigingen van bijvoorbeeld Sars of vogelgriep. De nieuwe wet maakt het ook eenvoudiger om nieuwe internationale afspraken op het gebied van infectieziektebestrijding te verankeren. In de wet is de rol van burgemeesters bij epidemiebestrijding expliciet vastgelegd. Ook krijgt de minister van VWS meer bevoegdheden jegens verantwoordelijke burgemeesters. De taken en bevoegdheden op het gebied van infectieziektebestrijding zijn nu vastgelegd in één wet. Eén wet komt de inzichtelijkheid, de bekendheid en dus de goede werking van dit soort regels ten goede.

Het wetsvoorstel van de Wet publieke gezondheid voegde aan de bepalingen van de drie bestaande wetten het volgende toe:

1. de taken die voortvloeien uit de Internationale Gezondheidsregeling van de WHO;
2. om beter voorbereid te zijn op infectieziektecrisis zijn: nieuwe regels met betrekking tot de organisatie van de infectieziektebestrijding;
3. uitbreiding van informatieverplichtingen en bevoegdheden tot optreden;
4. verplichting tot het digitale gegevensopslag bij JGZ (invoering Electronisch Kind Dossier, EKD);
5. uitvoering van ouderenzorg (een opdracht identiek aan de opdracht voor jeugdgezondheidszorg met betrekking tot burgers van 65 jaar en ouder. Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen zijn gericht op gezondheidsproblematiek van ouderen zoals het hebben van meerdere ziekten tegelijk).

⁷ De Wcpv regelde de organisatie van de openbare gezondheidszorg en de instandhouding van de GGD. De Infectieziektewet was gericht op de concrete bestrijding van infectieziektecrises. De Quarantainewet regelde dat personen en vervoersmiddelen in het internationale verkeer vanwege gezondheidsgevaar in isolatie kunnen worden gezet.

Na behandeling van de wet in de kamers (eind 2008) valt de bepaling over digitalisering van de jeugdgezondheidszorg nog niet onder de nieuwe wet. Dit gebeurt nadat de regering vragen van de Eerste Kamer over privacy naar tevredenheid heeft beantwoord. Ook een aantal bepalingen over de ouderengezondheidszorg (artikel 5a) valt (nog) niet onder de nieuwe wet. Op dit moment is nog onduidelijk wat de ontwikkelingen zijn.

Voor de gezondheidsnota was het nieuwe artikel over de ouderengezondheidszorg van belang. Voor gemeenten en de GGD is dit een nieuwe wettelijke taak. In het wetsvoorstel is dit artikel opgenomen naar aanleiding van het amendement Kant over ouderengezondheidszorg, waarin de gemeenten de opdracht krijgen zorg te dragen voor de uitvoering van preventieve zorg voor ouderen. In het wetsvoorstel stond dat het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorgen voor:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- Het ramen van de behoeften aan zorg;
- De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als co-morbiditeit;
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

In de Kamerdebatten is het consultatiebureau voor ouderen genoemd als mogelijke invulling van dit ouderengezondheidsbeleid. Ook bundeling en afstemming van reeds bestaande activiteiten werden genoemd als wezenlijke activiteiten om het wetsartikel uit te voeren. De concrete invulling van de ouderengezondheidszorg wordt echter aan de gemeenten overgelaten.

Zoals gezegd, is de preventieve ouderenzorg (vooralsnog) niet opgenomen in de Wet PG. Dit onderdeel - het amendement Kant - zal echter pas ingaan wanneer er meer duidelijkheid is over de reikwijdte en de financiering. Er is namelijk nog onvoldoende in beeld gebracht wat er van gemeenten wordt verwacht om een impuls te geven aan de uitvoering van het ouderengezondheidsbeleid.

3.4 Nieuw jeugdbeleid: Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)

In het bestuursakkoord tussen rijk en gemeenten "Samen aan de slag" van 4 juni 2007 is afgesproken dat er in 2011 een landelijk dekkend netwerk van Centra voor Jeugd en Gezin is gerealiseerd. Gemeenten spelen hierbij een centrale rol. Ouders, kinderen, jongeren tot 23 jaar en professionals kunnen bij de centra terecht met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. De centra bieden advies en hulp op maat.

De Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) zijn straks een herkenbaar inlooppunt in de buurt. Ze houden zich bezig met preventie, signaleren, advies geven en het bieden van ondersteuning en lichte hulp. Bij zwaardere problemen of een meer ingewikkelde hulpvraag coördineren de centra dit en zorgen voor een casemanager die vanuit een van de samenwerkende instellingen binnen het CJG tot passende hulpverlening komt.

Om de hulp en de zorg voor gezinnen binnen de CJG's goed op elkaar af te stemmen, werken verschillende instanties met elkaar samen, zoals het onderwijs, de kinderopvang, de peuterspeelzalen, de jeugdgezondheidszorg, het maatschappelijk werk, de eerstelijnszorg, het jeugd- en jongerenwerk, et cetera. Volgens de hernieuwde Wet op de jeugdzorg zal een CJG tenminste de volgende onderdelen bevatten:

- Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (consultatiebureaus, schoolarts, etc.);
- De vijf functies uit de Wmo, prestatieveld 2, te weten:
 - Informatie en advies;
 - Signalering;
 - Toeleiding naar hulp;
 - Licht pedagogische hulp;

- Coördinatie van zorg o.a. maatschappelijk werk, gezinscoaching en opvoedondersteuning.
- Een schakel met Bureau Jeugdzorg (voor geïndiceerde zorg);
- Een schakel met de Zorg- en Adviesteams van basisscholen en voortgezet onderwijs.

De regie op de Centra voor Jeugd en Gezin komt te liggen bij de gemeenten. De gemeenten krijgen grote vrijheid in het realiseren van de centra. Ze doen dit op basis van de eigen mogelijkheden en wensen. De centra hebben dezelfde basistaken, maar zijn onderling verschillend.

3.5 Overige ontwikkelingen

Meer aandacht voor preventiebeleid

Preventie krijgt steeds meer aandacht in het gezondheidsbeleid. Preventiebeleid is er op gericht dat mensen langer in goede gezondheid leven. Burgers kunnen zelf kiezen voor gezond leven. Maar ongezond gedrag is niet iets van het individu alleen, maar hangt ook met andere factoren samen. Gezond gedrag vertoont een sterke samenhang met de sociale en fysieke omgeving waar mensen geboren worden, opgroeien en leven. Actie moet daarom vooral plaatsgrijpen in de directe leefomgeving. Het is nodig mensen meer tot gezonde keuzes te verleiden, hoewel dat niet eenvoudig is.

De overheid heeft daartoe een aantal instrumenten beschikbaar zoals wetgeving, voorlichting en prijsbeleid. Dat vraagt om (betere) samenwerking, zowel binnen als buiten de overheid, landelijk en lokaal. Ook goede samenwerking tussen verschillende sectoren van de overheid (zoals milieu, veiligheid, arbeid, onderwijs) draagt hieraan bij. Een van de mogelijkheden is afstemming tussen gemeenten en GGD's met de eerstelijnszorg over het opnemen van preventie als integraal onderdeel van het zorgaanbod.

Verantwoording gemeentelijk gezondheidsbeleid

Gemeenten moeten zich verantwoorden voor het gevoerde gezondheidsbeleid. Zowel naar het Rijk als naar de eigen burgers. Het doel is om in 2009 te komen tot een indicatorenset voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze indicatoren worden ontwikkeld door de Inspectie voor Gezondheidszorg (IGZ) in samenwerking met gemeenten. De indicatoren zijn nog in ontwikkeling, maar inmiddels is wel het visiedocument 'Verantwoording Gemeentelijk Gezondheidsbeleid' vastgesteld. Het visiedocument vormt de basis voor een kwaliteitskader voor het gemeentelijk gezondheidsbeleid, als onderdeel van de maatschappelijke verantwoording.

Het doel is om in 2009 te komen tot een indicatorenset voor gemeentelijk gezondheidsbeleid. Deze set wordt uiteindelijk met de basisset openbare gezondheidszorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en 'Maatschappelijke verantwoording in de openbare gezondheidszorg' van Beter voorkomen geïntegreerd tot één set om de registratielast te verminderen. Vanaf 2009 zal de IGZ haar toezicht op de lokale gezondheidsnota's baseren op de nieuwe indicatoren.

Toekomstvisie op publieke gezondheid

Door allerlei ontwikkelingen (denk aan nieuwe Wet PG, invoering Wmo en ontwikkeling CJG) is er behoefte aan een geactualiseerde visie in brede zin op de toekomst van de Publieke Gezondheid en de rol daarin van gemeenten en GGD's. De VNG heeft begin 2009 een nieuwe toekomstvisie vastgesteld.

Een van de elementen uit de toekomstvisie is de wisselwerking tussen het lokale en landelijke niveau. Op centraal niveau worden kaders gesteld voor de publieke gezondheidszorg en op het lokale niveau liggen veel aangrijpingspunten voor beleidsuitvoering. Gezien de complexiteit van de regierol is ondersteuning met landelijke activiteiten en maatregelen gewenst, om zo de lokale kracht en regie te versterken. Het uitgangspunt daarbij is 'lokaal wat kan en landelijk wat moet'. De publieke gezondheid

is een beleidsdomein dat niet vooral van het Rijk is noch typisch gemeentelijk, maar een verantwoordelijkheid van beide overheidsniveaus.

Een ander punt dat wordt aangestipt in de toekomstvisie zijn de vele raakvlakken van de publieke gezondheid met andere beleidsterreinen, zoals jeugd, Wmo en veiligheid (GHOR). Het leggen van verbindingen tussen de diverse beleidsterreinen en het voeren van integraal beleid versterkt de effectiviteit van de interventies. Het operationeel samengaan in nieuwe, innovatieve uitvoeringsvormen vormt een belangrijkere uitdaging dan het herverkavelen van domeinen door wetgeving.

Op basis van het onderzoek zijn drie aanbevelingen geformuleerd over de rol van de gemeenten:

- Centraal plaatsen van maatschappelijke vraagstukken;
- Verbinden van deelreinen;
- Versterken lokale kracht en regie.

3.6 Zeeuwse ontwikkelingen

Verschillende thema's worden in Zeeland provinciaal aangepakt. Daarom in dit hoofdstuk ook een korte beschrijving van Zeeuwse ontwikkelingen die een relatie hebben met het gezondheidsbeleid.

De provincie

De provincie Zeeland is een belangrijke speler op het gebied van volksgezondheid. De provincie heeft een taak in de preventie- en zorgketen waar het gaat om het milieu, de veiligheid, de jeugdzorg en een sluitende curatieve zorg. De provincie Zeeland geeft aan daarbij in te zetten op integraal beleid, preventief beleid en gezondheidsbeleid (van herstel naar voorkomen, ook in de zorg).

De provincie heeft een aantal wettelijke taken in de jeugdzorg, vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg. In de wet staat onder andere dat provincie en gemeenten afspraken moeten maken over de afstemming tussen de provinciale jeugdzorg en lokaal jeugdbeleid. Tevens heeft de provincie een rol bij de spreiding van de ziekenhuizen en van de ambulancestandplaatsen over de provincie (sluitende curatieve zorg). De standplaatsen van de ambulances worden in het spreidingsplan van de provincie Zeeland vastgesteld. Hiermee wordt bereikt dat in acute hulp situaties de ambulancehulpverlening in de meeste gevallen binnen 15 minuten na melding aanwezig is. Tevens heeft de provincie een ondersteunende functie richting de gemeenten in het kader van de Wmo.

De provincie kan verder gezondheidsbevorderende projecten en/of activiteiten faciliteren. Vanuit het provinciaal beleidsprogramma Sociale zorg wordt gewerkt aan bevorderen van integraal beleid via de zogenoemde demonstratieprojecten, waarbinnen meerdere beleidsterreinen met elkaar worden verbonden. De provincie Zeeland steekt in op sociaal ruimtelijk beleid waarin leefbaarheid en gezondheid (bijvoorbeeld door sportbeleid) aandachtspunten zijn. Verder is de provincie voornemens om demonstratieprojecten te organiseren rond overgewicht en depressie.

Verder wordt momenteel het sociaal rapport in opdracht van de provincie ontwikkeld. Het sociaal rapport is een document waarin de stand van zaken op het terrein van sociale infrastructuur in Zeeland wordt weergegeven en waarin bouwstenen worden aangedragen voor het voeren van een gericht sociaal beleid, dat mede bijdraagt aan een gunstig woon-, werk- en leefklimaat in Zeeland (de Sociale Staat van Zeeland). Naar aanleiding van de uitkomsten van dit rapport wordt een publiek debat georganiseerd. Op basis daarvan vindt de politieke vaststelling van de provinciale sociale agenda plaats (basis voor het sociaal beleid voor een nieuwe beleidsperiode van Provinciale Staten).

Centrumgemeente Maatschappelijke Opvang

In Zeeland is Vlissingen de centrumgemeente Maatschappelijke Opvang. De centrumgemeente is verantwoordelijk voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, zwerfjongeren, openbare geestelijke

gezondheidszorg en ambulante verslavingszorg. Dit zijn onderwerpen die raakvlakken hebben met de prestatievelden 7, 8 en 9 van de Wmo (respectievelijk bieden van MO, het bevorderen van OGGZ en het bevorderen van verslavingsbeleid), maar de centrumgemeente extra verantwoordelijkheden en middelen.

In samenspraak met de gemeenten Terneuzen, Middelburg en Goes heeft de centrumgemeente het **Zeeuws Kompas** geschreven voor de periode 2008-2015. Het Zeeuws Kompas is een visie en een plan van aanpak voor opvang en het voorkomen van opvang van sociaal kwetsbare personen in Zeeland. De centrumgemeente heeft voorgesteld om met alle dertien Zeeuwse gemeenten samen te werken op dit gebied via het College voor Zorg en Welzijn (CZW). Inmiddels is per 1 januari 2009 het CZW-bureau opgericht. Dit bureau voert beleidstaken uit voor alle Zeeuwse gemeenten op het terrein van maatschappelijke opvang, huiselijk geweld, art.1 discriminatie en mantelzorgondersteuning.

Overige Zeeuwse ontwikkelingen

De Wmo is een brede participatiewet: iedereen moet kunnen meedoen. De wet is ontwikkeld in het besef dat de ondersteuning van mensen met een beperking vanuit een andere optiek benaderd moet worden. Met de Wmo wordt de stap gemaakt van verzorgd worden, naar ontvangen van ondersteuning om te kunnen participeren. Om deze ontwikkeling extra te stimuleren heeft de VNG het project **De Kanteling** gestart. In de Oosterschelderegio is afgesproken te onderzoeken of er bij de zeven gemeenten draagvlak bestaat om gezamenlijk, middels een project, het compensatie en participatiebeginsel uit de Wet maatschappelijke ondersteuning in de praktijk meer inhoud te geven.

