



***gemeente* Halderberge**

# **Gezondheid telt in Halderberge** ***de lokale aanpak***

Concept volksgezondheidsplan 2008 – 2011 gemeente Halderberge

versie 18 maart 2008

# Inhoudsopgave

	pagina
1. Inleiding .....	3
2. Doelstelling .....	3
3. Effecten van lokaal gezondheidsbeleid .....	4
4. Gezondheidsbeleid in relatie met andere beleidsterreinen .....	5
5. Zorg, een schets op hoofdlijnen .....	6
6. Wat is er in de periode 2004-2007 al gedaan .....	8
7. Knelpunten .....	10
8. Het Halderbergse gezondheidsbeleid 2008 – 2011 .....	16
9. Planning en fasering activiteiten .....	22

## 1. Inleiding

Op grond van de in 2003 vernieuwde Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) dient de gemeente vanaf dat moment periodiek (elke 4 jaar) een volksgezondheidsplan vast te stellen. In de wet staat geen directe sanctie genoemd voor het niet nakomen van deze verplichting, maar de inspecteur voor de volksgezondheid heeft het toezicht op de naleving van de wet.

De termijn van de eerste nota is recentelijk afgelopen. Er dient derhalve een nieuw plan door de raad vastgesteld te worden. Het nieuwe volksgezondheidsplan heeft een looptijd van 4 jaar en bestrijkt de periode 2008 tot en met 2011.

De gemeente is de regisseur en de beleidsbepaler in de openbare gezondheidszorg: het domein van de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking. De gemeente is verantwoordelijk voor het bevorderen van de totstandkoming, de continuïteit en de samenhang van de collectieve preventie. En, daarnaast voor de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg<sup>1</sup>. De prioriteiten hierin en de wijze waarop de gemeente dit wil realiseren wordt vastgelegd in het lokaal volksgezondheidsplan. Met de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) per 1 januari 2007 heeft de gemeente op het gebied van de zorg (care) ook een nadrukkelijke verantwoordelijkheid gekregen. De Wcpv en de WMO kunnen het best gezien worden als twee naast elkaar fungerende onmisbare pijlers met als overstijgend doel het bevorderen van kwaliteit van leven van burgers. Gezondheid (Wcpv) is nodig om deel te nemen aan de maatschappij en omgekeerd draagt maatschappelijke ondersteuning bij aan de psychische, sociale en fysieke gezondheid. De relatie tussen de WCPV en de WMO benadrukt bovendien het belang van preventie. Afstemming tussen WMO-beleid en Wcpv- of lokaal gezondheidsbeleid is in dit kader daarom ook van belang.

## 2. Doelstelling

Met de vaststelling van een nieuw gemeentelijk gezondheidsplan wil de gemeente Halderberge het volgende bereiken:

1. het bevorderen en verbeteren van een gezonde leefomgeving voor alle burgers;
2. het stimuleren van een gezonde leefstijl;
3. het instandhouden en verbeteren van lokale en regionale voorzieningenniveau ter bevordering en bescherming van de gezondheid;
4. het bevorderen van de samenhang van gezondheidsbeleid met andere beleidsterreinen, o.a. met het beleid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning, het ruimtelijk beleid en het veiligheidsbeleid.

Het doel van de Wet collectieve preventie volksgezondheid is gezondheidswinst: het verlengen van gezonde levensverwachting, het voorkomen van vermijdbare sterfte en het verhogen van de kwaliteit van het leven.

Belangrijke taken worden bij de gemeenten neergelegd. De gemeentelijke taken op het terrein van de volksgezondheid zijn in te delen in zorgbeleid, preventiebeleid en facetbeleid.

---

<sup>1</sup> De curatieve gezondheidszorg, behandeling van ziekten of aandoeningen of langdurige zorg. Deze zorg wordt geleverd en bekostigd op basis van de Wet Zorgverzekering en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

Het *zorgbeleid* richt zich op het bevorderen en handhaven van een hoog kwalitatief niveau van voorzieningen en het bevorderen van het zo goed mogelijk afstemmen van deze voorzieningen op de zorgvraag. Met *preventiebeleid* wordt bedoeld het voorkomen van ziekten en het bevorderen van gezondheid door het wegnemen van risico's, het bevorderen van gezond gedrag en het scheppen van voorwaarden voor een gezond bestaan, alsmede de vroegtijdige opsporing en het beperken van de gevolgen van ziekte. *Facetbeleid* is gericht op een actieve inbreng van gezondheidsaspecten in de bestuurlijke beslissingen op andere gebieden dan de volksgezondheid, zoals jeugdbeleid, ouderenbeleid, ruimtelijk en sociaal beleid.

### **3. Effecten van lokaal gezondheidsbeleid**

Heel veel instellingen en organisaties houden zich bezig met preventieve gezondheidsactiviteiten. De rol van de gemeenten hierbij is niet om te bepalen of deze activiteiten of voorzieningen wel of niet gedaan worden. Preventief beleid kun je op verschillende aspiratieniveaus uitvoeren. Duidelijk zal zijn dat het effect met een intensieve interventie hoger zal zijn dan bij een lage interventie. Als een hoog effect verwacht wordt zal een hogere inzet geleverd moeten worden met de daarbij komende kosten.

De kennis over effectiviteit van gezondheidsbevorderende activiteiten is nog steeds bescheiden. Er is vaak geen tijd en geld voor uitgebreid wetenschappelijk onderzoek. Bovendien wordt de gezondheid beïnvloed door uiteenlopende factoren in de omgeving van mensen, waar niet altijd zicht op is vanuit de onderzoeker. Dit maakt het effect van een specifieke activiteit ook moeilijker aan te tonen. Toch komen er de laatste jaren steeds meer activiteiten of interventies beschikbaar waarvan onderzoek heeft uitgewezen dat ze op een effectieve of veelbelovende manier kunnen bijdragen aan de realisatie van het lokale gezondheidsbeleid. In de keuze voor een preventieaanbod dat aansluit bij de beleidsdoelstellingen van de gemeente, zouden de lokale preventiepartners dan ook het accent kunnen verleggen naar dit type activiteiten. Daarnaast zouden zij de verantwoordelijkheid kunnen nemen om in ieder geval de succes- en faalfactoren van hun activiteiten in kaart te brengen en de mogelijkheden voor bredere implementatie.

Het omgaan met gezondheid is cultureel bepaald. Wil men het omgaan met en de beleving van gezondheid ombuigen dan betekent dit vaak een cultuurverandering. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de rookcultuur. Er zijn enkele decennia voor nodig geweest om de rookcultuur om te buigen in een niet-roken cultuur. En ook nu zijn we er nog niet. Hieruit mag blijken dat preventief gezondheidsbeleid een beleid is van de lange adem. De "gezondheidscultuur" staat de laatste jaren volop in de belangstelling. De inzet die de gemeente levert op dit terrein mag dan waarschijnlijk wel rekenen op veel belangstelling. Volksgezondheid raakt echter vooral de persoonlijke levenssfeer van de inwoners. De eigen verantwoordelijkheid van mensen blijft hierin voorop staan. De gemeente is samen met instellingen en organisaties ondersteunend bij preventie-activiteiten en de facilitering van lokale of regionale voorzieningen.

#### 4. Gezondheidsbeleid in relatie met andere beleidsterreinen

De effectiviteit van lokaal gezondheidsbeleid in het bijzonder preventie wordt ook verhoogd door op meerdere terreinen tegelijk maatregelen te nemen: integraal gezondheidsbeleid. Immers de sociale en fysieke omstandigheden van burgers hebben invloed op hun gezondheid en ook op hun (al dan niet gezonde) gedrag. Zo zal de keuze om op de fiets naar werk of school te gaan mede worden bepaald door de vraag of er een veilige fietsroute is (ruimtelijke ordening), of er een goede fiets is (inkomensbeleid) en of het voor de betreffende persoon geaccepteerd is om te fietsen (integratiebeleid; denk aan allochtone vrouwen) of een combinatie hiervan.

