



# Samen werken aan vitale inwoners en een gezonde regio

Regionaal kader gezondheidsbeleid Oosterschelderegio  
(2018-2021)



Datum: 4 oktober 2017

## INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE.....	1
Voorwoord .....	2
1. Inleiding .....	3
2. Uitgangspunten .....	5
2.1 Gezonde leefstijl.....	5
2.2 Wettelijk kader .....	5
2.3 Regionaal kader .....	6
3. Ontwikkelingen in gezondheid en beleid .....	7
3.1. Inleiding.....	7
3.2. Landelijk gezondheidsbeleid .....	7
3.3. Nationaal Programma Preventie / Programma Gezond in GIDS.....	7
3.4. Omgevingswet.....	8
3.5. Positieve gezondheid.....	9
3.6. De Vitale Revolutie .....	10
3.7. Toekomstbestendige zorg in Zeeland .....	10
3.8. Meer ouderen en langer zelfstandig wonen .....	11
4. De speerpunten en ambities van het gezondheidsbeleid.....	13
4.1. Terugblik en stand van zaken .....	13
4.2. De regionale speerpunten.....	14
Speerpunt: Preventie genotmiddelen .....	14
Speerpunt: Gezond gewicht .....	15
Speerpunt: Betere mentale gezondheid en minder psychosociale problematiek.....	16
4.3. Tot slot.....	18
5. Kadern voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid .....	19
5.1. Inleiding .....	19
5.2. Rollen en taken.....	19
5.3. Opdracht (door gemeenten) .....	20
5.4. Aanpak (door de uitvoeringsorganisaties) .....	20
6. Financieel kader en evaluatie.....	22
6.1. Financieel kader.....	22
6.2. Monitoring en evaluatie .....	23

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## Voorwoord

---

Gezondheid is belangrijk voor mensen. Als je je gezond voelt, kan je de dingen doen die je wilt doen en heb je grip op je leven. Meer dan ooit staat de mens en zijn of haar eigen kracht centraal. We gaan uit van positieve gezondheid. Niet uitgaan van ziekte of gebrek, maar van kansen en mogelijkheden. We spreken mensen aan op hun kracht in plaats van op hun zwakte, het benadrukt hun potentieel. Gezondheid neemt daarmee een centrale plaats in binnen het sociaal domein.

Veel gezondheidswinst is nog te behalen door een gezonde leefstijl. Mensen maken eigen keuzes en hebben een eigen verantwoordelijkheid als het gaat om leefstijl en om anticiperen op veranderingen (zoals bijvoorbeeld ouder worden). De mate waarin mensen in staat zijn om deze verantwoordelijkheid te nemen is verschillend. Grote verschillen in gezondheid tussen hoog- en laagopgeleiden willen wij voorkomen. Dit vraagt om een brede en duurzame aanpak in de wijk, samen met bewoners en lokale partijen. Het bevorderen van gezondheid doe je als gemeenten dus niet alleen, maar samen met (maatschappelijke) organisaties en de inwoners zelf. Een integrale, omgevingsgerichte aanpak die inspeelt op wat er leeft bij inwoners.

Door als zeven gemeenten samen te werken in gezondheidsbeleid, kunnen we expertise en krachten bundelen en kan de kwaliteit van de uitvoering worden verbeterd. Daarom ben ik blij dat we als gemeenten in de Oosterschelderegio samen een kader voor het gezondheidsbeleid hebben ontwikkeld. Met als doel te werken aan een vitale en veerkrachtige regio, waarin iedereen naar vermogen kan meedoen.

Kortom: Samen werken aan vitale inwoners en een gezonde regio.

Hans de Kunder  
Voorzitter Algemeen Bestuur  
Samenwerkingsverband Welzijnszorg Oosterschelderegio

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## 1. Inleiding

---

Gemeenten hebben de wettelijke taak (Wet publieke gezondheid) om de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen. Het gemeentelijk gezondheidsbeleid is onder meer gebaseerd op landelijk beleid en wetenschappelijke inzichten. Gemeenten werken op provinciaal, regionaal en lokaal niveau aan de gezondheid van inwoners. Provinciaal door de samenwerking binnen en opdrachten aan de GGD Zeeland. Regionaal is een programma gezondheid opgesteld dat wordt uitgevoerd door het Samenwerkingsverband Welzijnszorg Oosterschelderegio (SWVO). Op lokaal niveau voeren de afzonderlijke gemeenten preventieactiviteiten uit. Voor u ligt het regionaal kader waarin de speerpunten worden genoemd waar binnen het programma gezondheid op in wordt gezet. Deze regionale speerpunten geven ook richting aan de uitvoering op lokaal niveau.

In dit beleidskader is uitgegaan van het begrip positieve gezondheid. Positieve gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (M. Huber, 2012). Dit betekent dat gezondheid breder wordt gezien dan afwezigheid van ziekte en dat het uitgaat van de kracht van mensen. Gezondheid is daarbij niet alleen het domein van de zorgprofessional en gemeente, maar ook van maatschappelijke organisaties, onderwijs, ondernemers en de inwoners zelf.

Op basis van de resultaten van de provinciale gezondheidsmonitors blijkt dat de gemeenten in de Oosterschelderegio te maken hebben met dezelfde gezondheidsrisico's. Roken, overmatig drinken, overgewicht en psychosociale problematiek (zoals een depressie) zijn van grote invloed op de gezondheid. Het zijn gezondheidsrisico's waarop alle gemeenten willen blijven inzetten en de krachten willen bundelen. Regionaal beleid stimuleert samenwerking tussen gemeenten en regionale partners en zo behalen we meer gezondheidswinst. De zeven gemeenten in de Oosterschelderegio ontwikkelen daarom het kader gezondheidsbeleid in regionaal verband, waarbij de gemeenten lokaal accenten kunnen leggen in de uitvoering van het gezondheidsbeleid.

Het gezondheidsbeleid is gericht op gedragsgerelateerde gezondheidsrisico's. Mensen zijn natuurlijk in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. Echter veranderen van ingesleten gedragspatronen is niet makkelijk en vergt veel tijd. Het bevorderen van gezondheid is complex, vraagt maatwerk, volharding en samenwerking tussen meerdere partijen. Voor de aanpak wordt gebruik gemaakt van de nieuwe inzichten over effectieve aanpak en leefstijlinterventies.

Met dit regionaal kader gezondheidsbeleid 2018-2021 voldoen de gemeenten aan de wettelijke verplichting om vierjaarlijks een nota gezondheidsbeleid op te stellen. De

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

kadernota is opgesteld door SWVO in samenwerking met de ambtelijke werkgroep Zorg<sup>1</sup> en afgestemd met andere ambtelijke werkgroepen en relevante partijen. De nota wordt ter vaststelling voorgelegd aan de gemeenteraden.

