
Evaluatie preventieve ouderengezondheidszorg



In samenwerking met Regioplan

16847-07

Eindrapport

augustus 2017

I Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Werkwijze	5
2.1	Vragenlijst.....	5
2.2	Raadpleging experts.....	7
3	Invulling gemeentelijke taak en verbindingen	8
3.1	Invulling gemeentelijke taak	8
3.2	Verbindingen met andere wetten	10
4	Samenwerking en gemeentelijke regie.....	14
4.1	Samenwerking	14
4.2	Gemeentelijke regie	15
5	Informatievoorziening.....	17
6	Bevindingen.....	19
Bijlagen		
A	Thematische beschouwing	23
B	Begeleidingscommissie en deskundigen.....	25

1 Inleiding

artikel 5a Wpg

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Cebeon in samenwerking met Regioplan een evaluatie verricht naar de wijze waarop gemeenten uitvoering geven aan hun taakopdracht op grond van artikel 5a Wet publieke gezondheidszorg.

Artikel 5a Wet publieke gezondheidszorg

1. Het college van burgemeester en wethouders draagt zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg.
2. Ter uitvoering van deze taak draagt het college van burgemeester en wethouders in ieder geval zorg voor:
 - a. het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
 - b. het ramen van de behoeften aan zorg;
 - c. de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit;
 - d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
 - e. het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

inhoud evaluatie

Deze evaluatie maakt onderdeel uit van een breder landelijk onderzoek naar het lokale gezondheidsbeleid, dat is verricht voor het Stimuleringsprogramma Betrouwbare Publieke Gezondheid.¹ Het betreft geen zelfstandige en omvattende studie naar het functioneren van het wetsartikel in de lokale praktijk.

Met de evaluatie wil het ministerie van VWS een antwoord krijgen op de volgende vragen:

1. leggen gemeenten verbinding met andere wetten zoals de Wmo, met als doel om preventieve activiteiten en ondersteuning meer te bundelen?
2. hoe is de samenwerking tussen gemeenten en uitvoerende organisaties?
3. voeren gemeenten een regierol? Zo ja, hoe vullen zij deze rol in? Zo nee, waarom niet?
4. wat hebben gemeenten aan kennis, instrumenten, informatievoorziening nodig om invulling te geven aan art. 5a Wpg?

leeswijzer

Achtereenvolgens wordt in dit rapport ingegaan op:

- de bij de evaluatie gevolgde werkwijze (hoofdstuk 2);
- de invulling die gemeenten aan deze taak geven en de verbindingen met andere wettelijke kaders (hoofdstuk 3);
- de kwaliteit van de samenwerking met uitvoerende organisaties en de wijze waarop gemeenten invulling geven aan regie (hoofdstuk 4);
- het gebruik en de toereikendheid van de bestaande informatievoorziening (hoofdstuk 5).

Ter afsluiting vatten we de belangrijkste bevindingen samen door een antwoord te formuleren op de evaluatievragen (hoofdstuk 6).

Op de feitelijke bevindingen is met deskundigen van gemeenten en kennisinstellingen gereflecteerd. Hun reflecties zijn verwerkt in een thematische beschouwing die is opgenomen in bijlage A. Bijlage B bevat informatie over de samenstelling van de begeleidingscommissie en de geraadpleegde deskundigen.

¹ Hierover is afzonderlijk gerapporteerd, zie het rapport *Lokaal gezondheidsbeleid: landelijk beeld 2017*, mei 2017.

2 Werkwijze

In dit hoofdstuk lichten we toe op welke wijze antwoorden zijn verkregen op de evaluatievragen.

2.1 Vragenlijst

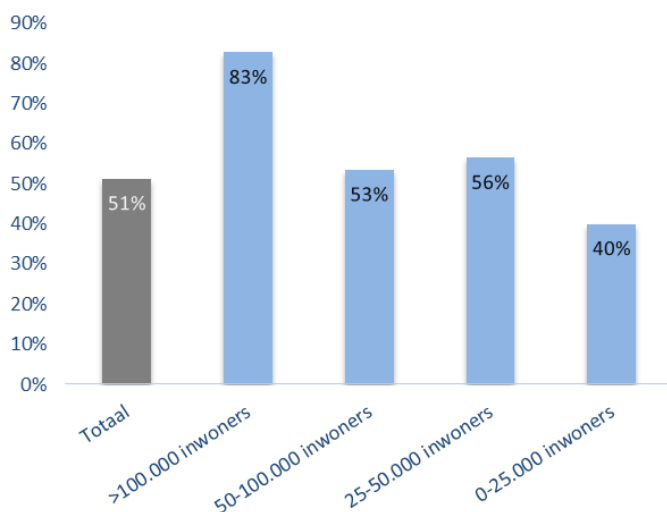
opzet

Voor de evaluatie is een aantal vragen toegevoegd aan de digitale vragenlijst voor het genoemde bredere onderzoek. Het betreft een uitwerking van de evaluatievragen (zie hoofdstuk 1). Daarnaast zijn bij de evaluatie ook uitkomsten betrokken van respons op andere vragen uit het bredere onderzoek die gaan over de betekenis van het lokaal gezondheidsbeleid voor ouderen.