Het volksgezondheidsbeleid heeft raakvlakken met veel andere beleidsterreinen. Binnen het brede gemeentelijk beleidsterrein kunnen wij noemen:

- Beleid maatschappelijke ondersteuning, w.o. maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en openbare geestelijke gezondheidszorg;
- Milieubeleid
- Speelruimtebeleid
- Sportbeleid, recreatie en toerisme
- Jeugdbeleid en jeugdgezondheidsbeleid
- Ouderenbeleid (integratie wonen, zorg en welzijn)
- Veiligheidsbeleid (politie, rampenbestrijding, slachtofferhulp, ambulancevoorziening, brandweer)
- Verslavingspreventie
- Verkeersbeleid

Als we spreken over integraal beleid volksgezondheid, dan impliceert dit dat aandacht voor volksgezondheid in al die beleidsterreinen tot uiting komt en niet uitsluitend in een volksgezondheidsplan. Op dit moment komt bij de uitvoering van de afzonderlijke beleidsterreinen het aspect gezondheid als zodanig slechts indirect voor het voetlicht. Het is belangrijk om die relatie hier wel te benoemen en in de komende jaren daar explicieter invulling aan te geven.

Het RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) heeft medio 2007 in een publicatie gepleit voor de integrale benadering van het gezondheidsbeleid, zowel landelijk, regionaal als lokaal. Bedoeld wordt om meer *samen* het beleid te maken met andere externe sectoren in plaats van beleid van andere sectoren te beoordelen en te beïnvloeden. Hierdoor ontstaat een steviger draagvlak voor het thema gezondheid.

Het uitvoeren van integraal gezondheidsbeleid is een ingewikkeld proces. Om echt resultaat te boeken moeten alle actoren en sectoren betrokken worden bij deze aanpak. Betrokkenheid van andere sectoren is echter niet altijd vanzelfsprekend en vraagt om een cultuuromslag binnen de gemeentelijke organisatie.

Twee (landelijke) ontwikkelingen die sterke raakvlakken hebben met het volksgezondheidsbeleid willen wij met nadruk noemen: de realisering van een Centrum voor Jeugd en Gezin en de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning. Vanuit dit Centrum wordt de jeugdgezondheidszorg aangeboden én de opvoed- en opgroei-ondersteuning zoals bedoeld in prestatieveld 2 van de Wmo (*op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden*). Daarnaast dient in het Centrum een schakel naar Bureau Jeugdzorg en het onderwijs te worden gerealiseerd. Ook de geestelijke gezondheidszorg maakt deel uit van de Wmo.

## 5. **Zorg: een schets op hoofdlijnen.**

### *Eerstelijnsgezondheidszorg*

De eerstelijnszorg is de zorg die geboden wordt door de huisartsen, de tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden, het algemeen maatschappelijk werk, de eerstelijnspsycholoog en de thuiszorg. De eerstelijnszorg is de zorg die voor mensen direct bereikbaar is, de eerste plek waar ze met een specifieke klacht terecht kunnen. De tweedelijnszorg is de gespecialiseerde zorg, waarnaar men verwezen wordt wanneer de eerstelijnszorg niet afdoende is om de klacht te verhelpen.

### *Jeugdgezondheidszorg*

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is gericht op het bevorderen, beschermen en beveiligen van de gezondheid en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van jeugdigen, zowel individueel als op populatieniveau. Gemeenten zijn op grond van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) verplicht het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg uit te laten voeren. De bekendste uitvoeringsvormen zijn het consultatiebureau en de schoolartsen. In Halderberge wordt de JGZ uitgevoerd door Thuiszorg West-Brabant (0-4 jarigen) en de GGD West-Brabant (5-19 jarigen). Een belangrijk aandachtspunt is het realiseren van de integrale JGZ waarbij de 'knip' in de zorg op 4 jarige leeftijd verdwijnt.

### *Mantelzorg*

Al dan niet door omstandigheden gedwongen heeft de mantelzorg (vrijwillig hulp en zorg bieden aan familieleden of bureu) de afgelopen jaren een grote vlucht genomen. Er bleek grote behoefte aan informatie en advies over het onderwerp. Via de oprichting van plaatselijk steunpunten mantelzorg, fungerend onder Stichting HOOM, hulp en ondersteuning op maat (voorheen SVT Informele Zorg West-Brabant), wordt getracht aan de ondersteuningsbehoefte tegemoet te komen.

Met de Vrijwillige Thuishulp en de Vrijwillige Terminale zorg worden krachten gebundeld om mantelzorgers te ondersteunen. Met de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft de gemeente de taak gekregen om extra aandacht te schenken aan de ondersteuning van mantelzorgers. De gemeenteraad heeft hiervoor de Kadernotitie mantelzorg en vrijwilligerswerk vastgesteld. Deze notitie vormt een integraal onderdeel van het Beleidsplan Maatschappelijke Ondersteuning 2008-2011.

### *Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ)*

De eerstelijns GGZ is een onderdeel van de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze inzet is nodig om somatisering, onnodige medicalisering en onnodige doorverwijzing naar de gespecialiseerde zorg te voorkomen. Als hulpverleningsmogelijkheden in de eerste lijn onvoldoende blijken, volgt verwijzing naar gespecialiseerde GGZ. Deze zorg wordt in de gemeente (en de regio) verleend door Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant met individuele en groepsbehandelingen en preventieprogramma's.

### *Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)*

Met ingang van 1 januari 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning in werking getreden. Onderdelen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn via de Wmo overgedragen naar de gemeente. In de Wmo zijn een negental prestatievelden genoemd die de gemeente dient uit te voeren. Een groot aantal van deze prestatievelden heeft een relatie met gezondheid.

De Wmo richt zich in dit opzicht op de persoonlijke situatie van inwoners die hulp en ondersteuning nodig hebben, terwijl het gezondheidsbeleid zich meer richt op de collectieve

gezondheidsbevordering. In de inleiding is reeds de relatie genoemd tussen het gezondheidsbeleid en het beleid voor de maatschappelijke ondersteuning. In het beleidsplan maatschappelijke ondersteuning 2008-2011 “Samen Doen”, in februari 2008 ter vaststelling aan de gemeenteraad voorgelegd, wordt specifiek de Halderbergse invulling beschreven. Om de participatie van de burgers concrete vorm en inhoud te geven is een zogeheten WMO-raad in het leven geroepen. In deze raad hebben vertegenwoordigers van diverse doelgroepen van zorgvragers zitting om te overleggen met en te adviseren aan de gemeente over het te voeren Wmo-beleid.

#### *Oudenbosch Medisch Centrum*

Met de renovatie van de buitenpolikliniek van het Franciscus ziekenhuis is in Oudenbosch een volwaardig medisch centrum gevormd waarin niet alleen poliklinische handelingen kunnen worden uitgevoerd maar waar ook andere disciplines zijn ondergebracht, zoals huisartsenzorg, fysiotherapie, psycholoog, logopedie, schoentechniek en een post van het huisartsenlaboratorium. In 2008 bestaat het centrum 25 jaar. Ook de komende jaren zal het medisch centrum voor de inwoners van Oudenbosch en de andere omliggende kernen een belangrijke bijdrage leveren aan het gezondheidsvoorzieningsniveau in de gemeente.

#### *Wonen, welzijn en zorg*

De laatste jaren zijn belangrijke stappen gezet in de realisering van moderne woonzorgcentra in Oud Gastel, Hoeven en Oudenbosch. Samenwerking tussen zorgaanbieders, woningcorporaties en gemeente heeft niet alleen de mogelijkheden maar zeker ook de kwaliteit voor wonen-met-zorg in deze gemeente sterk verbeterd. De komende jaren wordt doorgedaan met de realisering van geplande woonzorgcentra. De woonzorgcentra zullen met de moderne opzet een belangrijke uitstraling geven naar de wijken waar zij gevestigd zijn door o.a het bieden van een ontmoetingsfunctie en deelname aan activiteiten door inwoners uit de buurt.