Het is vaak relatief eenvoudig om aan te geven of een bepaald hulpmiddel of een voorziening de beperking van een persoon compenseert. Het is echter veel lastiger aan te geven in hoeverre dit hulpmiddel of deze voorziening bijdraagt aan de participatie van een persoon aan de samenleving. Toch is dit de bedoeling van de Wmo. Dus niet alleen de vraag stellen "compenseert deze voorziening de beperking?" maar "helpt deze voorziening bij het vinden van een baan of het volgen van onderwijs?". De wet schrijft niet voor hoe gemeenten compensatie vorm moeten geven. Wel is duidelijk dat een omslag in denken en doen nodig is. Er is niet langer sprake van een 'zorgplicht' voor de gemeente en 'claims' van burgers. Dit brengt een grote verandering met zich mee, een kanteling in denken en doen. Er zal meer recht gedaan worden aan de specifieke situatie van een burger, een vraaggerichte aanpak. Tegelijkertijd zal er een groter beroep gedaan worden op de eigen mogelijkheden en de kracht van de omgeving.

Om een betere dienstverlening aan de klanten te kunnen bewerkstelligen is een integrale aanpak van o.a. Wmo, WWB (participatiebudget), minimaregelingen, woningbouwbeleid en volwasseneneducatie (participatiebudget) noodzakelijk. De gebruikelijke sectorale indeling bij gemeenten maakt het moeilijk om deze terreinen met elkaar te verbinden. Daarvoor is de Kanteling ontwikkeld.

Een andere ontwikkeling in Zeeland is het **kleine kernen beleid**. Zeeland is dunbevolkt en kent veel kleine kernen. Het overleiden van voorzieningen (culturele voorzieningen, welzijns- en zorgvoorzieningen, winkels, banken enzovoort) is daardoor moeilijk. Zeker in het licht van bezuinigingen en schaalvergroting. Centraal in het kleine kernen beleid staat het behoud van voorzieningen in de kleine kernen en de beschikbaarheid en bereikbaarheid van zorgvoorzieningen voor de inwoners van de kleine kernen. In het licht van het gezondheidsbeleid is het van belang dat de diverse gezondheidsvoorzieningen, ook voor minder mobiele inwoners, goed bereikbaar is. De gemeente kan hier een bijdrage aan leveren door bijvoorbeeld te zorgen voor faciliteiten die het mogelijk maken dat zorgdiensten in de kernen zelf plaatsvinden. Naast de geografische bereikbaarheid is het van belang dat zorgvoorzieningen voor alle inwoners toegankelijk zijn op het moment dat dit nodig is. Voor instellingen waar de gemeente de wettelijke verantwoordelijkheid heeft (bijvoorbeeld GGD en algemeen maatschappelijk werk) is het mogelijk hier grip op te houden. Voor andere instellingen (bijvoorbeeld ziekenhuis of Emergis) is het minder eenvoudig om actie te ondernemen bij wachtlijsten, maar zijn signaleren en netwerken mogelijkheden.

4 Schets van de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio

GGD Zeeland heeft in samenwerking met RIVM en Scoop een regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning opgesteld met als titel "Gezondheid boven water in Zeeland". De rVTV is in de eerste plaats bedoeld voor gemeenten om strategische beleidskeuzes te kunnen maken. In het rapport van de rVTV zijn Zeeuwse kernboodschappen voor gezondheidsbeleid geformuleerd. Daarnaast zijn per gemeente kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid geformuleerd. In dit hoofdstuk staat een samenvatting van de belangrijkste resultaten uit de rVTV. Waar mogelijk zijn gegevens uit de Oosterschelde gepresenteerd, anders zijn Zeeuwse cijfers gebruikt. In bijlage 2 kunt u verschillende cijfers nazoeken in tabellen.

4.1 Demografische gegevens

Bevolkingsopbouw

Zeeland is een dunbevolkt gebied en een vergrijsde provincie. Met 17% heeft Zeeland het hoogste percentage 65-plussers van Nederland. Tussen de regio's en gemeenten bestaan verschillen in bevolkingsopbouw. Opvallend kenmerk zijn de verschillen tussen gemeenten in groene en grijze druk⁸. De groene druk is in de Oosterschelderegio groter ten opzichte van Zeeland. Met name Reimerswaal, Tholen, Kapelle en Borsele vallen daarmee op. Deze gemeenten hebben relatief veel jeugd en minder ouderen. Schouwen-Duiveland en Noord-Beveland hebben een hogere grijze druk dan in Zeeland totaal en de Oosterschelderegio. Samen met Goes hebben zij het grootste percentage 65-plussers (18-19%).

Bevolkingsprognose

De bevolkingsprognose van de provincie Zeeland wijst uit dat de bevolkingsomvang van Zeeland tot 2025 redelijk stabiel blijft. Daarna zal het aantal inwoners licht dalen. De omvangschattingen lopen voor de verschillende gemeenten behoorlijk uiteen. Zo zullen in de Oosterschelderegio Tholen, Kapelle, Reimerswaal en Borsele vanwege een geboorteoverschot blijven groeien. Ook in Goes en Noord-Beveland neemt het aantal inwoners toe, vooral als gevolg van een positief migratiesaldo (meer nieuwe inwoners van buitenaf dan vertrekkende). Schouwen-Duiveland blijft volgens de schattingen qua omvang relatief stabiel.

De belangrijkste ontwikkeling is dat de bevolkingsopbouw van Zeeland gaat veranderen, waaronder een afnemende potentiële beroepsbevolking na 2020, een toename van ouderen de komende 15 jaar (met 43%) en een afname van jongeren (met 15%). De vergrijzing zal zich verder voortzetten. Bijna een kwart van de bevolking zal in 2020 65 jaar of ouder zijn.

Demografie zegt iets over de gezondheidstoestand van de bevolking en de te verwachte gezondheidsproblemen. Meer ouderen voorspellen bijvoorbeeld meer chronische aandoeningen en grotere druk op voorzieningen in care en cure. Het hebben van een jonge populatie vereist meer aandacht voor gezins- en psychosociale problematiek en leefstijl, terwijl chronische aandoeningen bij jongeren niet veel voorkomen.

Kenmerken van de bevolking

De percentages westerse en niet-westerse allochtonen zijn lager dan voor Zeeland en zeker lager dan voor Nederland. Alleen Goes scoort richting het Zeeuwse gemiddelde qua niet-westerse allochtonen.

⁸ Groene druk is de verhouding tussen het aantal (niet productieve) inwoners van 0-19 jaar ten opzichte van het aantal (in potentie arbeidsproductieve) inwoners van 20-64 jaar. Grijze druk is de verhouding tussen het aantal (niet productieve) inwoners van 65 jaar en ouder ten opzichte van het aantal (in potentie arbeidsproductieve) inwoners van 20-64 jaar.

Er is geen eenduidige relatie tussen etniciteit en gezondheid. Sommige gezondheidsproblemen komen vaker voor bij allochtonen en andere minder vaak.

De sociaal economische status (SES) van de inwoners van de Oosterschelderegio is overwegend gemiddeld. De sociaal verschillen zijn minder groot dan elders in Nederland. Van de 69 postcodegebieden hebben er 47 een gemiddelde SES en 13 een midden-lage SES. De overige 9 postcodes hebben een midden-hoge tot zeer hoge SES.

Bijna 6% van de Zeeuwse huishoudens ontvangt een inkomen onder de 105% van het sociaal minimum. Dit is lager dan het cijfer voor heel Nederland (9,3%). Van de drie Zeeuwse regio's heeft de Oosterschelderegio het laagste aandeel huishoudens met een minimum inkomen: 4,4%. Dit gaat over 3,6% van de inwoners, oftewel circa 5.700 personen. Kapelle heeft van heel Zeeland het laagste percentage huishoudens met een minimuminkomen: 1,7%. In de Oosterschelderegio heeft Goes het hoogste percentage met 5,5%, gevolgd door Reimerswaal (5,1%), en Tholen (4,9%). Het aandeel langdurige minima is wel het hoogst in de Oosterschelderegio: 64% van de minimumhuishoudens leeft al langer dan drie jaar van een minimum inkomen.

Zeeland wordt ook gekenmerkt door de vele toeristen die met name in het hoogseizoen verblijven.

- Zeeland is een dun bevolkt gebied.
- Bevolkingsprognose: (nog) meer ouderen en afname van de beroepsbevolking.
- De sociaal economische status in de Oosterschelderegio is gemiddeld.

4.2 Gezondheid

Levensverwachting en sterfte

Op verschillende aspecten van gezondheid doet Zeeland het beter dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting voor mannen en vrouwen in Zeeland is één jaar meer dan gemiddeld in Nederland. De gemiddelde levensverwachting in Zeeland is 77,3 jaar voor mannen en 82,1 jaar voor vrouwen. Qua sterfte scoort Zeeland op bijna alle doodsoorzaken gunstiger. Vergeleken met de andere GGD regio's is de gezondheid in de regio Zeeland bovengemiddeld.

De levensverwachting in goed ervaren gezondheid is in Zeeland voor mannen gunstiger dan in Nederland. Voor vrouwen is dit vrouwen vrijwel gelijk aan Nederlands gemiddelde. De levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en de levensverwachting in goede geestelijke gezondheid zijn in Zeeland duidelijk beter dan gemiddeld in Nederland.

De totale sterfte per 10.000 inwoners ligt in alle gemeenten in de Oosterschelderegio - behalve Goes en Tholen - significant lager dan het Nederlandse gemiddelde. De sterfte aan kanker is voor alle gemeenten vergelijkbaar met Nederland. De sterfte aan hart- en vaatziekten is – met uitzondering van Tholen - significant lager dan in Nederland.

De belangrijkste doodsoorzaken in Zeeland zijn hart- en vaatziekten (33%), nieuwvormingen (kanker, 28%) en ziekten ademhalingsorganen (8%). Dit zijn ook de drie belangrijkste doodsoorzaken in Nederland, maar de sterfte eraan ligt in Zeeland wel significant lager.

Fysieke gezondheid en letsels

In de Oosterschelderegio zijn er dezelfde gezondheidsproblemen als elders in Zeeland en Nederland. Ziekten en aandoeningen met de grootste ziektelast zijn coronaire hartziekten (als gevolg van afwijkingen in de kransslagaders), angststoornissen, beroertes, depressies en COPD⁹ (chronische

⁹ COPD staat voor 'Chronic Obstructive Pulmonary Disease' en betekent chronische bronchitis en longemfyseem. Het is een aandoening van de longen en luchtwegen.

luchtwegaandoeningen). Coronaire hartziekten, beroertes en COPD leiden zowel tot een hoge vroegtijdige sterfte als tot relatief veel verlies aan kwaliteit van leven. Angststoornissen en depressies zorgen bij veel mensen voor veel verlies van kwaliteit van leven. Ook diabetes, longkanker, artrose (gewrichtsslijtage) en dementie komen in de top tien voor. Bij mannen komt in de top tien daarnaast ook letsel door ongevallen (zowel in het verkeer als privé) voor en bij vrouwen borstkanker.

Psychische gezondheid

Psychische ongezondheid zorgt voor veel verlies van kwaliteit van leven, maar ook voor veel zorgkosten en maatschappelijke kosten. Volgens landelijke schattingen komen psychische stoornissen vrij veel voor. Het aantal mensen dat jaarlijks aan een depressie lijdt wordt geschat op ruim 700.000 mensen. Ook bij jongeren komen psychische problemen relatief veel voor. Bij hen is de problematiek in de afgelopen twintig jaar echter nauwelijks toegenomen. Van belang bij preventie van psychische problematiek is de vroegtijdige signalering en aanpak ervan. Dit voorkomt erger.

In de periode 2004-2007 had 10,0% van de Nederlanders van twaalf jaar en ouder psychische klachten. Zeeland wijkt met 9,8% niet significant af van het Nederlandse gemiddelde. Net zoals in Nederland rapporteerden in Zeeland meer vrouwen dan mannen psychische problemen.

Van de volwassenen in de Oosterschelderegio voelt 14% zich psychisch ongezond. Hiermee zijn deze Zeeuwen gezonder dan de Brabanders. Zij voelen zich ook minder vaak beperkt door emotionele problemen dan in Brabant. In de Oosterschelderegio is 41% van de volwassenen eenzaam (38% in Borsele tot 45% in Goes). In totaal is 5% van de volwassenen (zeer) ernstig eenzaam. Dit laatste percentage varieert van 3,6% in Borsele tot 7,7% op Noord-Beveland.

Psychische ongezondheid komt vaker voor naarmate de leeftijd toeneemt. Van de ouderen in de Oosterschelderegio (65+) voelt 18% zich psychisch ongezond. Ongeveer een kwart van de Zeeuwse 75-plussers voelt zich psychisch ongezond. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de Nederlandse cijfers. Naast de psychische problematiek is ook eenzaamheid onder ouderen in Zeeland een omvangrijk en groeiend probleem. Ongeveer de helft (48%) van 65-plussers in de Oosterschelderegio voelt zich eenzaam (matig tot zeer ernstig), waarbij 9% (zeer) ernstig eenzaam is. Dit is vergelijkbaar met ouderen in heel Zeeland. Daarnaast komt dementie steeds vaker voor.¹⁰ Als gevolg van vergrijzing zal deze ziekte gestaag groeien.

Ongeveer 1 op de 10 Zeeuwse jongeren (14-15 jaar) heeft een indicatie voor psychosociale problemen. Bijna een kwart van de Zeeuwse jongeren heeft wel eens suïcidedgedachten. Daarnaast is 1 op de tien Zeeuwse derdeklassers de afgelopen 3 maanden slachtoffer geweest van pesten op school. De psychosociale problematiek bij jongeren in de Oosterschelderegio is vergelijkbaar met de cijfers voor Zeeland.

Sociale gezondheid

Het aantal sociaal kwetsbaren is in Zeeland relatief even groot als elders in Nederland. Volgens schattingen maakt tussen de 0,7% en 1% van de bevolking deel uit van de groep mensen voor wie maatschappelijke uitsluiting dreigt en die een individuele en outreachende aanpak nodig hebben om uit de problemen te komen. Er zijn zo'n 300 daklozen in Zeeland waarvan iets meer dan een vijfde jongeren. Naar schatting hebben 3.600 Zeeuwen met meerdere problemen tegelijk te maken (sociaal isolement, verwaarlozing, geweld, schulden, psychische en/of verslavingsproblematiek). Een veel groter aantal burgers heeft een verhoogde kans op uitsluiting. Onder hen de 10% zeer ernstig eenzame ouderen. Verder komt 33% van de cliënten van het meld- en actiepunt bemoeizorg uit de Oosterschelderegio. Het aantal schuldsaneringen steeg in Zeeland tussen 1999 en 2007 van 6 naar 14 per 10.000 inwoners. Deze cijfers zijn niet beschikbaar naar regio. Een risicofactor voor marginalisering is een huisuitzetting. Het aantal aangezegde woningontuimingen in de

¹⁰ Er zijn geen absolute gegevens over dementie, er bestaan slechts globale schattingen.

Oosterschelderegio bedroeg in 2007 157; het aantal feitelijke huisuitzettingen was 39. Dit zijn de laagste aantallen voor Zeeland.