Het kader is gebaseerd op relevante ontwikkelingen en een terugblik op de afgelopen beleidsperiode (wat is bereikt). Op basis van deze informatie trekken we conclusies voor de uitwerking van het beleid tot 2021. De speerpunten en doelstellingen van het regionaal kader gezondheidsbeleid zijn in hoofdstuk 4 nader uitgewerkt. Per speerpunt zijn risicogroepen benoemd, omdat bij deze risicogroepen de meeste gezondheidswinst te behalen is. Vervolgens wordt in deze nota het kader voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid geschetst. Tot slot is het financieel kader beschreven en wordt ingegaan op monitoring en evaluatie.

---

<sup>1</sup> In deze werkgroep zijn de zeven gemeenten in de Oosterschelderegio vertegenwoordigd.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## 2. Uitgangspunten

---

### 2.1 Gezonde leefstijl

De gezondheid van inwoners van de Oosterschelderegio is over het algemeen goed en de overgrote meerderheid van de Zeeuwen voelt zich gezond. Toch weten we allemaal dat ons gedrag gezonder kan. Bijvoorbeeld door meer te bewegen, gezonder te eten, niet te roken en alcohol met mate te drinken. Mensen zijn natuurlijk in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het eigen gedrag en daarmee ook voor hoe gezond men leeft. Gemeenten kunnen echter wel stimuleren dat inwoners een gezonde keuze maken en daarmee inwoners ondersteunen om gezond en actief oud te worden. Voorkomen is beter dan genezen.

De samenleving heeft belang bij gezonde inwoners. Gezonde mensen voelen zich beter, hebben minder zorg en ondersteuning nodig, kunnen hun talenten beter ontwikkelen, zijn minder vaak ziek en werken vaker en langer. Gezonde inwoners kunnen dus beter meedoen in de maatschappij. Ook bepaalt gezondheid in belangrijke mate de kwaliteit van leven en draagt een goede gezondheid bij aan de zelfredzaamheid van inwoners.

Hoe kunnen we de inwoners verleiden tot gezond gedrag? Gedragsverandering is niet makkelijk en vereist een lange adem. Het meest effectief is een combinatie van voorlichting en veranderingen in de omgeving waar mensen wonen, werken of leren.

Mensen die hun gedrag veranderen doorlopen verschillende stappen, zoals kennis hebben van, bewustwording, houding aanpassen en (duurzaam) aanpassen van gedrag. Voor veel gezondheidsproblemen zijn inmiddels leefstijlinterventies ontwikkeld. Effectieve interventies bieden preventie op maat (richten zich op een doelgroep), zijn integraal (verschillende activiteiten), hebben een multisectorale aanpak (verschillende uitvoeringspartners zijn betrokken) en hebben continuïteit (lange looptijd).

Door het aanpassen van de omgeving wordt het mensen makkelijker gemaakt om de gezonde keuze te maken. Het is belangrijk voor gemeenten om in te spelen op omgevingsfactoren om gezond gedrag te bevorderen. Want in een gemeente met voldoende en veilige fietspaden, pak je sneller de fiets. En in een wijk met voldoende en aantrekkelijke speelplekken spelen kinderen meer buiten. Uit onderzoek en de praktijk blijkt dat het aanpassen van de omgeving alleen lukt in samenwerking met partijen uit het onderwijs, overheid, ondernemers en andere maatschappelijke organisaties.

### 2.2 Wettelijk kader

De wettelijke taken van gemeenten om de gezondheid van burgers te bevorderen en te beschermen zijn opgenomen in de Wet publieke gezondheid (Wpg). Een belangrijke taak in het beschermen van inwoners tegen gezondheidsrisico's is de infectieziektebestrijding: het

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

voorkomen en tegengaan van verspreiding van infectieziekten. Een andere taak is de jeugdgezondheidszorg (JGZ). In de JGZ worden alle kinderen gezien om tijdig te kunnen signaleren, begeleiden en eventueel te verwijzen als er zich problemen voordoen in de ontwikkeling. Deze basistaken zijn belegd bij de Gemeenschappelijke GezondheidsDienst Zeeland (GGD Zeeland).

De grootste beleidsvrijheid hebben gemeenten bij de algemene bevorderingstaken. Het Rijk stelt enkele kaders voor deze taken, zoals het opnemen van de landelijke prioriteiten in het gemeentelijk gezondheidsbeleid. Maar gemeenten hebben bij de invulling veel ruimte voor eigen keuzes. Deze keuzes worden vastgelegd in dit regionaal kader gezondheidsbeleid en in de lokale aanvullingen daarop.

### 2.3 Regionaal kader

Hoewel er verschillen zijn tussen de gemeenten, gelden de meeste gezondheidsrisico's voor de gehele Oosterschelderegio. Ook werken veel uitvoerende organisaties regionaal of provinciaal. Regionaal beleid stimuleert samenwerking tussen gemeenten en regionale partners en zo behalen we meer gezondheidswinst. Door gezondheidsproblemen samen aan te pakken met een gedeelde focus, kunnen we ook beter gebruik maken van elkaars ervaringen en expertise, en de inzet van uitvoerende organisaties efficiënter en effectiever invullen en aansturen. De zeven gemeenten in de Oosterschelderegio ontwikkelen daarom dit kader gezondheidsbeleid in regionaal verband. Gemeenten kunnen lokaal accenten leggen, er is keuzevrijheid in de manier waarop lokaal invulling wordt gegeven aan de regionale speerpunten.

Het regionaal kader gezondheidsbeleid is in drie stappen tot stand gekomen:

- de landelijke overheid publiceert een nota gezondheidsbeleid: In 2015 is de landelijke nota gezondheidsbeleid (2016-2019) verschenen in de vorm van een kamerbrief;
- de GGD Zeeland verwerft inzicht in de lokale gezondheidssituatie van de bevolking door afname van de volwassen- en ouderenmonitor. Medio 2017 zijn hiervan de resultaten beschikbaar gesteld in de Zeelandscan ([www.zeelandscan.nl](http://www.zeelandscan.nl)).
- de gemeenten in de Oosterschelderegio hebben dit regionaal kader opgesteld, dat o.a. wordt gebruikt voor de regionale opdrachten aan de uitvoerders;

De afzonderlijke gemeenten bepalen op basis van het regionaal beleidskader en het gemeentelijk (gezondheids)profiel het lokale beleid en de lokale opdrachten aan de uitvoerders.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## 3. Ontwikkelingen in gezondheid en beleid

---

### 3.1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de context van het gezondheidsbeleid geschetst. We beschrijven de belangrijkste ontwikkelingen in landelijk beleid, wetenschappelijke inzichten, programma's en demografische ontwikkelingen die van invloed zijn op het gezondheidsbeleid. Deze ontwikkelingen zijn ook van invloed op de uitvoering. Het kader voor de uitvoering staat in hoofdstuk 5.

