

Gezond en actief Zeeuws-Vlaanderen

Regionale Gezondheidsnota Zeeuws-Vlaanderen 2013 – 2016

Met een lokale uitwerking voor de gemeente 

Maart 2013



Voorwoord

Voor u ligt de Regionale Gezondheidsnota Zeeuws-Vlaanderen 2013-2016, met een lokale uitwerking voor de gemeente Hulst. De drie Zeeuws-Vlaamse gemeenten Hulst, Sluis en Terneuzen formuleren in deze beleidsnota de uitgangspunten, thema's en speerpunten voor het regionale gezondheidsbeleid van de komende jaren en maken een begin met het uitwerken van uitvoeringsplannen. Daarnaast is er ruimte voor lokale verschillen. Voor elke gemeente is er een eigen hoofdstuk waarin een verbinding wordt gelegd tussen dit regionale plan en plannen en activiteiten op lokaal niveau. Hierin benoemen we de raakvlakken met andere beleidsterreinen zoals Wmo, sport, jeugd en onderwijs.

Een belangrijk verschil met voorgaande beleidsperiode 2009-2012 is dat we starten met een andere manier van denken over ziekte, gezondheid en zorg. We hebben op het moment van schrijven niet alleen te maken met een Kanteling in de Wmo, waarbij mensen met een beperking allereerst moeten zoeken naar compenserende maatregelen in hun eigen familie- en vriendenkring. Ook in het gezondheidsbeleid verwachten we van alle mensen dat ze zelf meer regie en verantwoordelijkheid nemen als het gaat over gezond blijven en beter worden. We verwachten van onze burgers dat ze gezonder gaan leven en alleen als dat echt nodig is gebruik maken van de zorg. Van hulpverleners en zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de overheid wordt eveneens een andere manier van denken en handelen verwacht, die hierop aansluit. Deze paradigmashift is in het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit 2010 verwoord als 'van aandacht voor zorg en ziekte naar werken aan gedrag en gezondheid' ofwel 'van zz naar gg'.

Preventie en publieke gezondheid winnen aan belangrijkheid binnen deze nieuwe kijk. De belangrijkste opgave van gemeenten is mensen zo lang mogelijk zo gezond, fit en zelfredzaam mogelijk te houden. Daarbij kunnen we mensen niet meer aan de hand nemen en voorschrijven wat ze moeten doen, maar we moeten ze waar nodig wel ondersteunen bij het waarmaken van die eigen regie en verantwoordelijkheid, en ze verleiden om een gezonde keuze te maken.

Gezondheid is een groot goed voor ons allemaal en voor onze samenleving als geheel. Maar wat is gezondheid? Volgens de officiële definitie van de World Health Organization (WHO) is gezondheid 'een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en (dus) niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek'.

Het is een vrij statische definitie die al weer enige tijd ter discussie staat. Hij zou leiden tot medicalisering. In deze tijd met een toename van chronische welvaartziekten en een nieuwe kijk op gezondheid en zorg biedt de volgende definitie een goede nuancering van de WHO-definitie: 'Gezondheid kan ook aangemerkt worden als het vermogen (van een individu) zich aan te passen en een eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' (Machteld Huber won hiermee in 2012 de onderzoeksprijs van ZonMw - de ZonMw-Parel.) Het is deze laatste definitie die meer past bij de komende beleidsperiode en die we als uitgangspunt zullen nemen bij de verdere uitwerking van beleid.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Inleiding	3
Wettelijke kaders en ontwikkelingen	5
Bouwstenen	8
Uitgangspunten voor regionaal gezondheidsbeleid	11
Thema's en speerpunten voor 2013 – 2016	12
Lokale uitvoering gemeente Hulst	18
Lijst met afkortingen	20

Bijlagen:

Bijlage 1 De Wpg en de Preventiecyclus

Bijlage 2 Landelijke gezondheidsnota 'Gezondheid Dichtbij'

Bijlage 3 Huidige gezondheidssituatie en maatschappelijke ontwikkelingen in
Zeeuws-Vlaanderen

Bijlage 4 Uitvoeringsplan Zeeuws-Vlaanderen op gezond gewicht (A3)

Bijlage 5 Activiteitenplan 2013 Jeugd en Alcohol Zeeuws-Vlaanderen

Bijlage 6 Versterking keten acute zorg 2013-2016

Hoofdstuk 1. Inleiding

1.1 Vooraf

Deze Regionale Gezondheidsnota Zeeuws-Vlaanderen 2013 – 2016 is een gezamenlijke nota van de gemeenten Hulst, Sluis en Terneuzen. Er staan regionale uitgangspunten en speerpunten in en lokale uitwerkingen.

Dit is misschien wel de laatste op zich zelf staande regionale gezondheidsnota in onze regio: gezondheid is immers deel van het sociale domein dat momenteel opnieuw wordt vormgegeven in gemeenten als gevolg van verschillende decentralisaties van rijksbeleid. Het is denkbaar dat er over vier jaar geen afzonderlijke nota's gezondheidsbeleid, jeugdbeleid en Wmo-beleid meer bestaan.

Voor nu sluit deze regionale nota goed aan bij de schaal waarop de Zeeuws-Vlaamse gemeenten samen met zorgaanbieders en zorgverzekeraars gaan werken aan de gezondheid van onze inwoners.

Een van de belangrijkste uitgangspunten van deze nota gaat daarover: samen werken aan gezondheid is essentieel voor het slagen van het beleid voor publieke gezondheid. Zowel de burger, de zorgaanbieder als de gemeente, ieder is op zijn of haar eigen manier verantwoordelijk voor de gezondheid van Zeeuws-Vlamingen. Daarbij mag de zorg ook breder opgevat worden als markt, waarvan ook maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven deel uit maken.

We gaan er in deze nota eveneens vanuit dat investeren in collectieve preventie een effect kan hebben op het voorkomen of uitstellen van chronische aandoeningen en dus uiteindelijk op het beheersbaar houden van de kosten in de zorg. Gezondheid is van mensen zelf, betutteling in de zin van voorschrijven hoe burgers moeten leven, is niet meer van deze tijd. De gezonde keuze gemakkelijk en toegankelijk maken is nu de opdracht voor de lokale overheid.

1.2 Opbouw van de nota

In hoofdstuk 2 gaan we allereerst verder met de **wettelijke kaders en ontwikkelingen** in de gezondheidszorg waarbinnen we dit beleid formuleren:

- het wettelijk kader van gezondheidsbeleid;
- de maatschappelijke opgaven op het gebied van gezondheid en zorg;
- demografische ontwikkelingen in de regio;
- de herschikking van het sociale domein in het kader van de decentralisaties AWBZ, Jeugdzorg, werk en inkomen (participatie) en passend onderwijs;
- de ontwikkeling van een regioplan voor de zorg in Zeeuws-Vlaanderen.

Het regionale gezondheidsbeleid voor de komende 4 jaar kent een aantal belangrijke **bouwstenen**:

- de speerpunten uit de Landelijke nota gezondheidsbeleid "Gezondheid dichtbij" (VWS, september 2011);
- de stand van zaken van de publieke gezondheid in de regio, op basis van uitkomsten van de Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2012 en de verwachte ontwikkelingen daarin (GGD Zeeland, 2012);
- de evaluatie van de beleidsperiode 2009-2012.

Deze bouwstenen zijn nader uitgewerkt in hoofdstuk 3 van deze nota.

In hoofdstuk 4 beschrijven we de **uitgangspunten** van het gezondheidsbeleid voor Zeeuws-Vlaanderen. De **thema's en speerpunten** van het beleid staan in hoofdstuk 5.

Hoofdstuk 6 vermeldt wat we gaan doen op **lokaal niveau**. Dit hoofdstuk verschilt per gemeente en maakt van de regionale nota ook een lokale nota.

Tot slot zijn er voor een aantal onderdelen van het beleid regionale uitvoeringsprogramma's uitgewerkt. Deze zijn als bijlagen bij deze nota gevoegd.

Om een leesbare nota te krijgen, is er ervoor gekozen om te werken met bijlagen, waarin iets uitgebreider op zaken wordt ingegaan.

De nota is tot stand gekomen in overleg met samenwerkingspartners en collega's van uiteenlopende beleidsvelden uit de gemeenten Hulst, Sluis en Terneuzen en de GGD Zeeland. De nota bevat regionale uitgangspunten en uitvoeringsprogramma's, aangevuld met lokale initiatieven of uitwerkingen.

Publieke gezondheid oftewel *Public Health* is het domein waarin gewerkt wordt aan het waarborgen van de gezondheid van alle inwoners van Nederland als collectief. Dit geldt zowel voor de dagelijkse gang van zaken als onder bijzondere omstandigheden, bij rampen en crises. De Publieke Gezondheid voorziet in drie functies: het **bewaken**, het **beschermen** en het **bevorderen** van gezondheid. Bewaken van gezondheid levert inzicht op in de gezondheidsproblemen en -risico's van de bevolking. Met deze informatie krijgen de functies beschermen en bevorderen gericht invulling. Vanuit het collectieve belang moet de overheid burgers beschermen tegen dreigende inbreuken van buitenaf op de gezondheid. Het gaat dan over infectieziekten, medisch milieukundige risico's (kwaliteit van lucht, water, bodem). Deze overheidstaak hangt nauw samen beschermingstaken binnen de fysieke veiligheid (crisisbeheersing en rampenbestrijding) en sociale veiligheid (terugdringen van huiselijk geweld en voorkomen van maatschappelijke onrust). De bevorderingstaak gaat over (collectieve) preventie. Elk individu is verantwoordelijk voor de eigen gezondheid, maar mensen moeten wel goed worden geïnformeerd om bewust en onderbouwd keuzes te kunnen maken over gezondheidskwesties. Bevorderen van gezondheid is uit het oogpunt van de individuele burger een doel. Vanuit collectief oogpunt is het ook een middel: door preventie van (welvaarts)ziekten kunnen mensen langer actief zijn op de arbeidsmarkt en actief deelnemen aan de samenleving, en kunnen de kosten van de zorg worden teruggedrongen.

Hoofdstuk 2. Wettelijke kaders en ontwikkelingen

2.1 Wettelijk kader

De Wet publieke gezondheid (Wpg) maakt gemeenten verantwoordelijk voor taken op het gebied van gezondheidsbewaking, -bescherming en -bevordering.

Vanuit de Wet publieke gezondheid zijn gemeenten primair (bestuurlijk) verantwoordelijk voor de volgende taken:

- Algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering en medische milieukunde.
- Jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5).
- Ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a).
- Infectieziektebestrijding (artikel 6).

De beleidsvrijheid die de gemeente binnen de Wpg heeft, verschilt per taak. Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en biedt de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid.

Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van beduidend meer gemeentelijke beleidsvrijheid:

[hierover gaat deze gezondheidsnota.](#)

De gezondheidsnota maakt onderdeel uit van de landelijke preventiecyclus. Gemeenten zijn volgens de Wpg verplicht eens in de 4 jaar een gezondheidsnota vast te stellen, op basis van landelijke en regionale gezondheidsinformatie en met inachtneming van de speerpunten van het landelijke beleid. Iets uitgebreidere informatie over de Wpg en de landelijke preventiecyclus staat beschreven in [bijlage 1](#).