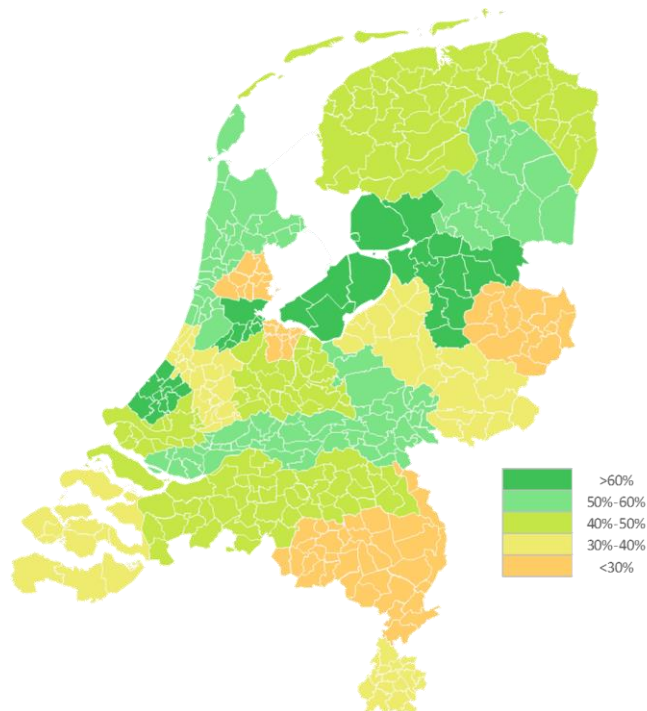
respons

De vragenlijst is gericht uitgezet onder verantwoordelijke beleidsambtenaren van vrijwel alle gemeenten. Hierbij is dankbaar gebruik gemaakt van contacten via de GGD-en. Uiteindelijk hebben medewerkers van ongeveer 180 gemeenten –een (groot) deel van– de vragenlijst ingevuld. Deze respons omvat ongeveer de helft van alle gemeenten. Bij grotere gemeenten waren soms bijdragen van meerdere beleidsmedewerkers nodig om de vragenlijst te completeren. Daarmee kan worden geconstateerd dat veel lokale –en soms regionale– medewerkers zich hebben ingespannen om de informatie aan te reiken waarmee het mogelijk was deze evaluatie uit te voeren. Voor hun grote inzet en constructieve medewerking zeggen wij hen hartelijk dank.

Hieronder is zichtbaar hoe de respons is samengesteld. De percentages zijn gerelateerd aan de aantallen gemeenten per groep.



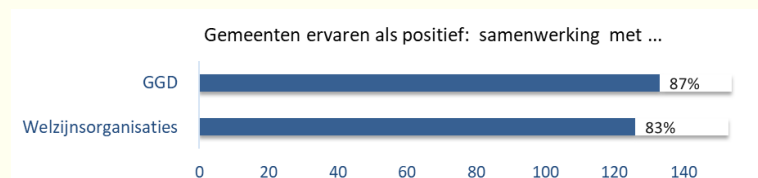
De figuur laat zien dat bij grotere gemeenten sprake is van een bovengemiddelde respons. In geografisch opzicht zijn de responsgemeenten als volgt gespreid.



Het kaartje laat zien dat voor het onderzoek input is ontvangen van gemeenten uit alle delen van het land. Dit varieert van een enkele gemeente tot (vrijwel) alle gemeenten in een regio.

Leeswijzer figuren

In volgende hoofdstukken worden uitkomsten van de vragenlijst gepresenteerd met behulp van staafdiagrammen. Hieronder is een voorbeeldfiguur opgenomen.



De horizontale as geeft het aantal gemeenten weer. Per vraag/onderdeel wordt in het staafdiagram met behulp van een witte staaf het aantal *respons*gemeenten getoond: gemeenten die de betreffende vraag/onderdeel hebben ingevuld. Dit aantal kan per vraag uiteenlopen. Het aantal *respons*gemeenten dat op de betreffende vraag/onderdeel *positief* heeft geantwoord (met 'ja' of 'grotendeels/helemaal mee eens') is weergegeven met een gekleurde staaf. Het percentage geeft de verhouding weer tussen de gekleurde en de witte staaf. Als de witte staven ongeveer even lang zijn, zijn de percentages per vraag/onderdeel onderling vergelijkbaar.

Uit de voorbeeldfiguur kan worden opgemaakt dat in totaal ongeveer 150 gemeenten antwoord hebben gegeven op de vraag in hoeverre gemeenten de samenwerking met de GGD respectievelijk welzijnsorganisaties als positief ervaren. Daarvan hebben ongeveer 130 respectievelijk 125 gemeenten *positief* geantwoord ofwel 87% respectievelijk 83% van het totale aantal *respons*gemeenten.

2.2 Raadpleging experts

Aanvullend op de digitale uitvraag onder gemeenten is een expertmeeting georganiseerd met deskundigen van zowel gemeenten als landelijke kennisinstellingen. Tijdens deze bijeenkomst zijn de evaluatiethema's besproken aan de hand van voorlopige uitkomsten uit de vragenlijst. Naast een nadere duiding en nuancering van deze uitkomsten heeft dit ook inzicht opgeleverd in actuele ontwikkelingen en dilemma's waarvoor gemeenten zich gesteld zien.