### 3.2. Landelijk gezondheidsbeleid

In december 2015 is de [Landelijke nota gezondheidsbeleid \(2016-2019\)](#) verschenen in de vorm van een kamerbrief. De gunstige ontwikkelingen in Nederland geven alle aanleiding om geen grote beleidswijzigingen door te voeren, maar het huidige gezondheidsbeleid juist met kracht voort te zetten. De komende jaren blijft het kabinet onverminderd inzetten op het bevorderen van gezondheid van mensen waarbij preventie, gezondheidsbescherming, het verminderen van gezondheidsverschillen en een integrale aanpak centraal staan. Volgens de kabinetsbrief is de meeste gezondheidswinst nog steeds te behalen met verbetering van de trends voor de speerpunten: roken, overmatig alcoholgebruik, (ernstig) overgewicht, bewegen, depressie en diabetes. Het kabinet vindt het belangrijk dat gemeenten bij alle aandacht die zij hebben voor het goed vorm geven van de decentralisaties ook aandacht blijven geven aan preventie en het bevorderen van de gezondheid van hun inwoners.

### 3.3. Nationaal Programma Preventie / Programma Gezond in GIDS

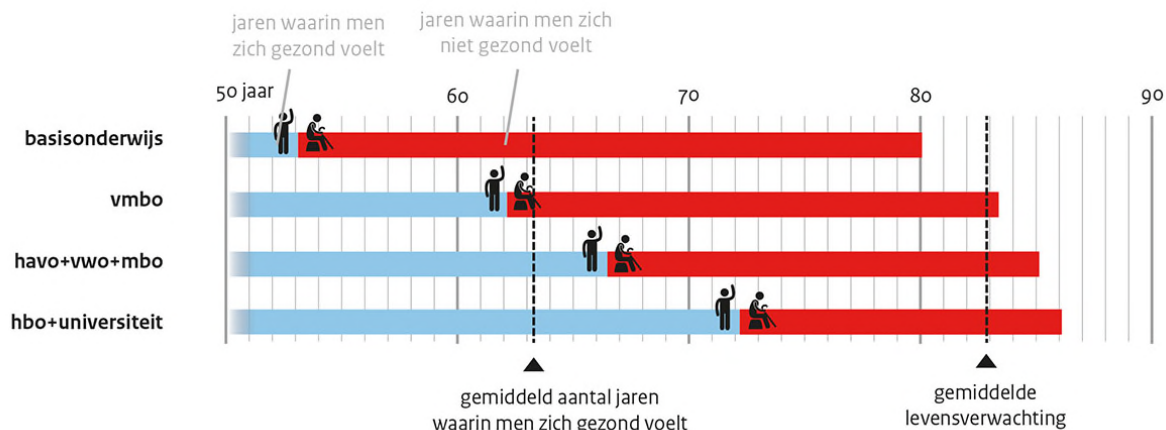
We worden gemiddeld steeds ouder en ons leven telt steeds meer gezonde jaren. Alleen is die goede gezondheid niet gelijk verdeeld over de Nederlandse bevolking. Mensen met lagere inkomens en een lagere opleiding leven gemiddeld 7 jaar korter en 19 jaar minder in goed ervaren gezondheid dan mensen met een hoge opleiding (zie figuur 1). Deze verschillen noemen we gezondheidsachterstanden.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------



Figuur 1: (Gezonde) levensverwachting in Nederland - verschillen naar opleiding (bron: RIVM, 2014).

### Samenhang opleidingsniveau en gezonde levensverwachting



Een van de hoofddoelen van het Nationaal Programma Preventie is om de verschillen in levensverwachting tussen hoog en laag opgeleide inwoners te verminderen dan wel te stabiliseren. Het terugdringen van gezondheidsachterstanden vraagt om een intersectorale aanpak binnen de gemeente. Zo kan een betere gezondheid soms worden bereikt door aanpak van armoede, schulden, toeleiding naar werk, laaggeletterdheid, schooluitval en eenzaamheid.

Het stimuleringsprogramma GIDS ([Gezond in de Stad](#)) helpt gemeenten bij het versterken van hun lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Via GIDS worden gemeenten met wijken waarin de grootste gezondheidsachterstanden voorkomen tijdelijk financieel ondersteund bij hun lokale aanpak van gezondheidsachterstanden. Het gaat daarbij niet om blauwdrukken, maar om het aansluiten bij wat gemeenten al doen. In de Oosterschelderegio zijn Goes, Schouwen-Duiveland en Tholen GIDS-gemeenten.

### 3.4. Omgevingswet

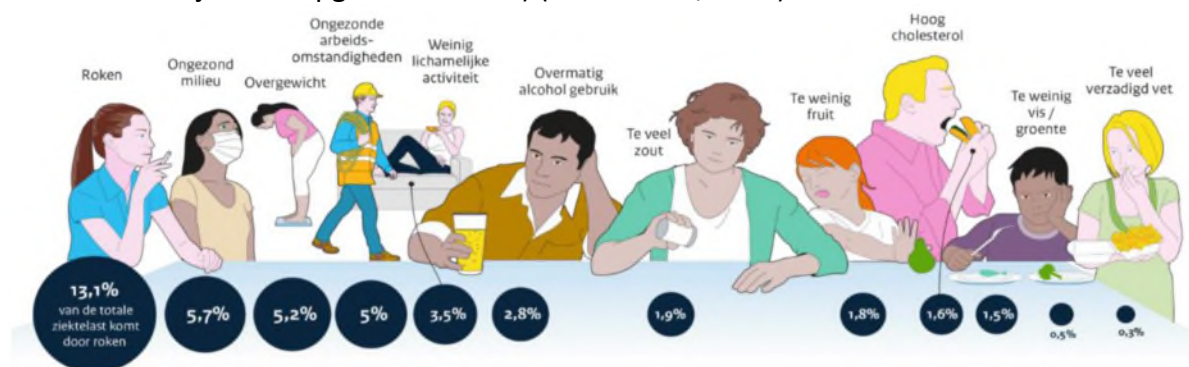
De nieuwe [Omgevingswet](#) treedt waarschijnlijk in 2019 in werking en heeft tot doel een veilige en gezonde fysieke leefomgeving en een goede omgevingskwaliteit voor inwoners. De nieuwe Omgevingswet biedt kansen om de publieke gezondheid effectiever te beschermen en te bevorderen. De Omgevingswet bevordert integrale besluitvorming en samenhang door alle relevante aspecten waaronder gezondheid, in een zo vroeg mogelijk stadium te betrekken. Zo biedt de Omgevingswet kansen om bij het maken van een omgevingsvisie of bij omgevingsplannen in een vroeg stadium gezondheid, milieu en veiligheidsaspecten mee te nemen.

De mogelijkheden om via de leefomgeving de gezondheid van mensen te verbeteren zijn veel groter dan menigeen denkt. Ongunstige omgevingsfactoren zijn van grote invloed op

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

onze gezondheid. Het idee bestaat bijvoorbeeld (ten onrechte) dat het voldoen aan milieunormen voldoende is voor een gezonde leefomgeving. In figuur 2 is te zien dat de ziektelast als gevolg van een ongezond milieu groot is, bijna 6%. Dit percentage zit in dezelfde orde van grootte als overgewicht. Het milieu is na roken (13%) de grootste ziekmakende factor in Nederland. Het overgrote deel van deze ziektelast wordt veroorzaakt door blootstellingen aan milieufactoren onder de normen.