De omvang van de problematiek rondom huiselijk geweld is in Zeeland vergelijkbaar met Nederland. Van alle meldingen van huiselijk geweld in 2007 in Zeeland bij ASHGZ (Advies en Steunpunt Huiselijke Geweld Zeeland) kwam 33% uit de Oosterschelderegio. Het aantal meldingen per 10.000 inwoners ligt in de regio lager dan het Zeeuwse cijfer: 47 versus 59 meldingen. Goes komt als enige gemeente boven dit Zeeuwse gemiddelde uit met 62 meldingen. Het laagste gemiddelde is in Kapelle (36 op de 10.000 inwoners). De cijfers geven slechts een indicatie van het voorkomen van de problematiek, omdat het meldpunt en meldgedrag per groepen inwoners/gemeente kunnen verschillen. Twee procent van de 19- t/m 64-jarigen in de Oosterschelderegio gaf in 2005 aan het afgelopen jaar slachtoffer geweest te zijn van huiselijk geweld. Van de Zeeuwse 65-plussers is 0,3% het afgelopen jaar slachtoffer geweest van huiselijk geweld en is 3% ooit in hun leven slachtoffer geweest.

Het aantal gemelde mishandelde kinderen in Nederland in 2006 was 0,58%. Ten opzichte van voorgaande jaren is er sprake van een forse stijging (0,44% in 2005), maar dit hoeft niet per se een slecht teken te zijn. De stijging van het aantal gemelde mishandelde kinderen kan ook duiden op een grotere bekendheid van de meldpunten. De provincie Zeeland neemt met 0,61% een zevende plaats in op de rangordelijst van alle provincies in Nederland.

Ervaren gezondheid

In de Oosterschelderegio ervaart 89% van de volwassenen zijn gezondheid als goed tot zeer goed. Dit is vergelijkbaar met cijfers uit Brabant. In Borsele (93%) en Kapelle (92%) ervaren mensen hun gezondheid vaker als goed tot zeer goed dan elders in de Oosterschelderegio.

Van de ouderen in de Oosterschelderegio beoordeelt 72% zijn gezondheid als goed tot zeer goed. Ouderen rapporteren dezelfde gezondheidsproblemen als elders in Zeeland en Nederland. De ouderen van Schouwen-Duiveland ervaren hun gezondheid vaker als goed tot zeer goed (75%) dan ouderen elders in de regio. De Thoolse ouderen zijn het meest negatief over hun gezondheid. 'Slechts' 65% van hen ervaart zijn gezondheid (zeer) goed.

Sociaaleconomische gezondheidsverschillen

Mensen met een lage sociaaleconomische status hebben een kortere levensverwachting en een slechtere gezondheid dan mensen uit de hogere sociaaleconomische lagen van de bevolking. Nederland verschilt daarin niet met andere landen. Zo leven in Nederland laagopgeleiden gemiddeld vier jaar korter dan hoogopgeleiden. Ook in Zeeland bestaan deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Laagopgeleide volwassenen in de Oosterschelderegio en Zeeuwse ouderen met een laag inkomen (alleen AOW) ervaren hun gezondheid vaker als slechter, hebben vaker chronische aandoeningen en voelen zich vaker psychisch ongezond. Ook bij 14- en 15-jarigen in Zeeland zijn er verschillen naar opleidingsniveau, hoe lager het onderwijsniveau des te meer emotionele problemen er voorkomen. Bijna één op de vijf leerlingen van VMBO-b heeft deze problemen tegenover bijna één op de acht op het vwo.

- Zeeuwen leven gemiddeld 1 jaar langer dan Nederlanders. De gemiddelde levensverwachting in Zeeland is 77 jaar voor mannen en 82 jaar voor vrouwen.
- De belangrijkste doodsoorzaken zijn hart- en vaatziekten en nieuwvormingen (kanker).
- Zeeuwen hebben dezelfde gezondheidsproblemen als Nederlanders.
- Een op de 10 ouderen is (zeer) ernstig eenzaam en bijna een op de vijf voelt zich psychisch ongezond.
- Ook de Oosterschelderegio heeft sociaal kwetsbare burgers.
- In Zeeland bestaan sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

4.3 Determinanten van gezondheid

Leeftijd is de sterkste risicofactor voor ongezondheid. Meer ouderen in de samenleving betekent automatisch een toename van ziekten en aandoeningen. Het is echter een risicofactor die beleidsmatig niet te beïnvloeden is (maar wel een waar rekening mee moet worden gehouden). Andere risicofactoren zoals leefstijl of de fysieke omgeving zijn wel te beïnvloeden. De risicofactoren die hier worden genoemd hebben een relatie met ziekten en aandoeningen en zijn veelal te beïnvloeden door beleid.

Alcohol

Hoewel matig alcoholgebruik beschermt tegen hart- en vaatziekten, zijn de schadelijke gevolgen van overmatig alcoholgebruik talrijk. Overmatig alcoholgebruik (meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen) verhoogt vooral het risico op kanker en hart- en vaatziekten. Een ander gevolg van overmatig alcoholgebruik is dat mensen er afhankelijk van worden, wat de kans op psychische stoornissen vergroot. Ook hangt overmatig alcoholgebruik samen met agressie, criminaliteit, openbare orde en verkeersveiligheid. Toch is overmatig drinken vaak sociaal geaccepteerd, omdat niet altijd sprake is van direct zichtbare nadelige gevolgen.

Een derde van de volwassenen in de Oosterschelderegio (30%) voldoet niet aan de norm voor verantwoord alcoholgebruik (bij deze norm wordt naast het gemiddeld aantal glazen per week ook rekening gehouden met het aantal glazen per gelegenheid en het aantal drinkdagen per week). Verder drinkt 11% overmatig alcohol (andere definitie: per week meer dan 21 glazen voor mannen en meer dan 14 glazen voor vrouwen). Naast overmatig drinken bestaan er nog andere maten voor schadelijk alcoholgebruik, waaronder zwaar drinken. Voor mannen betekent dit wekelijks minimaal 6 glazen per dag en voor vrouwen wekelijks minimaal 4 glazen per dag. Volgens deze definitie is in de Oosterschelderegio 12% van de volwassenen en 7% van de 65-plussers een zware drinker.

De grens voor verantwoord alcoholgebruik bij jongeren ligt lager dan bij volwassenen. Jongeren verdragen alcohol slechter omdat ze nog in de groei zijn, minder wegen en kleiner zijn. De effecten van alcohol voelen ze hierdoor sneller en heviger. Het NIGZ adviseert om kinderen onder de 16 jaar nog geen alcohol te laten drinken. Drinken onder de 16 jaar brengt te veel risico's met zich mee en vergroot de kans op alcoholproblemen op latere leeftijd.

Onder de jongeren van 15 jaar of ouder is het alcoholgebruik - vooral het overmatig alcoholgebruik - hoog, ook in Zeeland. Zo heeft 80% van de derdeklassers (Voortgezet Onderwijs) in de Oosterschelderegio wel eens alcohol gedronken. In de Oosterschelderegio heeft 64% van de 14- en 15-jarigen in de afgelopen maand alcohol gedronken en was 42% een 'bingedrinker': zij dronken 4 weken voorafgaand aan het onderzoek wel eens meer dan 5 glazen of meer per gelegenheid. Van de 13-jarigen geeft 28% in de Oosterschelderegio aan incidenteel of regelmatig alcohol te drinken. In het algemeen drinken jongens vaker overmatig dan meisjes.

Druggebruik

In drugs is er een onderscheid tussen softdrugs (cannabis) en harddrugs. Cannabisproducten (hasj, marihuana) zijn niet sterk verslavend en relatief onschadelijk voor de gezondheid.¹¹ Cannabisgebruik kan wel acute gezondheidsschade opleveren bij een hoog gehalte van THC (de werkzame stof) in combinatie met bestaande hartklachten. Op den duur vergroot cannabis waarschijnlijk het risico op psychoses. Langdurig gebruik vergroot de kans op afhankelijkheid van cannabis. Jongeren die blowen, vertonen meer probleemgedrag. Tevens blijken de schoolprestaties van cannabisgebruikers relatief vaker onder de maat vergeleken met scholieren die geen cannabis gebruiken. Het verband tussen cannabisgebruik en gedragsproblemen wordt sterker naarmate de frequentie van het gebruik toeneemt. Jong gebruik vergroot het risico op een overstap naar harddruggebruik.

¹¹ Bron: RIVM, Nationaal kompas Volksgezondheid.

Van harddrugs is verslaving ofwel afhankelijkheid een belangrijk effect. De effecten van harddrugs verschillen sterk. Zo werkt heroïne vooral snel geestelijk en lichamelijk verslavend en is cocaïne wel geestelijk maar minder lichamelijk verslavend. Van XTC is de verslavende werking vermoedelijk gering. Druggebruik komt echter in vergelijking met ander ongezond gedrag relatief weinig voor en draagt daardoor niet veel bij aan de totale ziektelast in Zeeland.

In de Oosterschelderegio geeft 9% van de 14/15-jarigen aan recentelijk softdrugs te hebben gebruikt. Landelijk ligt dat iets hoger (13% bij 15-jarigen). Van de volwassenen (19 tot en met 64 jaar) heeft 1,7% in de afgelopen vier weken cannabis gebruikt. Het gebruik van harddrugs ligt veel lager dan dat van softdrugs. In de Oosterschelderegio heeft 1,9% van de 14- en 15-jarigen en 0,3% van de volwassenen in de afgelopen maand harddrugs gebruikt. Ook het gebruik van harddrugs komt overeen met landelijke cijfers. Van de 13-jarigen geeft 1,4% aan incidenteel of regelmatig drugs te gebruiken. De cijfers geven echter een onderschatting van het werkelijke harddruggebruik omdat dit niet eenvoudig te peilen is via onderzoek onder de gehele bevolking.

Roken

Roken is een belangrijke risicofactor voor longkanker, chronische obstructieve longziekten (COPD) en hart- en vaatziekten. Deze effecten zijn niet direct zichtbaar. Op korte termijn kan roken zorgen voor astmatische symptomen, mond- en tandproblemen, nadelige effecten bij intensieve inspanningen en slechter verloop van virale infecties.

Van de 13-jarigen in de Oosterschelderegio geeft 8% aan incidenteel of regelmatig te roken. De helft (50%) van de jongeren (14-15 jarigen) in de Oosterschelderegio heeft wel eens gerookt. Dit percentage is iets hoger dan de andere regio's in Zeeland. In totaal rookt 15% van de jongeren dagelijks. Dit is vergelijkbaar met de andere Zeeuwse regio's. Onder de Zeeuwse leerlingen van VMBO en VSO wordt meer gerookt (19% en 20% rookt dagelijks) dan onder Zeeuwse HAVO- en VWO-leerlingen (8% en 5% rookt dagelijks). Van de volwassenen in de Oosterschelderegio rookt 29%. Onder de 65-plussers in de Oosterschelderegio rookt 12%.

Overgewicht

Mensen met overgewicht en vooral ernstig overgewicht (obesitas) leven minder lang en vooral langer in slechtere gezondheid. Met overgewicht lopen mensen niet alleen meer kans op fysieke problemen, zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, sommige vormen van kanker en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Mensen met overgewicht hebben vaak ook een negatief stempel en kunnen daarmee psychische klachten krijgen of in een sociaal isolement raken. Overgewicht is een verstoorde balans tussen energie inname (voeding) en energieverbruik (bewegen). Overgewicht komt meer voor bij mensen met een lage sociaal economische status (laag inkomen, goedkope huisvesting, achterstand in gezondheid). Overgewicht is een explosief groeiend probleem: het aantal mensen (volwassenen en kinderen) dat te zwaar is stijgt snel. De toename van overgewicht is een zorgwekkend probleem, met name onder jongeren.

Overgewicht is wereldwijd een explosief groeiend probleem. Ook in Nederland, inclusief Zeeland, stijgt het aantal mensen (volwassenen en kinderen) dat te zwaar is snel. Het overgewicht neemt zowel bij volwassenen als kinderen toe met het stijgen van de leeftijd. Op jongere leeftijd blijken meisjes vaker overgewicht (inclusief obesitas) te hebben dan jongens. Vanaf ongeveer hun 25^e blijken mannen juist vaker overgewicht te hebben dan vrouwen, maar het hebben van ernstig overgewicht verschilt niet tussen mannen en vrouwen.

In de Oosterschelderegio heeft 9% van de kinderen van bijna 4 jaar overgewicht (inclusief obesitas) en dit neemt toe tot 13% bij de 5-jarigen, 18% bij de 10-jarigen. Onder de 13-jarigen heeft 12% overgewicht. Deze cijfers zijn gebaseerd op de metingen van lengte en gewicht van kinderen tijdens bezoeken aan het consultatiebureau (Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar) en de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO).

Van de volwassenen in de Oosterschelderegio heeft ongeveer de helft (46%) overgewicht (inclusief obesitas) en één op de tien (10%) heeft zelfs ernstig overgewicht (obesitas). Van de 65-plussers in Zeeland heeft 58% overgewicht (inclusief obesitas), bij 14% is sprake van ernstig overgewicht. De laatste gegevens zijn verkregen op basis van zelfrapportage. De ervaring leert dat bij zelfrapportage gewicht meestal wordt onderschat en lengte overschat.

Overige leefstijlfactoren

Er is nog veel gezondheidswinst te behalen door gedragsveranderingen van burgers. Naast de hierboven genoemde factoren zijn lichamelijke activiteit en eetgedrag van belang.

Onvoldoende lichamelijke activiteit verhoogt de kans op vroegtijdig overlijden en kan het risico op het ontstaan van coronaire hartziekten, diabetes mellitus type 2, beroertes (CVA), botontkalking, dikke darmkanker en borstkanker verhogen. Ook zijn er steeds meer aanwijzingen voor een risicoverhogend effect van onvoldoende bewegen op dementie en depressie. Ruim een derde van de volwassenen en ouderen beweegt te weinig. Van de Zeeuwse 14- en 15-jarigen voldoet slechts 24% aan de beweegnorm (ofwel driekwart voldoet niet). Jongeren zijn wel actief en sporten vaker, maar de beweegnorm voor jongeren is strenger. Wel is landelijk de trend dat de lichamelijke activiteit gestaag toeneemt.

Een ongezond voedingspatroon is een belangrijke risicofactor voor hart- en vaatziekten. Het risico op hart- en vaatziekten neemt toe door voeding die rijk is aan verzadigde vetzuren en transvetzuren. Anderzijds neemt het risico op hart- en vaatziekten af door het consumeren van veel vis, groente en fruit. Behalve voor hart- en vaatziekten is ongezond eten ook een risicofactor voor diabetes mellitus type 2, kanker en osteoporose. Driekwart van de volwassenen in de Oosterschelderegio en 70% van de 65-plussers in Zeeland voldoet niet aan de aanbeveling voor groenteconsumptie (minimaal 200 gram groente per dag). Aan de aanbeveling voor fruitconsumptie (minimaal 2 stuks fruit per dag) voldoet ruim twee derde van de volwassenen (Oosterschelderegio) en 45% van de Zeeuwse 65-plussers niet. Van de 14- en 15-jarigen in Zeeland eet 64% niet dagelijks groente en 78% minder dan 2 stuks fruit per dag. De landelijke ontwikkeling in groente- en fruitconsumptie is ongunstig, waarschijnlijk geldt dit ook voor de Oosterschelderegio.