Daarnaast zijn verdiepende interviews gehouden met enkele andere deskundigen van gemeenten en kennisinstellingen. In deze interviews is ingezoomd op uitkomsten van de vragenlijst om te toetsen in hoeverre de experts deze herkennen vanuit de praktijk. Ook is doorgesproken over mogelijke dilemma's die uit de landelijke beelden naar voren komen.

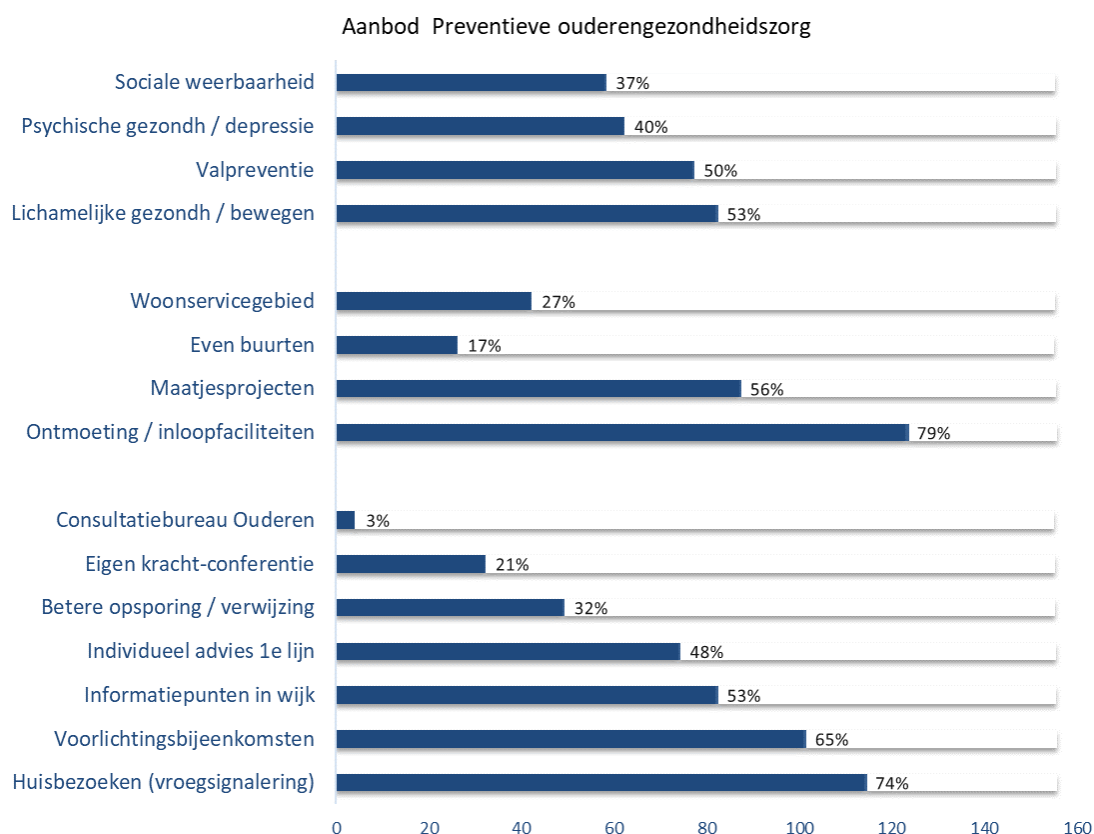
3 Invulling gemeentelijke taak en verbindingen

3.1 Invulling gemeentelijke taak

lokale diversiteit

De wettelijke omschrijving van preventieve ouderengezondheidszorg kent een vergelijkbare opzet als de jeugdgezondheidszorg (artikel 5 Wpg). Anders dan de jeugdgezondheidszorg is de preventieve ouderengezondheidszorg echter niet uitgewerkt in een duidelijk omschreven basistakenpakket. Er zijn geen landelijk voorgeschreven richtlijnen over de wijze waarop gemeenten hun wettelijke opdracht dienen in te vullen. In de praktijk wordt de invulling van deze taak sterk lokaal ingekleurd.

De raadpleging onder gemeenten onderstreept deze lokale diversiteit, zoals de figuur hieronder laat zien. Op de vraag welke soorten activiteiten onderdeel uitmaken van het lokale aanbod voor preventieve ouderengezondheidszorg hebben responsgemeenten als volgt geantwoord. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen aanbod gericht op informeren, signaleren en verwijzen (*figuur: onder*), aanbod voor ontmoeting (*midden*) en interventies zoals vindbaar via het Centrum Gezond Leven (*boven*).