De Wet publieke gezondheid heeft sterke raakvlakken met de Wet veiligheidsregio's (Wvr), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de toekomstige nieuwe Jeugdwet. Gezondheidsbeleid heeft veel relaties met andere domeinen zoals werk en inkomen, onderwijs, sport en bewegen, ruimtelijke ordening, jeugd- en ouderenbeleid.

De Wmo geeft gemeenten de opdracht om inwoners met een beperking te compenseren zodat zij kunnen blijven deelnemen aan de samenleving. Gezien het steeds kleiner wordende budget van gemeenten is het zowel in het belang van de gemeente als van de individuele burger dat burgers zo lang mogelijk zelfredzaam zijn en kunnen blijven participeren.

Gezondheid bepaalt hoe mensen zich voelen, hun persoonlijk welbevinden of welzijn en hun prestaties. Gezondheid is ook een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie en werk. Andersom dragen participatie en werk bij aan de gezondheid van mensen.

Vanuit gezondheidsbeleid is het van belang om te werken aan het zo lang mogelijk fit en gezond houden van de bevolking. Wmo-beleid en gezondheidsbeleid kunnen dan ook bijna niet meer los van elkaar worden gezien en moeten in samenhang vorm worden gegeven.

De Wet veiligheidsregio's (Wvr) is op 1 oktober 2010 in werking getreden. De wet bepaalt de taken van het bestuur van een veiligheidsregio en stelt een aantal basiseisen aan de organisatie van de hulpdiensten en de kwaliteit van het personeel en het materieel.

De Wpg en de Wvr zijn onder meer met elkaar verbonden door een directeur Publieke Gezondheid die tevens directeur is bij Veiligheidsregio van de Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio (GHOR). Publieke gezondheid is nauw verbonden met de fysieke veiligheid van burgers en de mogelijkheden die we hebben om crises en rampen te voorkomen.

Gezondheid is voor mensen zelf een waarde op zich, en een belangrijke voorwaarde voor maatschappelijke participatie en voor werk. Wie fysiek en mentaal gezond is heeft ook betere kansen op de arbeidsmarkt, andersom kunnen participatie en werk weer bijdragen aan gezondheid. Gezondheid staat in verband met de sociale en fysieke veiligheid van mensen. Samen met maatschappelijke participatie en werk behoren zij tot de belangrijkste zaken in het leven. (GGD Nederland, april 2012)

2.2 Demografische ontwikkelingen in Zeeuws-Vlaanderen

Zeeuws-Vlaanderen heeft de komende 20 jaar naar verwachting te maken met een sterke afname van het aantal inwoners. Over 20 jaar wonen er naar schatting 7100 minder mensen in Zeeuws-Vlaanderen (circa 7%). De daling doet zich vooral voor in de gemeente Sluis (circa 12%). Nog ingrijpender dan de afname van het aantal inwoners is de veranderende samenstelling van de bevolking. De komende 20 jaar is een zeer sterke ontgroening en vergrijzing te zien. Logisch gevolg is dat de potentiële beroepsbevolking (de middengroep) afneemt. De ontgroening en de vergrijzing zorgen voor respectievelijk een sterke terugloop en een forse toename in de vraag naar voorzieningen. Zo zal de groei van het aantal senioren leiden tot een sterke groei in de vraag naar voorzieningen voor eerstelijnszorg en dagbesteding. Deze toenemende vraag zal echter niet op de huidige wijze opgevangen kunnen worden, mede door een afname van zorgbudgetten en een tekort aan medewerkers in de zorg (professionele krachten). De uitdaging ligt hier dan ook in hoe met minder middelen een groeiende doelgroep bediend kan worden. (Masterplan Voorzieningen Zeeuws-Vlaanderen, 2011)

2.3 Ontwikkelingen in de zorg

Landelijk is er een aantal ontwikkelingen waar we als gemeenten mee te maken hebben binnen onze verantwoordelijkheden voor de publieke gezondheid:

- de toename van chronische ziekten en welvaartsziekten door ontwikkelingen in de medische wetenschap (mensen blijven langer leven met een aandoening), ongezonde leefstijl, toename van het aantal ouderen (ouderen hebben vaker een of meer chronische aandoeningen).
- hardnekkige sociaaleconomische gezondheidsverschillen (segv).
- stijgende zorgkosten: er wordt een steeds groter beroep gedaan op de zorg, maar die moet door steeds minder mensen betaald en geleverd worden: hoe zit het met de solidariteit? Het stelsel van de zorg komt onder druk te staan.
- een toename in de vraag naar zorgpersoneel en hebben we die wel?
- een toename van de gevolgkosten van ongezondheid: ongezondheid heeft een effect op arbeidsparticipatie, schoolprestaties, openbare orde en sociaal welbevinden. Door toename van het aantal welvaartsziekten en chronische aandoeningen zullen ook de (gevolg)kosten voor het sociale vangnet stijgen.
- stapeling van problematiek bij een kleine groep mensen. De verschillende decentralisaties hebben voor een groot deel effect op dezelfde groep mensen: mensen in een kwetsbare positie veelal met een lagere sociaaleconomische status (ses).
- een toename van de infectiedruk, ook door een toenemende antibioticaresistentie.
- gezondheidseffecten van het milieu.
- toenemende maatschappelijke onrust door incidenten op gebied van sociale veiligheid, criminaliteit en (on)leefbaarheid.
- de mogelijkheid van rampen en crises.

In Zeeland zal door de forse vergrijzing en de ontgroening mogelijk een tekort ontstaan aan zorgpersoneel. In het deelrapport Zorg van de rVTV 2012 wordt dit tekort geschat op

3000 fte in 2020, bij gelijkblijvende omstandigheden. De omstandigheden zijn door het huidige kabinetsbeleid al weer aan het wijzigen. Het ligt nu meer voor de hand dat er een tekort is aan hoger geschoold zorgpersoneel.

2.4 Deerschikking van het sociale domein

Decentralisatie van rijksbeleid op verschillende beleidsterreinen zorgt ervoor dat gemeenten een steeds bredere verantwoordelijkheid krijgen op het sociale domein. Het gaat dan om de decentralisatie van de AWBZ-begeleiding en persoonlijke verzorging, het scheiden van wonen en zorg, de invoering van de participatiewet, het nieuwe stelsel voor Passend Onderwijs en de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten. Om de kosten van de zorg terug te dringen, zijn er door de regering die in 2012 is aangetreden diverse andere maatregelen geformuleerd. Zoals onder 2.1 al is aangegeven, is gezondheidsbeleid met al deze terreinen verbonden. In Zeeuws-Vlaanderen geven gemeenten gezamenlijk handen en voeten aan de verschillende decentralisatie-opgaven in samenhang. Afstemming met het beleidsterrein Publieke Gezondheid wordt daarin meegenomen.

De uitwerking van het Regionale gezondheidsbeleid vindt waar mogelijk plaats vanuit de uitgangspunten van de verschillende decentralisaties. Belangrijke uitgangspunten daarvan zijn:

- 8 bakens van Welzijn Nieuwe Stijl (waaronder 'eigen kracht', integraal, niet vrijblijvend maar resultaat gericht);
- de Kanteling: vraagsturing, verschuiving van formele zorg naar informele zorg, vroegsignalering en zelfredzaamheid en cliëntautonomie.
- Algemene uitgangspunten:
 - o Maatwerk en flexibiliteit
 - o Effectief en efficiënt
 - o Ontschotting van budgetten en domeinen
 - o Gebruik maken van bestaande structuren
 - o Eén gezin, één plan, één proces
 - o Zo snel, adequaat, vroeg en dichtbij mogelijk
 - o Uitgaan van kwaliteit.

2.5 Een gezamenlijk regioplan voor de zorg in Zeeuws-Vlaanderen: GoedLeven.NL

Op initiatief van zorgverzekeraar CZ en zorgaanbieders als ZorgSaam en Curamus is begin 2012 in Zeeuws-Vlaanderen het idee ontstaan om te gaan werken met een regio- of populatiegebondenbudget voor de zorg. Noodzaak hiervoor werd gezien in de demografische ontwikkelingen en de effecten daarvan voor de zorg, en de toename van de zorgkosten. Door de bevolkingsomvang en schaal van Zeeland zijn voorzieningen in Zeeland en zeker in Zeeuws-Vlaanderen kwetsbaar. Beschikbaarheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid staan onder druk. (rVTV 2012) Om daar in de zorg kwantitatief en kwalitatief een antwoord op te vinden heeft men de krachten gebundeld. Gemeenten zijn vanwege hun verantwoordelijkheden op het gebied van ondersteuning en preventie - taken in het kader van de Wmo en de Wet publieke gezondheid - gevraagd aan te haken.

In de loop van 2012 is het regioplan GoedLeven.NL ontstaan. Een belangrijk gedachtegoed daarin is dat zowel van de zorg als van de individuele patiënt of burger als van de samenleving als geheel zal moeten worden gevraagd op een andere manier met gezondheid, ziekte en zorg om te gaan. Het betreft een omslag in denken en doen: 'van aandacht voor zorg en ziekte (ZZ) naar werken aan gedrag en gezondheid (GG) en mens en maatschappij (MM)'. (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2010; J. Polder et al, 2012.) Voor de gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen heeft dit regioplan gezorgd voor een versnelde kennismaking met de zorgverzekeraar CZ. Gebleken is dat verdergaande afspraken tussen beide partijen noodzakelijk zijn voor een goede afstemming van langdurige en curatieve zorg, ondersteuning en preventie. Zo voorkomen we hiaten en kunnen we de zorgketen optimaal vormgeven.

Hoofdstuk 3. Bouwstenen

3.1 Landelijke gezondheidsnota Gezondheid dichtbij

De rijksoverheid gaat in de landelijke gezondheidsnota uit van het behoud van de 5 speerpunten uit de vorige nota: diabetes, overgewicht, bewegen, genotmiddelen en depressie. Het Rijk legt de nadruk op bewegen (sport en bewegen in de buurt) omdat dit voor veel van de speerpunten een factor van belang is (stimuleringsimpuls Sport en bewegen in de buurt). Eigen verantwoordelijkheid van burgers voor hun eigen gezondheid staat voorop. Gemeenten richten zich vooral op het gemakkelijk maken van de gezonde keuze: informatievoorziening, toegankelijke voorzieningen in de wijk/dichtbij. Voor jeugd wordt een uitzondering gemaakt als het gaat om eigen verantwoordelijkheid: grenzen stellen en weerbaar maken is het devies. In [bijlage 2](#) gaan we iets uitgebreider op de landelijke nota in.

3.2 Ontwikkelingen in de publieke gezondheid in Zeeuws-Vlaanderen

De Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning (rVTV) 2012 (GGD Zeeland, 2012) geeft een overzicht van de huidige stand van zaken van de publieke gezondheid in Zeeland in de volle breedte. Ook schetst het toekomstige ontwikkelingen in gezondheid en zorg. Een opvallende boodschap uit de rVTV 2012 is dat we in Zeeland langer leven dan gemiddeld in Nederland, maar wel langer in ongezondheid. Het aantal mensen met een chronische aandoening in Zeeuws-Vlaanderen is fors: 42% van de volwassenen tot 65 jaar en 75% van de volwassenen vanaf 65 jaar. In de gemeente Terneuzen zijn deze percentages hoger dan gemiddeld in Zeeland. Hulst en Sluis vallen er niet mee op.