Ook de steunpunten voor ouderen (Pluspunten) houden voorzieningen voor zorg en welzijn in de kernen voor de mensen beschikbaar en makkelijk bereikbaar.

#### *Zorgberaad Halderberge*

Om meer informatieuitwisseling en afstemming te realiseren in het lokale voorzieningenaanbod wordt door de portefeuillehouder maatschappelijke ondersteuning overleg gevoerd in het lokale Zorgberaad. Vertegenwoordigers van verschillende zorgaanbieders in de gemeente participeren hierin. De nadruk ligt hoofdzakelijk op informatieuitwisseling en beleidsadvies. In de komende jaren is de doelstelling om ook samenwerking, coördinatie en afstemming van preventieve zorg beter tot uiting te laten komen.

## 6. Wat is er in de periode 2004 – 2007 al gedaan?

In het eerste lokale volksgezondheidsplan dat in 2003 is vastgesteld is op basis van de toen gesignaleerde knelpunten een aantal prioriteiten gesteld. Toen is met het lokale plan aangesloten op de regionale volksgezondheidsnota *West-Brabant: gezond aan de start*

De lokaal gestelde prioriteiten hadden betrekking op:

- coördinatie zorgaanbod / vorming van een zorgloket
- aandacht voor preventie en voorlichting
- samenwerking in de jeugdgezondheidszorg
- bevordering integrale aanpak /medische milieukunde
- onderzoek doelgroepen sociaal economische verschillen
- aandacht uitvoering technische hygiënezorg
- verbetering aanbod voorzieningen geestelijke gezondheidszorg
- toepassing epidemiologisch onderzoek

Het eerste gezondheidsplan heeft in ieder geval de gemeentelijke betrokkenheid bij het thema gezondheidszorg duidelijk versterkt, zowel in bestuurlijke als in uitvoerende zin. Dit is o.a. tot uiting gekomen via:

- Samenwerking in de jeugdgezondheidszorg:
  - een convenant tussen Thuiszorg West-Brabant en GGD West-Brabant over verdergaande samenwerking;
  - een eerste aanbod van gezamenlijke producten door Thuiszorg en GGD, waaronder bemoeizorg
  - de instelling van een Regionaal Panel Planning & Control Jeugdgezondheidszorg dat adviseert over de planning & control cyclus van de JGZ-instellingen
  - de uitvoering van het basistakenpakket JGZ, waarbij in iedere kern een consultatiebureau is gehandhaafd
  - realisering van een Centrum voor Jeugd en Gezin aan de Julianalaan in Oudenbosch.
- Het welzijns- en jeugdsportbeleid heeft verdere invulling gekregen door bewegingsactiviteiten te ondersteunen, zoals subsidiebeleid sportverenigingen, buurtsportwerk, projecten sportieve school, jeugdactiviteiten wijkverenigingen; sport- en bewegingsprojecten basisscholen en voortgezet onderwijs;
- Vaststelling van een speelruimtebeleid: ruimte maken voor spelen in de wijken en inrichten van speelterreinen met sportieve en activerende speeltoestellen;
- De realisering van een lokaal Zorgloket in 2004 om de informatiefunctie over het lokale en regionale zorgaanbod te verbeteren.  
De functie is per 1 januari 2007 overgegaan en verbreed in het Loket Wegwijs dat in het kader van de inwerkingtreding van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in het gemeentehuis is opgezet;
- Vaststellen van een Masterplan Welzijn, Wonen en Zorg in 2005 waarin de verbinding van zorg en welzijn met wonen is benadrukt. Via het lokaal Zorgberaad Halderberge wordt met de vertegenwoordigers van zorgaanbieders overleg gevoerd om elkaar in eerste instantie te informeren en zo mogelijk tot afstemmingsafspraken te komen;



- Ruimtelijke medewerking en intermediair bij de totstandkoming van Zorgboerderij De Meeshoeve te Oud Gastel.  
De zorgboerderij heeft mede door de unieke omgeving en accommodatie een gewaardeerde uitstraling gekregen, niet alleen lokaal maar zeker ook in de regio. Het aantal zorggroepen is gedifferentieerd: er zijn groepen licht dementerende ouderen en mensen met een verstandelijke beperking, zowel volwassenen als jongvolwassenen. Een zorggroep voor mensen met psychisch-sociale problematiek zal ook onderdak gaan krijgen bij De Meeshoeve;
- Via regionale samenwerking is een Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld regio West-Brabant tot stand gekomen;
- Op het gebied van de openbare geestelijke gezondheidszorg zijn in regionale samenwerking o.a. de volgende voorzieningen tot stand gekomen:
  - meldpunt Complexe Zorgvragen (lokale ondersteuning bij hygiënische probleemsituaties);
  - lokaal casuïstiekoverleg met deelname van diverse (zorg)instellingen;
  - voorzieningen voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg (Stichting De Zuidwester, Stichting Novadic-Kentron en Stichting Geestelijke Gezondheidszorg Westelijk Noord-Brabant);
- Vaststelling van een lokale nota verslavingspreventie;
- Er is 2007 een start gemaakt met een lokaal netwerk voor de Automatische Externe Defibrillator (AED). Dit is een hartreanimatieapparaat;
- Veiligheidsbeleid via lokale rampenplan en samenwerkingsorganisaties als Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR), Regionale Ambulance Voorziening Brabant Midden-West-Noord (RAV) en gemeenschappelijke Meldkamer. In de Veiligheidsregio Midden en West-Brabant is een samenwerkingsverband tot stand gekomen voor de 26 gemeenten in de regio ter bevordering van de kwaliteit van rampenbestrijding.

## 7. Knelpunten

### Gezondheid telt! in Halderberge

#### *Kernboodschappen voor lokaal beleid*

Het rapport *Gezondheid telt! in Halderberge* is op 5 februari 2007 door de GGD aan de gemeente aangeboden. Hierin staan cijfers over de gezondheidstoestand van onze eigen inwoners (jongeren van 12 t/m 17 jaar en volwassenen van 19 t/m 64 jaar. De cijfers over de leeftijdscategorie 65 en ouderen volgen in de ouderenmonitor van december 2007). Er wordt antwoord gegeven op de vragen als: wat zijn de belangrijkste gezondheidsproblemen, wat zijn de belangrijkste oorzaken van ongezondheid, wat gebeurt er nu aan lokaal beleid en waar liggen de mogelijkheden voor verbetering. De belangrijkste bevindingen zijn onderstaande weergegeven.

1. *Gezondheid in West-Brabant scoort onder het Nederlandse gemiddelde*  
Op verschillende aspecten van gezondheid doet de regio West-Brabant het slechter dan gemiddeld in Nederland. De levensverwachting ligt iets lager en de sterfte aan longkanker, diabetes en beroerte is hoger dan gemiddeld. Voor de gemeente Halderberge ontbreken lokale cijfers. Er zijn echter geen redenen om aan te nemen dat Halderberge op dit vlak in positieve of negatieve zin afwijkt.
2. *Artrose, coronaire hartziekten en diabetes zijn veel voorkomende chronische ziekten in Halderberge.*  
Onder volwassenen<sup>2</sup> wordt Astma/COPD minder vaak gerapporteerd. Bijna één op de vijf volwassenen ervaart beperkingen in het dagelijks functioneren als gevolg van hun lichamelijke gezondheid. 14% van volwassenen en jongeren ervaart de eigen gezondheid als matig tot slecht.
3. *Eenzaamheid en psychische ongezondheid komen in Halderberge vaak voor.*  
16% van volwassenen en 4% jongeren ervaart de psychische gezondheid als slecht. Vier op de tien 19- t/m 64-jarigen voelen zich eenzaam.
4. *Ook in West-Brabant bestaan gezondheidsachterstanden*  
Mensen met een lage sociaal-economische status hebben een slechtere gezondheid dan mensen uit de hogere sociaal-economische lagen van de bevolking. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld bijna vier jaar korter en brengen tien tot vijftien jaar minder lang door in goede gezondheid dan mensen met een hoge opleiding. Ook in West-Brabant bestaan deze sociaal-economische verschillen in gezondheid. Ook voor Halderberge geldt dat gezondheidsverschillen onder de bevolking wel aanwezig zijn, maar niet aanwijsbaar op basis van de gehanteerde indeling in postcodegebieden. Er wonen relatief veel allochtonen in de gemeente, vooral in de kern Oudenbosch, wat de kans op het voorkomen van gezondheidsverschillen onder de bevolking vergroot.
5. *Aanzienlijk verlies van gezondheid door ongezond gedrag*  
Roken veroorzaakt 13% van de totale ziektelast in Nederland, vooral door longkanker, chronische longziekten (COPD) en coronaire hartziekten. Maar ook alcoholgebruik, lichamelijke inactiviteit en overgewicht dragen in belangrijke mate bij aan de ongezondheid. Ongezond gedrag staat niet op zichzelf, maar hangt nauw samen met de