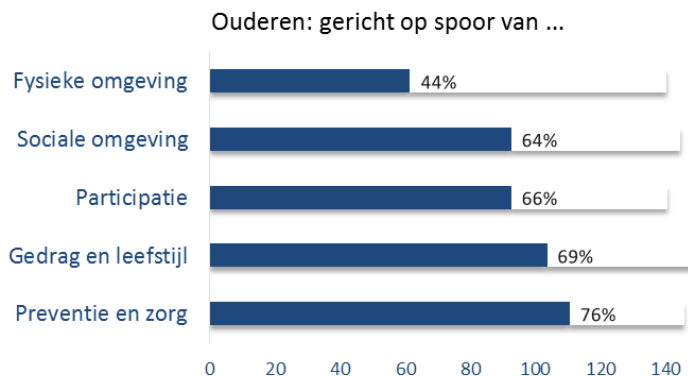
Een meerderheid van de responsgemeenten voorziet in informierend en signalerend aanbod, zoals huisbezoeken, voorlichtingsbijeenkomsten, informatiepunten in de wijk en individueel advies. Betere verwijzing en stimuleren van eigen kracht behoort bij een vijfde tot een derde van de responsgemeenten tot het lokale aanbod. Het Consultatiebureau voor Ouderen wordt daarentegen door vrijwel geen responsgemeenten genoemd.

Veel responsgemeenten bieden faciliteiten voor ontmoeting en maatjesprojecten. Integrale, buurtgerichte aanpakken (woonservicegebieden of ‘Even buurten’) behoren in een zesde tot een kwart van de responsgemeenten tot het lokale aanbod. Hierbij zijn er sterke raakvlakken met regulier Wmo-aanbod (welzijnsactiviteiten en vrijwilligerswerk), dat juist of mede is bestemd voor ouderen. Welzijnspartijen werken hiertoe nauw samen met vrijwilligers, huisartsen/eerstelijnszorg en/of zorginstellingen om onderlinge verbindingen te optimaliseren en sociale netwerken te versterken. Door meer systematisch te werken aan vroege opsporing, integrale probleeminventarisatie en gerichte doorverwijzing beoogt men –de gevolgen van– chronische aandoeningen en psychische problemen te voorkomen/beperken.

In ongeveer een derde tot de helft van de responsgemeenten omvat het beschikbare aanbod daarnaast diverse interventies die vindbaar zijn bij het Centrum Gezond Leven. Deze houden met name verband met speerpunten als gezond ouder worden en bewegen/valpreventie, en in mindere mate psychische gezondheid en sociale weerbaarheid.

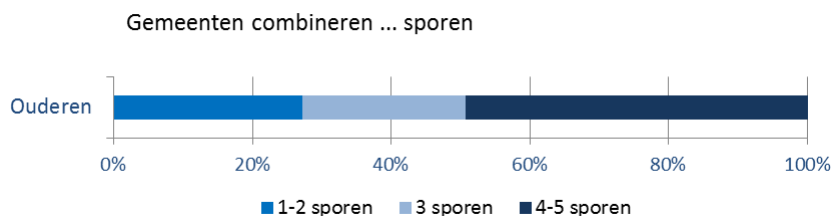
belang van integrale aanpak

In landelijke programma’s wordt benadrukt dat voor een effectief preventiebeleid een integrale aanpak onmisbaar is die uitgaat van 5 sporen. Uit de respons op de vragenlijst komt het volgende beeld naar voren als het gaat om preventief gezondheidsbeleid gericht op ouderen.



Uit dit overzicht blijkt dat er bij de meeste sporen sprake is van inzet door tweederde tot driekwart van de responsgemeenten. Alleen de inzet op de fysieke omgeving blijft achter bij een deel van de gemeenten.

De witte staven in bovenstaande figuur kunnen de gedachte oproepen dat een deel van de gemeenten geen van de genoemde sporen bewandelt. Dat is niet het geval. Wel loopt het aantal sporen per gemeente uiteen. Als we kijken naar het aantal sporen waarop een gemeente inzet, is het beeld als volgt.



Bijna de helft van de responsgemeenten zet in op 4 à 5 sporen en minder dan een derde op 1 à 2 sporen. Gemeenten hebben daarmee oog voor het belang van een integrale benadering.

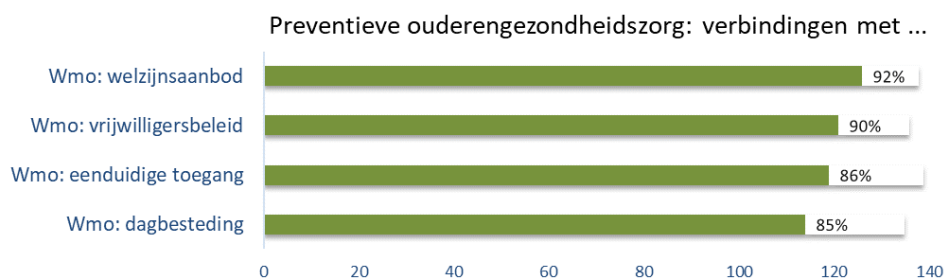
3.2 Verbindingen met andere wetten

Evaluatievraag 1: leggen gemeenten verbinding met andere wetten zoals de Wmo, met als doel om preventieve activiteiten en ondersteuning meer te bundelen?

Gemeenten hebben aangegeven of zij in de preventieve ouderengezondheidszorg verbindingen leggen met andere wettelijke kaders, en welk soort verbindingen dat met name zijn. Hieronder is per kader in beeld gebracht hoeveel responsgemeenten daarmee verbindingen leggen.

verbindingen met Wmo

In vergelijking met andere wettelijke kaders worden de verbindingen met de Wmo het vaakst genoemd.



De figuur laat zien dat er in ongeveer 9 van de 10 responsgemeenten verbindingen zijn tussen preventieve ouderengezondheidszorg en de Wmo.