Fysieke omgeving

Bij fysieke omgeving gaat het zowel om het binnenmilieu (van woningen, scholen) als het buitenmilieu (door industrie en verkeer). De omgeving waarin mensen leven, leren, wonen en werken is van invloed op de gezondheid en het welbevinden. Naast de 'normale' situatie kan de Zeeuwse bevolking te maken krijgen met (milieu)incidenten en rampen (zoals bijvoorbeeld overstroming, ongevallen met gevaarlijke stoffen, kernongevallen en ongevallen op water).

Veel woningen hebben een binnenmilieuprobleem. De kwaliteit van het binnenmilieu wordt bepaald door de aanwezige bronnen van verontreiniging (zoals afvoerloze geisers, printers en bouw materiaal) en de mate van ventilatie. Vooral de ventilatie is in Zeeuwse woningen (net zoals in de rest van Nederland) onder de maat. Ventilatie verbetert de binnenmilieukwaliteit. In de Oosterschelderegio wordt in de woonkamer en slaapkamer in meer dan helft van de gevallen onvoldoende geventileerd. Ook op scholen wordt vaak onvoldoende geventileerd (in Nederland 80% van de scholen). Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat kinderen minder goed leren en presteren in een slecht geventileerde of te warme klas.

Zeeland heeft veel zware industrie, er zijn kerncentrales (in Zeeland of net over de provinciegrens) en er is veel transport van gevaarlijke stoffen (met name over de Westerschelde). De uitstoot door de industrie, het verkeer en dergelijke is nog niet goed in kaart gebracht. Hierdoor is er nog geen goed beeld van de gezondheidseffecten door het milieu in Zeeland. Ernstige geluids- en geurhinder komen in de Oosterschelderegio gemiddeld minder voor dan in Nederland. Het wegverkeer veroorzaakt de

meeste geluidshinder. De geurhinder in deze regio wordt vooral veroorzaakt door landbouw en veeteelt. Lokaal kan de ernstige geluids- en geurhinder erg verschillen en hoger zijn dan gemiddeld.

Sociale omgeving

De sociale omgeving is van invloed op gezondheid. Een stabiele relatie of gezinsleven, het hebben van werk of zinvolle dagbesteding zijn factoren die bijdragen aan een goede gezondheid. De afwezigheid van deze zaken daarentegen kunnen de gezondheid negatief beïnvloeden. Eenzaamheid of een traumatische (jeugd) ervaring, zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld of een scheiding, hebben een negatieve invloed op de gezondheid. Mensen met een lage sociaaleconomische status (SES, oftewel opleidingsniveau, beroepsstatus en hoogte van het inkomen) hebben een slechtere gezondheid dan mensen uit de hogere sociaaleconomische lagen van de bevolking. De gezondheidssituatie hangt eveneens samen met etnische herkomst (waarbij erfelijke en culturele factoren meespelen) en religie.

Zeeuwen met een lage sociaaleconomische status leven vaker ongezonder (denk aan roken, ongezond eten, alcoholgebruik en overgewicht). Niet-westerse allochtonen zijn er relatief weinig in Zeeland, maar ze zijn wel oververtegenwoordigd bij de minimumhuishoudens. Andere aspecten zijn dat overgewicht bij niet-westerse allochtone jongeren vaker voorkomt, maar ook dat deze jongeren minder drinken. Verder kent Zeeland een relatief grote groep streng gereformeerden. Zo is de vaccinatiegraad onder streng gereformeerden in Zeeland lager. Verder hebben leerlingen van reformatorisch basisonderwijs vaker gebits- en zindelijkheidsproblemen.

- Veel overmatig alcoholgebruik onder Zeeuwse jongeren.
- Bijna een derde van de volwassenen in de Oosterschelderegio voldoet niet aan de norm voor verantwoord alcoholgebruik.
- Ruim een kwart van de volwassenen in de Oosterschelderegio rookt nog steeds.
- Overgewicht is ook in Zeeland een groot probleem.
- Veel volwassen Zeeuwen hebben een ongezonde leefstijl.
- Verschillende gezondheidsbedreigingen vanuit de fysieke omgeving.
- Gezondheidsverschillen vragen om een gerichte aanpak.

4.4 Preventie en zorg

Preventie

Zeeland is op veel gebieden gezonder dan Nederland, maar moet die voorsprong zien te behouden. Preventie is erop gericht burgers lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk gezond te houden of te voorkomen dat bestaande problemen niet verergeren. Door het bevorderen van gezond gedrag en een gezonde omgeving is nog steeds aanzienlijke gezondheidswinst te boeken. Zo zorgen schadelijk alcoholgebruik, roken, overgewicht, diabetes en depressie ook in Zeeland voor verlies aan gezondheid. Daarnaast liggen er kansen op het gebied van veiligheid en gezondheid, sociaaleconomische gezondheidsverschillen en vaccinatiegraadbevordering. Belangrijke doelgroepen voor Zeeland zijn ouderen, jongeren en lage SES-groepen. Gezondheidswinst bij ouderen is te behalen door in te zetten op vroegsignalering en zelfredzaamheid. Bij jongeren kunnen preventieve activiteiten op het gebied van leefstijl en psychosociale problemen gezondheidswinst opleveren. Deze winst is het grootst bij jongeren in het VMBO.

Vaccinaties en screening zijn grootschalige activiteiten op het gebied van ziektepreventie. De overheid is verantwoordelijk voor goede uitvoering van deze activiteiten. Het gaat om de preventie van infectieziekten, kanker en groei- en ontwikkelingsstoornissen. De vaccinatiegraad onder zuigelingen in Zeeland is gestegen tot boven de landelijke norm¹² van 90%. De verschillen tussen Zeeuwse gemeenten zijn echter groot. In vier gemeenten wordt de norm niet gehaald, met name vanwege het weigeren van vaccinaties vanuit geloofsovertuiging. Deze gemeenten liggen allemaal binnen de

¹² Het Rijksvaccinatieprogramma biedt bescherming tegen 11 infectieziekten en gaat uit van een norm van 90%.

Oosterschelderegio, namelijk Borsele, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland en Tholen. Objectieve voorlichting over de risico's van niet-vaccineren blijft noodzakelijk indien de norm niet wordt behaald, omdat niet-gevaccineerde kinderen meer risico lopen om ziek te worden. Ook de verschillen tussen gemeenten in opkomst bij de griepvrij voor 65-plussers, de bevolkingsonderzoeken baarmoederhalskanker en borstkanker en de jeugdgezondheidszorg laten zien dat de opkomst bij grootschalige preventieactiviteiten in Zeeland nog beter kan.

Zorg

Zeeland is een dunbevolkte provincie, met veel kleine kernen en veel landelijk gebied. Grootschalig organiseren van zorg biedt mogelijkheid om voorzieningen binnen de eigen provincie te behouden. Hiermee komt wel de bereikbaarheid, beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen in het geding. Een belangrijk punt van aandacht is de bereikbaarheid van de acute zorg. Zeeland heeft het hoogste percentage inwoners van Nederland dat buiten de zogenaamde 15-minutengrens voor ambulances woont (14% ten opzichte van 3% in Nederland). Dit betekent dat de ambulance daar niet binnen de normtijd van 15 minuten ter plaatse kan zijn.

Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. Zij zijn meestal de eerste die zorg verlenen en treden vaak op als poortwachter voor andere vormen van zorg. Zeeland blijkt door/ondanks haar niet-grootstedelijk karakter toch een aantrekkelijke regio voor vestiging van beroepsgroepen zoals huisartsen te kunnen zijn. Het gemiddeld aantal huisartsen en verloskundigen per inwoner is wel lager dan in Nederland. De GGD constateert dat in de (nabije) toekomst mogelijk een probleem rond de beschikbaarheid van huisartsen zal ontstaan: naast een toenemende zorgvraag staat een afnemend aanbod van huisartsen. Het gemiddelde aantal tandartsen en fysiotherapeuten ligt rond of boven het landelijke gemiddelde.

De meeste volwassenen in de Oosterschelderegio hebben een eigen huisarts en een eigen tandarts. Over de beschikbaarheid van andere zorgvoorzieningen is men iets minder tevreden. In de Oosterschelderegio vindt men de verloskundige (25%), maatschappelijk werk (12%) en de apotheek (7%) onvoldoende aanwezig. In de Oosterschelderegio zegt 73% van de volwassenen het afgelopen jaar een huisarts bezocht te hebben. Daarnaast heeft een grote groep van de volwassenen in de Oosterschelderegio de afgelopen 12 maanden contact gehad met een tandarts (76%) of een medisch specialist (32%). Zo'n 4% van de volwassenen in de Oosterschelderegio heeft in de afgelopen 12 maanden mantelzorg ontvangen. Het is niet bekend hoeveel volwassenen professionele zorg hebben ontvangen.

De beschikbare zorginformatie schiet nog te kort. Zo ontbreken regionale/lokale gegevens over het aanbod van de eerstelijnszorg. Wel wordt aangenomen dat door de toenemende vergrijzing de druk op de zorg toeneemt. Vanwege veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking is een relatief sterke toename van het zorggebruik te verwachten in de sectoren verzorging, verpleging en thuiszorg. Daarnaast zal de bevolking steeds vaker een beroep doen op huisartsenzorg, fysiotherapie en ziekenhuiszorg. Toekomstige trends in het voorkomen van aandoeningen zullen het toekomstige zorggebruik ook beïnvloeden.

OGGZ vereist een betere aansluiting van vraag en aanbod. Het OGGZ aanbod is binnen Zeeland vooral geconcentreerd in Vlissingen en Terneuzen. In het kader van het Zeeuws Kompas wordt de komende jaren gewerkt aan een betere spreiding van voorzieningen. Een goed sluitend zorgnetwerk kan voorkomen dat mensen terugvallen of buiten het zicht van de hulpverleners komen.

- Preventie meer richten op specifieke problemen en groepen.
- Niet alle gemeenten voldoen aan de voorwaarde voor groepsimmunitet (vaccinatiegraadnorm voor zuigelingen).
- Aandacht voor beschikbaarheid en toegankelijkheid van de zorg gewenst.
- Vraag en aanbod binnen OGGZ-zorgnetwerk sluiten niet altijd goed op elkaar aan.

5 Regionale speerpunten en doelstellingen gezondheidsbeleid 2009-2012

De voorgaande hoofdstukken hebben het kader van gezondheidsbeleid geschetst en hebben een beeld gegeven van de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio. Op basis hiervan kunnen de speerpunten worden bepaald. Uiteraard is bij de keuze van de regionale prioriteiten rekening gehouden met de landelijke speerpunten in het preventiebeleid en de huidige regionale speerpunten. De prioriteiten geven aan waar de accenten binnen het regionale gezondheidsbeleid liggen.

5.1 Landelijke speerpunten

Het kabinet heeft in 2006 haar ambities geformuleerd in de preventienota 'Kiezen voor gezond leven'. Voor de meer klassieke preventiethema's zijn er uitgewerkte en gekwantificeerde doelstellingen, voor een relatief nieuw speerpunt als depressie is dat minder eenvoudig. De vijf speerpunten zijn:

- **Roken:** in 2010 rookt nog maar 20% van de Nederlanders (in 2005 rookte 28% van de Nederlandse bevolking van 15 jaar en ouder).
- **Schadelijk alcoholgebruik:** het kabinet wil alcoholgebruik op jonge leeftijd voorkómen, vooral onder de 16 jaar. Daarnaast richt het kabinet zich op de preventie van schadelijk en overmatig alcoholgebruik van oudere jongeren en op probleem drinken. Het kabinet is niet van plan matig en verstandig alcoholgebruik van volwassenen tegen te gaan.
De specifieke doelstellingen zijn:
 - Kinderen drinken later (het gebruik van alcohol bij jongeren onder de 16 jaar terugbrengen naar het niveau van 1992);
 - relatief minder volwassen probleemdrinkers (minder volwassen probleemdrinkers: van 10,3% nu naar 7,5% in 2010).
- **Overgewicht** (bewegen en voeding): Het kabinet hanteert de volgende doelstellingen voor de aanpak van overgewicht (beiden peiljaar 2005):
 - het percentage volwassenen met overgewicht moet gelijk blijven;
 - het percentage jeugdigen met overgewicht moet dalen.
- **Diabetes:** het kabinet wil dat het aantal patiënten met diabetes tussen 2005 en 2025 met niet meer dan 15% stijgt. Daarbij mag 65% van de diabetespatiënten geen complicaties hebben.
- **Depressie:** zorgen voor een groter bereik van de bewezen effectieve interventies de komende jaren (nu worden ongeveer 4.000 personen bereikt).

5.2 Regionale speerpunten 2005-2008

In de nota 'Gezondheidsbeleid in uitvoering' zijn voor de beleidsperiode 2005-2008 speerpunten geformuleerd met bijbehorende activiteiten. Daarbij lag het accent op het continueren van het regionale gezondheidsbeleid (credo was: eerst afmaken waarmee gestart is), maar ook werden nieuwe gezondheidsspeerpunten benoemd. De speerpunten zijn verdeeld in een nadere uitwerking van het reeds ingang gezette beleid (de doorlopers) en een aantal nieuwe speerpunten (de zogenaamde nieuwkomers).

De huidige speerpunten zijn:

- Aandacht voor communicatie /afstemming met partners in zorg;
- Aandacht zorg voor ouderen;
- Aandacht voor preventie psychosociale problematiek jeugdigen;
- Aandacht voor bevorderen maatschappelijke participatie burgers / voorkomen sociaal isolement.
- Aandacht voor beleidsvoorbereiding nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning;
- Aandacht voor monitoren gezondheidssituatie Oosterschelderegio;
- Aandacht voor huiselijk / relationeel geweld.

In de evaluatie van de nota wordt geconcludeerd dat in de Oosterschelderegio in het lokale en regionale gezondheidsbeleid de afgelopen jaren veel resultaten zijn geboekt. Qua inhoud heeft het regionale gezondheidsbeleid geleid tot de uitvoering van een aantal concrete gezondheidsbevorderende activiteiten die inmiddels positief zijn geëvalueerd en zijn voortgezet. Ten aanzien van het proces kan gesteld worden dat de gekozen aanpak om als gemeenten gezamenlijk de beleidsontwikkeling van gemeenteverstijgende gezondheidsproblemen op te pakken succesvol is geweest. Dit vooral gezien de betrokkenheid van de individuele gemeenteraden. Daarnaast is het gezondheidsbeleid uitgevoerd binnen de beschikbare financiële kaders. Vanwege de positieve ervaringen met het regionaal ingezette beleid is besloten om voor de komende beleidsperiode als Oosterschelderegio opnieuw samen op te trekken voor wat betreft de ontwikkeling van het regionale gezondheidsbeleid.