Door de hiervoor geschetste demografische ontwikkeling van vergrijzing wordt een forse toename verwacht in het aantal mensen met één of meer chronische aandoeningen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een behoorlijke toename van de top 5 chronische aandoeningen van nu: artrose, diabetes mellitus (suikerziekte), coronaire hartziekten (afwijkingen in de kransslagaders), ouderdoms- en lawaaidoofheid en gezichtstoornissen.

Een deel van de chronische aandoeningen is te voorkomen of uit te stellen door veranderingen in de leefstijl van mensen. Ook een programmatische aanpak van chronische aandoeningen - van preventie en vroegsignalering tot behandeling en ondersteuning bij zelfmanagement - kan complicaties voorkomen. Met een deel van deze aandoeningen is rekening te houden, zodat mensen zich hierdoor niet beperkt voelen in hun deelname aan de samenleving (zoals het bevorderen van de toegankelijkheid van publieke voorzieningen door ringleidingen, lettergrootte van geschreven informatie).

Uit de regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2012 blijkt ook dat er een schrikbarende ongelijkheid zit in de kansen op gezondheid. Mensen met een lagere sociaaleconomische status (ses), zoals bijvoorbeeld lager opgeleiden, leven aanmerkelijk korter, en nog korter in goede gezondheid. Ze hebben meer kans op een chronische aandoening. Laag opgeleide chronisch zieken hebben het daarbij slechter dan hoog opgeleide chronisch zieken.

Een deel van deze gezondheidsverschillen is te verklaren door een verschil in leefstijl. Ook valt op dat lager opgeleiden minder uit de gezondheidszorg halen dan hoger opgeleiden. Zo maken mensen die laaggeletterd zijn minder adequaat gebruik van de zorg. De interactie tussen hen en de arts loopt vaker moeizaam; zij weten vaak minder van hun ziekte af en hebben vaker inadequaat zelfmanagement (Fransen, Stronks & Essink-Bot, 2011).

Gezondheidsrisico's zijn al vroeg zichtbaar in het leven van mensen met een lage ses.

Jongeren op het Vmbo vertonen vaker risicogedragingen dan jongeren op Havo/Vwo.

We kunnen veel gezondheidswinst behalen als we als gemeenten deze sociaaleconomische gezondheidsverschillen slechten. Inzetten op gezond gedrag door jongeren biedt daarvoor kansen. Zie [bijlage 3](#) voor meer informatie.

3.3 Evaluatie van de beleidsperiode 2009-2012

In de (vorige) Nota Regionaal Gezondheidsbeleid Zeeuws-Vlaanderen 2009-2012 is er voor gekozen om de toenmalige landelijke speerpunten (roken, alcohol, overgewicht (incl. diabetes) en psychosociale problematiek) over te nemen. Tevens zijn destijds belangrijke speerpunten benoemd zoals valpreventie en eenzaamheid, middelengebruik en verkeersveiligheid, OGGz-netwerken (waarin organisaties de aanpak van zorgwekkende zorgmijders met elkaar afstemmen) en Preventief Gezondheidsonderzoek bij ouderen. In onderstaand kader treft u per speerpunt de doelstellingen, resultaten en bevindingen aan. Een aantal speerpunten is goed opgepakt in deze periode, zoals jeugd en alcohol. Andere, zoals overgewicht, bleken gedurende de beleidsperiode moeilijker uit te werken, ook gezien beschikbare tijd en capaciteit.

Leerpunten voor de opzet van deze nieuwe nota:

- minder afzonderlijke speerpunten;
- uitvoeringscapaciteit beter regelen en zoveel mogelijk bij start van de beleidsperiode;
- meer samenwerking bij het maken van plannen en de uitwerking ervan, dit kan zowel provinciaal met andere gemeenten, als regionaal met uiteenlopende partners;
- doelgroepgericht werken.

Evaluatie Nota Regionaal gezondheidsbeleid 2009-2012: doelstellingen en resultaten

Verminderen aantal rokende jongeren naar 10% in 2012

De jeugdmonitor laat zien dat in 2012 nog maar 9% van de 14/15 jarigen in Zeeuws-Vlaanderen dagelijks rookt. Het percentage is significant gedaald ten opzichte van 2009. Dit kan mede veroorzaakt zijn doordat in deze beleidsperiode openbare gebouwen rookvrij zijn gemaakt. Want onderzoek laat zien dat tabaksontmoedigingsbeleid werkt (rVTV, 2010). Maar ook het project de Gezonde School en Genotmiddelen is in deze periode voortgezet en op veel scholen geïmplementeerd. Jongeren worden gedurende een aantal jaren met deze effectief bewezen methodiek bewust gemaakt van de gevaren van genotmiddelengebruik en getraind om weerbaar te zijn. Herhaling van de boodschap is bij deze methodiek van groot belang.

Aantal jongeren dat drinkt in 2012 teruggebracht naar 60%

Het aantal jongeren (14/15 jarigen) in Zeeuws-Vlaanderen dat weleens heeft gedronken is gedaald van 83 naar 66%. Van de 14/15 jarigen geeft 51% aan recent gebruikt te hebben. Dit percentage is gedaald van 68 naar 51%. Het percentage binge drinkers¹ is gedaald van 47 naar 36%. Alle dalingen zijn significant. In de periode 2009-2012 hebben gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen intensief geïnvesteerd in preventie op dit gebied. Gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen nemen deel aan het Zeeuwse project 'Laat ze niet (ver)zuipen!', waarin 13 gemeenten samen op meerdere domeinen maatregelen nemen en interventies uitzetten om drankgebruik onder jongeren te verminderen. 'Laat ze niet (ver)zuipen!' is ingepast in het uitvoeringsprogramma Jeugd en Alcohol voor Zeeuws-Vlaanderen. Specifiek aandachtspunt voor onze regio is de vroegsignalering van overmatig alcoholgebruik door jongeren. Landelijk onderzoek toont aan dat integraal beleid waarschijnlijk het meeste effect sorteert op dit onderwerp (VTV, 2010).

Het percentage kinderen met overgewicht in 2012 gestabiliseerd

Het percentage kinderen met overgewicht is in 2012 ten opzichte van 2009 bijna gestabiliseerd. Alleen bij de 10-jarigen is een lichte stijging te zien. Wat te weinig bewegen betreft is voor ouderen en jongeren een lichte stijgende trend te zien. Voor de volwassenen is sinds eind 2010 bekend dat 49% overgewicht heeft en 34% te weinig beweegt. In het kader van breedtesport, het Nationaal Actieplan Sport en Bewegen en het speelruimtebeleid zijn activiteiten per gemeente verschillend ingevuld. Integrale aanpak en continuïteit zijn hierbij belangrijk.

¹ Binge drinken = 5 glazen alcohol of meer per gelegenheid in de voorgaande 4 weken

Diabetes

In de beleidsperiode 2009-2012 zijn vooral eerstelijns zorgaanbieders en het ziekenhuislaboratorium heel actief geweest in vroegsignalering. Gemeenten hebben bijgedragen aan de organisatie van de Beweegkuur en het opzetten van lokale beweegnetwerken voor mensen met een chronische aandoening. Cijfers laten een stijging zien van het aantal ouderen met diabetes (13% in 2009 naar 17% in 2012).

Vermindering valongevallen en stabilisatie eenzaamheid bij ouderen

Wat betreft valongevallen zijn geen significante verschillen waarneembaar. Zeer ernstige eenzaamheid onder ouderen is daarentegen sinds 2009 significant gedaald (12% in 2009 naar 9% in 2012). Vooral welzijnsorganisaties hebben in de periode 2009-2012 veel aandacht besteed aan valpreventie en bestrijding van eenzaamheid door uiteenlopende activiteiten. Maar ook ZorgSaam heeft een afgestemd aanbod valpreventie.

Gemeenten vervullen brugfunctie tussen cure en preventie bij psychosociale problematiek

In 2012 voelt 16% van de volwassenen zich psychisch ongezond. Bij ouderen geldt dit voor 19%. Cijfers voor de 10-jarigen variëren in Zeeuws-Vlaanderen van 11% tot 15%. Voor de jeugd is vooral in samenwerking met andere beleidsterreinen ingezet op weerbaarheid. Ketenaanpak aangaande dit onderwerp wordt nog verder uitgewerkt. Gemeenten kopen daarnaast jaarlijks collectieve preventieve activiteiten, zoals opvoedondersteuning, vroegsignalering en lotgenotencontacten voor slachtoffers van huiselijk geweld in bij GGD Zeeland en Indigo Preventie.

Afname verkeersongevallen in Zeeuws-Vlaanderen in relatie tot middelengebruik

De activiteiten binnen dit speerpunt hebben zich toegespitst op softdrugs in het verkeer. Tot oktober 2010 liep de campagne 'Drugs in het verkeer', publiekstitel "Don't Blow and Drive". Hiermee werden coffeeshopbezoekers in Terneuzen met posters, flyers en een website gewezen op de gevaren van rijden onder invloed van softdrugs. Het was de intentie deze voorlichtingscampagne aan te vullen met handhaving. Aangezien in Nederland de politie niet eerder dan in 2013 – 2014 een instrument krijgt om op drugs in het verkeer te handhaven heeft de campagne geen vervolg gekregen.

Alle Zeeuws-Vlaamse gemeenten hebben vanaf 2011 een OGGz-netwerk

De OGGZ-netwerken lopen goed. Eind 2012 zijn de samenwerkingsovereenkomsten in Hulst en Terneuzen verlengd. Tijdens de gezamenlijke ondertekening is aandacht besteed aan de toekomst van de OGGz-netwerken en hoe ook de omgeving van de zorgwekkende zorgmijder kan worden betrokken bij zijn herstel. Het OGGz-netwerk in Sluis loopt nog tot eind 2013. Als gevolg van wetwijzigingen op het gebied van de Wmo, AWBZ, Jeugdzorg, Passend Onderwijs en Werk&Inkomen is het noodzakelijk integraal beleid te maken op het brede sociale domein. De komende jaren zal blijken of en hoe de OGGz-netwerken hierbinnen een plek krijgen.

Huisartsen hebben aanbod met betrekking tot een preventief ouderenconsult

Pallion in Hulst heeft al vele jaren een preventief ouderenonderzoek voor kwetsbare, oudere ouderen, die voldoen aan een aantal criteria. ZorgSaam heeft tot 2012 met subsidie van ZonMw een consultatiebureau voor ouderen georganiseerd in Terneuzen. Momenteel maken steeds meer huisartsen in Zeeuws-Vlaanderen gebruik van de module Complexe ouderenzorg van zorgverzekeraar CZ. Deze module stimuleert de ontwikkeling van een multidisciplinair zorgaanbod voor kwetsbare ouderen met complexe problematiek in de thuissituatie. Het gaat hierbij om een tijdige signalering en om adequate én gecoördineerde behandeling, om behoud of herstel van functionaliteit, zelfredzaamheid en kwaliteit van leven. Het preventief ouderenconsult is slechts een onderdeel in de keten van preventieve ouderenzorg. Gemeenten zijn niet in de positie om preventieve consulten te gaan financieren en zullen op andere manieren vorm moeten geven aan hun wettelijke taak op het gebied van preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

Hoofdstuk 4 Uitgangspunten voor regionaal gezondheidsbeleid

Belangrijke uitgangspunten voor het regionaal gezondheidsbeleid zijn hieronder weergegeven. Ze zijn een combinatie van die van het landelijke beleid alsmede die van ons eigen beleid op gebied van de Wmo, het jeugd-, participatie- en onderwijsbeleid.