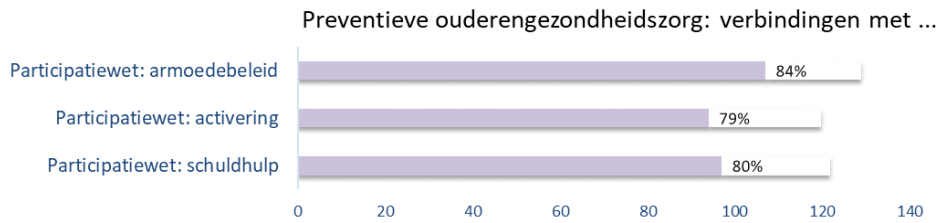
In veel gemeenten kunnen ouderen met hun gezondheidsvragen terecht bij hetzelfde loket als voor de Wmo. Er zijn gemeenten die werken met één toegang voor alle wetten. In de toegang vervullen vaak ouderenadviseurs een rol, bijvoorbeeld door het afleggen van huisbezoeken (75-plussers). Ook bedienen sociale wijkteams, bijvoorbeeld in de persoon van Wmo-consulenten, ouderen vanuit een brede benadering waarin aandacht is voor gezondheid in samenhang met andere problematiek. Daarnaast vervult vooral het welzijnsaanbod een belangrijke functie als het gaat om maatschappelijke dienstverlening (ter facilitering van zolang mogelijk zelfstandig wonen/leven) en ontmoeting (tegengaan van eenzaamheid).

Vrijwilligersbeleid en ondersteuning van mantelzorgers ligt in het verlengde hiervan. Enerzijds worden vrijwilligers ingeschakeld ter signalering van mogelijke problemen en ter ondersteuning van –kwetsbare– ouderen, bijvoorbeeld als het gaat om gezond leven (bewegen) en vergroten van sociale netwerken. Dit kan allerlei vormen hebben, zoals maatjes, contactcirkels, informele burenhulp of vrijwillig vervoer. Anderzijds beschikken –vitalere– ouderen vaak over de tijd en motivatie om zelf vrijwilligerswerk te doen en mede hierdoor een zinvolle dagbesteding te hebben.

Meer kwetsbare ouderen vinden in de Wmo ook ondersteuning bij hun dagbesteding in de vorm van inloopochtenden en laagdrempelige activiteiten in de wijk (buurthuizen e.d.). Deze worden al dan niet specifiek door ouderenwerkers uitgevoerd en (deels) met inzet van vrijwilligers.

verbindingen met Participatiewet

Naast de Wmo noemt circa 8 op de 10 responsgemeenten ook de Participatiewet als kader waarmee de preventieve ouderengezondheidszorg is verbonden, zoals hieronder is weergegeven.

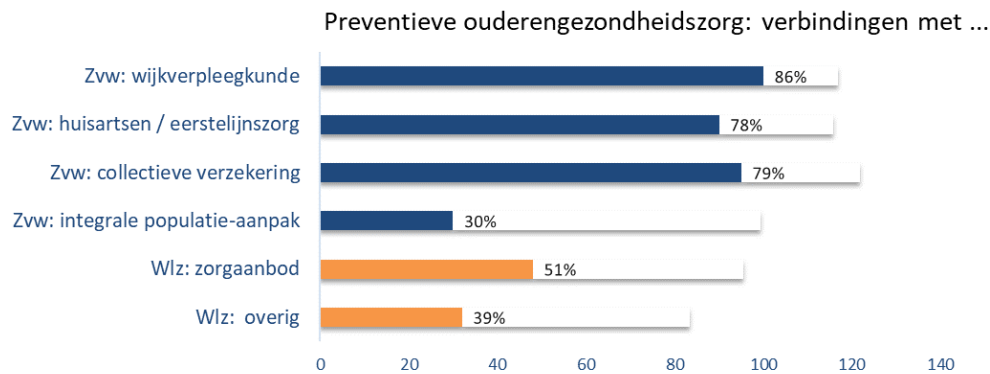


De verbindingen met de Participatiewet liggen met name op het raakvlak met gemeentelijk beleid voor:

- armoede/schuldhulpverlening: omdat financiële stress grote impact kan hebben op gezondheid zetten responsgemeenten zulke ondersteuning in voor minima onder ouderen, bijvoorbeeld door inzet van schuldhulpmaatjes of budgetbeheer;
- activering: voor een deel gaat het hierbij om re-integratie (vitale ouderen). Daarnaast is er ondersteuning bij een zinvolle dagbesteding. Hierbij is er overlap met –voorliggende– Wmo-voorzieningen.

verbindingen met zorg

Gemeenten onderkennen het belang van goede verbindingen met de zorg, in het bijzonder in situaties met meervoudige problemen waar domeinoverstijgende zorg en ondersteuning nodig is (kwetsbare ouderen).



Met wijkverpleegkundigen en huisartsen/eerstelijnszorg zijn er in circa 8 op de 10 responsgemeenten verbindingen. De wijkverpleegkundige vervult een belangrijke rol als ‘schakel’ tussen de gemeente en zowel de curatieve (eerstelijns en specialistisch aanbod) als langdurige zorg (verpleeghuiszorg). Ook de huisarts en tot op zekere hoogte andere eerstelijnsvoorzieningen (zoals fysiotherapeut) vervullen soortgelijke schakelfuncties. Zo kan ‘welzijn op recept’ door huisartsen bijdragen aan gezondheidspreventie.