5.3 Regionale speerpunten 2009-2012

De evaluatie van de nota 'Gezondheidsbeleid in uitvoering', de landelijke prioriteiten, de regionale gegevens over de gezondheidssituatie en de aandachtspunten vanuit de gemeenteraden vormen samen de basis voor de regionale speerpunten van deze nieuwe regionale gezondheidsnota. Het beleid wordt gericht op die groepen die de meeste gezondheidsrisico's lopen of –achterstand hebben (bijvoorbeeld jongeren). Aangezien gedragsverandering een langdurig proces is en actie vereist op verschillende fronten, zal bestaand beleid op een aantal speerpunten voortgezet worden.

De speerpunten voor het regionale gezondheidsbeleid zijn:

- Preventie genotmiddelen
- Overgewicht
- Psychische en psychosociale problematiek

Naast de benoemde speerpunten in het gezondheidsbeleid, zijn er nog een aantal gezamenlijke projecten ontwikkeld die gerelateerd zijn aan het gezondheidsbeleid. Zo zijn in de vorige regionale gezondheidsnota's het project woon(her)kansen en het sociaal pension als beleidsprioriteiten opgenomen. Deze projecten zijn nu meer Wmo-gerelateerd, maar in het verleden via het gezondheidsbeleid regionaal opgepakt. Een andere ontwikkeling is het wetsartikel over ouderengezondheidszorg in de Wet PG (artikel 5a).

Woon(her)kansen

De gemeenten in de Oosterschelderegio hebben samen met de woningcorporaties, de GGD, 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. Het project is daarom gecontinueerd. Het project wordt nog op projectbasis voortgezet en gefinancierd door gemeenten, woningcorporaties en Emergis (voorheen vanuit het Zorgkantoor Zeeland gefinancierd). In 2008 is ook de centrumgemeente MO een financier. Op de langere termijn is een structurele financiële basis gewenst.

Sociaal pension Oosterschelderegio

In 2005 is het sociaal pension in Goes geopend. Het sociaal pension maakt deel uit van de maatschappelijke opvang Zeeland dat een breed scala aan opvangvoorzieningen - crisisopvang, vrouwenopvang, sociaal pensions, dak- en thuislozenopvang - verspreid over de provincie tot haar beschikking heeft. Financiering vindt structureel plaats met middelen van gemeenten

(centrumgemeente MO en via SWVO), het zorgkantoor en een beperkte eigen bijdrage van cliënten. Deze activiteit vertoont veel samenhang met prestatieveld 7¹³.

Ouderengezondheidszorg

Hoewel de uitvoering van ouderengezondheidszorg formeel nog niet in werking is getreden, is dit een thema dat leeft in Zeeland/de Oosterschelderegio. Zo heeft in de Oosterschelderegio in de periode 2006-2008 de pilot Preventief Gezondheidsonderzoek Ouderen (PGO-O) plaatsgevonden. De resultaten van de pilot zijn gepresenteerd in een symposium dat de GGD Zeeland eind 2008 heeft georganiseerd over *Preventief Gezondheidsonderzoek Ouderen en andere initiatieven over ouderen en preventie in Zeeland*. Tijdens dit symposium is afgesproken dat een kernteam – bestaande uit afgevaardigden van de GGD, ouderenbonden en Wmo-raden – ideeën uitwerkt over hoe de activiteiten van het PGO-O ingebed kunnen worden in nieuwe dan wel bestaande structuren. Dit mondt uit in een advies over de meest geschikte structuur en hoe de financiering vorm te geven. Het advies wordt in het najaar 2009 verwacht.

Voorlopig is de uitvoering van preventief ouderenbeleid niet formeel onderdeel van de wet PG, maar regionaal en lokaal zijn al verschillende initiatieven ontplooid. De uitwerking van het preventief ouderenbeleid in de Oosterschelderegio is afhankelijk van het landelijk beleid (onder meer of er middelen beschikbaar komen voor de ontwikkeling) en het advies van het kernteam PGO-O.

En verder

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

Nadat het bestuur het kader van het regionaal gezondheidsbeleid heeft bepaald, door het vaststellen van de speerpunten en het beschikbare budget, worden de speerpunten uitgewerkt in activiteitenprogramma's. De activiteitenprogramma's worden regionaal ontwikkeld in samenwerking met relevante partners. Bij de activiteiten wordt onder meer gekeken naar wat wordt gedaan (aanpak), wat zijn de doelstellingen, doelgroep, wanneer en welke partners hierbij te betrekken.

5.4 Uitwerking van de speerpunten

De speerpunten worden in de volgende hoofdstukken verder uitgewerkt. In deze hoofdstukken komen de volgende zaken aan bod:

- achtergrond / probleemomschrijving;
- doelstellingen;
- activiteiten;
- financiën;
- evaluatie.

Doelstellingen

De speerpunten geven aan waar de accenten binnen het regionale gezondheidsbeleid liggen. Voor deze nota is gekozen de doelstellingen uit te werken in algemene doelstellingen en procesmatige doelstellingen. Deze geven een richting van het in te zetten beleid.

De doelstellingen zijn nog op dit moment nog vrij algemeen geformuleerd, omdat nog niet duidelijk is welke activiteiten worden ingezet. De keuze van activiteiten zal gebaseerd zijn op beschikbare programma's/interventies, passend binnen het budget. In de nog uit te werken

¹³ Prestatieveld 7: het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang.

activiteitenprogramma's wordt per activiteit gekeken wat de concrete doelstelling(en) zijn. Deze doelstellingen worden na afloop geëvalueerd aan de hand van eenvoudig meetbare indicatoren (bijvoorbeeld gegevens die al worden gemeten in de lopende monitors).

Activiteiten

Bij de keuze van activiteiten wil je idealiter weten wat er allemaal al gebeurt aan preventieactiviteiten door andere organisaties. Veel partijen verrichten namelijk activiteiten die vallen onder preventief gezondheidsbeleid, zonder dat de gemeente hierbij betrokken is. Denk hierbij bijvoorbeeld aan projecten op school, activiteiten door kerken en initiatieven door vrijwilligersverenigingen. Deze activiteiten vallen niet onder gemeentelijk gezondheidsbeleid, maar kunnen wel het preventief gezondheidsbeleid versterken. Ook binnen de gemeente worden activiteiten ontwikkeld die het gezondheidsbeleid kunnen versterken (denk bijvoorbeeld aan mantelzorg en sportbeleid). Het is echter niet mogelijk om een volledig overzicht te geven van welke activiteiten worden verricht in preventief gezondheidsbeleid en hoe de financiering gebeurt. In de activiteitenprogramma's per speerpunt gaan we in op die middelen waarop de gemeenten in de Oosterschelderegio sturing hebben, maar dat neemt niet weg dat we moeten blijven streven naar een goede afstemming met de verschillende partijen. Op bestuurlijk niveau is contact met het zorgkantoor noodzakelijk, zodat beleid ten aanzien van gezondheid en Wmo met elkaar afgestemd wordt.

De activiteiten worden uitgewerkt in activiteitenprogramma's. Bij de keuze van de activiteiten wordt – waar mogelijk – gewerkt met wetenschappelijk bewezen effectieve preventiemethoden. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de landelijke handreikingen die zijn opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Een aandachtspunt daarbij is dat integraal beleid (samenwerking tussen verschillende beleidsterreinen) vaak een effectieve aanpak blijkt te zijn. Dit geldt met name voor bijvoorbeeld middelengebruik en overgewicht. Integraal beleid ligt vooral op lokaal niveau. Op regionaal niveau kan het integrale beleid versterkt worden door het uitwisselen van kennis en ervaringen en het gezamenlijk ontwikkelen van een integrale aanpak.

Financiën

Het budget van individuele gemeente voor de openbare gezondheidszorg wordt veelal gebruikt voor de bekostiging van de GGD en haar activiteiten. De GGD hanteert een onderscheid in basistaken en plus- of markt taken (vrij om af te nemen, maar vaak zijn er wel gezamenlijke afspraken). De financiële kaders voor gezondheidsbeleid zijn hierdoor beperkt.

Binnen de begroting 2009 van SWVO zijn de volgende zaken opgenomen (programma Gezondheidsbeleid):

Activiteit	Bedrag	Splitsing bijdragen
Regionaal preventiebeleid middelengebruik	€ 41.832	
CPGGZ (Collectieve Preventie Geestelijke gezondheidszorg)	€ 84.336	
Woon(her)kansen	€ 198.062	€ 64.031 bijdrage Oosterschelderegio gemeenten € 64.031 bijdrage woningcorporaties € 70.000 bijdrage centrumgemeente (Vlissingen)
Sociaal Pension	€ 12.908	

Daarnaast zijn er nog middelen beschikbaar voor gezondheidsbeleid op de begrotingen van de zeven Oosterschelderegio gemeenten. Ook via de centrumgemeente Maatschappelijke Opvang worden middelen ingezet op preventief gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld MO-middelen verslavingspreventie). In de activiteitenprogramma's wordt onderzocht of er voor bepaalde projecten ook andere financieringsmogelijkheden mogelijk zijn (bijvoorbeeld door de provincie of het Rijk). Verder is nog veel gezondheidswinst te boeken door middel van integraal beleid. Wanneer doelbewust hierin geïnvesteerd wordt, levert dit zowel gezondheidswinst als financiële voordelen op.

Evaluatie

Evaluatie is bedoeld voor het zichtbaar maken van succes, verantwoorden van de gedane investeringen, leren van de ervaringen en beïnvloeding van beleid. Evaluaties vormen een positieve prikkel voor de kwaliteit van projecten en vergroten de kans op continuïteit.

Het lastige bij het evalueren van een gemeentelijk gezondheidsbeleid is dat het *preventief* gezondheidsbeleid betreft. Het ultieme doel van preventief gezondheidsbeleid is dat inwoners gezond *blijven*, ofwel dat ze zich zo gezond mogelijk gedragen. Dat moet bereikt worden met gedragsinterventies. Maar voor gedragsinterventies is het bijzonder lastig deze op directe effecten te evalueren. Het blijft namelijk altijd de vraag of het effect ook opgetreden zou zijn als de activiteit niet was uitgevoerd. En als er een effect is geconstateerd, is dit bijna nooit eenduidig terug te leiden naar de uitgevoerde activiteit. De gemeente is namelijk geen gesloten systeem en behalve de invloed van een uitgevoerde activiteit zijn er nog heel veel andere ontwikkelingen die van invloed zijn op een bepaald gezondheidsgedrag.

Het is daarom voor een succesvol preventief lokaal gezondheidsbeleid van belang om te werken met evidence-based interventies. Als je die interventies uitvoert mag je ervan uitgaan dat dit bijdraagt aan de aanpak van een bepaald gezondheidsprobleem. Wel dient beoordeeld te worden of het proces goed is verlopen, oftewel een *procesevaluatie*. Bij een procesevaluatie kijk je of de interventie goed is uitgevoerd (juiste setting, juiste betrokken partijen, capabele voorlichter, goede materialen), hoeveel mensen er zijn bereikt met de interventie en of die mensen er iets van hebben opgestoken. Ook is bijvoorbeeld te meten hoeveel er van een bepaald product is verkocht, of er minder overlast is en hoeveel mensen gebruik hebben gemaakt van een bepaald hulpverleningsaanbod. Deze evaluatie kan ook gebeuren door een bijeenkomst met alle betrokken partijen/uitvoerders te organiseren.

Een andere vorm van evaluatie is *effectevaluatie*, waarbij de belangrijkste vraag is of de doelstellingen zijn behaald. Deze evaluatie kan alleen worden uitgevoerd als er heldere doelen zijn gesteld. Bij een effectevaluatie zijn een voormeting en nameting van belang. Het meest efficiënt is als kan worden aangesloten bij bestaande Zeeuwse monitors (denk aan de rVTV, de jeugdmonitor, de volwassenenmonitor en de ouderenmonitor). Echter, de gegevens uit deze monitors zijn vaak niet geschikt zijn om op activiteitsniveau te evalueren. Daarom kan het noodzakelijk zijn om aanvullende metingen te verrichten (bijvoorbeeld een enquête onder ouders en/of jongeren) of het inventariseren van registratiegegevens bij andere organisaties (bijvoorbeeld de politie, het ziekenhuis, HALT of meldpunten van huiselijk geweld). Evaluatie kan, om de kosten te drukken, ook uitgevoerd worden door studenten.

6 Preventie genotmiddelen

6.1 Inleiding

In vervolg op de ingezette activiteiten rondom de preventie van middelengebruik (regionale vervolgnota Gezondheidsbeleid 2005-2008) in de Oosterschelderegio, volgt hier de invulling voor een Meerjarenprogramma Preventie Middelengebruik voor de periode 2009-2012.

In de voorgaande periode is het preventiebeleid middelengebruik verder uitgewerkt. Zo is in de periode mei 2005 tot juni 2006 preventieaanbod ontwikkeld voor het Speciaal Onderwijs. Daarnaast is de implementatie van het onderwijspakket Gezonde School en Genotmiddelen gecontinueerd en wordt dit pakket nu op bijna alle VO scholen in de regio uitgevoerd. Een aantal gemeenten heeft het initiatief genomen om het programma ook op basisscholen te implementeren. Intussen wordt ook een onderhoudscontract ontwikkeld om te stimuleren dat scholen het pakket structureel blijven inzetten. Verder hebben gemeenten gebruik gemaakt van het reguliere aanbod van preventieactiviteiten van Indigo en van andere aanbieders. Voor de komende beleidsperiode is via de werkgroep Zorg van het SWVO een voorstel gemaakt voor het invullen van het preventiebeleid. Daarbij is gekeken naar ontwikkelingen binnen en buiten de regio.

Landelijk gezien valt op dat het gebruik van alcohol onder jongeren een groot probleem is. Met name het alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar is zorgelijk. Bij deze landelijke tendens blijft de Oosterschelderegio helaas niet achter.

Daarnaast zien we de landelijke beweging (ingegeven door het ministerie van VWS) om alcohol en jongeren als speerpunt te benoemen binnen lokaal gezondheidsbeleid. Daarbij wordt gekozen voor een integrale aanpak waarbij bestaande inspanningen vanuit de zorg/preventie worden gekoppeld aan maatregelen op het gebied van integrale veiligheid en handhaving. Een dergelijke koppeling zou de effectiviteit van de gezamenlijke inspanningen sterk positief beïnvloeden. In de Oosterschelderegio zijn ter voorbereiding op een dergelijke aanpak gesprekken gevoerd met gemeenten en een aantal andere partijen over de wenselijkheid en haalbaarheid van een regionale, integrale aanpak.

Beide ontwikkelingen dienen als richtlijn voor dit hoofdstuk en zijn hieronder verder uitgewerkt.

6.2 Onderbouwing

Waarom is specifiek beleid gericht op alcohol en jeugd van belang?