---

<sup>2</sup> Gehanteerde leeftijdsgrenzen: volwassenen 19 t/m 64 jaar en jongeren 12 t/m 17 jaar

sociale en fysieke omgeving op allerlei niveaus, zoals gezin, school of buurt. Naast leefstijlfactoren dragen ook milieufactoren bij aan de ziektelast (2-5%). Roken, alcoholgebruik en lichamelijke inactiviteit dragen het meest bij aan ongezondheid van de lokale bevolking. Bijna drie op de tien volwassenen rookt en ruim vier op de tien beweegt te weinig. Het 'overmatig alcoholgebruik' onder volwassenen in Halderberge steekt relatief gunstig af ten opzichte van West-Brabant: respectievelijk 8% en 12%. Overgewicht is een groot probleem. 51% van de volwassenen heeft overgewicht en 13% *ernstig* overgewicht.

#### 6. *Ongezond gedrag jongeren baart grote zorgen*

Veel jongeren gedragen zich ongezond. Jongeren zijn de afgelopen jaren meer gaan drinken. Steeds meer kinderen en jongeren zijn te dik. Door dit ongezonde gedrag investeren zij in toekomstige ongezondheid. Ongezonde leefstijl en overgewicht komen ook bij Halderbergse jongeren veel voor. 7% van de jongeren heeft overgewicht en 2% ernstig overgewicht. 87% van de jongeren eet niet dagelijks groente én fruit en ruim één op de vijf jongeren in Halderberge sport minder dan één keer per week buiten schooltijd. 9% rookt dagelijks sigaretten. 9% heeft wel eens onveilig gevreeën. Slechts 2% van de jongeren rapporteert recent softdrugs te hebben gebruikt tegenover 4% in West-Brabant. Het alcoholgebruik onder jongeren is zorgwekkend. Ruim de helft van de jongeren drinkt alcohol en 13% is een 'binge-drinker'<sup>3</sup>.

#### 7. *In de toekomst is meer en andere zorg nodig*

In de toekomst zal door de groei en het ouder worden (vooral 65-plussers) van de bevolking van West-Brabant het aantal nieuwe gevallen van infecties, rugaandoeningen en ongevallen en het voorkomen van hartfalen, gezichtsstoornissen, beroertes en coronaire hartziekten relatief sterk toenemen. Ook het zorggebruik in de sectoren verzorging, verpleging en thuiszorg neemt relatief sterk toe. In Halderberge is sprake van vergrijzing, maar geen dubbele vergrijzing. Ook ontgroening speelt in Halderberge.

### **Ouderenmonitor 2006**

Recentelijk (november 2007) is door de GGD West-Brabant de uitkomst bekend gemaakt van de gezondheidsenquête die in 2006 is uitgevoerd onder zelfstandig wonende ouderen van 65 jaar en ouder. De ouderenenquête levert informatie op over indicatoren als alcoholgebruik, roken, diabetes, overgewicht, sociaal-economische gezondheidsverschillen en eenzaamheid. De belangrijkste bevindingen en aandachtspunten uit de enquête zijn de volgende:

- De gemeente Halderberge vergrijst. Een positief aspect van deze vergrijzing is dat er tot 2020 relatief meer gezonde jongere ouderen (onder 75 jaar) bijkomen. Deze ouderen kunnen een belangrijke maatschappelijke rol vervullen, bijvoorbeeld door het verrichten van vrijwilligerswerk;
- Het merendeel van de ouderen in Halderberge ervaart de eigen gezondheid als goed tot uitstekend. Toch voelt één op de drie oudere Halderbergse inwoners zich ongezond. Ook heeft een groot aantal ouderen één of meer chronische ziekten (69%) en is mede hierdoor minder zelfredzaam. Deze gegevens in combinatie met de verdergaande vergrijzing zal de vraag naar zorg- en welzijnsvoorzieningen doen toenemen.

---

<sup>3</sup> binge-drinken: het nuttigen van zes of meer glazen alcohol op minstens één (weekend)dag. Binge -drinken is vooral een probleem van 16- en 17-jarigen.

Ook de druk op de mantelzorg zal hierdoor groter worden.

- De leefstijl van de ouderen in Halderberge kan nog verbeterd worden. Met gezonde voeding, beweging, en minder roken is ook bij ouderen gezondheidswinst te behalen. Ten opzichte van West-Brabant hebben in Halderberge meer ouderen overgewicht (66%), waarvan 16% ernstig overgewicht. Bijna zeven op de tien ouderen beweegt te weinig. De landelijke aanbevelingen voor groente- en fruitconsumptie worden door respectievelijk 76% en 57% van de ouderen niet gehaald. Twaalf procent van de ouderen is een zware drinker en 17% rookt. Opvallend is dat slechts 3% van de ouderen de eigen manier van leven als ongezond beschouwt.
- Waar het gaat om deelname aan sociale netwerken, neemt kerkbezoek, meer dan in de regio, een belangrijke plaats in bij ouderen in Halderberge (61%), gevolgd door deelname aan groepsbijeenkomsten (55%) en contacten in de buurt (36%). Eén op de vier ouderen verricht vrijwilligerswerk, waarvan 15% twee of meer uren per week.
- Bijna de helft van de ouderen is matig tot (zeer) ernstig eenzaam. Eén op de twaalf ouderen is (zeer) ernstig eenzaam. Net als in de regio is eenzaamheid dus ook in onze gemeente een belangrijk probleem dat de kwaliteit van leven van ouderen aantast. Daarnaast heeft 16% van de ouderen het gevoel de regie over het eigen leven niet meer in de hand te hebben. Eenzaamheid en verlies van regie over het eigen leven door gezondheidsproblemen dragen in belangrijke mate bij aan het ontstaan van angst en depressie bij ouderen.
- In de gemeente Halderberge behoort één op vier ouderen tot de groep kwetsbaren. Deze ouderen zullen eerder dan hun leeftijdsgenoten een beroep doen op de omgeving voor formele en informele hulp.
- Ouderen met een lage sociaal-economische status vormen een groep die ook kwetsbaar is voor gezondheidsachterstanden. De sociaal-economische status onder meer bepaald door opleidings- en inkomsniveau. Het opleidingsniveau van ouderen in Halderberge ligt lager dan in de regio: 44% heeft geen opleiding of alleen lager onderwijs, gevolgd tegenover 38% in West-Brabant. Wel vergelijkbaar met de regio is het aantal ouderen dat alleen een AOW-uitkering (44%) ontvangt, moeite heeft met financieel rondkomen (15%) en op minimaal één terrein moet bezuinigen (53%).
- 61% van de ouderen zegt niet te weten waar zij moeten zijn met vragen over zorg en/of welzijnsvoorzieningen.