Figuur 2: Bijdrage van verschillende determinanten aan de totale ziektelast (percentages kunnen niet bij elkaar opgeteld worden) (bron: RIVM, 2014).



Veel andere aspecten van de fysieke leefomgeving zijn direct van invloed op gezondheid, bijvoorbeeld de mate waarin de omgeving aanleiding geeft tot beweging of ontmoeting. Om die reden is gezondheid, naast veiligheid, expliciet in de nieuwe omgevingswet vastgelegd. Het gaat daarbij over het nadrukkelijk en op een slimme manier rekening houden met gezondheid bij de inrichting van de leefomgeving. Voor initiatiefnemers, ambtenaren, bestuurders en burgers betekent het een andere manier van werken, met het accent op een integrale benadering waarbij op gezondheid wordt gestuurd aan de voorkant van het proces. Alleen op die manier kan het omgevingsbeleid verbinding maken met gezondheidsopgaven.

### 3.5. Positieve gezondheid

De opvatting over gezondheid verandert. Niet alleen ziekte of gebreken bepalen hoe gezond je bent, maar ook het vermogen om het leven zo goed mogelijk vorm te blijven geven. Gezondheid wordt steeds vaker breed en positief opgepakt. Daarbij wordt het begrip positieve gezondheid van Machteld Huber gehanteerd.

**Positieve gezondheid is het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven (M. Huber, 2012)**

Positieve gezondheid is een term die de kracht van mensen benadrukt en minder de focus legt op het afwezig zijn van ziekte. In deze visie is gezondheid niet langer meer strikt het domein van de zorgprofessionals, maar van ons allemaal. Het gaat immers om het vermogen

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

om met veranderende omstandigheden om te kunnen gaan. Deze definitie is veelal omarmt in de (publieke)gezondheidszorg en vormt uitgangspunt van ons beleid en handelen. Gezondheidsbeleid gaat veel meer over kwaliteit van leven, regie over het eigen leven, een plek hebben in de samenleving. Hierdoor is gezondheidsbevordering nauw verbonden met andere beleidsdoelen in het sociaal domein, zoals die over zelfredzaamheid en participatie.

### 3.6. De Vitale Revolutie

Gezondheid is niet simpelweg een gezonde levensstijl. Het is een breder begrip. Dit geven we in Zeeland vorm aan de hand van *De Vitale Revolutie*. De Vitale Revolutie is gebaseerd op de brede definitie van positieve gezondheid. In De Vitale Revolutie is het uitgangspunt dat de mens het vermogen heeft zich aan te passen en eigen regie kan voeren in het licht van de uitdagingen van het leven op de vijf levensdomeinen:

- fysiek;
- mentaal-emotioneel;
- sociaal;
- doel - zingeving;
- financieel.

Mensen die in balans zijn op deze vijf levensdomeinen voelen zich vitaal, presteren beter en zitten beter in hun vel. Ze kunnen een leven lang meedoen. Het motto van De Vitale Revolutie is maak van de gezonde keuze de makkelijke keuze. Zorg voor een integrale en omgevingsgerichte aanpak gericht op een balans op de vijf levensdomeinen.

Een Zeeuwse beweging is in gang gezet. Overheid, onderwijs en ondernemers zetten deze beweging in door samen te werken aan een gezonde leefomgeving. Door dit tegelijkertijd te doen in een omgeving waar mensen wonen, werken en leren (wijk, werk en school), maken mensen makkelijker en vanzelfsprekender gezonde keuzes.

### 3.7. Toekomstbestendige zorg in Zeeland

Op 1 april 2015 zag de Commissie Toekomstige Zorg Zeeland (CTZZ) het licht. Aanleiding voor het oprichten van de commissie is de druk op de zorg in Zeeland. Druk die enerzijds ontstaat door hoe in Nederland de zorg is geregeld en anderzijds door demografische ontwikkelingen in Zeeland. In haar rapport *Visie op Zorg in Zeeland in 2025* zet de commissie in op een aantal kernpunten, zoals meer patiënt/burger centraal en kwaliteit van zorg. Belangrijk daarbij is de samenwerking tussen zorgaanbieders te verbeteren, met als doel dat bewoners dicht bij huis de zorg krijgen die zij nodig hebben.

In dit traject hebben de Zeeuwse gemeenten en zorgkantoor CZ (de grootste zorgverzekeraar in Zeeland) stappen gezet in de onderlinge relatie en samenwerking. Dit heeft o.a. geresulteerd in het opstellen en uitvoeren van de samenwerkingsagenda 2016-2017. Een van de resultaten van deze agenda is een Q&A over de meest voorkomende onduidelijke casuïstiek (vragen uit de praktijk) op de grensvlakken van de

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Wet langdurige zorg (Wlz) en de Jeugdwet. Andere onderwerpen zijn 'Effectief samenwerken in de wijk (Zorg Dichtbij)' en 'Ontwikkeling van een sterke en sluitende GGZ-keten (GGZ Zeeland 2.0)'.

De commissie heeft zich in juli 2017 opgeheven. Een van de eindconclusies was dat we in Zeeland meer moeten samenwerken om de zorg dichtbij beschikbaar te houden. Met de commissie is een impuls gegeven aan een toekomstbestendige zorg in Zeeland. De doorontwikkeling is geborgd, zowel bestuurlijk als ambtelijk. Op de agenda van de verschillende overleggen staan de ontwikkelingen in de uitvoering en de doorontwikkeling van zorg en welzijn bij elkaar. Voor *Zorg Dichtbij* zijn op dit moment verschillende werkgroepen (brede samenstellingen) bezig met het uitwerken verschillende projecten. Voor de *GGZ Zeeland 2.0* ligt de focus voor de toekomst op de mate waarin de Zeeuwse burgers met psychische kwetsbaarheid de regie over hun eigen leven hebben en houden. Voor burgers met psychische kwetsbaarheid is dat niet altijd even vanzelfsprekend. Om dit te kunnen realiseren is een optimale keten van belang, over de (financiële) grenzen van het zorg- en sociaal domein heen.

### **3.8. Meer ouderen en langer zelfstandig wonen**

Demografische ontwikkelingen vormen een van de belangrijkste krachten achter de trends in de volksgezondheid. Vooral de leeftijdsopbouw van de Nederlandse bevolking verandert sterk. De verwachting is dat het aandeel 60-plussers in de Oosterschelderegio toeneemt van 27% (2015) naar 34% (2030). Binnen de groep ouderen zijn er ook veranderingen. Zo zal met name het aantal 80-plussers stijgen: van 8.567 (2015) naar 14.083 (2030). De verwachting is wel dat de 80-jarige van 2030 gezonder zal zijn dan de 80-jarige van nu.

Senioren vormen dus een steeds grotere groep in onze samenleving en zijn ook een groep die kwetsbaar is als het gaat om haar gezondheid. Van alle mensen die zich ongezond voelen, zijn de meesten ouder dan 65 jaar. De enorme toename van het aantal ouderen heeft ook gevolgen voor de toename van het aantal mensen met dementie. Gemeenten hebben een verantwoordelijkheid in de inrichting en uitvoering van preventieve gezondheidszorg voor ouderen (artikel 5a Wpg).