Alcoholgebruik onder jongeren is heel gewoon geworden en een groot deel van de jongeren drinkt veel en vaak alcohol. Op het platteland komt schadelijk gebruik van alcohol door jongeren vaker voor dan in stedelijke gebieden. In Zeeland wordt net zoveel gedronken als in de rest van Nederland.

In het RIVM rapport *Spelen met Gezondheid* (2008) staat over de alcoholische schade bij jongeren het volgende: "Alcoholgebruik door jongeren is bovendien bijzonder schadelijk. Jongeren zijn gevoeliger voor alcoholische schade dan volwassenen. Jongeren hebben in het algemeen een kleiner lichaam, dat anders is van samenstelling dan dat van volwassenen. Ten tweede is het lichaam van jongeren nog in ontwikkeling en daarom kan bij langdurig zwaar gebruik van alcohol met name de hersenontwikkeling geschaad worden. Dit kan blijvende schade aan denken en gedrag veroorzaken. Ook incidenteel overmatig alcoholgebruik kan al permanente hersenschade veroorzaken. Bijkomend effect is dat jongeren voor het verdovende effect van alcohol juist minder gevoelig zijn. Hieruit is waarschijnlijk te verklaren waarom jongeren vaker geneigd zijn 'door te drinken'.

Bij jongeren openbaren zich vooral de acute consequenties van alcoholgebruik, zoals alcoholvergiftiging. Alcoholgebruik gaat echter ook gepaard met schade die zich op langere termijn uit, zoals hersenschade en kanker. Hoe jonger iemand begint met regelmatig en veel alcohol drinken, hoe jonger de leeftijd waarop deze consequenties zich kunnen openbaren. Een belangrijk bijkomend punt is dat mensen die op jonge leeftijd beginnen met alcohol drinken, meer kans lopen op latere leeftijd schadelijk drinkgedrag te ontwikkelen. Preventie en uitstellen van alcoholgebruik bij jongeren heeft dus zeker gezondheidsvoordelen op lange termijn. Naast gezondheidsschade is er overigens ook alcoholgerelateerde schade, die niet direct te maken heeft met de lichamelijke gezondheid, zoals verminderde leerprestaties.“

Behalve gezondheidsschade zijn er verschillende vormen van economische en maatschappelijke schade als gevolg van alcoholgebruik zoals (verkeers-)ongevallen, vandalisme, geweldsdelicten en huiselijk geweld. Hoewel hierover in de regio geen precieze gegevens beschikbaar zijn omdat de registratie van alcoholgerelateerde incidenten ontbreekt, mag worden aangenomen dat deze gegevens niet veel afwijken van wat landelijk bekend is.

Waarom een andere aanpak voor alcohol dan voor drugs of tabak?

Het probleem ten aanzien van alcohol is van geheel andere aard dan de problemen ten aanzien van de overige genotmiddelen. Zo rust er op soft- en harddrugs nog steeds een taboe en is het illegaal. Alcohol daarentegen is een wettelijk geoorloofd en maatschappelijk volledig geaccepteerd onderdeel van de cultuur en overal verkrijgbaar. Het overgrote deel van de bevolking drinkt regelmatig alcohol terwijl slechts een kleine groep drugs gebruikt. Daarnaast is de overlast en schade (ook economisch) gerelateerd aan alcohol vele malen groter dan voor drugs. Voor tabak geldt dat het gebruik ervan afneemt en dat 'niet roken' inmiddels als norm vrij algemeen is aanvaard. Vanuit deze argumenten is het wenselijk om alcoholpreventie te benoemen als speerpunt in het integraal, regionaal preventiebeleid. Voor tabak en drugs zouden de bestaande interventies en maatregelen vooralsnog gecontinueerd moeten worden. Zo is in het lesprogramma Gezonde School en Genotmiddelen ook aandacht voor tabak en drugs, naast alcohol. Dit pakket wordt ingezet op veel scholen in het basisonderwijs (bovenbouw), op een aantal scholen voor speciaal onderwijs en op scholen voor het voortgezet onderwijs.

Waarom kiezen voor een integrale aanpak?

Risicovol alcoholgebruik, met name onder de jeugd, is inmiddels een groot maatschappelijk probleem dat niet afdoende met alleen voorlichting aangepakt kan worden. Voor effectief alcoholbeleid is een integrale, grootschalige aanpak nodig waarbij vanuit verschillende beleidsterreinen wordt samengewerkt om risicovol alcoholgebruik terug te dringen. Gebleken is dat van alcoholbeleid het meeste effect verwacht mag worden als diverse maatregelen naast elkaar bestaan. Zowel voor lokale preventie als voor regionaal alcoholbeleid is geconstateerd dat een integrale benadering met meerdere partijen vanuit meerdere beleidsterreinen de meeste kans van slagen heeft. Een dergelijke aanpak ontbreekt nog bij veel gemeenten in de regio.¹⁴ De meest effectieve maatregelen om alcoholgebruik onder jongeren te beperken richten zich op de omgeving; de beschikbaarheid en het aanbod van alcoholhoudende drank beperken. Voorlichting en educatie kunnen dit soort maatregelen ondersteunen door draagvlak te creëren. In de handleiding Lokaal Alcoholbeleid van de VWA (Voedsel en Waren Autoriteit) staat beschreven hoe een integrale aanpak kan worden opgezet. Deze aanpak dient zoveel mogelijk als leidraad voor het opzetten van regionaal alcoholbeleid in de Oosterschelderegio.

Voorbeeldregio's

In een aantal regio's is men inmiddels bezig met integraal alcohol- en/of middelenbeleid. Hier wordt op verschillende manieren gewerkt aan een regionale aanpak om alcohol en/of middelengebruik onder

¹⁴ Onderzoek 'De Sleutel' (2005).

met name jongeren terug te dringen. Ter oriëntatie voor het schrijven van dit hoofdstuk is contact gelegd met een aantal van deze regio's en is documentatie van verschillende projecten bestudeerd.

Duidelijk is dat in de Oosterschelderegio het wiel niet opnieuw hoeft te worden uitgevonden. Er zijn voldoende interessante initiatieven die als voorbeeld kunnen dienen. Hoewel er over de effectiviteit van de meeste projecten nog geen bindende uitspraken gedaan kunnen worden, ziet een aantal initiatieven er hoopvol uit. Bovendien maken evidenced-based interventies, zoals het pakket Gezonde School en Genotmiddelen, onderdeel uit van de mix aan maatregelen binnen de integrale aanpak.

Het is bijzonder lastig om op relatief korte termijn concreet effect te zien van inspanningen. Pas op langere termijn zullen resultaten zichtbaar worden. Vooral nog is het zaak om werkende weg een effectieve aanpak te ontwikkelen waarbij voortdurend de vinger aan de pols wordt gehouden bij de doelgroepen. Dit pleit voor een structurele aanpak waarbij steeds in kleine stappen gewerkt wordt aan een einddoel en waarbij voortdurend bijgestuurd wordt op grond van regionale en landelijke ontwikkelingen.

Samenvattend

Uit het bovenstaande kan de volgende conclusie worden getrokken, dit is tevens de probleemstelling:

Alcoholgebruik onder jongeren is een groot maatschappelijk probleem. 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. Binnen de Oosterschelderegio wordt op verschillende manieren en in verschillende mate invulling gegeven aan integrale samenwerking tussen gemeenten en andere partijen vanuit verschillende relevante beleidsterreinen, zoals zorg/welzijn, onderwijs, jeugd, integrale veiligheid, handhaving en regelgeving. De zeven gemeenten geven aan dat er behoefte aan verdere ontwikkeling van deze samenwerking.

6.3 Strategische aanpak: procesmatig en beleidsinhoudelijk

In dit meerjarenplan wordt gebruik gemaakt van richtlijnen uit de handleiding Lokaal Alcoholbeleid. Het meerjarenplan biedt gemeenten een kader waarbinnen zij zelf verder vorm kunnen geven aan lokaal preventiebeleid. Concrete invulling van het regionale en het lokale beleid vindt plaats door middel van een activiteitenplan.

Voor een regionale aanpak is regionale samenwerking noodzakelijk. Inmiddels zijn eerste stappen gezet voor regionale samenwerking, maar deze dient nog verder geoptimaliseerd te worden.

Beleidsinhoudelijk wordt alcohol aangemerkt als speerpunt binnen het preventiebeleid. 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.

6.4 Algemene visie

De algemene visie geeft het streefbeeld weer voor de lange termijn. 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 verbanden tussen

verschillende losse activiteiten. Specifieke (SMART¹⁵)-doelstellingen gerelateerd aan de visie staan vermeld in het regionaal activiteitenplan.

Algemene visie:

- **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.**

Procesmatige doelstellingen:

Er wordt gekozen voor regionale samenwerking en een integrale aanpak. Hieruit komen twee *procesmatige subdoelstellingen* voort:

- **Het opzetten van een regionale samenwerking in de Oosterschelderegio op het gebied van Genotmiddelenbeleid.**
- **Het opzetten van een integrale aanpak voor genotmiddelenbeleid.**

In het regionaal activiteitenplan wordt uitgewerkt hoe deze doelstellingen gerealiseerd worden. Bij het opstellen van het activiteitenprogramma wordt gebruik gemaakt van de integrale aanpak zoals uitgewerkt in de Handleiding Lokaal alcoholbeleid (VWS).

6.5 De vier pijlers van een integrale aanpak

De integrale aanpak is gestoeld op vier beleidspijlers¹⁶:

- Publiek draagvlak
- Regelgeving
- Handhaving
- Vroegsignalering

Per pijler worden specifieke doelstellingen geformuleerd, doelgroepen benoemd en een strategie bepaald. Deze worden concreet uitgewerkt in de regionale en lokale activiteitenplannen. Per jaar worden activiteiten vastgesteld die bijdragen aan het realiseren van deze specifieke doelstellingen.

De pijlers regelgeving/vergunningenbeleid en handhaving worden om praktische redenen in de Oosterschelde aanpak samengevoegd onder de noemer Integrale Veiligheid.

A. Pijler publiek draagvlak

Vanuit deze invalshoek is het doel draagvlak te verkrijgen en bewustwording te vergroten. Het gaat dan om:

1. Bewustwording bij een algemeen publiek over de ernst van de risico's van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar en de risico's van schadelijk alcoholgebruik in het algemeen.
2. Meer kennis bij een algemeen publiek over de maatregelen en normen die ten grondslag liggen aan het alcoholbeleid.
3. Informeren van het publiek over de resultaten van het beleid via de media.

De ernst van de risico's van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 en van overmatig alcoholgebruik in het algemeen worden door velen onderschat. De communicatiestrategie is erop gericht alle relevante doelgroepen te overtuigen van het belang van alcoholpreventie en om draagvlak te creëren voor de te nemen maatregelen.

¹⁵ SMART staat voor Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden

¹⁶ Deze pijlers worden uitgebreid beschreven in de 'Handleiding lokaal alcoholbeleid'.

Centrale boodschap:

Geen alcohol onder de 16! Drink met mate boven de 16!

B. Pijler Integrale veiligheid; regelgeving, vergunningenbeleid, handhaving

Het lokale bestuur geeft het alcoholbeleid in de praktijk concreet gestalte. De gemeente verleent immers – namens de rijksoverheid – de vergunningen aan horeca- en slijterijen. De gemeenteraad kan op grond van de Drank- en Horecawet in een verordening extra regels stellen.

Specifieke doelstelling procesmatig

Planmatige en structurele aandacht voor alcoholbeleid binnen beleidsveld integrale veiligheid in samenhang met overige preventieactiviteiten, zoals voorlichting.

C. Pijler Vroegsignalering

Het terrein voor de pijler Vroegsignalering ligt nog zo goed als braak. In de komende vier jaar moet worden uitgezocht wat wenselijk en mogelijk is. De GGD zal hierin een trekkende rol vervullen. Een eerste stap is al het bewustwordingsproces op gang brengen binnen de bestaande ketenstructuur. Hiermee kunnen de gemeenten alvast een begin maken.

Specifieke doelstelling

Ontwikkelen van een structuur voor vroegsignalering in de Oosterschelderegio. Dit gebeurt binnen de te ontwikkelen CJG's (Centra Jeugd en Gezin).

6.6 Financiën

Voor het alcohol- en middelenbeleid zijn met name de volgende financieringsstromen van belang:

- Regionaal preventiebeleid middelengebruik Oosterschelderegio
- MO-middelen verslavingspreventie (vanuit de centrumgemeente, middelen voor de Oosterschelderegio)

Regionaal preventie middelengebruik Oosterschelderegio

Het preventie middelen beleid in de Oosterschelderegio is onderdeel van het regionale gezondheidsbeleid (in de huidige nota vallend onder het speerpunt "preventie psychosociale problematiek jeugdigen"). Het is tevens onlosmakelijk verbonden met het gedoogbeleid voor twee coffeeshops in de gemeente Goes. De bekostiging van preventie middelenbeleid is door alle gemeenten naar rato van inwonertal (0,32 ct. per inwoner). Hoewel Schouwen-Duiveland nu niet meedoet aan het regionale preventiebeleid, is de gemeente voornemens om aan te sluiten. In het kader van deze nota wordt hierover een beslissing genomen.

MO-middelen verslavingspreventie

Als het gaat om uitvoering van preventieve verslavingszorg is Indigo (voorheen onderdeel van Emergis) de belangrijkste partner van gemeenten. Indigo wordt voor zijn activiteiten bekostigd door centrumgemeente Vlissingen in het kader van de brede doeluitkering. Over de inzet van deze rijksuitkering werd tot 1 januari 2009 besloten binnen het bestuur van de Regionale Commissie Verslavingszorg Zeeland, een gemeenschappelijke regeling tussen de gemeenten Vlissingen, Terneuzen, Middelburg en Goes.

Met ingang van 2007 is binnen het bestuur RCVZ afgesproken om over dit rijksbudget van Emergis voor preventieve verslavingszorg voortaan per regio afspraken te maken. In de Oosterschelderegio wordt dit gezamenlijk afgestemd met de ambtenaren zorg van alle 7 gemeenten. In dit verband kan de gemeenten Schouwen-Duiveland wel aanspraak maken op een evenredig deel van het budget. Per 1 januari 2009 wordt de RCVZ ontbonden en worden de afspraken gemaakt in de werkgroep MO.

6.7 Evaluatie en monitoring

Genotmiddelenbeleid is moeilijk meetbaar in absolute getallen, er zijn altijd meerdere factoren op van invloed. De jeugd-, volwassenen- en ouderenmonitor geeft een beeld van huidige situatie en kan over vier jaar een indicatie geven van de effecten (zoals minder en minder vaak drinken of roken). Andere opties zijn:

- Meten van het bereik van de verschillende activiteiten.
- Het monitoren van het ontstaan en functioneren van regionale en lokale afstemming.
- Het meten van de houding van de doelgroep ten aanzien van alcoholgebruik.
- Volgen van (nieuwe) wet- en regelgeving en het functioneren van de handhaving.
- Aantal alcoholgerelateerde incidenten (geregistreerd bij politie, ziekenhuis, meldpunten).
- Nagaan in hoeverre de (jaar)plannen zijn gerealiseerd.
- Het voeren van voortgangsgesprekken met gemeenten en instellingen.