### **Risicoregistratie Thuiszorg West-Brabant.**

De risicoregistratie van Thuiszorg West-Brabant laat zien dat in 2006 in Halderberge 13,2% van de 0-4 jarigen 1 of meer risicofactoren heeft. In totaal heeft 7,6% van de kinderen 3 of meer risicofactoren (risicokinderen). De risicokinderen zijn vooral in Oudenbosch woonachtig, waarbij problemen op taalgebied eruit springen. Daarbij zijn er in Oudenbosch in vergelijking met de andere kernen ook veel éénoudergezinnen. De opvoedingssituaties waarin begeleiding wordt gevraagd, worden steeds complexer. Deze ontwikkeling geldt overigens voor de hele regio.

### **Evaluatie voortgang integrale jeugdgezondheidszorg.**

Uit landelijke signalen is gebleken, dat in de afgelopen periode veel is geïnvesteerd in het tot stand brengen van de integrale JGZ. Dit proces is om verschillende redenen gestagneerd. De gemeentelijke regie is belemmerd door institutionele belangen, de landelijk bepaalde inhoud van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg en onvoldoende financiële armslag. De VNG beveelt aan om één organisatorisch kader te creëren voor de JGZ. Dit kan in verschillende vormen: de volledige JGZ bij de GGD, bij de thuiszorginstelling of door vorming van een afzonderlijke JGZ-instelling. Daarnaast kan volgens de VNG onderaannemerschap (waarbij de GGD als hoofdaannemer optreedt) een vorm zijn. Wij onderschrijven de stelling dat er nog geen sprake is van een echte integrale JGZ. Het convenant tussen de Thuiszorg en GGD is aan te merken een eerste stap.

### **Aanbevelingen vanuit eerstelijnsgezondheidszorg**

Vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg zijn tijdens een voorbereidingsbijeenkomst in september 2007 enkele aanbevelingen gedaan voor het lokale gezondheidsbeleid. Aandacht is gevraagd voor de volgende onderwerpen:

1. Integraliteit en samenhang aanbrengen in het aanbod van preventieprogramma's van de diverse instellingen;
2. Samenwerking bevorderen van lokale organisaties met de GGD West-Brabant;
3. Meer gebruik maken van facilitering door zorgverzekeraars voor preventieactiviteiten;
4. Bewegingsactiviteiten stimuleren via lokale sportverenigingen;
5. Subsidievoorwaarden gebruiken ter bevordering van gezond gedrag:
  - > niet roken in kantines;
  - > geen alcohol schenken aan jongeren onder de 16 jaar;
6. Betere communicatie en afstemming over campagnes gezondere leefstijl met bijvoorbeeld huisartsen;
7. Uitbreiding van het AED-netwerk (automatische externe defibrillator);
8. Dementie is toenemend probleem bij ouderen. Aandacht wordt gevraagd voor programma's die voor deze mensen aangeboden worden. Terugval op mantelzorgers is niet altijd mogelijk;
9. Het thema verkeer wordt ook gezien als een risicofactor voor de volksgezondheid. Veiligheid in het verkeer is belangrijk en staat ook dicht bij de beïnvloedings sfeer van de gemeente.

## Aanbevelingen uit discussiebijeenkomst van 8 januari 2008

1. Voor jongeren accent leggen op een gecombineerde aanpak van terugdringen roken, alcohol en softdruggebruik. Reden hiervoor is dat het op handen zijnde rookverbod per 1 juli 2008 ertoe zal leiden dat jongeren elders (op plekken buiten) gaan roken. Dit zullen vaak plekken zonder toezicht zijn, waardoor de kans groter is dat het rookgedrag gepaard zal gaan met alcohol- en druggebruik en allerlei ongewenste omgevingseffecten van dien.

In het huidige beleid ligt de focus vooral op preventie in de schoolsetting, voor de komende jaren zal voor een deel van de groep jongeren een verschuiving van interventies plaats moeten vinden naar onder meer de straatsetting. Betekent dat ook andere instellingen moeten worden betrokken. Politie (handhaving) zou daarbij in beginsel een ondergeschikte rol moeten spelen. Focus op positief gerichte aanpak en het aanbieden van wenselijke gedragalternatieven. Geef jongeren bijvoorbeeld een eigen plek te hebben waarvoor ze zelf verantwoordelijk zijn. De gemeente kan hierin faciliterend zijn. Dit met betrokkenheid van onder meer straathoekwerkers, GGZ, Novadic-Kentron, jeugdhulpverleners, GGD West-Brabant, etc.

2. Als het gaat om het speerpunt eenzaamheid/depressie dient te worden meegenomen dat deze problematiek bij ouderen vaak samen gaat met overmatig alcoholgebruik, minder goed eetgedrag en weinig bewegen. Ook hier is dus een gecombineerde aanpak van speerpunten van belang. In deze worden 2 belangrijke actiepunten genoemd:
  - Vrijwilligersorganisaties zoals bijvoorbeeld ouderenbonden hebben in potentie laagdrempelige mogelijkheid om deze groep te bereiken, maar zij missen professionele deskundigheid, zowel procesmatig als inhoudelijk voor het organiseren van activiteiten rond de speerpunten van preventie. Zij hebben behoefte aan ondersteuning van andere organisaties. Ook zijn zij onbekend met het lokale aanbod rond de speerpunten.
  - Benut capaciteit bestaande mantelzorg-/vrijwilligers- en ouderensteunpunten en woonzorgcomplexen voor het organiseren van allerlei activiteiten in dit kader. Aandachtspunt daarbij is het organiseren van weekendactiviteiten, dat is de meest eenzame periode voor de betreffende doelgroep.
3. In aansluiting op het voorgaande wordt geconstateerd dat er zowel bij vrijwilligers, professionals als burgers onvoldoende inzicht is in de mogelijkheden van het lokale preventieaanbod. Tegelijkertijd zijn ook de wederzijdse ondersteuningsbehoeften c.q. - mogelijkheden onbekend. De gemeente zou op het stroomlijnen hiervan de komende jaren de regie kunnen oppakken. Concreet:
  - Realisatie van een goed werkend fysiek en/of virtueel infopunt voor zowel burgers als vrijwilligers/professionals om vraag en aanbod bij elkaar te brengen.
  - Bundelen van krachten van organisaties rond de genoemde speerpunten, meer samenwerking en afstemming over de interventies die worden ingezet.
  - Ondersteuning van vrijwilligerswerk. Er is ook behoefte aan meer vrijwilligers.
4. Met betrekking tot allochtonen wordt vooral het in gesprek komen en blijven met deze doelgroep en op basis daarvan organiseren van een passend aanbod. Dit geldt zowel voor de ouderen (1<sup>e</sup> generatie) als jongeren (bijv. (aanstaande) ouders in toekomstig CJG). Met betrekking tot het bereik van allochtone ouderen wordt het wenselijk geacht om vrijwilligers te rekruteren uit eigen kring, bijvoorbeeld hoger opgeleide jongeren.

5. In algemene zin onderschrijft men de doelstelling en benoemde prioriteiten voor het nieuwe gezondheidsplan, doch benadrukt wordt om de ambities realistisch te houden. Er dient aandacht te zijn voor een goede samenhang tussen de diverse preventie-activiteiten. Aanbevolen wordt tevens om de huisartsen te gaan betrekken bij de opzet van de lokale preventie-activiteiten.
6. Vertegenwoordigers van instellingen en organisaties stellen het op prijs om bij de uitwerking van het gezondheidsplan betrokken te worden. Men wil die bijdrage bijvoorbeeld leveren door deelname aan lokale netwerken, eventueel op kernniveau, om te brainstormen en voeling te krijgen met lokaal gezondheidsbeleid.

### **Aanbeveling lokaal Zorgberaad**

Vanuit het lokaal Zorgberaad Halderberge, advies- en overlegorgaan van zorgaanbieders, is aangegeven dat aansluiting bij de landelijke prioriteiten voor gezondheidspreventie ondersteund wordt. Ook vanuit dit orgaan komt de aanbeveling om de ambities niet onrealistisch hoog te maken. De beïnvloeding van een gezonde leefstijl om te komen tot een betere gezondheidssituatie voor de inwoners van onze gemeente is een zaak van lange adem. Een toename van personen met overgewicht zal met lokaal beleid moeilijk beïnvloedbaar zijn, zeker op korte termijn. Het afzwakken of afremmen van de toename mag al als winst beschouwd worden.