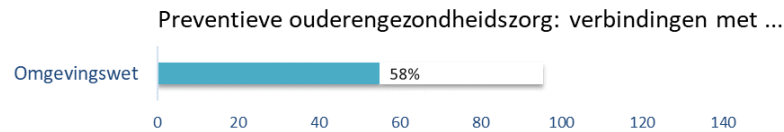
Mede afhankelijk van de samenwerking met zorgverzekeraars wordt de samenwerking met eerstelijnspar-tijen op diverse plaatsen geïntensiveerd door te werken aan een integrale en gebiedsgerichte populatie-aanpak. Dat slechts enkele tientallen responsgemeenten dit type verbinding noemt, laat zien dat zo’n aanpak nog in ontwikkeling is.

Een andersoortige verbinding in circa 8 op de 10 responsgemeenten betreft de collectieve verzekering voor minima. Hiervan kunnen ook (bijstandsgerechtigde) ouderen gebruik maken.

Verbindingen met de Wet langdurige zorg (Wlz) lijken bij tenminste de helft van de responsgemeenten verder weg te liggen.

verbindingen met Omgevingswet

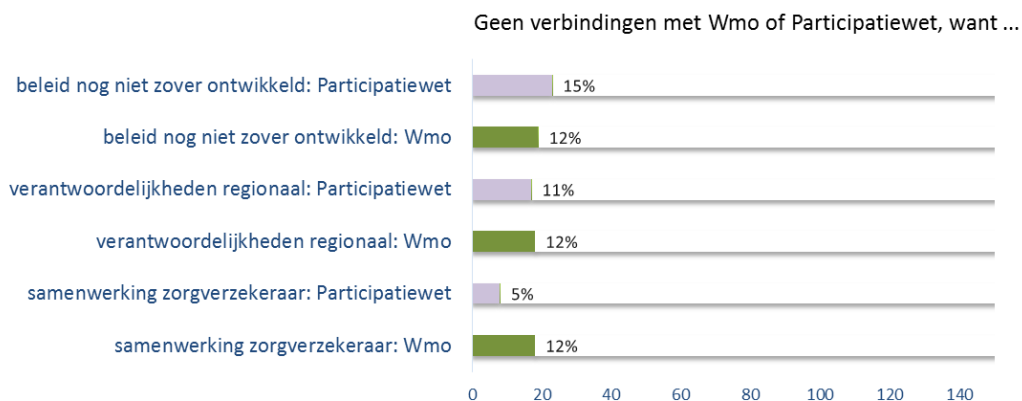
Gemeenten onderkennen steeds meer het belang van de fysieke omgeving voor gezondheid. De Omgevingswet wordt hiervoor het centrale kader. Over de verbinding hiermee rapporteren gemeenten als volgt.



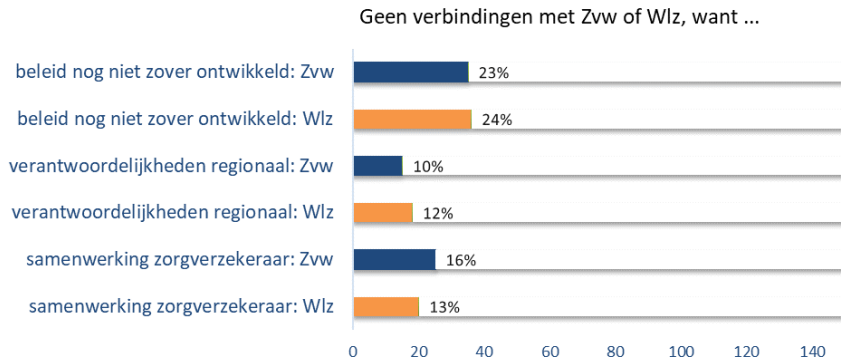
In ongeveer 6 op de 10 responsgemeenten worden zulke verbindingen gelegd, zowel inhoudelijk (vanuit de te ontwikkelen omgevingsvisie) als organisatorisch (afstemming tussen afdelingen). Gezien het feit dat de Omgevingswet nog niet in werking is getreden, onderstreept dit dat gemeenten oog hebben voor de wisselwerking tussen fysieke omgeving en de gezondheid van ouderen. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om thema's als de toegankelijkheid van (welzijns)accommodaties alsook bewegen/valpreventie (wegnemen van drempels, uitnodigende inrichting van de openbare ruimte e.d.) en ontmoeting ('hangplekken' e.d.).

waarom ontbreken verbindingen?