CONCEPT

7 Overgewicht

7.1 Inleiding

Overgewicht is een snel groeiend probleem. Ook onder kinderen groeit het aantal ernstige gevallen gestaag. De combinatie van steeds minder bewegen in het dagelijks leven en meer en ongezonder eten brengt het zicht op 'Amerikaanse toestanden' dichterbij. Overgewicht is deels erfelijk bepaald, maar dat verklaart niet de enorme stijging de laatste jaren.

Overgewicht hangt samen met diabetes type 2, een verhoogde kans op hart- en vaatziekten en vroegtijdige sterfte. Kinderen met obesitas lopen bovendien meer kans op psychosociale problemen. Pesten, een negatief zelfbeeld en schoolverzuim komen vaker voor bij kinderen met obesitas. Het verschil in levensverwachting tussen een persoon met obesitas en iemand met een gezond gewicht is 4½ jaar.

In de landelijke nota 'Kiezen voor gezond leven' wordt diabetes als prioriteit benoemd. De landelijke doelstelling is dat het aantal patiënten met diabetes in 20 jaar niet meer dan 15% stijgt dat het merendeel van de diabetespatiënten geen complicaties heeft. Aangezien deze gegevens regionaal niet gemonitord worden, is diabetes geen specifiek speerpunt in deze gezondheidsnota. Maar door de aanpak van overgewicht is er wel aandacht voor diabetes (type 2).

Waarom is specifiek beleid gericht op overgewicht van belang?

Overgewicht is een groot probleem voor de volksgezondheid in Nederland. Hoewel de materie ingewikkeld is, kan een gemeente er veel aan doen. Daarom verdient preventie van overgewicht structurele aandacht in gemeentelijk gezondheidsbeleid. De handleiding Lokaal beleid preventie van overgewicht van het Voedingscentrum biedt inzicht in een reeks van landelijk ontwikkelde en lokaal uit te voeren interventies.

Activiteiten om de problematiek van overgewicht aan te pakken zijn er voor verschillende leeftijdsfasen. De meeste hebben een regionale/lokale component. In handreiking staat beschreven wat de aangrijpingspunten zijn van de interventies en in welke settings de interventies kunnen plaatsvinden. Deze handreiking dient dan ook als leidraad gebruikt te worden voor het regionale activiteitenprogramma.

Samenhang komt ook tot stand doordat de effecten van interventies elkaar versterken. Zo kan het effect van lespakketten op het gebied van bewegen/voeding toenemen wanneer de schoolomgeving verkeersveiliger wordt en er in de kantine (en automaten) meer energiearme voedingsmiddelen worden aangeboden. Een breed samenhangend pakket dat de leefomgeving gunstig beïnvloedt, levert de meeste effecten op, zo hebben recente ervaringen uitgewezen.

Op lokaal niveau valt het meeste te verwachten van het realiseren van aantrekkelijke wandel- en fietspaden, 'beweegvriendelijke' schoolpleinen en een gezonde schoolomgeving. Ook het subsidiëren en stimuleren van fietsen voor woon-werkverkeer, het aanbieden van meer energiearme voedingsmiddelen in kantines en het optimaal benutten van bestaande sportfaciliteiten worden gezien als kansrijke maatregelen in de preventie van overgewicht. Deze maatregelen zijn echter alleen te realiseren als er sprake is van integraal beleid. Meerdere partijen dienen samen te werken aan een geïntegreerde aanpak van overgewicht, door een mix van interventie maatregelen voor verschillende doelgroepen. 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).

Jeugdigen en mensen met een laag inkomen en/of lage opleiding dienen bij de aanpak speciale aandacht te krijgen.

7.2 Doelstellingen

Preventie overgewicht is een nieuw speerpunt in de regionale gezondheidsnota.

Algemene doelstellingen

De algemene doelstellingen zijn (net als voor het landelijk beleid):

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

Het percentage overgewicht onder jeugdigen wordt in de periodieke gezondheidsonderzoeken gemonitord. De gegevens zijn jaarlijks beschikbaar en gebaseerd op haarde gegevens (geen zelfrapportage). In de periode tot 12 jaar stijgt het aandeel (ernstig) overgewicht het meest. Tegelijkertijd gaan wij er vanuit dat deze groep het meest ontvankelijk is en dat hun ouders makkelijker betrokken kunnen worden. We richten ons dus op de doelgroep jeugd (ook rekening houdend met het feit dat kinderen met overgewicht meer kans hebben op het krijgen van diabetes, hart- en vaatziekten, gewrichtsproblemen en overgewicht op latere leeftijd). De doelstelling wordt gespecificeerd naar: *het percentage overgewicht voor 5-, 10- en 13-jarigen is met 2%-punten gedaald in 2012 t.o.v. 2009.*

Overgewicht onder volwassenen wordt (op basis van zelfrapportage) bevraagd in de volwassenenenquête en de ouderenmonitor. Een belemmering hierbij is echter wel het meetmoment: de volwassenenenmonitor vindt in 2009 plaats en de vervolgmeting 4 jaar later. Dit maakt het concretiseren van de doelstelling voor volwassenen voor deze gezondheidsnota niet mogelijk. Voor ouderen kan de doelstelling wel geëvalueerd worden.

Procesmatige doelstellingen

- **Het opzetten van een regionale samenwerking in de Oosterschelderegio op het gebied van overgewicht met o.a. de GGD samen.**
- **Het opzetten van een integrale aanpak voor overgewicht.**

7.3 Activiteiten

Om deze doelstellingen te realiseren gaan we samen met de GGD een actieprogramma preventie overgewicht opstellen. Waarschijnlijk worden ook andere partijen hierbij betrokken, zoals Sport Zeeland. Binnen dit programma wordt een breed pakket aan maatregelen op het gebied van voeding en bewegen ingezet, gericht op zowel het individu als de omgeving. Het actieprogramma zal in 2010 gereed zijn.

Op dit moment is er geen goed totaalbeeld van welke activiteiten preventie overgewicht er al zijn in de Oosterschelderegio. Deze activiteiten kunnen namelijk ook worden geboden door partijen die los staan van gemeenten (denk aan een ontbijtochtend georganiseerd door een supermarkt of een open sportdag georganiseerd door een sportvereniging). Uiteraard zal voor het opstellen van het activiteitenprogramma rekening worden gehouden met al lopende activiteiten (zoals activiteiten van de GGD en veelbelovende projecten zoals sCOOLsport en Topkidz).

Bij het ontwikkelen van het actieprogramma wordt gebruik gemaakt van enkele landelijke instrumenten. In opdracht van VWS is de handleiding Preventie van overgewicht in de nota lokaal gezondheidsbeleid ontwikkeld. Deze handleiding geeft handvaten voor de uitvoering van het beleid in concrete activiteiten. Daarnaast is recent verschenen de nota Overgewicht van de ministeries VWS en

Jeugd en Gezin. Deze nota richt zich op artsen, werkgevers, schoolbesturen en gemeenten en beschrijft maatregelen om partijen te ondersteunen. Verder biedt het convenant Overgewicht een goede basis voor een betere lokale/regionale aanpak, omdat tal van lokale partijen (zoals supermarkten, horeca, industrie, zorgverzekeraars en anderen) via hun koepelorganisaties de doelstellingen van het (nationaal) convenant Overgewicht al steunen.

Omdat ook factoren buiten de directe invloedssfeer van de sector Volksgezondheid van invloed zijn op gezondheid, betrekken we de volgende andere sectoren bij het ontwikkelen van beleid en bij het opzetten van het actieprogramma preventie van overgewicht:

- Onderwijs
- Sport & Recreatie
- Ruimtelijke ordening
- Verkeer & Vervoer
- Zorg & Welzijn

7.4 Financiën

Er zijn geen specifieke middelen beschikbaar voor de preventie van overgewicht.

Mogelijke financieringsbronnen voor activiteiten zijn:

- Vrije ruimte GGD (projecten gemeenten)
- Provinciale of landelijke projectgelden (bijvoorbeeld Nationaal Actieplan Sport en Bewegen)
- BOS-gelden, breedtesportgelden of andere sportgelden
- Lokale middelen

Deze posten zijn PM.

Het ontwikkelen van een integraal beleid kan vaak worden gedaan vanuit bestaande formatie.

7.5 Evaluatie en monitoring

De gegevens over overgewicht komen uit de PGO's, de volwassenenenquête en de ouderenmonitor.

8 Psychische en psychosociale problematiek

8.1 Inleiding

Psychische en psychosociale problematiek komen steeds nadrukkelijker op de gemeentelijke agenda te staan. Dit is vooral een gevolg van de invoering van de Wmo. Door 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. Dit is voor gemeenten een nieuwe taak.

Daarnaast kan de ontwikkeling van de Kanteling worden genoemd (zie paragraaf 3.6, kopje Overige Zeeuwse ontwikkelingen). Door de vraag van klanten centraal te zetten, wordt aan een betere dienstverlening aan klanten gewerkt. Omdat de Kanteling niet voorzieninggericht maar meer op behoeften is gericht, zal de psychosociale kant steeds nadrukkelijker naar voren komen.

Ook een aantal pakketaanpassingen in de AWBZ (vanaf 1 januari 2009) zijn van belang. De belangrijkste is dat de grondslag psychosociaal uit de AWBZ is geschrapt. De grondslag psychosociaal gaf toegang tot de AWBZ functie Ondersteunende begeleiding en Persoonlijke verzorging (vanaf 1 januari 2009 de nieuwe functie Begeleiding welke tot het gemeentelijk domein behoort). Met het vervallen van de grondslag psychosociaal doen cliënten met psychosociale problematiek steeds vaker een beroep op hulp of ondersteuning van of gecoördineerd door de gemeenten. Voor gemeenten is er dus een nieuwe doelgroep cliënten bijgekomen. Dit geeft meer vraag naar andersoortige voorzieningen. Hoe we met deze nieuwe doelgroep omgaan heeft aandacht.

Een mogelijke oplossing voor GGZ-gerelateerde vragen zijn de leun- en steunsystemen in het kader van de Wmo. Op provinciaal niveau werkt een werkgroep aan een advies over de leun- en steunsystemen. Het advies zal een beschrijving geven van de huidige situatie (inventarisatie van bestaande, aanverwante systemen in Zeeland), maakt mogelijkheden voor lokale inbedding inzichtelijk en geeft inzicht (voor zover mogelijk) in de financiële consequenties.

8.2 Onderbouwing

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. Veel belangrijker is het dat het veel individueel leed veroorzaakt en daarmee de individuele leefbaarheid ernstig schaadt. Verder kunnen psychische en psychosociale problemen leiden tot depressie. Depressie is op dit moment een van de belangrijkste bedreigingen van de volksgezondheid.

Het aantal mensen dat lijdt aan psychosociale of psychische problemen is niet bekend. Voor bijvoorbeeld depressie of dementie worden op landelijk niveau schattingen gemaakt op basis van landelijk onderzoek en zorggebruik. Van dementie is bekend dat hoe ouder men wordt, hoe meer kans op dementie. Voor de Oosterschelderegio zijn er wel gegevens bekend over psychische ongezondheid, eenzaamheid en psychosociale problematiek (zie paragraaf 4.2 Gezondheid, kopje psychische gezondheid).

Onderzoek wijst uit dat wanneer preventie op het juiste moment wordt aangeboden (in kwetsbare posities en tijdens belangrijke transitieën in het leven), dan kan dat een wereld van verschil maken voor de rest van iemands leven. Het gaat dan om het creëren van een leefomgeving waarin de kans op een geestelijk gezond leven wordt geoptimaliseerd.

Psychosociale problematiek, en met name de preventie hiervan, is zeer breed. 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.

Het is niet mogelijk om voor alle doelgroepen een integrale aanpak depressiepreventie te ontwikkelen en uit te voeren. We focussen ons in de Oosterschelderegio op twee doelgroepen:

- **Jongeren**
Tijdens de adolescentie en jongvolwassenheid wordt vooral een begin gemaakt met identiteitsvorming. Ook wordt de overgang naar meer zelfstandigheid in gang gezet. Op deze leeftijd kunnen depressies voor het eerst sterk naar voren komen en een positieve identiteit en zelfvertrouwen ondermijnen. Wanneer niet adequaat met psychische klachten wordt omgegaan, kunnen de problemen lange tijd in het volwassen leven blijven voortbestaan. Juist op deze leeftijd kunnen sociale en probleemoplossende vaardigheden worden getraind. Voor jongeren met depressieve klachten kunnen preventieve cursussen uitkomst bieden.
- **Ouderen (65 jaar en ouder)**
Voor ouderen is het behoud van kwaliteit van leven een belangrijke uitdaging. Verschillende factoren kunnen deze bedreigen: sociaal isolement, verlies van dierbaren, functionele beperkingen, verlies van zelfstandigheid. Ouderen beleven een periode waarin ze vaak terugkijken op hun leven; zingevingsvragen spelen een grote rol. Er is veel preventieve ondersteuning beschikbaar gericht op versterking van gevoel van controle, verwerking van verlieservaringen, sociale participatie en versterking van zingeving.

Hoewel dementie niet als specifiek speerpunt in deze nota wordt benoemd, is het wel een thema dat aandacht zal krijgen.

8.3 Doelstellingen

In het regionale gezondheidsbeleid 2005-2008 is preventie psychosociale problematiek jeugdigen al een speerpunt. Genoemde activiteiten daarbij zijn uitgebreiden zorgstructuur consultatieteam op de basisscholen in de Oosterschelderegio (consultatieteams worden momenteel omgezet naar ZAT's, zorg advies teams), afstemming opvoedingsondersteuning in de Oosterschelderegio en continueren/uitbreiden preventiebeleid verslavende middelen.

Daarnaast is in het gezondheidsbeleid 2005-2008 aandacht voor de zorg voor ouderen als speerpunt benoemd. Een van de activiteiten die hieronder vielen was de pilot Preventief Gezondheidsonderzoek voor Ouderen (PGO-O).

Algemene doelstellingen

Psychosociale problematiek bij jongeren

- **Het percentage jongeren met psychosociale problematiek stijgt niet.**

Eenzaamheid en psychische ongezondheid bij ouderen

- **Het percentage ouderen dat zich eenzaam voelt stijgt niet.**
- **Het percentage ouderen dat psychisch ongezond voelt stijgt niet.**

Procesmatige doelstellingen

Psychosociale problematiek bij jongeren

- Het verbeteren van vroegsignalering en ketensamenwerking op het gebied van jeugdzorg
- Het beter bekend en bereikbaar maken van het preventief hulpaanbod

Het oprichten van de Centra Jeugd en Gezin vormen een belangrijke schakel voor het realiseren van deze doelstellingen. De ontwikkeling van de CJG's ligt in Zeeland in handen van onder meer de TaskForce Jeugd.