Het kabinetsbeleid is er op gericht om mensen langer zelfstandig thuis te laten wonen. Hiervoor is het van belang dat iemands woning veilig en geschikt is. Mensen hebben daarin een eigen verantwoordelijkheid. Gemeenten kunnen wel een actieve rol nemen in het geven van voorlichting over de wooncarrière, bijvoorbeeld om bewustwording te vergroten. Overigens is het om (langer) zelfstandig te blijven wonen niet alleen van belang dat de woning geschikt is, maar ook dat er voldoende voorzieningen in de buurt zijn en dat zorg en ondersteuning dichtbij huis beschikbaar zijn.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

Een groot deel van de senioren heeft een of meer chronische ziekten en heeft daardoor zorg en ondersteuning van naasten en/of professionals nodig. Het bieden van de professionele zorg thuis is deels de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars en deels van de gemeenten. Daarom is het van belang om hierin samen op te trekken.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## 4. De speerpunten en ambities van het gezondheidsbeleid

---

### 4.1. Terugblik en stand van zaken

In april 2017 is de nota *Iedereen in beweging (actualisatie van de regionale nota gezondheidsbeleid Oosterschelderegio, 2013 - 2016<sup>2</sup>)* geëvalueerd. In de nota waren drie speerpunten benoemd: preventie genotmiddelen, gezond gewicht en psychische en psychosociale problematiek. In de evaluatie is per speerpunt beschreven wat is gerealiseerd en staat een beschouwing over de uitvoering van het regionale gezondheidsbeleid. De algemene conclusie is dat de regionale samenwerking voor het gezondheidsbeleid, het benoemen van gezamenlijke speerpunten en het verstrekken van gezamenlijke opdrachten, een duidelijke meerwaarde heeft. We organiseren op deze manier meer denkkraft, slagkracht en financiële middelen om in te zetten op gezondheid.

Vanaf medio 2017 zijn de resultaten GGD-gezondheidsmonitors beschikbaar<sup>3</sup> en besproken. De doelstellingen en ambities op de speerpunten zijn ten dele behaald. Toch zijn we gematigd positief: sommige ambities waren erg ambitieus en niet te reëel (bijvoorbeeld 'geen alcoholgebruik onder de 16 jaar'). Positief is dat in het algemeen geen verslechtering van de gezondheidssituatie opgetreden.

Opvallende conclusies uit de GGD-monitors (volwassenen en ouderen) zijn onder meer:

- Onder volwassenen (19 t/m 64 jarigen) is de kans op angststoornis of depressie significant toegenomen: van 34% naar 46%. Ook het aandeel volwassenen dat stress ervaart is significant toegenomen: van 11% naar 14%.
- Eenzaamheid onder ouderen is niet significant gestegen maar blijft fors: 51% van de ouderen voelt zich eenzaam (variërend van matig tot zeer ernstig). Onder volwassenen (19 t/m 64 jaar) voelt 40% zich eenzaam.
- Emotionele eenzaamheid<sup>4</sup> onder volwassenen is significant gestegen van 27% naar 29%, het percentage sociaal eenzamen<sup>5</sup> is gelijk gebleven: 43%.
- Trend zichtbaar dat ouderen steeds meer bewegen: percentage onvoldoende bewegen is gedaald van 29% naar 24%.
- Het percentage overgewicht bij volwassenen (46%) en ouderen (61%) blijft hoog maar is niet gestegen.
- Meer inwoners zijn vrijwilliger of mantelzorger ten opzichte van de vorige metingen.

---

<sup>2</sup> De nota is eind 2016 met een jaar verlengd omdat de resultaten van de volwassen- en ouderenmonitor van de GGD (input voor de ZeelandScan) nog niet beschikbaar waren.

<sup>3</sup> De resultaten zijn opgenomen in de [ZeelandScan](#).

<sup>4</sup> Iemand ervaart emotionele eenzaamheid wanneer een intieme relatie of band met een partner of vriend wordt gemist.

<sup>5</sup> Sociale eenzaamheid betekent dat iemand betekenisvolle relaties met een bredere groep mensen (buren, collega's, mensen met dezelfde interesses etc.) om zich heen mist.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## 4.2. De regionale speerpunten

Op basis van de resultaten van de gezondheidsmonitors blijkt dat voor de gemeenten in de Oosterschelderegio de gezondheidsrisico's uit de vorige beleidsperiode nog steeds actueel zijn. Uit de resultaten blijkt dat (te) veel mensen roken, overmatig drinken, overgewicht hebben of niet goed in hun vel zitten (bijvoorbeeld psychosociale problematiek zoals een depressie). Deze leefstijlfactoren hebben een grote invloed op de gezondheid.

Veranderingen in de leefstijl zijn echter complex en vergen veel tijd, de beleidsperiode van vier jaar is te kort om de gewenste resultaten te behalen. Daarom zijn het gezondheidsrisico's waarop alle gemeenten willen blijven inzetten en de krachten willen bundelen. Per speerpunt zijn nadere doelstellingen geformuleerd.

In het algemeen zijn mensen met een lage sociaaleconomische status en kwetsbare ouderen risicogroepen als het gaat om gezondheid. Op basis van de analyse van de GGD kunnen per speerpunt specifieke risicogroepen worden benoemd. Het gaat dan om groepen waarbij de kans groter is op het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. Om de meeste gezondheidswinst te behalen, zal de aanpak zich vooral richten op risicogroepen met maatwerk.

De speerpunten van het regionaal kader gezondheidsbeleid 2018-2021 zijn:

- **Preventie genotmiddelen**
- **Gezond gewicht**
- **Betere mentale gezondheid en minder psychosociale problematiek**

### Speerpunt: Preventie genotmiddelen

Alle gemeenten hebben de afgelopen 10 jaar sterk ingezet op preventie van alcoholgebruik door de jeugd. Hoe jonger kinderen en jongvolwassenen beginnen met alcohol drinken, hoe groter het risico is op blijvende hersenschade of probleemgebruik en alcoholafhankelijkheid op latere leeftijd. In de nieuwe Drank- en Horecawet (2014) ging de leeftijdsgrens voor alcoholgebruik van 16 naar 18 jaar. Verder staat in deze wet dat gemeenten een Preventie- en Handavingsplan Alcohol moeten opstellen, dat gekoppeld is aan de nota gezondheidsbeleid. Ook voor de jaren 2018 t/m 2021 blijft de preventie van alcoholgebruik door jongeren een regionale ambitie, want jongeren drinken nog steeds te vroeg en te veel. In de Zeeuwse aanpak 'Laat ze niet (ver)zuipen!' (LZNVZ) wordt integraal gewerkt aan preventie, beleid en handhaving en communicatie.