4.1 Gezondheid is van de burger

Gezondheid is (weer) de verantwoordelijkheid van de mens/burger zelf. Dit is een belangrijk uitgangspunt van het rijksbeleid en sluit aan bij de uitgangspunten van bijvoorbeeld het Wmo-beleid (de Kanteling, Welzijn Nieuwe Stijl). Voor het regionale gezondheidsbeleid betekent dit dat we burgers actief gaan betrekken bij de uitvoering en verdere ontwikkeling van gezondheidsbeleid. Zorg dichtbij wordt dan ook **preventie dichtbij**, te organiseren daar **waar het nodig is en effectief**. De gezonde keuze gemakkelijk maken, past prima bij dit uitgangspunt: niet betuttelen maar ondersteunen waar nodig, met informatie en advies en eventueel met collectieve en algemene voorzieningen. De wijk/kern 'gezond' inrichten past daar ook bij.

4.2 Van aandacht voor zorg en ziekte (zz) naar werken aan gedrag en gezondheid (gg)

Het rijksbeleid is mede gebaseerd op het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg uit 2010, waarin staat dat de nadruk in de zorg meer moet komen te liggen op gedrag en gezondheid in plaats van op zorg en ziekte. De houdbaarheid van de zorg is immers in het geding als we niet anders gaan nadenken over ziekte en zorg. De consument of burger krijgt in het nieuwe perspectief meer verantwoordelijkheid en regie voor zijn gezondheid, leefstijl en – bij ziekte – behandeling. Van zorgverleners wordt meer kwaliteit, doelmatigheid en transparantie verwacht. Zij moeten beloond gaan worden voor resultaten in termen van maatschappelijk rendement: gezondheid en participatie. Gemeenten dienen samen met zorgverzekeraars de zorgconsumenten of burgers te ondersteunen bij het waarmaken van die nieuwe rol. Dit betekent bijvoorbeeld zorgen voor goede en makkelijk toegankelijke informatie, maar ook het verbinden van collectieve preventie en preventie in de curatieve zorg.

4.3 Samenwerking met zorgverzekeraars gewenst!

Samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars is nodig om preventie, ondersteuning en zorg goed op elkaar te laten aansluiten en hiaten in de zorg te voorkomen. Uitgangspunt bij deze samenwerking is dat (veelal gemeentelijke) investeringen aan de voorkant van de zorg tot besparingen leiden van zorgkosten (bij zorgverzekeraars). Inzet van gemeenten zal zijn om deze gezamenlijk gerealiseerde besparingen verder te investeren in die voorkant (preventie, publieke gezondheid en ondersteuning). De voorgenomen samenwerking met de grootste zorgverzekeraar CZ is wat ons betreft hierop gericht, op het aanpakken van gezamenlijke knelpunten en het bevorderen van de gezondheid van vooral kwetsbare burgers.

4.4 Collectieve preventie heeft zin

We volgen bij de uitwerking van ons beleid de richtlijnen voor effectieve preventie (rVTV 2012), zijnde:

- Integrale aanpak van welvaartsziekten kan het ontstaan van chronische ziekten uitstellen of voorkomen. Integraal is efficiënter!
- De meeste winst is te behalen bij groepen met een lagere sociaaleconomische status.
- Collectieve preventie combineren met individuele gezondheidsbevordering in de zorg (care en cure). Dit vereist dat er over beleidsterreinen heen wordt gekeken en over de kloof publiek-privaat heen wordt gestapt.
- Innovatie van de manier waarop mensen worden benaderd met preventie is nodig: sociale media, internet, allerlei vormen van e-health.

4.5 Aandacht voor kwetsbare burgers

We richten onze aandacht op het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen (SEGV) en op kwetsbare burgers. Voor het gezondheidsbeleid zijn in ieder geval kwetsbare ouderen, mantelzorgers, mensen die ongewild buiten het arbeidsproces staan en geen dagbesteding hebben, en mensen die dreigen uit te vallen van belang. Jongeren en ouderen zijn aparte doelgroepen voor gezondheidsbeleid. Jongeren worden nog actief de weg gewezen. Artikel 5a van de Wpg richt ons op een sluitende keten van (preventieve) gezondheidszorg voor ouderen.

4.6 Samenwerking is essentieel voor effectieve preventie

Samenwerking is essentieel voor effectieve preventie: als overheid kunnen we het niet alleen. Het gaat dan om publiek-private samenwerking, ook met marktpartijen anders dan de zorg, om een brede maatschappelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid te krijgen en meer gezondheidswinst. Met de zorgaanbieders richten we ons op het elkaar versterken van collectieve en individuele gezondheidsbevordering. Hiervoor maken we afspraken met de zorgverzekeraar.

4.7 Gaande weg verder vorm geven

Het regionale en lokale gezondheidsbeleid zal zich al gaande weg verder ontwikkelen. In afstemming met samenwerkingspartners is niet alles van tevoren vast te leggen in plannen. Enige flexibiliteit is nodig als je met andere partijen samenwerkt. Daarbij willen we aansluiten op de genoemde ontwikkelingen op het sociale domein (decentralisaties).

4.8 Gemeentelijke kaders

Gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen werken binnen de volgende kaders: gemeenten voeren de regie, stellen participatie van alle burgers centraal, stimuleren en erkennen de betrokkenheid van burgers, leggen het primaat bij private uitvoering, benutten de beleidsvrijheid, zetten beschikbare middelen adequaat in, en leggen verantwoording af over de geleverde prestaties.

Hoofdstuk 5 Thema's en speerpunten voor 2013 – 2016

Gezonde burgers dragen bij aan een leefbare samenleving en een goede economie. Mensen die gezond zijn kunnen namelijk actief deelnemen aan die samenleving en het bedrijfsleven. Het belang van publieke gezondheid is groot. In dit hoofdstuk zetten we het beleid neer voor de komende 4 jaar.

5a. Doelstellingen gezondheidsbeleid 2013 – 2016

Op grond van voorgaande hoofdstukken concluderen we dat er een drietal opgaven ligt in Zeeuws-Vlaanderen. Mensen zo lang mogelijk gezond en actief houden door het terugdringen van vermijdbare chronische aandoeningen is één. Het verbeteren van de gezondheidssituatie van kwetsbare groepen en daarmee het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen is de tweede. Opgave drie is een integrale aanpak te realiseren die door samenwerking met interne en externe partijen tot stand komt. Gezondheid neerzetten als verantwoordelijkheid van in eerste plaats de burgers zelf, hoort hierbij. Evenals het ondersteunen van burgers bij het nemen van die verantwoordelijkheid.

Bij deze opgaven kunnen we twee meetbare hoofddoelstellingen voor de publieke gezondheid voor 2013-2016 aangeven:

1. het verhogen van de levensverwachting in goede gezondheid van de bevolking van Zeeuws-Vlaanderen en dus het terugdringen van de jaren in (ervaren) ongezondheid;
2. het terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen in Zeeuws-Vlaanderen (ten gunste van de mensen met een laag sociaaleconomische positie).

5b. Twee thema's en 4 speerpunten

Het beleid van de komende 4 jaar benaderen we vanuit twee thema's waarbinnen we een aantal speerpunten benoemen.

Thema 1: Het promoten van een gezonde, actieve leefstijl:

Speerpunt 1: Zeeuws-Vlaanderen op Gezond Gewicht

Speerpunt 2: Verantwoord alcoholgebruik in Zeeuws-Vlaanderen

Thema 2: Samen werken aan gezondheid, participatie en zorg.

Speerpunt 3: Versterking van de keten acute zorg

Speerpunt 4: Preventieve ouderenzorg: zo lang mogelijk fit en zelfredzaam

Deze thema's en speerpunten staan hieronder verder uitgewerkt.

Thema 1 Een gezonde, actieve leefstijl

Bij het promoten van een gezonde, actieve leefstijl nemen de Zeeuws-Vlaamse gemeenten de landelijke speerpunten in acht en borduren daarmee voort op de vorige beleidsperiode. We vervangen de aandacht voor veel afzonderlijke speerpunten in de aandacht voor een integrale aanpak van de leefstijl en aandacht voor enkele groepen kwetsbare burgers. Bevorderen van een gezonde leefstijl kan het optreden van chronische aandoeningen uitstellen of wellicht voorkomen. Mensen bewustmaken van hun eigen keuze voor een al dan niet gezonde leefstijl helpt mensen ook hun verantwoordelijkheid te zien op andere levensgebieden.

Binnen dit thema kiezen we vooralsnog voor twee speerpunten. Ze staan hieronder kort beschreven. De bijbehorende uitvoeringsplannen zijn als bijlagen opgenomen.

Zeeuws-Vlaanderen op Gezond Gewicht (bijlage 4)

Wat willen we bereiken?

Met het uitvoeringsplan Zeeuws-Vlaanderen op gezond gewicht streven we een toename na van het aantal inwoners met een gezonde leefstijl. Actieve burgers in een gezonde omgeving is daarbij het devies. We proberen daarbij zoveel mogelijk inwoners in beweging te krijgen, letterlijk en figuurlijk. Het plan is voornamelijk gericht op het stimuleren van een gezond voedingspatroon en gezond bewegen.

Concreet willen we in deze beleidsperiode op gezondheidsaspecten het volgende bereiken:

- het percentage kinderen met overgewicht is, in de kernen waar sprake is van een integrale aanpak, eind 2016 gedaald tot 9% voor jongens en 10% voor meisjes
- het percentage volwassenen tot 65 jaar dat voldoet aan de NNGB² is eind 2016 gestegen tot 75%
- het percentage 65-plussers dat voldoet aan de NNGB is eind 2016 gestegen tot 70%

Wat gaan we daarvoor doen?

1. In bijlage 4 treft u een A3 aan waarop een integrale aanpak is beschreven met mogelijke interventies. We richten ons in het uitvoeringsplan 'Zeeuws-Vlaanderen op gezond gewicht' zowel op de jeugd als op volwassenen als op 65-plussers. We werken waar mogelijk wijk- en kerngericht. Daarnaast richten we ons op minder zelfredzame, kwetsbare inwoners, bijvoorbeeld mensen zonder werk of dagbesteding, mensen met een beperking. De omgeving speelt een belangrijke rol evenals de communicatie met burgers en andere belanghebbenden. De GGD Zeeland krijgt de opdracht met een voorstel te komen voor dit uitvoeringsplan.
2. We onderzoeken in 2013 – als onderdeel van genoemd uitvoeringsplan - het politiek-bestuurlijk draagvlak voor deelname aan de landelijke programmatische aanpak 'Jongeren op Gezond Gewicht' (JOGG). Dit is een integrale aanpak van de leefstijl van jongeren en hun omgeving. Belangrijke pijlers van deze aanpak zijn publiek-private samenwerking, politiek bestuurlijk draagvlak, verbinding tussen preventie en zorg, sociale marketing en wetenschappelijke begeleiding en evaluatie. JOGG is een effectieve interventie, wordt door het Rijk gepromoot met extra geld voor de ondersteuning van gemeenten. Bij het onderzoek van de haalbaarheid willen we echter de voorwaarde meenemen dat we met het programma ook volwassenen en ouderen bereiken; ons streven is Zeeuws-Vlaanderen op gezond gewicht te krijgen.
3. Inwoners informeren over gezond leven en bewegingsaanbod in de buurt bijvoorbeeld in wijkservicepunten, gezondheidscentra en bij gemeentelijke loketten.
4. Jeugdgezondheidszorg van de GGD Zeeland besteedt in de contactmomenten aandacht aan een gezonde leefstijl van de jeugd en bij de prenatale zorg wordt borstvoeding gepromoot.
5. We bouwen bij dit alles voort op het huidige sport- en welzijnsbeleid van de gemeenten en een rijk aanbod aan beweegactiviteiten voor jong en oud, georganiseerd door sportverenigingen, jeugd- en jongerenwerk en welzijnswerk.
6. We nemen huidige interventies onder de loep als het gaat om effectiviteit en bereik van kwetsbare burgers. Indien nodig vergroten we onze inspanning, rollen interventies uit over de regio of zetten interventies stop.
7. GGD Zeeland bewaakt de gezondheidstoestand van de bevolking met de periodieke gezondheidsenquêtes van de GGD Zeeland. Daarnaast meet de GGD Zeeland de effecten van de interventies indien nodig met extra onderzoek.