Aanbevolen is om meer samenhang te brengen in de preventie-activiteiten. In 2006 is een inventarisatie gemaakt van de gezondheidspreventieactiviteiten die door de organisaties die in het Zorgberaad deelnemen worden aangeboden. Een pleidooi voor meer samenhang kwam ook hieruit naar voren.

Ook meer betrokkenheid van lokale huisartsen bij preventie-activiteiten dient nagestreefd te worden.

Met betrekking tot de doelgroep ouderen gaf de conclusie uit de ouderenmonitor dat 61% van de ouderen niet weet waar ze moeten zijn met vragen over zorg en welzijnsvoorzieningen aanleiding tot een aanbeveling om de voorlichting en informatie over deze dienstverlening en ondersteuning te versterken.

Bij de aanduiding van de betrokken actoren in het overzicht van planning en fasering van activiteiten is de aanbeveling om zo compleet mogelijk alle betrokken partners te noemen. Nu ontbreken bijvoorbeeld Huispitaal en MEE West-Brabant.

Het beraad geeft tevens aan dat het aanbevelingswaardig is dat een project- of stuurgroep de voorbereiding en voortgang van het gezondheidsbeleid ondersteunt. Het Zorgberaad geeft aan die rol te willen vervullen.

## **8. Het Halderbergse Volksgezondheidsbeleid 2008 – 2011.**

Gelet op het beleid dat in de periode 2004-2007 in gang is gezet, het collegeprogramma 2006-2010 en de eerder in deze nota omschreven gezondheidsproblemen worden voor de periode 2008-2011 in het volksgezondheidsbeleid de volgende prioriteiten gesteld.

### **1. Investeren in gezond gedrag**

De preventie van roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik levert de meeste gezondheidswinst op. Het zorgaanbod in de gemeente Halderberge dient hier zo veel mogelijk op afgestemd te zijn. Daar waar de gemeente zelf direct invloed heeft op de samenstelling van het zorgaanbod, worden jaarlijks meerdere preventieve activiteiten afgenomen. De gemeente betreft dit in de jaarlijkse onderhandelingen met de GGD West-Brabant en Thuiszorg West-Brabant over het zorgaanbod (preventie-activiteiten). De gestelde prioriteiten worden besproken in het lokale Zorgberaad om te bezien of en hoe dit verder kan doorwerken in het zorgaanbod in de gemeente Halderberge. Aandachtspunten hierbij zijn: niet roken in kantines, geen alcohol schenken aan jongeren onder 16 jaar; bewegingsactiviteiten via lokale sportverenigingen stimuleren.

In samenwerking met vertegenwoordigers van lokale verenigingen, (onderwijs)instellingen en organisaties zal het gemeentelijk gezondheidsbeleid invulling worden gegeven.

### **2. Stimuleren gezondheidscentra in de kernen**

Volksgezondheid raakt de persoonlijke levenssfeer van mensen. De zorg dient zo dicht mogelijk bij huis beschikbaar te zijn. Vooral de eerstelijnsvoorzieningen zijn hierbij belangrijk. Waar in de gemeente verzoeken en mogelijkheden zijn om multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de kernen tot stand te brengen zullen wij deze ondersteunen. Bij de uitwerking en invulling van de verschillende gebiedsvisies zal deze voorziening bij voldoende draagvlak en medewerking een belangrijke plaats worden gegeven.

### **3. Ondersteuning uitbouw lokaal AED-netwerk**

Na de beschikbaarstelling van AED's en AED-oefenapparaten aan de plaatselijke EHBO-verenigingen willen wij de vorming van een lokaal netwerk verder ondersteunen en gefaseerd helpen uitbreiden. Naast de beschikbaarstelling van nieuwe apparaten op openbaar toegankelijke locaties waar regelmatig veel mensen bij elkaar komen, is gebleken dat de EHBO-verenigingen verdere ondersteuning willen bij de opzet en continuering van de reanimatiecursussen.

### **4. Jongeren / jeugdgezondheidszorg**

Belangrijkste doelgroepen in het kader van het gemeentelijk gezondheidsbeleid voor de komende jaren zijn jongeren, ouderen en mensen met een lage sociaal/economische status/allochtonen.

Voor de doelgroep **jongeren** wordt via de jeugdgezondheidszorg preventieve zorg geboden. Doel van het jeugdgezondheidsbeleid is om ouders, kinderen en jongeren de juiste (preventieve) zorg op het juiste moment te bieden, op maat, goed bereikbaar en laagdrempelig. Voor de periode 2008- 2011 gelden de volgende prioriteiten.



a. Integrale Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen

Uit landelijk onderzoek is gebleken dat de integrale JGZ nog niet voldoende vorm heeft gekregen. Zo is er o.a. onvoldoende sprake van gezamenlijke beleidsplannen en passeren de professionals de kinderleeftijdgrens van 4 jaar nog niet of onvoldoende. Voor de jeugdgezondheidszorg geldt daarom het principe dat in de periode 2008-2011 overgegaan wordt naar één organisatorisch kader. Dit kader kan gestalte krijgen door de JGZ volledig onder te brengen bij de GGD, de Thuiszorg, een nieuwe JGZ-instelling of via hoofdaannemerschap bij een van de instellingen. Besluitvorming vindt plaats nadat de consequenties van de verschillende varianten zijn onderzocht. Bij het maken van de keuze spelen de volgende inhoudelijke criteria een belangrijke rol:

- de organisatie is flexibel waardoor de gemeente een sterke lokale aansturing kan realiseren;
- de organisatie staat voor een laagdrempelige en herkenbare JGZ naar de klanten in de vijf kernen;
- de gekozen uitvoeringsvorm is bevorderend voor de verdere ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Besluitvorming over de integrale JGZ vindt plaats in regionaal verband.

*Actiepunten:*

➤ nadat onderzoek naar de consequenties van de verschillende varianten heeft plaatsgevonden, besluiten over één organisatorisch kader voor de JGZ.

b. Sluitende zorgketen voor de jeugd: Centrum voor Jeugd en Gezin

Met de komst van het Centrum voor Jeugd en Gezin is er in de gemeente een fysiek inlooppunt van waaruit alle opvoed- en gezinsondersteuning gebundeld wordt aangeboden. In het CJG worden naast de JGZ, ook de 5 WMO-functies genoemd in prestatieveld 2 aangeboden (informatie&advies, signalering, toeleiding naar hulp, licht pedagogische hulp en coördinatie van zorg). Daarnaast is er in het CJG de schakel met Bureau Jeugdzorg, de schakel met de Zorgadviesteams van het onderwijs en de regionale hulpverlening zoals het hulpverleningscasusoverleg (HCO) vanuit het Veiligheidshuis.

De JGZ-instellingen zijn voor het CJG belangrijke peilers. Bij de verdere ontwikkeling van het CJG-beleid wordt de jeugdgezondheidszorg nauw betrokken. De samenwerking van de jeugdgezondheidszorg met de prenatale zorg krijgt in de periode 2008 – 2011 vorm. De samenwerking van de JGZ met het voortgezet onderwijs wordt gecontinueerd door deelname aan de Zorg Advies Teams (ZAT). Een goede aansluiting van de JGZ op de zorgstructuur van de basisscholen wordt uitgewerkt. Om een adequate doorgeleiding en zorgcoördinatie van probleemkinderen te waarborgen is een sluitende verbinding met het CJG van belang.

*Actiepunten:*

➤ afspraken maken over de wijze waarop de zorgcoördinatie binnen de lokale jeugdzorg definitief vorm krijgt;

➤ samenwerking realiseren tussen JGZ en de prenatale zorg.