Uit de Jeugdmonitor blijkt dat 14% van de 14/15-jarigen wel eens softdrugs heeft gebruikt. Verder heeft 74% van de 14/15-jarigen wel eens gedronken. De helft hiervan heeft het dan over één heel glas of meer. Het alcoholgebruik onder deze groep jongeren is in 2015 toegenomen ten opzichte van 2011 (van 65% naar 74%). Binge drinken (minimaal vijf glazen alcohol of meer tijdens één gelegenheid) onder 21 - 23 jarigen is nog steeds hoog (van 56 %

in 2012 naar 51% in 2016). Bij 14/15-jarigen is dit percentage 32% (was 35%). Het percentage 14/15-jarigen dat rookt is gedaald: van 25% in 2011 naar 21% in 2015. Uit de GGD-monitors blijkt dat 5% van de volwassenen (19 t/m 64 jaar) overmatig alcohol gebruikt. Bij de ouderen (65+) is dit 7%. Verder blijkt dat 22% van de volwassenen en 11% van de ouderen rookt.

Het thema alcohol en jeugd is niet het enige aandachtspunt binnen dit speerpunt. Roken zal de komende periode meer aandacht krijgen. Roken is namelijk de belangrijkste vermijdbare oorzaak van ziekte en overlijden. Gemeenten kunnen nog veel explicieter beleid opstellen om rokers te ontmoedigen.

#### De doelstellingen zijn:

- Afname gebruik van alcohol en drugs onder scholieren.  
*In 2015 heeft van de 14/15-jarigen 74% wel eens gedronken en 14% wel eens softdrugs gebruikt.*
- Afname binge drinken onder scholieren en jongvolwassenen.  
*Onder 14/15-jarigen 32% (2015), onder 21-23-jarigen 51% (2016).*
- Afname van het problematisch drankgebruik onder ouderen.  
*Onder 65-plussers is 7% (2016) een overmatige drinker (mannen meer dan 21 glazen per week, vrouwen meer dan 14 glazen per week).*
- Afname rokers onder jeugdigen en volwassenen.  
*Onder 14/15-jarigen rookt 21% (2015), onder volwassenen rookt 22% (2016).*

Op basis van analyse door de GGD Zeeland zijn de risicogroepen:



- Roken: 15 jarigen, lage opleiding.
- Binge drinken: Jongvolwassen (21-23 jaar) alleenstaande mannen, vaak lid van sportclub.
- Overmatige drinkers (> 21 glazen per week): mannen van 65 – 69 jaar.

#### Speerpunt: Gezond gewicht

Overgewicht is één van de belangrijkste gezondheidsproblemen. Het aantal mensen met overgewicht neemt met het stijgen van de leeftijd flink toe. Bij de jongeren (4-13 jaar) in de Oosterschelderegio kampt 12% met overgewicht. Van de volwassenen in de Oosterschelderegio heeft bijna de helft overgewicht, bij de 65-plussers 61%<sup>6</sup>. Het percentage overgewicht bij volwassen en ouderen is gelijk gebleven. Deze stabilisatie zie je ook landelijk. Omdat de inwoners van de Oosterschelderegio meer bewegen dan landelijk, met name de ouderen, is een afname van het overgewicht bij zowel volwassenen als ouderen haalbaar.

<sup>6</sup> Meer cijfers over overgewicht en ernstig overgewicht (obesitas) zijn te vinden in de [ZeelandScan](#).

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

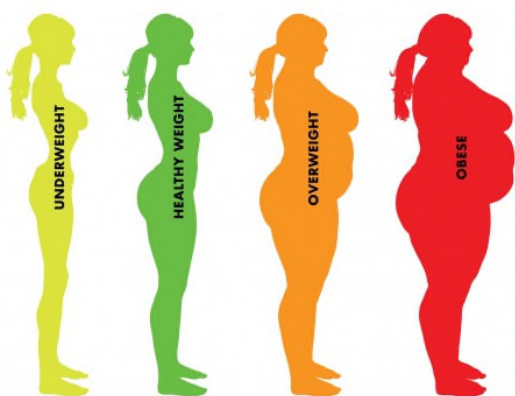


Hoewel overgewicht (vaak door een combinatie van steeds minder bewegen en meer en ongezonder eten) het meest voorkomt, hebben we ook aandacht voor ondergewicht. Met name bij jongeren komt ondergewicht voor: van de jongeren tussen de 4 en 13 jaar in de Oosterschelderegio heeft 13% ondergewicht. Dit is vrijwel gelijk aan het percentage overgewicht.

#### De doelstellingen zijn:

- Afname van ondergewicht en overgewicht bij jeugdigen.  
*In 2015 heeft onder de 4 tot 13-jarigen 13% ondergewicht en 12% overgewicht.*
- Afname van overgewicht bij volwassenen en ouderen.  
*In 2016 heeft 47% van de volwassenen (19-64 jaar) en 61% van de ouderen (65+) overgewicht.*

Op basis van analyse door de GGD Zeeland zijn de risicogroepen:



- Overgewicht jeugd: 10 jarigen scoren het hoogst.
- Ondergewicht jeugd: geen specifieke groep bekend.
- Onvoldoende bewegen/ veel zitten: 15 jarigen.
- Ernstig overgewicht 19 – 64 jaar: volwassenen met geen of een lage opleiding.
- Onvoldoende bewegen 65+: alleenwonende ouderen.

#### **Speerpunt: Betere mentale gezondheid en minder psychosociale problematiek**

Naast een goede lichamelijke is ook een goede mentale gezondheid van belang. In de Oosterschelderegio voelt 16% van de volwassenen zich psychisch ongezond. Bij ouderen voelt 15% zich psychisch ongezond. Verder voelt 40% van de volwassenen (19 t/m 64 jaar) en 51% van de ouderen (65+) zich eenzaam. Andere indicatoren die de mate van sociaal-emotionele gezondheid weergeven, zijn het risico op angststoornis en depressie en dementie.

### De doelstellingen zijn:

- Toename jongeren met een goede sociaal-emotionele gezondheid.  
*In 2015 heeft 10% van de 5-jarigen en 11% van de 10-jarigen heeft een verhoogde SDQ-score<sup>7</sup>.*
- Het percentage ouderen dat zich psychisch ongezond voelt stijgt niet.  
*In 2016 voelt 15% van de ouderen (65+) zich psychisch ongezond.*
- Het percentage volwassenen en ouderen dat zich eenzaam voelt stijgt niet.  
*In 2016 voelt 40% van de volwassenen (19 t/m 64 jaar) en 51% van de ouderen (65+) zich eenzaam.*

Op basis van analyse door de GGD Zeeland zijn de risicogroepen:



#### Psychisch ongezond:

- Jeugd: momenteel nog geen gegevens over specifieke risicogroepen.
- Volwassenen (19 – 64 jaar): niet-westerse allochtonen, mensen met een laag inkomen en/of lage opleiding.
- Ouderen (65-plus): alleenwonenden en 80-plussers.



#### Voor het krijgen van een angststoornis en depressie / suïcide gedachten:

- Jongeren (15 - 24-jarigen) en specifiek lesbiennes, homo's, biseksuelen en transgenders (LHBT-ers.)
- Matig tot hoog risico bij volwassenen: vrouwen, westerse allochtonen, mensen met een laag inkomen.
- Hoog risico volwassenen: lage opleiding en/of laag inkomen.
- Matig tot hoog risico bij ouderen: vrouwen, 80-plussers, alleenwonenden en niet-westerse allochtonen.