² NNGB = Nederlandse Norm Gezond Bewegen

Wat mag het kosten?

Het uitgangspunt is dat financiering van activiteiten plaatsvindt vanuit de beschikbare budgetten en/of met cofinanciering door externe partners, voortvloeiend uit publiek-private samenwerking. De inzet van de GGD Zeeland kost geen extra geld.

Terugdringen van alcoholgebruik door de jeugd (bijlage 5)

Wat willen we bereiken?

Dit speerpunt is uitgewerkt in het Projectplan Jeugd en Alcohol Zeeuws-Vlaanderen 2011-2015, vastgesteld in 2011. Doelstellingen van dit project zijn:

1. het opschuiven van de startleeftijd van alcoholgebruik;
2. een afname van overmatig alcoholgebruik door jongeren van 16 jaar tot 24 jaar;
3. realisering van politiek en maatschappelijk draagvlak met betrekking tot het tegengaan van alcoholgebruik door jongeren onder de 16 jaar en een verantwoord alcoholgebruik door jongeren vanaf 16 jaar.

Voor de concrete doelstellingen verwijzen we u naar het projectplan zelf.

Wat gaan we daarvoor doen?

Het activiteitenplan voor 2013 vindt u in bijlage 5. In het activiteitenplan sluiten we aan bij de uitvoering van het Zeeuwse project 'Laat ze niet (ver)zuipen!'. Uit de rVTV 2012 blijkt dat het alcoholgebruik door jongeren in Zeeuws-Vlaanderen de afgelopen drie jaar is afgenomen. Dit maakt dat we de komende jaren doorgaan met gezondheidsbevordering op dit gebied. Het activiteitenplan wordt per jaar opgesteld.

Wat mag het kosten?

Voor het project Jeugd en alcohol Zeeuws-Vlaanderen is tot en met 2014 een budget opgenomen in de begroting. We stellen voor om dit budget ook voor 2015 en 2016 beschikbaar te stellen. In de loop van 2013 zal een eventuele verlenging van het project 'Laat ze niet (ver)zuipen!' ter sprake komen. Dit project loopt eind 2013 af. Het streven is om het Zeeuwse project in afgeslankte vorm in stand te houden, met zo min mogelijk extra kosten.

Thema 2 Samen werken aan gezondheid, participatie en zorg

Samenwerking doen we op verschillende manieren met uiteenlopende partners. Binnen dit thema zijn we ons ervan bewust dat we zowel met burgers, als met werkgevers en zorgorganisaties de verantwoordelijkheid voor (publieke) gezondheid dragen. Gedurende de beleidsperiode zullen er onder dit thema dan ook meer speerpunten benoemd kunnen worden. Op dit moment onderscheiden we er twee, die hieronder kort zijn uitgewerkt.

Versterking van de keten acute zorg (bijlage 6)

Wat willen we bereiken?

Centraal doel van de versterking van keten acute zorg is een sterke toename van de overlevingskans bij een plotselinge hartstilstand in Zeeuws-Vlaanderen. Hiervoor zijn de volgende meetbare subdoelstellingen geformuleerd:

1. per kern één AED's beschikbaar in een buitenkast;
2. per AED locatie 20 (opgeleide) vrijwilligers beschikbaar;
3. per kern zoveel mogelijk AED's (eventueel binnen) beschikbaar krijgen;
4. in 25% van de gevallen binnen 6 minuten een defibrillatie toepassen (nu 2%).

Dit uitvoeringsplan wordt opgezet ten behoeve van alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen. We richten ons daarbij eerst op de (inwoners van) kernen die langere aanrijdtijden van de ambulances kennen.

Wat gaan we daarvoor doen?

Inzetten van het project Hartveilig Wonen van Connexxion. Hartveilig Wonen is een vorm van burgerhulpverlening. Bij een melding bij 112 van een hartstilstand wordt standaard naast de ambulances ook de dichtstbijzijnde vrijwilligers gealarmeerd. Zij ontvangen een sms-bericht op hun mobiele telefoon met de locatie van het slachtoffer en/of de locatie van de dichtstbijzijnde AED. Doordat deze binnen een straal van 400-1000 meter van het slachtoffer wonen kunnen deze vaak sneller en binnen 6 minuten op de plaats aanwezig zijn en starten met de reanimatie. Als vrijwilligers gebruik kunnen maken van een Automatisch Externe Defibrillator (AED) is de overlevingskans nog groter.

Wat mag het kosten?

De begroting van het project voor Zeeuws-Vlaanderen gaat in principe uit van een zogenaamde *light* versie van het project. Gewerkt wordt met de AED's die nu aanwezig zijn in de kernen. De eigenaren van deze AED-apparatuur blijven verantwoordelijk voor het onderhoud van de AED en de kast. Gemeenten kunnen ieder naar eigen inzicht ervoor kiezen om hier eenmalig of structureel van af te gaan wijken. De kosten zijn reeds opgenomen in de begroting van de komende jaren.

Vormgeven aan preventieve ouderenzorg in de regio: zo lang mogelijk fit en zelfredzaam

Wat willen we bereiken?

Centraal doel van het speerpunt preventieve ouderenzorg is het zorgdragen voor een effectieve en samenhangende zorgketen gericht op ouderen vanaf het informele circuit tot en met de intramurale zorg. Als deze keten goed in elkaar steekt dan verwachten we de volgende resultaten:

- Meer ouderen kunnen langer zelfstandig en/of met ondersteuning in hun vertrouwde omgeving blijven wonen;
- Ouderen krijgen pas op latere leeftijd last van een of meer chronische aandoeningen;
- Er vindt ontzorging plaats: ondersteuning en zorg zijn informeel waar mogelijk, en professioneel waar noodzakelijk.

Wat gaan we daarvoor doen?

- Een expertmeeting organiseren over de gezamenlijke opgave om mensen zo lang mogelijk gezond en zelfredzaam te houden.
- Organiseren van afstemming en samenwerking met het informele zorgcircuit (zelfzorg, mantelzorg, vrijwillige zorg) en met maatschappelijk werk, welzijnswerk en de zorg in de breedste zin en met de zorgverzekeraar.
- Een plan van aanpak maken voor 2014 tot en met 2016 op basis van de uitkomsten van de ouderenmonitor 2012 van de GGD Zeeland, de uitkomsten van de expertmeeting en samenwerkingsafspraken.
- Uitvoeren plan van aanpak en monitoren van deze uitvoering.
- Evaluatie mede op basis van de ouderenmonitor 2016 van de GGD Zeeland.

Financiering

Verwachte onkosten zijn voornamelijk de organisatiekosten van bijeenkomsten en van het incidenteel inhuren van expertise en kosten voor extra inzet van de GGD Zeeland. Deze kunnen binnen het beschikbare budget worden opgevangen.

Hoofdstuk 6 Lokaal beleid gemeente Hulst

Regionaal beleid laat ruimte voor lokaal maatwerk. Problematiek en behoeften verschillen immers per gemeente. Zo zijn er in de loop van de vorige beleidsperiode in elke gemeente in Zeeuws-Vlaanderen lokale projecten ontstaan en activiteiten georganiseerd die bijdragen aan het verbeteren van de gezondheidssituatie in die gemeente. Dit zijn vooral projecten in het kader van gezondheidsbeleid, sportbeleid, jeugd- en onderwijsbeleid. In dit hoofdstuk treft u een aantal van de lopende 'zaken' in de gemeente Hulst.

Binnen de gemeente Hulst gebeurt al veel op lokaal niveau. Het einde van een beleidsperiode betekent niet dat alle projecten die binnen het beleidsveld vallen opeens ophouden te bestaan. Zo is er de afgelopen beleidsperiode extra ingezet op het voorkomen van schooluitval door te interveniëren bij ziekteverzuim in het voortgezet onderwijs. Dit zal de komende beleidsperiode worden voortgezet.

Steunpunt Hulst in Beweging

Dit steunpunt is ondergebracht bij de Stichting Welzijn Hulst en zet zich in om inwoners te mobiliseren tot een actieve leefstijl.

In het kader van het stimuleren van sport en bewegen onder de jeugd is Hulst in Beweging samenwerkingsverbanden aangegaan met het onderwijs (Scholengroep Leertij) en met verschillende kinderopvanginstellingen. Verder zal het steunpunt weerbaarheidstraining en sportprojecten die al plaatsvinden op de scholen in frequentie gaan verhogen.

Elke Stap Telt

Hulst In Beweging is in 2012 gestart met dit project dat in 2013 een doorstart krijgt. Elke Stap Telt is een wandelproject. Met behulp van een stappenteller waarbij deelnemers 10 weken lang gaan wandelen om hun conditie geleidelijk aan te verbeteren. Het project wordt uitgevoerd voor verschillende risicogroepen, zoals diabetici, copd-patiënten en mensen met een beperking.

GALM

GALM staat voor Groninger Actief Leven Model. Dit project is opgezet om mensen in de leeftijd van 55 tot en met 65 jaar actief te houden door middel van sport. Op dit moment zijn in de gemeente drie GALM groepen actief. Gestreefd wordt naar uitbreiding van het aantal groepen en deelnemers.

Hulst op Gezond Gewicht (HOGG)

In de vorm van een pilot gaat Hulst in Beweging starten met het project 'Hulst Op Gezond Gewicht'. Dit is een project met een wijkgerichte aanpak om een gezonde leefstijl voor jongeren te stimuleren. Dit betekent dat in Hulst gezondheids-professionals, onderwijs, zorg, bedrijfsleven, sport, bewegen, woningbouw, welzijn en media samenwerken om gezond leven de norm te maken. Het project in Hulst richt zich op jongeren in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar.

Beweegkuur

In 2012 is de beweegkuur in onze gemeente beëindigd. Bezien zal worden of het mogelijk is om door samenwerking tussen SportZeeland en Hulst in Beweging de organisatie van de beweegkuur opnieuw in te vullen en lokale netwerken op te zetten voor mensen met een hoog risico op een chronische aandoening.

De Gezonde School en Genotmiddelen

Op de scholen voor voortgezet onderwijs in de gemeente draait het project de gezonde school en genotmiddelen. Op de basisscholen worden, wanneer daar behoefte aan bestaat, gastlessen gegeven over de risico's van genotmiddelen.