➤ onderzoeken hoe de aansluiting van de JGZ op de zorgstructuur van basisscholen met een verbinding naar het CJG geregeld kan worden.

c. Elektronisch Kinddossier (EKD)

Vanuit de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de invoering van het EKD is het aan de gemeente om een tijdige invoering te stimuleren en te controleren.

De JGZ-instellingen dragen gezamenlijk zorg voor een voortvarende implementatie van het EKD zodat bij voorkeur in 2008 maar uiterlijk in 2009 met het EKD wordt gewerkt. Vanuit de integrale gedachte kiezen Thuiszorg en GGD voor hetzelfde EKD-systeem dat voldoet aan de landelijke eisen en vindt afstemming plaats over de vast te leggen gegevens. De JGZ-instellingen verstrekken met een gezamenlijke begroting inzage in de met de invoering van het EKD samenhangende kosten. Thuiszorg en GGD zetten opgebouwde EKD-reserves hiervoor in. De gemeente wendt de terzake ontvangen geormerkte rijksbijdragen aan.

Indien aanvullende gemeentelijke middelen benodigd zijn, wordt de gemeenteraad hierover via de voor- of najaarsrapportage geïnformeerd.

*Actiepunt:*

➤ stimuleren en controleren van een tijdige invoering van het EKD.

d. Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is vanzelfsprekend. De kwaliteit moet niet alleen blijken uit protocollen en papier, maar ook uit tevredenheid bij burgers en opdrachtgevers.

Klanttevredenheidsonderzoeken dienen door de instellingen periodiek te worden uitgevoerd. De JGZ-instellingen zijn bij voorkeur HKZ-gecertificeerd. In te zetten nieuwe interventies zijn evidence based (daadwerkelijk effectief).

*Actiepunt:*

➤ Uitvoeren klanttevredenheidsonderzoeken door JGZ-instellingen.

e. Aanbod basistakenpakket jeugdgezondheidszorg

Het JGZ-aanbod moet voldoen aan de wettelijk gestelde eisen en voorwaarden voor het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg (uniform en maatwerkdeel). Met de consulten voor 0-4 jarigen en de preventieve gezondheidsonderzoeken voor 5-19 jarigen wordt tenminste 97% van de doelgroep bereikt. Thuiszorg en GGD spelen in op landelijke ontwikkelingen en adviseren de gemeente tijdig over aanpassingen van het aanbod. Het JGZ-aanbod is laagdrempelig en wordt decentraal in de vijf kernen aangeboden. Lokale herkenbaarheid is van groot belang. Het maatwerk deel en voor zover mogelijk ook het uniform deel wordt ingevuld aan de hand van de gesignaleerde trends en ontwikkelingen. Gelet op de lokale kernboodschap en de risicoregistratie liggen de inhoudelijke prioriteiten bij preventie van roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik, het voorkomen/verminderen van taalproblemen (versterking vroegsignalering en samenwerking in het kader van de Voor- en Vroegschoolse Educatie), vroegsignalering van psychosociale problemen, ondersteuning éénoudergezinnen en inspelen op de ondersteuning in complexer wordende opvoedingssituaties, waaronder voortzetting van het project bemoeizorg. Zonodig wordt lopende de beleidsperiode het productenaanbod aangepast aan de ontwikkelingen. De uitvoering van het basistakenpakket moet gedaan worden met de daarvoor jaarlijks beschikbaar gestelde middelen en conform de hierover gemaakte afspraken.

*Actiepunt:*

- zorgdragen voor de uitvoering van het Basistakenpakket JGZ overeenkomstig de wettelijke eisen;
- in het maatwerkdeel en voorzover mogelijk ook in het uniform deel producten aanbieden die tegemoet komen aan de gestelde prioriteiten;
- voortzetten van bemoeizorg.

f. Transparante begroting en verantwoording

Het is voor de gemeente van belang dat de JGZ-instellingen op doelmatige, financieel gezonde en transparante wijze opereren. De uitvoerende organisaties geven daarbij duidelijk aan wat zij bieden, met welke inzet en voor welke prijs. Het regionale Panel Planning en Control JGZ adviseert de gemeenten over de wijze waarop de begroting en verantwoording van deze instellingen moet zijn ingericht. De rapportage van het panel over de wenselijke opzet van begroting en verantwoording van Thuiszorg West-Brabant is voorhanden. De gemeente Halderberge heeft dit advies overgenomen. Het panel onderzoekt in de beleidsperiode 2008-2011 ook de begroting en verantwoording van de GGD West-Brabant voor het onderdeel JGZ en doet aanbevelingen over eventuele verbeteringen.

*Actiepunt:*

- begroting/verantwoording GGD voor het onderdeel JGZ toetsen aan advies Panel Planning & Control JGZ.

g. Regionale samenwerking JGZ

De JGZ wordt uitgevoerd door twee regionaal werkende instellingen waarvan het werkgebied elkaar maar gedeeltelijk overlapt. De gemeente Halderberge is één van de 18 deelnemende gemeenten in de GGD West-Brabant. Het werkgebied van Thuiszorg West-Brabant omvat 7 gemeenten. Deze 7 gemeenten werken voor de JGZ voor 0-4 jarigen samen op het gebied van beleidsontwikkeling en het eerdergenoemde panel JGZ. De samenwerking wordt in de beleidsperiode 2008-2011 voortgezet met dien verstande dat er ruimte blijft voor lokale inhoudelijke sturing. Bij de besluitvorming over het al dan niet over gaan tot één instelling voor de JGZ zal ook de wijze van regionale samenwerking worden bezien.

## **5. Ouderen**

Voor de doelgroep ouderen geldt, dat de toenemende vergrijzing van de lokale bevolking eerder aanleiding is geweest om het project Halderberge Ouderenproof+ te starten. Het project heeft een reeks van aanbevelingen opgeleverd die vele terreinen van gemeentelijk beleid bestrijken, waaronder het welzijns- zorg en woonbeleid.

Specifiek gemeentelijk beleid voor de doelgroep ouderen zal op de eerste plaats nader geformuleerd worden in een nieuwe nota ouderenbeleid. Deze is voorzien voor medio 2008. In dit volksgezondheidsplan zal voor de doelgroep reeds specifiek op enkele gezondheidsaanbevelingen actie worden ondernomen.

*Actiepunt:*

- uitvoering van een onderzoek voor opzet van een lokaal consultatiebureau voor ouderen;

- Eenzaamheidsproblematiek (verlies sociale contacten) en depressie bij ouderen krijgen prioriteit bij de opzet van preventie/ en ondersteuningsactiviteiten.
- Voor de stimulering van bewegingsactiviteiten voor ouderen wordt een actieplan opgesteld;
- versterken van de informatie en adviesfunctie voor zorg- en welzijnsvoorzieningen.

## 6. Allochtonen

De derde doelgroep waaraan prioriteit wordt gegeven, zijn mensen met een lage sociaal/economische status. De sociaal-economische status wordt, zoals hierboven reeds aangehaald, bepaald door het opleidings- en inkomensniveau. Veelal behoren tot deze categorie de inwoners van allochtone, niet-westerse afkomst. Naast Roosendaal en Bergen op Zoom heeft de gemeente Halderberge een hoog percentage inwoners van allochtone (niet-westerse) afkomst. Deze burgers wonen hoofdzakelijk in de kern Oudenbosch. In deze kern is het ongeveer 10%.

Met name de 'eerste generatie' allochtonen blijken vaker in een ongunstiger gezondheidssituatie te verkeren in vergelijking met die van autochtone Nederlanders (hoger ziektepercentage en groeiende psychosociale problematiek). Verklaringen voor genoemde gezondheidsverschillen tussen allochtonen en autochtonen zijn te vinden bij de doelgroep zelf als in het aanbod van zorginstellingen. Enkele verklaringen zijn een ongunstige sociaal-economische positie, verwerking van migratie en aanpassingsproblemen, onvoldoende bekendheid met het Nederlandse zorgsysteem en de eigen (cultuur- en religiegebonden) beleving van gezondheid en ziekte en de daarmee samenhangende andere verwachtingen van zorginstellingen. Ook factoren als armoede, werkloosheid, taalbarrière en mindere woonomstandigheden spelen hierbij ook een rol.