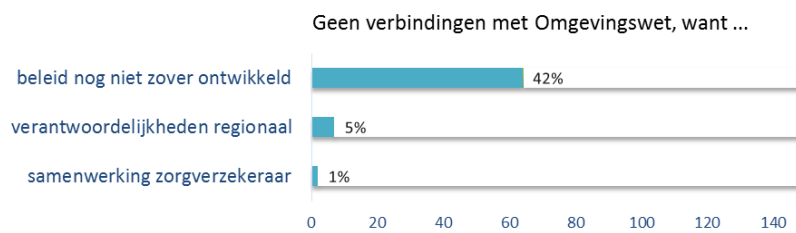
Gemeenten die aangeven dat verbindingen met andere wettelijke kaders (deels) ontbreken, noemen hiervoor diverse redenen. Enkele daarvan zijn hieronder weergegeven voor achtereenvolgens het sociaal domein (Wmo en Participatiewet), zorgkaders (Zvw en Wlz) en Omgevingswet.



De meest genoemde reden is dat het gemeentelijk beleid nog in ontwikkeling is. Bij de Wmo en Participatiewet is hiervan sprake in ongeveer 1 op de 6 responsgemeenten. Deze kaders zijn onderdeel van de transformatie van het sociaal domein. Daarnaast is een deel van de gemeentelijke verantwoordelijkheid op regionaal niveau belegd, waardoor het in ruim 1 op de 10 responsgemeenten lastiger is om lokaal goed verbindingen te leggen met het preventieve ouderengezondheidsbeleid. Bij een deel van deze gemeenten hangt dat mede samen met de aard van de samenwerking met zorgverzekeraars. Volgens enkele tientallen responsgemeenten verloopt deze nog niet soepel.



De verbindingen met zorgkaders vormen bij ongeveer een kwart van de responsgemeenten een ontwikkelpunt van beleid. Bij een groot deel van deze gemeenten hangt dat mede samen met de aard van de samenwerking met zorgverzekeraars. Deze krijgt regionaal gestalte en/of verloopt nog niet overal soepel.



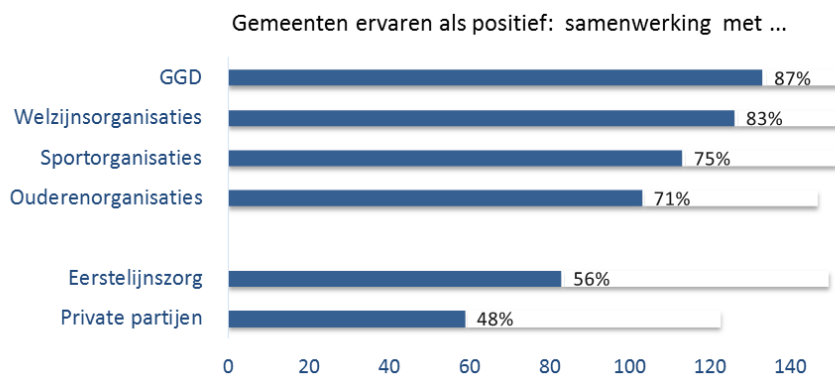
Als belangrijkste reden voor het ontbreken van verbindingen met de Omgevingswet noemt ruim 4 van de 10 responsgemeenten dat het beleid nog in ontwikkeling is.

4 Samenwerking en gemeentelijke regie

4.1 Samenwerking

Evaluatievraag 2: hoe is de samenwerking tussen gemeenten en uitvoerende organisaties?

Gemeenten geven op uiteenlopende wijze gestalte aan de preventieve ouderengezondheidszorg (zie hoofdstuk 3). Daarbij werken zij samen met allerlei soorten organisaties. Gevraagd naar de kwaliteit van deze samenwerking, reageren gemeenten overwegend positief. Hieronder is per categorie weergegeven hoeveel responsgemeenten de samenwerking positief (voldoende of uitstekend) waarderen.



In het algemeen is driekwart of meer responsgemeenten positief over de samenwerking met uitvoerende organisaties die zij bekostigen. Dit geldt in het bijzonder de GGD en welzijnsorganisaties, maar ook organisaties op het terrein van sport en ouderen.

De samenwerking met eerstelijnszorg en private partijen wordt door ongeveer de helft van de responsgemeenten als positief aangemerkt.

positieve aspecten en verbeterpunten

Als positief aan de samenwerking met de GGD en lokale partijen voor welzijn, sport en ouderen benoemen gemeenten vooral aspecten als: dichtbij, betrokken, deskundig, en een groot netwerk/bereik.

Verbeterpunten zijn er volgens gemeenten ook. Als belangrijkste noemen zij dat de GGD en lokale partijen meer vraaggericht gaan werken en daarbij de verbinding zoeken met lokale doelen en de sociale basisinfrastructuur.

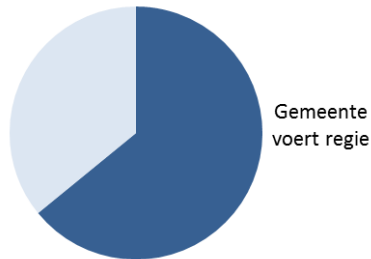
Bij partijen in de eerstelijnszorg en private partijen merken gemeenten op dat er sprake is van een (zeer) diverse samenstelling die het maken van structurele (samenwerkings)afspraken vaak bemoeilijkt.

4.2 Gemeentelijke regie

Evaluatievraag 3: voeren gemeenten een regierol? Zo ja, hoe vullen zij deze rol in? Zo nee, waarom niet?