Wmo / maatschappelijke zorg

Raakvlakken tussen gezondheidsbeleid en Wmo zijn zichtbaar op het gebied van verslavingspreventie en de Collectieve Preventie Geestelijke Gezondheidszorg. Het terugdringen van huiselijk geweld komt ook de gezondheid van burgers ten goede. Dit beleid wordt in samenwerking met de andere 12 Zeeuwse gemeenten vormgegeven. Op het gebied van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGz) werken we lokaal met een netwerk waarin organisaties gezamenlijk optrekken in de aanpak van zorgwekkende zorgmijders.

Cyberpesten

Omdat daaraan vanuit het voortgezet onderwijs behoefte aan bestaat, wordt dit jaar gestart met gastlessen rondom cyberpesten voor de eerste en tweede klassen.

Jeugdbeleid en bredeschoolontwikkeling

Binnen het jeugdbeleid wordt het Centrum voor Jeugd en Gezin steeds verder vorm gegeven. Vanuit de missie 'ieder kind in beeld en ieder kind doet mee' wordt vooral gewerkt aan goede opvoedvaardigheden van ouders en aan vroegtijdige signalering en aanpak van problematiek.

Gezondheidsbescherming

Publieke gezondheid gaat over gezondheidsbewaking, -bescherming en bevordering. De regionale gezondheidsnota gaat vooral over gezondheidsbevordering. Gezondheidsbescherming en -bewaking vinden plaats via de beschermingstaken die ondergebracht zijn bij de GGD Zeeland. Dit zijn taken van bijvoorbeeld infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg (vaccinatieprogramma). De Veiligheidsregio Zeeland bewaakt en beschermt onze gezondheid door te werken aan crisisbeheersing en rampenbestrijding. Ook op gemeentelijk niveau wordt gewerkt aan gezondheidsbescherming bijvoorbeeld als het gaat om verkeersveiligheid, milieu-effectrapportages, handhaving van milieuverordeningen en het opleggen van een tijdelijk huisverbod.

Lijst van afkortingen en begrippen

AED	Automatische Externe Defibrillator
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BZK	Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
DHw	Nieuwe Drank- en Horecawet
EL&I	Ministerie van Economische Zaken, Landbouw en Innovatie
GGD Zeeland	Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Zeeland
GHOR	Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio
I&M	Ministerie van Infrastructuur en Milieu
IVA	Instructie Verantwoord Alcoholschenken
NNGB	Nederlandse Norm Gezond Bewegen
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
ROVZ	Regionaal Orgaan Verkeersveiligheid Zeeland
rVTV	Regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning
SEGV	Sociaaleconomische gezondheidsverschillen
SES	Sociaaleconomische status
SOA	Seksueel Overdraagbare Aandoening
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization, Wereldgezondheidsorganisatie
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
Wvr	Wet veiligheidsregio's
Zvw	Zorgverzekeringswet

Care	Care is de zorg aan (langdurig) zorg- of hulpbehoevenden. Alle Nederlanders zijn voor deze zorg verzekerd via de AWBZ.
Cure	Curatieve zorg, op genezing en herstel gerichte zorg
Halt	Halt staat letterlijk voor 'Het ALTERNatief'. Jongeren krijgen de mogelijkheid om recht te zetten wat zij fout deden, zonder dat zij hierbij in aanraking komen met Justitie. Hiertoe voeren zij een leer- en/of werkstraf uit, bieden excuses aan en vergoeden de schade aan de benadeelde. Halt spreekt opvoeders aan op hun verantwoordelijkheid en ondersteunt hen in hun rol als opvoeder. Bij een vermoeden van achterliggende problemen verwijst Halt door naar de jeugdhulpverlening.
Ship Sanitation	International Health Regulations (IHR) van de Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) uit 2008 heeft tot doel de internationale verspreiding van infectieziekten te beheersen. De IHR regelt onder andere het Ship Sanitation Control Certificate (SSCC) en het Ship Sanitation Control Exemption Certificate (SSCEC). Deze certificaten vervangen de oude ontrattingscertificaten. Op schepen die internationale reizen maken moet een geldig SSCC óf SSCEC aanwezig zijn. Welk certificaat men krijgt wordt bepaald door de bevindingen bij de inspectie: is alles in orde, dan wordt het SSCEC afgegeven, men is dan vrijgesteld (Exemption) van het nemen van sanitaire maatregelen. Worden zaken gevonden die maatregelen vergen, dan wordt na afronding daarvan het SSCC afgegeven. Het aanvragen van een certificaat kan bij de betreffende lokale autoriteit worden gedaan.
ZonMw	ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie en heeft als hoofdpdrachtgevers het Ministerie van VWS en de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO).

Bijlage 1 De Wpg en de Preventiecyclus

Wet publieke gezondheid (Wpg)

De Wet publieke gezondheid vervangt de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV), de Infectieziektewet en de Quarantainewet en is 1 december 2008 in werking getreden. Vanuit de Wet publieke gezondheid zijn gemeenten primair verantwoordelijk voor de volgende taken:

- Algemene bevorderingstaken (artikel 2), onder andere de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg, epidemiologie, gezondheidsbevordering en medische milieukunde.
- Jeugdgezondheidszorg tot 19 jaar (artikel 5).
- Ouderengezondheidszorg vanaf 65 jaar (artikel 5a).
- Infectieziektebestrijding (artikel 6).

De beleidsvrijheid die de gemeente binnen de Wpg heeft, verschilt per taak. Op het gebied van jeugdgezondheidszorg (basistakenpakket) en infectieziektebestrijding zijn de taken van de gemeente duidelijk omschreven en laat de Wpg weinig ruimte voor eigen beleid. De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is echter wel in beweging. De kerntaak van de JGZ is het bewaken, bevorderen en beschermen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen. Gewerkt wordt met een landelijk basistakenpakket JGZ. In april 2012 heeft het Ministerie van VWS het startschot gegeven voor de commissie die het basistakenpakket gaat evalueren. Deze commissie, onder voorzitterschap van Micha de Winter, onderzoekt welke preventieve volksgezondheidsprogramma's en -activiteiten via de jeugdgezondheidszorg actief en identiek worden aangeboden aan alle Nederlandse kinderen. Parallel aan dit onderzoek werkt de GGD Zeeland aan een flexibilisering van het takenpakket van JGZ in Zeeland. Doel is om te komen tot een vernieuwd aanbod JGZ dat meer aansluit bij wensen en behoeften van ouders en kinderen. Daarbij wordt niet gestreefd naar een gelijke inzet van (preventieve) zorg voor alle kinderen maar naar een gelijke uitkomst daarvan! Dit betekent meer zorg op maat. De GGD Zeeland gaat bij deze nieuwe aanpak uit van de levensloop (van -9mnd tot 19 jaar) met de ontwikkeling van een kind als uitgangspunt. Gedurende deze levensloop zijn er belangrijke overgangsmomenten in het leven van het kind, die een ontwikkelingsfase afsluiten: de zogenaamde ijkmomenten. Tijdens deze ijkmomenten wordt samen met de ouders een analyse gemaakt van de voorgaande levensfase en vooruit gekeken naar de volgende levensfase. Afhankelijk van deze zorgbehoeftebepaling en risico-inschatting worden zorgpaden ingezet.

Infectieziektebestrijding is een onderdeel van de tak Algemene Gezondheidszorg van GGD Zeeland en omvat het meldpunt Tuberculose, SOA/Sense spreekuren, *Ship Sanitation* en Reizigersvaccinatie. Maar ook forensische geneeskunde en inspecties bij gastouders en pearcingshops vallen onder deze afdeling. De GGD Zeeland rapporteert jaarlijks over de resultaten van deze inspanningen in het jaarverslag.

Op het gebied van de algemene bevorderingstaken (vooral gezondheidsbevordering) en de ouderengezondheidszorg is sprake van beduidend meer gemeentelijke beleidsvrijheid. Het Rijk stelt enige kaders voor deze taken, maar gemeenten hebben bij de invulling ervan veel ruimte voor eigen keuzes. Deze keuzes worden vastgelegd in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid die de gemeente volgens de Wpg (artikel 13) elke vier jaar opstelt. Aanknopingspunten hiervoor worden onder meer geboden door de landelijk nota gezondheidsbeleid, als onderdeel van de zogenaamde preventiecyclus (www.loketgezondleven.nl), en de regionale VTV (2012, GGD Zeeland).

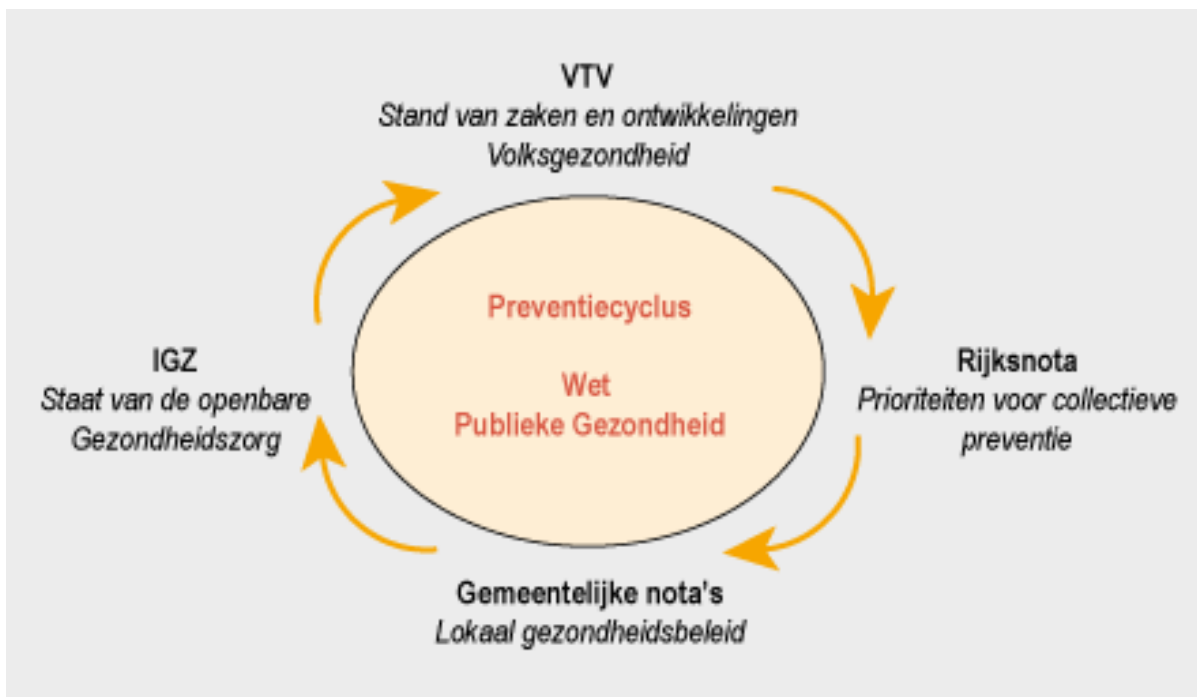
Artikel 5a van de Wpg (1 juli 2010) behandelt de gemeentelijke taken met betrekking tot ouderengezondheidszorg. Het artikel geeft aan dat het college van B&W zorg draagt voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg en hierbij in ieder geval zorg draagt voor:

- a) Systematisch volgen en signaleren van gezondheid van ouderen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- b) Het rammen van behoeften aan zorg;
- c) Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit³;
- d) Het geven van voorlichting, advies en begeleiding;
- e) Het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

Onderdelen a, b en e zijn gericht op de totale doelgroep van 65-plussers en komen grotendeels terug in andere bepalingen van de Wpg. Bij onderdeel c en d is er een link met niet-publieke gezondheidszorg en komen Wmo, AWBZ en Zvw in beeld.