Depressie en eenzaamheid bij ouderen

- Het ontwikkelen van een regionaal integraal uitvoeringsplan voor:
 - het verbeteren van vroegsignalering van eenzaamheid en psychische ongezondheid bij ouderen;
 - het beter bekend en bereikbaar maken van preventief hulpaanbod door middel van betere toeleiding en voorlichting.

8.4 Activiteiten

We willen een meerjaren beleidsprogramma psychosociale en psychische problematiek opstellen. Uitgangspunt daarbij is een regionale samenwerking in de Oosterschelderegio. Wetenschappelijk onderzoek wijst namelijk uit dat preventie van depressie het meeste oplevert in een integrale aanpak, waarbij publieksvoorlichting, vroegsignalering en advisering, preventieve ondersteuningsprogramma's en maatregelen gericht op de omgeving worden gecombineerd en waarbij oog is voor meerdere beleidsterreinen. Door een basispakket te ontwikkelen kan een dergelijke aanpak worden ingezet voor doelgroepen met een sterk verhoogd risico op depressie. Juist bij het realiseren van deze aanpak kunnen gemeenten een cruciale rol vervullen. Door het Trimbos instituut is een handleiding depressiepreventie ontwikkeld. De handleiding dient om gemeenten te ondersteunen bij de praktische invulling van lokaal beleid voor depressiepreventie. Deze handleiding zal als basis dienen voor het activiteitenprogramma.

Er bestaan goede preventieve programma's waarmee een depressie kan worden uitgesteld of volledig voorkomen. Om deze interventies breed beschikbaar te maken is de inspanning van veel partijen nodig. Om die inspanning te mobiliseren is het Partnership Depressiepreventie opgericht. Het Partnership Depressiepreventie bundelt activiteiten van verschillende partijen zodat het rendement van de afzonderlijke inspanningen omhoog gaat. Het partnership doet dat door een sluitende aanpak van beleidsmaatregelen, bewustwording, signalering, preventie en zorg te realiseren. De partners werken aan een samenhangend programma depressiepreventie met op elkaar afgestemde activiteiten vastgelegd in het werkplan. De VNG heeft namens de gemeenten in maart 2009 de intentieverklaring ondertekend.

Een van de stappen bij het opstellen van het meerjarenprogramma is een inventarisatie van lopende activiteiten. Enkele voorbeelden zijn de ouderenadviseurs in de verschillende gemeenten en de SOVA-trainingen.

Verder zal het meerjarenprogramma zich richten op, waar dit een meerwaarde heeft, een gezamenlijk uitvoer van activiteiten en projecten.

8.5 Financiën

Er zijn geen specifieke middelen voor psychische en psychosociale problematiek. Wel is in de Oosterschelderegio voor de jaren 2007, 2008 en 2009 afgesproken de collectieve preventie van psychische stoornissen gezamenlijk op te pakken en daarvoor € 84.336 per jaar beschikbaar te stellen (gelijk aan historisch budget uit de CPGGZ (collectieve preventie geestelijke gezondheidszorg)).

8.6 Evaluatie

Voor de evaluatie kan gebruik worden gemaakt van de diverse monitors (de jeugdmonitor, de volwassenenenquête en de ouderenmonitor).

CONCEPT

9 Lokaal beleid

In dit hoofdstuk wordt aandacht gegeven aan de prioriteiten die door de gemeenteraden van de zeven Oosterschelderegiongemeenten zijn aangegeven. Deze prioriteiten zijn benoemd door de gemeenteraad, een commissie of de adviesraden. Niet alle gemeenten hebben lokale prioriteiten benoemd. Belangrijke redenen hiervoor zijn dat zij zich konden vinden in het voorstel van de regionale speerpunten (zoals voorgelegd in mei 2008¹⁷) en/of de resultaten van de kernboodschappen voor lokaal gezondheidsbeleid (de lokale rVTV) willen gebruiken als basis (begin 2009 gereed).

In de overzichten van prioriteiten is onderscheid gemaakt tussen prioriteiten die in het regionale gezondheidsbeleid worden meegenomen (deze zijn cursief weergegeven) en prioriteiten die lokaal nader dienen te worden uitgewerkt.

Borsele

Middelengebruik, overgewicht en depressie zijn belangrijke punten. Ook het binnenmilieu van scholen vergt aandacht.

Op basis van de raadsvergadering van 22 mei 2008 zijn de volgende regionale/lokale prioriteiten aangegeven (in volgorde van prioriteit):

1. Bereikbaarheid/beschikbaarheid voorzieningen (w.o. algemene voorzieningen, speciale voorzieningen, etc.)
Doelgroep: iedereen
2. *Alcohol en middelengebruik*
Doelgroep: jongeren
2. *Vereenzaming/sociaal isolement*
Doelgroep: jongeren en ouderen
4. *Overgewicht (bewegen en voeding)*
Doelgroep: ouderen en jongeren
5. Huiselijk/relatieel geweld
Doelgroep: iedereen
6. Depressie
Doelgroep: jongeren, ouderen en mantelzorgers
7. Dementie/Alzheimer
Doelgroep: ouderen

Goes

In de raadscommissievergadering op 15 mei 2008 zijn de voorgestelde speerpunten onderschreven. De doelgroep voor preventief middelengebruik zijn vooral jongeren, voor eenzaamheid en sociaal isolement zijn ouderen de doelgroep. Verder dient er een relatie gelegd te worden met de Wmo. Het gezondheidsbeleid wordt in nauw overleg met belangengroepen ontwikkeld.

Op 10 november 2008 zijn de adviesraden van de gemeente Goes bijeen geweest in een discussiebijeenkomst. De lokale gegevens uit de rVTV werden toen gepresenteerd. De speerpunten zijn per leeftijdsgroep geformuleerd:

0 – 12 jaar: Vroegsignaleren; Bestaande zorgstructuur behouden, versterken en kennis vergroten; *Overgewicht / verslaving aan suiker en Geestelijke gezondheid van kinderen.*

13 – 23 jaar: *Overgewicht, Alcohol, Roken; Diabetes; Toegankelijk en laagdrempelig aanbod van hulp en voorzieningen op gebied van sport, cultuur, muziek en (Vroeg)signaleren.*

¹⁷ Preventie middelengebruik (alcohol, roken, drugs), overgewicht en eenzaamheid/sociaal isolement (in combinatie met depressie).

23 – 64 jaar: *Geestelijke gezondheid; Overgewicht; Werkstress; Psychische problematiek* alleenstaanden; Huiselijk geweld; Toegankelijkheid en laagdrempeligheid tot hulp en naast toegang tot sport ook toegang tot cultuur en participatie in culturele activiteiten.

65 jaar en ouder: *Ouderenspreekuur of consultatiebureau voor ouderen* en 75+-project Informatief en Signalerend Huisbezoek.

Kapelle

De speerpunten voor de nieuwe gezondheidsnota zijn op 13 mei 2008 gepresenteerd aan de gemeenteraad. In de raadsvergadering kon de raad zich vinden in de voorgestelde speerpunten, maar gaf aan de lokale VTV te willen afwachten alvorens een definitief besluit te nemen. Behalve de voorgestelde speerpunten gaf de raad aan dat ook het binnenmilieu van scholen aandacht vergt. Belangrijke doelgroepen zijn ouderen, jongeren en mantelzorgers.

De regionale en lokale VTV zijn aan de raad aangeboden op 24 maart 2009. Geconcludeerd werd dat dit onderzoek de eerder gepresenteerde speerpunten voor de nieuwe gezondheidsnota onderbouwt. De raad van Kapelle vraagt in de nieuwe gezondheidsnota aandacht voor preventie middelengebruik (alcohol, roken en drugs), overgewicht en psychische en psychosociale problematiek (eenzaamheid, sociaal isolement en depressie).

Noord-Beveland

In de raadsvergadering van 15 mei 2008 werden de voorgestelde speerpunten onderschreven. Vooral het speerpunt middelengebruik had de aandacht. Het college wil de kernboodschappen uit de lokale rVTV gebruiken voor lokaal beleid.

Reimerwaal

Naar aanleiding van de themaraad op 20 mei 2008 inzake de lokale rVTV zijn de volgende speerpunten geformuleerd:

- Zorg advies teams op basisscholen
- De gezonde school en genotmiddelen
- Opvoedsteunpunten
- Mantelzorg
- Huiselijk geweld
- *Eenzaamheid onder ouderen*
- *Preventie middelengebruik*
- *Overgewicht*
- Ouderenconsultatiebureaus
- *Psychische en psychosociale problematiek*
- Breedtesport
- Huisartsenzorg
- Kanteling (aanvragen zorgloket breder bekijken)

Schouwen-Duiveland

In de commissievergadering van 6 mei 2008 zijn de voorgestelde speerpunten onderschreven. Naar aanleiding van de rVTV zijn de speerpunten bepaald in de raadscommissie van 5 februari 2009:

- *Roken*
- *Schadelijk alcoholgebruik*
- *Overgewicht* (bewegen en voeding)
- Diabetes
- Depressie
- *Preventie middelengebruik* (naast roken en alcohol ook drugs en medicijnen)
- Legionellapreventie in leidingwater van de gemeentelijke accommodaties
- *Ouderenconsultatiebureau's*
- Binnenmilieu scholen

- Vaccinatie/mondhygiëne
- Huiselijk geweld

Tholen

In commissievergadering van 13 mei 2008 zijn de speerpunten besproken. Aangegeven werd dat de jeugd en hun ouders belangrijke doelgroepen zijn. Vervolgens hebben de fracties hun aandachtspunten geïnventariseerd. Gemeenschappelijk worden de volgende prioriteiten benoemd: komen dan

- *Overgewicht*
- *Middelengebruik*
- *Tandheelkunde*

De overige aandachtspunten worden niet gedeeld door meerdere fracties.

CONCEPT

Bijlage 1: Gebruikte bronnen

Voor deze nota zijn onder meer de volgende bronnen geraadpleegd:

Publicaties

- GGD Zeeland i.s.m. SCOOP en RIVM. *Gezondheid boven water in Zeeland. Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning 2008*. Goes, 2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Brief SEGV nav motie-Van der Veen en motie-Arib*. Den Haag, 9 juli 2008.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kaderbrief visie op gezondheid en preventie 2007-2011*. Den Haag, 27 september 2007.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie*. Den Haag, september 2007.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Kiezen voor gezond leven. Preventienota 2007-2010*. Den Haag, december 2006.
- RIVM. *Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van Nederlandse jeugd*. Bilthoven, 2008.
- SGBO. *Handreiking gemeenten: Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg*. In opdracht van Project Beter Voorkomen., Den Haag, 2008.
- STIVORO. *Richtlijn tabakspreventie in lokaal gezondheidsbeleid*. In opdracht van VWS, 2008.
- SWVO. *Gezondheidsbeleid in uitvoering. Regionale vervolgnota gezondheidsbeleid Oosterschelderegio 2005 -2008*. Goes, december 2004.
- SWVO. *Evaluatie nota gezondheidsbeleid Oosterschelderegio 2004-2008*. Goes, juni 2008.
- Trimbos-instituut. *Handleiding 'Preventie van depressie in lokaal gezondheidsbeleid'*. In opdracht van VWS, 2008.
- VNG. *Toekomstvisie op publieke gezondheid. Maatschappelijke vraagstukken centraal - verbinden verschillende beleidsdomeinen*. Den Haag, februari 2009.
- het Voedingscentrum. *Handleiding 'Preventie van overgewicht in lokaal gezondheidsbeleid'*. In opdracht van VWS, 2008.
- VWA. *Handleiding lokaal alcoholbeleid. Een integrale benadering*. In opdracht van VWS, 2008.
- Diverse gemeentelijke nota's

Websites

- www.betervoorkomen.nl
- www.ggdgezondheidsatlas.nl
- www.nigz.nl
- www.rivm.nl (Centrum Gezond Leven)
- www.trimbos.nl
- www.vng.nl
- www.vng-login.nl
- www.zonmw.nl (programma Preventie)

Voorbeelden regionaal alcoholbeleid

- Laat je niet flessen! Samenwerkingsregio Eindhoven (www.sre.nl)
- Happy Fris, alcoholmatiging in de gemeenten Oldenzaal, Losser en Dinkelland (www.happyfris.nl)
- Het geheim van Goeree (www.geheimvango.nl)
- Uitvoeringsnota 'Niet praten, maar samen doen' Regionale Aanpak Alcohol en Jeugd West-Brabant (www.gezondbrabant.nl)

Bijlage 2: Tabellen voor de schets van de gezondheidssituatie in de Oosterschelderegio

De gegevens in deze bijlage komen uit *Gezondheid boven water in Zeeland. Regionale Volksgezondheid Toekomstverkenning 2008* (de rVTV) of www.ggdgezondheidsatlas.nl.

Tabel 1: Demografische kenmerken op 1 januari 2007

	Aantal inwoners*	0-19 jaar (%)	65+ (%)	Groene druk (%)	Grijze druk (%)	% westerse allochtonen	% niet-westerse allochtonen
Borsele	22.385	27%	14%	46%	24%	6%	2%
Goes	36.595	23%	18%	39%	30%	7%	6%
Kapelle	12.000	27%	15%	47%	25%	5%	2%
Noord-Beveland	7.265	20%	19%	33%	32%	7%	2%
Reimerswaal	21.110	29%	15%	51%	26%	6%	3%
Schouwen-Duiveland	34.115	22%	19%	38%	33%	6%	2%
Tholen	25.140	28%	14%	48%	24%	4%	3%
Oosterschelde-regio	158.610	25%	17%	43%	28%	6%	3%
Zeeland	380.445	24%	17%	40%	29%	10%	5%
Nederland	16.357.990	24%	14%	42%	25%	9%	11%

* aantallen afgerond naar 5- tallen

Tabel 2: Levensverwachting, in goed ervaren gezondheid, zonder lichamelijke beperkingen en in goede geestelijke gezondheid in Zeeland en Nederland, 2001-2004

Levensverwachting (in jaren)	Zeeland			Nederland		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Totaal	77,3	82,1	79,7	76,3	81,1	78,8
In goed ervaren gezondheid	63,1	61,8	62,4	62,2	61,7	62,0
Zonder lichamelijke beperkingen	71,2	70,1	70,5	69,0	68,3	68,7
In goede geestelijke gezondheid	70,8	69,7	70,0	68,9	67,1	68,1

Tabel 3: Zeeuwse jongeren (14/15 jaar) en alcohol

	Zeeland	Oosterschelderegio
Heeft wel eens alcohol gedronken	80%	80%
Recent gebruik (< 4 weken)	65%	64%
Binge drinken (1x in 4 weken)	45%	42%
Binge drinken (>2x)	19%	
>11 glazen of meer op weekenddag	10%	

Tabel 4: Overgewicht in de Oosterschelderegio

	Overgewicht inclusief obesitas	Ernstig overgewicht (obesitas)
3,9 jaar	9%	2%
5 jaar	13%	3%
10 jaar	18%	3%
13 jaar	12%	2%
14/15 jaar (zelfrapportage)	9%	1%
19 t/m 64 jaar (zelfrapportage)	46%	10%
65+ (zelfrapportage)	60%	15%