Risicogroepen voor depressie volgens Trimbos instituut: Pas bevallen moeders, huisarts-patiënten, chronisch zieken, mantelzorgers, werknemers in stressvolle beroepen.

<sup>7</sup> SDQ-score meet de invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren.



Risicogroepen (ernstig) eenzamen op basis van Zeeuws onderzoek:

- Volwassenen (19 - 64): mannen, hogere leeftijdsgroepen, mensen die ongehuwd, gescheiden of weduwe/weduwnaar zijn en mensen die moeite hebben met rondkomen. Daarnaast spelen enkele sociale factoren en gezondheidsfactoren een rol bij eenzaamheid: weinig contact met familie, vrienden en/of burens, ervaringen met huiselijk geweld, een slechte psychische gezondheid en gevoelens van stress.
- Ouderen: 80-plussers.

### 4.3. Tot slot

De speerpunten en doelstellingen van het regionaal kader gezondheidsbeleid zijn:

- **Preventie genotmiddelen**
  - Afname gebruik van alcohol en drugs onder scholieren.
  - Afname binge drinken onder scholieren en jongvolwassenen.
  - Afname van het problematisch drankgebruik onder ouderen.
  - Afname rokers onder jeugdigen en volwassenen.
- **Gezond gewicht**
  - Afname van ondergewicht en overgewicht bij jeugdigen.
  - Afname van overgewicht bij volwassenen en ouderen.
- **Betere mentale gezondheid en minder psychosociale problematiek**
  - Toename jongeren met een goede sociaal-emotionele gezondheid.
  - Het percentage ouderen dat zich psychisch ongezond voelt stijgt niet.
  - Het percentage volwassen en ouderen dat zich eenzaam voelt stijgt niet

De speerpunten zijn gekozen op basis van de hoogte van de percentages en de grote risico's op de gezondheid van mensen. Door het benoemen van een beperkt aantal speerpunten kunnen middelen en capaciteit efficiënter worden ingezet. In het regionale kader staan de gezondheidsrisico's die we met elkaar willen aanpakken.

In het regionale kader staan de speerpunten die we met elkaar willen aanpakken. Daarnaast zijn er ook thema's/gezondheidsvraagstukken als gezondheid statushouders, binnenklimaat in scholen, gehoorschade en luchtkwaliteit. Deze vraagstukken kunnen lokaal, in afstemming met de GGD, worden opgepakt.

## 5. Kaders voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid

---

### 5.1. Inleiding

In hoofdstuk 3 is de context geschetst van het gezondheidsbeleid. Deze context is niet alleen van invloed op het beleid, maar ook op de uitvoering. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de nieuwe inzichten over effectieve aanpak en leefstijlinterventies. In dit hoofdstuk schetsen we de kaders voor de uitvoering van het regionaal kader gezondheidsbeleid. Deze kaders geven we mee aan de organisaties die in de komende periode opdrachten voor de Oosterschelderegio gemeenten gaan uitvoeren. Deze kaders zijn ook richtinggevend voor de lokale uitvoering van het gezondheidsbeleid.

### 5.2. Rollen en taken

In 2015 zijn met de drie decentralisaties Sociaal Domein nieuwe taken naar de gemeenten gekomen. Nieuwe taken met nieuwe doelen. De verzorgingsstaat verandert naar een participatiesamenleving. De rollen, verwachtingen en taken van de overheid, uitvoeringpartners en inwoners veranderen en er ontstaat een veranderende vraag voor de lokale infrastructuur. Gemeenten hebben als doel een doorontwikkeling van het Sociaal Domein. De transformatie vraagt een cultuurverandering, zowel van gemeenten, uitvoeringpartners als burgers. De gemeente als de 'meest nabije overheid' heeft hierin een sleutelrol, namelijk de regierol. Dat betekent dat gemeenten uitvoeringpartners en burgers moeten meenemen in de benodigde transformatie in het Sociaal Domein.

Om dit nieuwe stelsel te realiseren gaan de gemeenten op een nieuwe manier (samen)werken met de maatschappelijke partners en zo een nieuwe invulling geven aan hun opdrachtgeverschap. Gemeenten sturen op maatschappelijke effecten (doeltreffendheid) en resultaten. Hoe deze effecten het beste bereikt kunnen worden is vooral de expertise van de maatschappelijke partners. Deze nieuwe werkwijze vraagt een omslag van gemeenten en maatschappelijke organisaties.

Dit betekent dat:

- de gemeenten als opdrachtgever en beleidsregisseur verantwoordelijk is voor het uitzetten van de lijnen. De gemeente pakt dus niet alles zelf op of voert uit. De gemeenten benoemen duidelijke maatschappelijke doelen en laten los als het om de uitvoering gaat;
- de opdrachtnemers, de uitvoeringpartners, nemen verantwoordelijkheid om tot een passend ondersteuningspakket te komen, indien nodig in samenwerking met andere maatschappelijke organisaties.

In de Oosterschelderegio is het Samenwerkingsverband Welzijnszorg Oosterschelderegio (SWVO) belast met het contract- en budgetbeheer enkele thema's binnen het gezondheidsbeleid (zie hoofdstuk 6).

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

### 5.3. Opdracht (door gemeenten)

De opdrachten voor het bereiken van de benoemde doelstellingen komen als volgt tot stand:

- Gemeenten stellen het regionaal kader gezondheidsbeleid vast;
- Gemeenten stellen in nauwe samenwerking met de uitvoeringpartners de opdrachten voor de komende jaren op. Het betreft afstemming over een de nadere focus binnen de speerpunten (o.b.v. de kennis en ervaring van de uitvoeringpartners) en afspraken over de te behalen effecten;
- Gemeenten stellen hiervoor de middelen ter beschikking.

#### **Gemeenten sturen op samenhang**

In de uitvoering van het regionaal kader en het daaruit volgende lokale beleid brengen gemeenten gezondheid in samenhang met andere beleidsterreinen zoals onderwijs, Jeugd, Wmo, welzijn, sport, ruimtelijke ordening. Dit versterkt het totale Sociaal Domein. Dit betekent dat gezondheid onderdeel is van alle beleidsterreinen die van invloed kunnen zijn op gezondheid. Een voorbeeld is de aanpak van schuldenproblematiek. Mensen met risicovolle schulden hebben meer gezondheidsproblemen en een slechtere leefstijl dan mensen zonder risicovolle schulden. Het voorkomen van schulden en goede gemeentelijke schulddienstverlening kunnen van grote invloed zijn op de gezondheid.

#### **Gemeenten stimuleren en faciliteren samenwerking**

Naast het stimuleren en faciliteren van interne samenwerking om interne samenhang te bevorderen, doet de gemeente dit ook voor de samenwerking binnen het externe werkveld. Het stimuleren en faciliteren van samenwerking tussen de uitvoeringpartners en andere betrokkenen verhoogt de kans om het realiseren van een integrale, omgevingsgerichte aanpak om gezondheidsachterstanden en gezondheidsrisico's aan te pakken en te verminderen.