Preventiecyclus

Eind 2011 zijn er enkele wijzigingen doorgevoerd in de Wpg, waaronder een wijziging met betrekking tot de preventiecyclus en de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dit om de preventiecyclus te versterken.



De preventiecyclus geeft een overzicht van de rollen en verantwoordelijkheden van de belangrijkste publieke partijen (RIVM, Minister van VWS, gemeenten, IGZ) in het Nederlandse gezondheidsbeleid, zoals deze in de Wpg zijn benoemd. De wisselwerking en complementaire relatie tussen Rijk en gemeenten staan in de cyclus centraal en worden in de gewijzigde Wpg verankerd. Vanaf 1 oktober 2011 dienen gemeenten de landelijke prioriteiten, zoals opgenomen in de landelijke nota gezondheidsbeleid in acht te nemen (ministerie van VWS, 2011).

³ **Comorbiditeit** is het tegelijkertijd hebben van twee of meer stoornissen of [aandoeningen](#) bij een [patiënt](#). Dit gebeurt in het algemeen met het gelijktijdig hebben van lichamelijke, geestelijke en vaak de daaropvolgende sociale problemen bij een persoon.

Bijlage 2 Landelijke gezondheidsnota 'Gezondheid Dichtbij'

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 van het RIVM laat zien dat het goed gaat met de gezondheid in Nederland, maar dat het nog beter kan. Ook blijkt dat de vijf speerpunten uit de preventienota 2006, de vorige versie van de landelijke nota gezondheidsbeleid, belangrijk blijven om de volksgezondheid te verbeteren. Dit zijn overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Het kabinet houdt deze speerpunten vast, maar legt daarbij het accent op bewegen. Bewegen is goed voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid en is verbonden met de andere speerpunten.

Het kabinet staat voor eigen verantwoordelijkheid en eigen kracht van mensen. Dat geldt ook voor gezondheid. Dit betekent dat niet de overheid maar de mensen zelf in eerste instantie aan zet zijn. Betrokkenheid van het bedrijfsleven, maatschappelijke organisaties, het onderwijs en zorgverleners is belangrijk. Indien een bijdrage van de overheid noodzakelijk is, zijn de gemeenten in veel gevallen als eerste aan zet.

In deze landelijke nota gezondheidsbeleid Gezondheid dichtbij (VWS, 2011) is de kabinetsvisie uitgewerkt in drie thema's:

1. Vertrouwen in gezondheidsbescherming

Mensen kunnen sommige risicofactoren voor de gezondheid niet of moeilijk zelf beïnvloeden. Op dit terrein kan de Nederlander op de overheid rekenen. Heldere wet- en regelgeving en toezicht op de naleving hiervan blijven noodzakelijk.

2. Zorg en sport dichtbij in de buurt

De gezondheidszorg kan zich nog meer richten op het bevorderen van gezondheid, naast het bestrijden van ongezondheid. Herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen in de buurt of digitaal bereikbaar (eHealth) kunnen hieraan bijdragen, net als tijdige signalering van gezondheidsrisico's en toepassing van effectieve interventies en innovatieve behandelwijzen. Zorg en preventie moeten meer worden afgestemd. Uitgangspunt zijn behoeften en wensen van de mensen en niet de stelsels of sectoren die zorg leveren. Betrokken partijen moeten dan ook werken aan een sterkere fysieke, organisatorische en inhoudelijk verbinding tussen de publieke gezondheid en basiszorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw), AWBZ en Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet wil dat iedereen veilig kan sporten, bewegen en spelen in de buurt. Hiervoor zijn voldoende en laagdrempelige voorzieningen nodig. Het kabinet geeft hier samen met gemeenten, de sportsector en private partijen een positieve impuls aan.

Om gemeenten te ondersteunen in het creëren van voldoende sport- en beweegaanbod voor alle inwoners van jong tot oud, investeert het ministerie van VWS in de uitbreiding en een bredere inzet van combinatiefuncties met extra buurtsportcoaches. Dit bouwt voort op de Impuls waarbij combinatiefuncties worden ingezet voor de sectoren onderwijs, sport en cultuur. 2.900 Buurtsportcoaches gaan actief aan de slag. Doordat zij zowel werkzaam zijn bij een sport- of beweegaanbieder als in tenminste één andere sector, dragen zij eraan bij dat meer mensen in hun eigen nabije omgeving kunnen sporten en bewegen.

3. Zelf beslissen over leefstijl

Als het om leefstijl gaat, schrijft de overheid mensen zo min mogelijk voor wat ze wel of niet mogen. Mensen maken zelf keuzes. Die keuzes worden gemaakt in een omgeving waarin de gezonde keuze makkelijk is. Aan die omgeving dragen diverse maatschappelijke sectoren bij. Vanwege de betrokkenheid van diverse sectoren is in de landelijke nota ook nadrukkelijk de verbinding van de ministeries van BZK, EL&I, I&M, OCW en SZW met het gezondheidsbeleid terug te vinden. Deze verbondenheid van gezondheidsbeleid met andere

beleidsterreinen geldt ook op lokaal niveau. Publiek private samenwerking (PPS) wordt gezien als een kansrijke methode om de gezonde keuzes aantrekkelijk en toegankelijk te maken. Daarnaast is beschikbaarheid van betrouwbare, toegankelijke en doelgerichte informatie essentieel. Generieke massamediale campagnes passen hier niet in. De jeugd heeft de toekomst. Hier besteden we extra aandacht aan. Naast bevordering van (het aanleren van) een gezonde leefstijl, vroege signalering van risico's en inzet op weerbaarheid om dagelijkse verleidingen te weerstaan, vindt het kabinet dat het stellen van grenzen en het stimuleren van een gezonde basis bij de jeugd gerechtvaardigd is (Ministerie van VWS, 2011).

Bijlage 3 Huidige gezondheidssituatie en maatschappelijke ontwikkelingen in Zeeuws-Vlaanderen (Bron: rVTV 2012)

Maatschappelijke ontwikkelingen

Zeeland is de meest vergrijsde provincie van Nederland. En Zeeuws-Vlaanderen is de meest vergrijsde regio van Zeeland. Momenteel is 22% van de Zeeuws-Vlamingen 65+. In 2009 was dit nog 19%. Het aantal jongeren neemt licht af. Dat betekent dat de beroepsbevolking in Zeeuws-Vlaanderen ook aan het krimpen is. De eerste signalen laten al een krapte op de arbeidsmarkt zien wat betreft goed geschoold zorgpersoneel. Met de vergrijzing die momenteel in volle gang is baart deze ontwikkeling de nodige zorgen. Berekeningen van het RIVM laten zien dat er in 2020 in Zeeland een tekort aan zorgpersoneel is van 3000 fte (rVTV, deelrapport Zorg).

Zeeland (maar ook regio Zeeuws-Vlaanderen) heeft relatief veel laagopgeleiden in vergelijking met het landelijk gemiddelde. Landelijk onderzoek laat zien dat laagopgeleiden korter leven, maar ook een langere periode in een minder goede gezondheid doorbrengen. Dit laatste betreft zelfs een gemiddeld verschil van 14 jaar met hoogopgeleiden (VTV, 2010).

Gezondheidssituatie

Toch scoren Zeeuws-Vlamingen niet heel slecht qua gezondheid. Ten opzichte van de 2009 zijn zelfs een aantal significante verbeteringen te zien. Zo beginnen jongeren later met drinken en is het percentage binge drinkers onder 14/15 jarigen ook afgenomen. Ook hebben minder 14/15 jarigen wel eens gerookt en lijkt het softdruggebruik onder deze doelgroep gedaald. Overgewicht onder kinderen, lijkt met uitzondering van de 10-jarigen te stabiliseren.

De gezondheidssituatie van de volwassenen in Zeeuws-Vlaanderen is vergelijkbaar met het Zeeuws gemiddelde. Een kwart van hen rookt, de helft heeft overgewicht, een derde beweegt te weinig⁴ en één op de zes volwassenen in Zeeuws-Vlaanderen voelt zich psychisch ongezond. Ook heeft 42% van de volwassenen een chronische aandoening.

Bij de ouderen⁵ in Zeeuws-Vlaanderen ligt dat percentage een stuk hoger. Van hen heeft maar liefst 77% een chronische aandoening. Het aantal ouderen met diabetes is ten opzichte van 2009 significant gestegen. Het aantal ouderen dat zeer ernstig eenzaam is of zich psychisch ongezond voelt is gedaald. Het aantal ouderen dat te weinig beweegt is weer licht gestegen tov 2009 en nog steeds heeft zes op de tien ouderen in Zeeuws-Vlaanderen overgewicht. Er zitten wel grote verschillen tussen de jongere ouderen (65-75) en de oudere ouderen (75+). De jongere ouderen zijn nog veel vitaler en verrichten meer vrijwilligerswerk en mantelzorg dan de oudere ouderen. Deze laatste hebben veel meer chronische aandoeningen en een minder goed ervaren gezondheid (rVTV 2012, deelrapport ouderen). Ook is het aantal kwetsbaren onder de 75-plussers veel hoger.

Over het geheel genomen is de gezondheidssituatie in Zeeland vergelijkbaar met die in Nederland. Ook in Zeeland zijn mensen met een lage opleiding vaak ongezonder dan mensen met een hogere opleiding. Veel mensen met een ziekte voelen zichzelf overigens toch gezond. Van de Zeeuwse volwassenen met een chronische aandoening beoordeelt 78% de eigen gezondheid als goed in vergelijking met 96% van de volwassenen zonder chronische aandoening.

⁴ Volwassenen; personen van 18-64 jaar

⁵ Ouderen; 65+

Bijlage 5 Activiteitenplan 2013 Jeugd en Alcohol Zeeuws-Vlaanderen

Inleiding

In 2011 is gestart met het project Jeugd en alcohol Zeeuws-Vlaanderen. Dit project loopt tot en met 31 december 2014. Het Zeeuws-Vlaamse project is verbonden aan de Zeeuwse campagne Laat ze niet (ver)zuipen!

In het Actieplan 2011-2015 Jeugd en alcohol Zeeuws-Vlaanderen staan de geplande activiteiten uitgesmeerd over de looptijd van 4 jaar van het project. Het activiteitenplan 2013 is een verdere uitwerking van dit actieplan. In dit activiteitenplan staat globaal beschreven wat we in 2013 gaan doen, ook als het gaat om de gezamenlijke Zeeuwse activiteiten.

Voor de uitwerking van het activiteitenplan 2013 is gebruik gemaakt van de indeling van het actieplan 2011-2015 Jeugd en alcohol Zeeuws-Vlaanderen: de activiteiten zijn gerangschikt onder drie pijlers: Educatie & Bewustwording, Regelgeving & Handhaving, Vroegsignalering.