### *Actiepunt:*

- meer inzicht verwerven in gezondheidspositie van allochtonen in de gemeente, w.o. psycho-sociale problematiek;
- in overleg met externe deskundigen van gezondheidsinstellingen en doelgroepvertegenwoordigers wordt een actieplan opgesteld.

## 7. Bevorderen van samenhang en samenwerking lokale activiteiten

Ontwikkelingen die in gang gezet zijn voor de uitbreiding en verbetering van het lokale voorzieningenniveau willen wij de komende jaren voortzetten. Bevordering van de samenwerking en de samenhang van het regionale en lokale aanbod zijn belangrijke aandachtspunten. Voor de instandhouding van de eerstelijns gezondheidsvoorzieningen wil de gemeente medewerking geven (in bestemmingsplannen) aan verzoeken voor huisvesting of herhuisvesting om hiermee een voldoende aantal huisartsen en tandartsen voor de inwoners in alle kernen bereikbaar te hebben. Modernisering van het aanbod, zoals bijvoorbeeld bieden van avondspreekuur willen wij bespreekbaar maken met de betrokken zorgverleners. Nauwere betrokkenheid van de eerstelijns gezondheidswerkers bij het maken van lokaal gezondheidsbeleid stellen wij zeer op prijs.

### *Actiepunten:*

- bevordering van de samenwerking tussen de aanbieders en de samenhang in het aanbod van gezondheidsvoorzieningen en lokaal uit te zetten preventieprogramma's;
- ruimtelijke medewerking geven bij verzoeken tot huisvesting of herhuisvesting van eerstelijns gezondheidsvoorzieningen. Vorming van gezondheidscentra (multidisciplinaire samenwerkingsverbanden) hebben onze voorkeur;

➤ betrokkenheid van (vertegenwoordigers van) eerstelijnsvoorzieningen bij de uitwerking van het lokaal gezondheidsbeleid faciliteren.

## **8. Milieubeleid in relatie tot volksgezondheid**

Gelijktijdig met de opstelling van dit volksgezondheidsplan is de gemeente Halderberge doende met de voorbereiding van een Milieubeleidsplan, eveneens voor de periode 2008 – 2011. Het milieubeleid is van oorsprong ontstaan om bescherming te bieden aan mensen tegen aantasting van de leefomgeving en daarmee ook bescherming te bieden tegen aantasting van de gezondheid van de mensen.

In het milieubeleidsplan is een afzonderlijk hoofdstuk gewijd aan de relatie tussen milieu en gezondheid. In het kader van dit gezondheidsplan wordt niet inhoudelijk ingegaan op het milieubeleidsplan. Naast beleidsmatige afstemming tussen genoemde beleidsterreinen worden geen afzonderlijke actiepunten voorgesteld.

## 9. Planning en fasering activiteiten

Activiteit	2008	2009	2010	2011	Betrokken actoren
Activiteit stimulering gezond gedrag (tegen overgewicht, overmatig alcoholgebruik, roken) jongeren en ouderen					Gemeente, GGD West-Brabant e.a. zorgaanbieders, scholen (bo en vo), lokale verenigingen
Uitbouw lokaal AED-netwerk (apparaten, opleiding en communicatie)					Gemeente, EHBO-verenigingen, kruisverenigingen, lokale bedrijven en instellingen
Stimulering gezondheidscentra in de kernen. Vaststellen rol gemeente					Gemeente, eerstelijnsgezondheidszorg,
Afspraken over definitieve vorm van zorgcoördinatie binnen lokale jeugdzorg					Gemeente, Stichting De Markenlanden, Thuiszorg West-Brabant, GGD West-Brabant
Samenwerking tussen JGZ en prenatale zorg realiseren					Gemeente, Thuiszorg West-Brabant, Verloskundige Praktijk Artemis
Onderzoek naar aansluiting van de JGZ op de zorgstructuur van het basisonderwijs					Gemeente, basisonderwijs, GGD West-Brabant, Thuiszorg West-Brabant, Stichting De Markenlanden
Realisering van één organisatorisch kader voor de JGZ					Gemeenten uit werkgebied GGD West-Brabant, GGD West-Brabant, Thuiszorg West-Brabant
Invoering elektronisch kinddossier (EKD)					Gemeente, GGD West-Brabant, Thuiszorg West-Brabant
Uitvoeren klanttevredenheidsonderzoeken door JGZ-instellingen					Thuiszorg West-Brabant, GGD West-Brabant
Uitvoeren van het Basistakenpakket JGZ, waarbij met de consulten voor 0-4 jarigen en de preventieve gezondheidsonderzoeken voor 5-19 jarigen gemiddeld tenminste 97% van de doelgroep wordt bereikt					Thuiszorg West-Brabant, GGD West-Brabant
Maatwerkproducten aanbieden die tegemoetkomen aan de gestelde prioriteiten binnen JGZ en AGZ (jaarlijks terugkerend)					Thuiszorg West-Brabant, GGD West-Brabant
Voortzetting van bemoeizorg waarbij jaarlijks tenminste 35 kinderen worden bereikt					Thuiszorg West-Brabant, GGD West-Brabant
Begroting/verantwoording GGD toetsen aan advies Panel JGZ					Panel JGZ, gemeente, GGD West-Brabant

Onderzoek opzet lokaal consultatiebureau voor ouderen					Gemeente, zorgaanbieders
Actieplan stimulering bewegingsactiviteiten voor ouderen					Gemeente, ouderenwerk, ouderenplatform, bonden van ouderen, sportverenigingen
Opzet activiteit tegen eenzaamheid en depressie bij ouderen					Gemeente, ouderenwerk, zorgaanbieders
Onderzoek gezondheidspositie allochtonen in de gemeente					Gemeente, GGD West-Brabant
Actieplan gezondheidsactiviteiten specifiek gericht op allochtonen					Gemeente, lokale organisaties allochtonen, GGD West-Brabant, eerstelijns zorgaanbieders
Afstemming preventieactiviteiten met eerstelijnsgezondheidszorg					Gemeente, eerstelijnszorgaanbieders

Geraadpleegd:

- De nota Lokale uitwerking regionale nota volksgezondheid 2003-2007;
- De nota regionale Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006: “Gezondheid telt! In West-Brabant”;
- De lokale nota Gezondheid telt! In Halderberge: kernboodschap voor lokaal beleid 2007;
- Rapport “Staat van de gezondheidszorg 2005” van de inspectie voor de gezondheidszorg;
- Eindrapport project Halderberge Ouderenproof van november 2006;
- Inventarisatienota preventieprogramma’s volksgezondheid (Lokaal Zorgberaad november 2006)
- Relevant bestaand beleid als onder andere het Masterplan Welzijn, wonen en zorg, jeugdbeleid en beleid inzake Wet maatschappelijke ondersteuning (maatschappelijke opvang, openbare geestelijke gezondheidszorg en verslavingsbeleid).
- Preventienota Ministerie VWS *Kiezen voor gezond leven* (2007-2010) met als speerpunten: aanpak van roken, diabetes, overgewicht, schadelijk alcoholgebruik en depressie.
- Regionale nota Openbare Geestelijke Gezondheidszorg West-Brabant (OGGZ-platform, december 2006).
- Regionale nota huisartsen- en eerstelijnszorg West-Brabant, GGD West-Brabant, december 2006;
- Beleidsplan maatschappelijke ondersteuning 2008-2011: “Samen Doen”
- Tabellenboek ouderenenquête 2006 van de GGD West-Brabant;
- Ministerie VWS:
  - handleiding preventie van overgewicht;
  - richtlijn tabakspreventie;
  - handleiding preventie van depressie;
  - handleiding lokaal alcoholbeleid (aangekondigd)