### 5.4. Aanpak (door de uitvoeringsorganisaties)

#### **Uitvoeringpartners zetten in op preventie en vroegsignalering**

Door vroegtijdige signalering worden problemen tijdig en met de juiste ondersteuning aangepakt.

#### **Uitvoeringpartners zetten in op een integrale en omgevingsgerichte aanpak**

Omgevingsgericht betekent dat de fysieke en sociale omgeving waarin mensen wonen, werken en leren zo wordt ingericht dat mensen als haast vanzelf de gezonde keuze maken: door het aanpassen van de omgeving wordt het mensen makkelijker gemaakt om hun gedrag blijvend te veranderen. Uit onderzoek en praktijkervaring blijkt dat het aanpassen van de omgeving alleen lukt in samenwerking met partijen uit het onderwijs, overheid, ondernemers en andere maatschappelijke organisaties.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

### **Uitvoeringspartners sluiten aan bij wat mensen nodig hebben en wat hen beweegt**

De inwoners die ondersteuning nodig hebben worden door de uitvoeringspartners passend ondersteund. Daarnaast leert opgedane ervaring binnen GIDS dat werken aan de gezondheid effectief is als men samen met inwoners plannen maakt en uitvoert. Zij weten welke problemen er in hun wijk of dorp spelen. De ervaring leert dat inwoners door eigen inbreng eerder bereid zijn om zelf wat aan hun problemen te doen.

### **Uitvoeringspartners richten zich op risicogroepen**

Bij de uitvoering richten uitvoeringspartners zich op risicogroepen, want daar is de meeste gezondheidswinst te behalen. Het gaat dan om groepen waarbij de kans groter is op het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen. In hoofdstuk 4 zijn per speerpunt de risicogroepen aangegeven. Een belangrijke vraag in de uitvoering is: Hoe bereik je de risicogroepen?

### **Uitvoeringspartners werken samen**

Waar nodig werken uitvoeringspartners samen. Dit kan met professionals zijn zoals het onderwijs, jongerenwerk of sociale wijkteams, maar ook met mantelzorgers en vrijwilligers.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

## 6. Financieel kader en evaluatie

### 6.1. Financieel kader

Voor het gezondheidsbeleid hebben gemeenten financiële middelen ter beschikking voor de provinciale, regionale en lokale uitvoering.

Het overgrote deel van de gemeentelijke middelen voor publieke gezondheidszorg wordt gebruikt voor de uitvoering van taken door de GGD Zeeland. GGD Zeeland hanteert een onderscheid in basistaken en aanvullende diensten (vrij om af te nemen, maar vaak zijn er wel gezamenlijke afspraken). Ook via de centrumgemeente Maatschappelijke Opvang worden middelen ingezet op preventief gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld MO-middelen verslavingspreventie). Daarnaast zijn meestal lokaal financiële middelen beschikbaar voor de uitvoering van het gezondheidsbeleid binnen het Sociaal Domein (zoals Jeugdwet en Wmo).

De financiële middelen voor de uitvoering van het regionaal kader gezondheidsbeleid en de inzet daarvan zijn in de begroting SWVO (programma Gezondheidsbeleid) verwerkt. In de begroting 2018-2021 staan de volgende posten:

Activiteit	Bedrag	Doel middelen
Regionaal preventiebeleid middelengebruik	€ 52.068	Voor integraal beleid rondom middelenpreventie wordt door de zeven gemeenten aangesloten bij het plan van aanpak LZNVZ (2017-2022). Dit plan geeft de doelstellingen voor de bovenlokale activiteiten die door een brede integrale aanpak meer effect hebben dan wanneer zij alleen lokaal worden uitgevoerd. De focus ligt hierbij op alcohol en jeugd (11-23 jaar). Ook drugs en roken zijn risicofactoren waarop wordt ingezet.
Verslavingspreventie (regionaal raamcontract)	€ 107.335	In het regionale raamcontract worden afspraken gemaakt over de inzet voor verslavingspreventie. Beoogde effecten zijn het bewust maken van de bevolking over gevaren van alcohol, roken en drugs en problemen te voorkomen door vroegtijdig signaleren en preventieve interventies. In het raamcontract zijn ook de lokale afspraken opgenomen.
Psychische en psychosociale problematiek (voorheen CPGGZ)	€ 75.520	Het doel van de GGZ-preventie is om begrip en herkenning van (ernstig) psychische klachten te bevorderen, de bevolking bewust te maken wat zij zelf aan deze klachten kan doen en haar wegwijs te maken naar instanties die haar zo nodig verder kunnen helpen. De GGZ-preventie richt zich op het voorkomen van psychische problemen en gezondheidsschade.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------

Binnen de begroting van SWVO is ook het algemeen maatschappelijk werk (AMW) opgenomen. Het AMW is een lokale basisvoorziening (1e lijnsvoorziening) die de professionele hulp van maatschappelijk werkers beschikbaar stelt aan mensen in hun directe leef- en woonomgeving. Het AMW richt zich op de hulpverlening aan mensen die problemen hebben om individueel of in de relatie tot andere personen te functioneren in de verschillende samenlevingsverbanden waarvan zij deel uitmaken. In de begroting 2018 is voor het AMW voor de Bevelanden<sup>8</sup> een bedrag van € 1.864.200 opgenomen.

## 6.2. Monitoring en evaluatie

Monitoregevens waarin trends zichtbaar worden, zijn de basis voor het bijstellen van beleid en uitvoering. Op basis van signalen van uitvoerders uit de praktijk, ondersteund door het monitoregevens over gezondheid, kunnen we nieuwe gezondheidsbedreigingen signaleren en een (school- of wijk-)preventieplan opstellen, dat collectieve preventie verbindt met individuele signalering en ondersteuning.

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

Daarbij willen we al wel het volgende aandachtspunt signaleren. In de Zeelandscan ([www.zeelandscan.nl](http://www.zeelandscan.nl)) zijn de gegevens van diverse monitors over de leefbaarheid en gezondheid in Zeeland opgenomen. Gegevens uit de periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO's) jeugd zijn jaarlijks beschikbaar, waardoor de ontwikkelingen bij de evaluatie zichtbaar zullen zijn. Zo worden bijvoorbeeld de percentages onder- en overgewicht onder jeugdigen in de PGO's gemonitord o.b.v. harde gegevens (geen zelfrapportage). Overgewicht onder volwassenen en ouderen wordt (op basis van zelfrapportage) bevraagd in het gezondheidsonderzoek van de GGD. Het gezondheidsonderzoek vond eind 2016 plaats en de vervolgmeting is naar verwachting eind 2020 (resultaten in 2021).

---

<sup>8</sup> Schouwen-Duiveland en Tholen maken separaat, lokaal afspraken over het maatschappelijk werk.

Datum: 4 oktober 2017	Versie 2.0	Status: definitief
-----------------------	------------	--------------------