Pijler Educatie & Bewustwording

a. Bewustwording ouders/scholen

Stapavonden voor ouders

In 2013 zullen er een drietal stapavonden voor ouders in estafettevorm worden georganiseerd. In overleg met de projectgroep zal worden bepaald waar en wanneer de stapavonden zullen plaatsvinden.

Schoolbeleid

In 2012 heeft het project Alcoholvrije School plaatsgevonden. Voor de coördinatie van dit project is vanuit het Zeeuwse project extra menskracht vanuit de GGD ingehuurd. Tevens werd STAP gevraagd dit traject te ondersteunen. In januari 2013 is aan het Zeldenrust-Steelant College in Terneuzen het keurmerk 'Alcoholvrije School' uitgereikt. Naast deze school zijn een groot aantal scholen door dit project het beleid over alcohol op school stevig onder de loep gaan nemen. Om deze, en ook de andere scholen, te motiveren en te begeleiden richting een alcoholvrije school zal de coördinator van dit project ook in 2013 worden ingehuurd.

Extra inzet basisscholen

In 2013 ontwikkelen we samen met het Zeeuwse Project een interventievorm om ouders van kinderen op de basisschool via school bewust te maken van de risico's van alcoholgebruik. Nu wordt al op veel basisscholen voorlichting gegeven door Indigo Preventie in het kader van De Gezonde School en Genotmiddelen. In een beperkt aantal situaties is hier ook een ouderavond aan gekoppeld. Het aantal ouders wat hiermee bereikt wordt is klein. De te ontwikkelen interventie zal een veel groter bereik moeten hebben.

Theaterloods B: GIF

In 2012 heeft Theaterloods B de voorstelling GIF over jeugd en alcohol ontwikkeld. De voorstelling is ontwikkeld voor zowel ouders als de jeugd zelf. Zij hebben in 2012 een aantal keer op scholen en stapavonden opgetreden. In overleg met de projectgroep zal bekeken worden waar en wanneer deze voorstelling in 2013 in Zeeuws-Vlaanderen gegeven kan worden.

Uitgaan

Ook in 2013 zullen voorlichters van Indigo Preventie aanwezig zijn bij grootschalige evenementen waar veel jongeren op afkomen.

Frisfeest

In één of twee kernen zal door en voor jongeren een frisfeest worden georganiseerd. Bij succes zal dit verder worden uitgerold.

b. De aanpak per kern

In 2012 is er in Sas van Gent een actiemaand gehouden. De ervaringen vanuit deze pilot, gekoppeld aan de ervaringen van andere regio's in Zeeland, zijn uitgewerkt in een handreiking 'aanpak per kern' voor gebruik in alle Zeeuwse kernen. Per gemeente zal moeten worden bepaald of en op welke manier en in welk tempo deze aanpak verder kan worden uitgerold.

c. Aanpak sportkantines.

De Zeeuwse pilot BOBSport heeft in 2012 plaatsgevonden. Deze pilot is uitgevoerd door het Regionaal Orgaan Verkeersveiligheid Zeeland (ROVZ). De resultaten van de campagne zijn positief. Het ROVZ zal daarom in 2013 een vervolg geven aan deze campagne. Net zoals in 2012 zullen wij meeliften met de activiteiten van de BOBSport campagne. Bij deze activiteiten voor sportverenigingen zullen we ook de gevolgen van de nieuwe Drank en Horecawet en de mogelijkheid van de IVA-trainingen (Instructie Verantwoord Alcoholschenken) meenemen.

d. Aanpak jeugd en alcohol in het ziekenhuis.

Dit actiepoint zal in combinatie met de pijler vroegsignalering worden opgepakt.

e. Samenwerking met België.

In 2013 vindt er een verdere afstemming plaats met het alcohol- en drugspreventiebeleid in België. We oriënteren ons met de Belgische collega's uit Oost- en West-Vlaanderen op mogelijke samenwerkingsprojecten. Hiervoor is een Europees subsidieprogramma drugspreventie beschikbaar.

Pijler Regelgeving & Handhaving.

a. Ontwikkeling model evenementenbeleid

Vooruitlopend op nieuw beleid en nieuwe wet- en regelgeving naar aanleiding van de nieuwe Drank- en Horecawet (DHw) is er gewerkt aan een Zeeuwse beleidsregel ontheffing artikel 35 DHw. Dit artikel regelt de verstrekking van alcohol bij evenementen. De beleidsregel helpt gemeenten om het thema 'jeugd en alcohol' nadrukkelijk aan de orde te stellen bij een aanvraag voor een evenement in de gemeente en waar nodig passende maatregelen te (laten) nemen om het verstrekken van alcohol aan jongeren te voorkomen. In 2012 heeft de gemeente Sluis hier al invulling aan gegeven. Voor 2013 zullen de gemeenten Hulst en Terneuzen onderzoeken of zij hier op dezelfde manier invulling aan willen geven.

b. Beperken alcoholreclame

In 2013 zal er een voorstel naar alle gemeenten in Zeeland uitgaan met daarin een aantal suggesties om alcoholreclame in het publieke domein te verbieden en/of tegen te gaan. De Hogeschool Zeeland heeft met een onderzoek (2012) inzichtelijk gemaakt op welke manier

jongeren in Zeeland worden geconfronteerd met en beïnvloed door reclame uitingen voor alcoholhoudende dranken.

c. Tegengaan uitgaansgeweld

Politie Zeeland heeft in 2012 een pilot uitgevoerd om het drankgebruik van aangehouden verdachten in het weekend, in de uitgaansgebieden vast te stellen en vast te leggen. De resultaten hiervan verwachten we in 2013. In overleg tussen gemeenten en politie zal in 2013 gekeken worden of welke mogelijkheden er zijn om in de belangrijkste uitgaansgebieden geweld en overlast door drankgebruik tegen te gaan. Er zijn verschillende initiatieven binnen en buiten Zeeland die aantoonbaar effect hebben. Mogelijk dat de betrokken gemeenten elkaar kunnen inspireren.

d. Nieuwe Drank- en Horecawet (DHw)

De gemeenten in Zeeuws-Vlaanderen zullen gezamenlijk de implementatie en uitvoering van de taken die voortvloeien uit de nieuwe DHw op gaan pakken. Hiervoor zal er een startdocument worden opgesteld. Via deelname aan de Zeeuwse werkgroep zal afstemming worden gezocht met de aanpak boven de Westerschelde.

e. Halt-afdoening

In 2012 heeft de pilot voor de Halt-afdoening 'Helder op straat' plaatsgevonden. In de zomer van 2012 is besloten deze te verlengen tot en met het einde van het jaar. Halverwege 2013 zal Halt de resultaten van de afdoening 'Helder op straat' bekend maken. Ondanks het feit dat de resultaten van de effectevaluatie nog niet bekend zijn, staan we wel achter deze interventie en zullen hier ook in 2013 mee door gaan

Pijler Vroegsignalering

a. Project Vroegsignalering en ketenaanpak risicovol alcoholgebruik bij jongeren in Zeeuws-Vlaanderen

Half 2012 is met een subsidie van het Trimbos-Instituut het project Vroegsignalering en ketenaanpak risicovol alcoholgebruik bij jongeren in Zeeuws-Vlaanderen gestart. De Zeeuws-Vlaamse gemeenten, Indigo Preventie, het Veiligheidshuis, Stichting Jeugd-Jongerenwerk en het Centrum voor Jeugd en Gezin werken hierin samen. Doel van het project is de keten ten aanzien van jeugd en alcohol inzichtelijk te maken voor professionals en vrijwilligers die veel in aanraking komen met jongeren (docenten, jeugd- en jongerenwerkers, politieagenten en trainers sportclubs). Men wordt geleerd risicovol alcoholgebruik door jongeren te herkennen en te signaleren met behulp van een minimale interventiestrategie en een doorverwijzingsschema. De projectcoördinatie ligt bij de GGD Zeeland. In 2013 zal het project voortgezet worden en ook haar uitrol in de rest van Zeeland krijgen.

Bijlage 6 Versterking keten acute zorg 2013-2016

Waar hebben we mee te maken?

In Zeeland wordt iedere dag iemand getroffen door een hartstilstand. Ongeveer 80% van de slachtoffers krijgt thuis een hartstilstand. De overige hartstilstanden vinden vooral plaats in de openbare ruimte, sportaccommodaties en op het werk (10%).

Bij ongeveer 75% van de slachtoffers is een omstander (levenspartner, naaste of een toevallige omstander) aanwezig.

Slechts een klein deel van Zeeland kent een aanrijtijd van minder dan 6 minuten, dit is de kritische fase bij een hartstilstand. De gemiddelde aanrijtijd van de ambulance in Zeeland is 10 minuten (A1-rit). De overlevingskans na reanimatie in provincie Zeeland is 9 %. De overlevingskans bij start van reanimatie en defibrillatie binnen 6 min is 40%.

Wat willen we bereiken?

Centraal doel is het verbeteren van de keten van acute zorg, als aanvulling op de ambulancezorg. Hierdoor is er een sterke toename van de overlevingskans bij een plotselinge hartstilstand. Hiervoor zijn de volgende meetbare subdoelstellingen geformuleerd:

1. Per kern één AED's beschikbaar in een buitenkast;
2. Per AED locatie 20 (opgeleide) vrijwilligers beschikbaar;
3. Per kern zoveel mogelijk AED's (eventueel binnen) beschikbaar krijgen;
4. In 25% van de gevallen binnen 6 minuten een defibrillatie toepassen (nu 2%).

Dit uitvoeringsplan wordt opgezet ten behoeve van alle inwoners van Zeeuws-Vlaanderen. We richten ons daarbij eerst op de (inwoners van) kernen die langere aanrijtijden van de ambulances kennen.

Hoe willen we het bereiken?

Inzetten van het project Hartveilig wonen van Connexxion. Hartveilig wonen is een vorm van burgerhulpverlening. Bij een melding bij 112 van een hartstilstand wordt standaard naast de ambulances ook de dichtstbijzijnde vrijwilligers gealarmeerd. Zij ontvangen een sms-bericht op hun mobiele telefoon met de locatie van het slachtoffer en/of de locatie van de dichtstbijzijnde AED. Doordat deze binnen een straal van 400-1000 meter van het slachtoffer wonen kunnen deze vaak sneller en binnen 6 minuten op de plaats aanwezig zijn en starten met de reanimatie. Als vrijwilligers gebruik kunnen maken van een Automatisch Externe Defibrillator (AED) is de overlevingskans nog groter.

Wat mag het kosten?

De begroting van het project voor Zeeuws-Vlaanderen gaat in principe uit van een zogenaamde *light* versie van het project. Gewerkt wordt met de AED's die nu aanwezig zijn in de kernen. De eigenaren van deze AED-apparatuur blijven verantwoordelijk voor het onderhoud van de AED en de kast. De gemeenten kunnen ieder naar eigen inzicht ervoor kiezen om eenmalig of structureel hiervan af te wijken. De kosten zijn reeds opgenomen in de begroting van de komende jaren.

Lasten	2013	2014	2015	2016
Projectkosten	19.548			
Alarmering		10.600	10.600	10.600
Nazorg		6.360	6.360	6.360
Totaal	19.548	16.960	16.960	16.960
Hulst	4.566	4.480	4.480	4.480
Terneuzen	10.416	8.000	8.000	8.000
Sluis	4.566	4.480	4.480	4.480