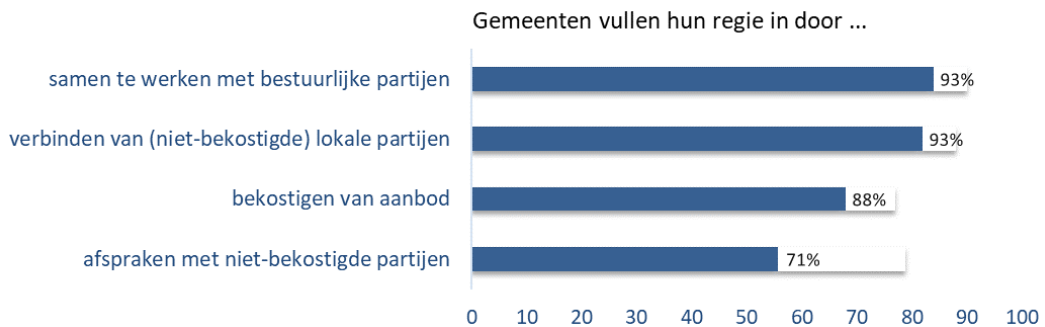
voeren gemeenten regie?

Van de responsgemeenten geeft ongeveer tweederde expliciet aan dat zij regie voeren op preventief ouderengezondheidsbeleid.



hoe vullen gemeenten hun regierol in?

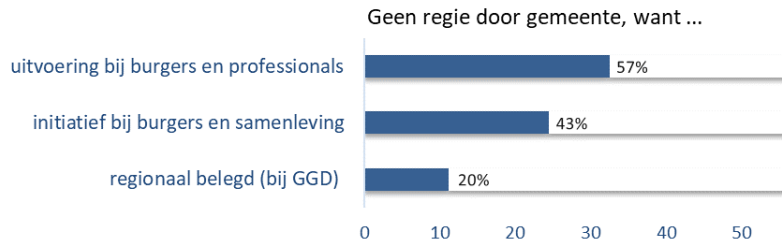
Gemeenten die regie voeren, geven hieraan op verschillende manieren invulling.



Ruim 9 op de 10 responsgemeenten werken samen met andere bestuurlijke partijen, zoals buurgemeenten en zorgverzekeraars. Met buurgemeenten kan er regionale samenwerking zijn in het kader van preventieve gezondheid en/of op andere gebieden (zoals Wmo en Participatie) waar verbindingen met preventief gezondheidsbeleid worden gelegd. Daarnaast vullen de meeste gemeenten hun regie in door aanbod te bekostigen (zie paragraaf 3.1). In mindere mate maken responsgemeenten afspraken met andere, niet door hen bekostigde partijen over hun maatschappelijke bijdrage aan preventieve gezondheid. Dit kan zijn gericht op het stimuleren van bepaalde inzet, maar ook om hun inzet te verbinden met de inzet van andere lokale partijen. Door verbindingen te leggen tussen preventie, welzijn en zorg en tussen informele en professionele ondersteuning streven diverse gemeenten ernaar een brede en integrale benadering tot stand te brengen.

waarom geen regie?

Ongeveer een derde van de responsgemeenten zegt geen regie te voeren en voert hiervoor diverse redenen aan.



Ongeveer de helft van de responsgemeenten die geen regie voeren, geeft aan dat zij de uitvoering overlaten aan het samenspel van burgers en professionals en/of het initiatief laten bij burgers en samenleving. Uit gesprekken met deskundigen komt naar voren dat zulke gemeenten dit vaak doen vanuit een bredere visie op hun rol binnen het sociaal domein ('sturen op outcome').

Een vijfde van de responsgemeenten voert als reden aan dat regie regionaal is belegd. In deze regio's vervult de GGD een belangrijke rol in de regie op uitvoerende partijen.

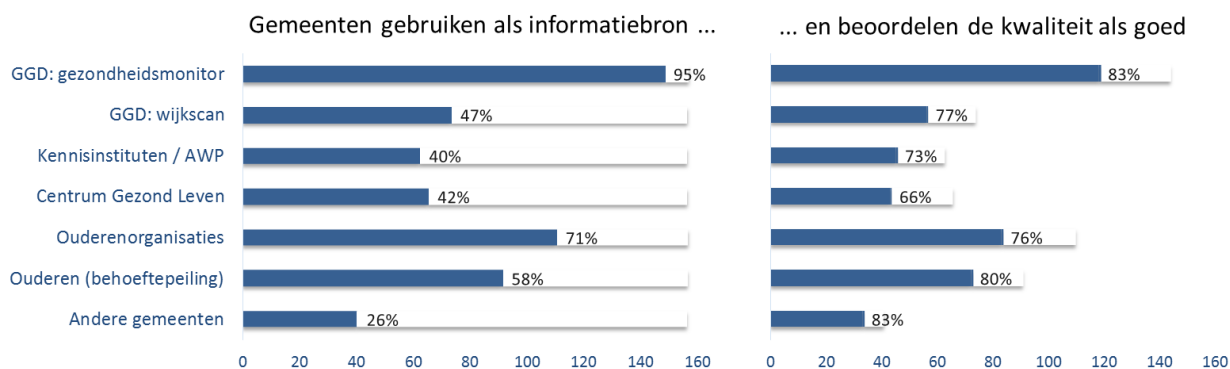
Daarnaast voeren diverse, vaak kleinere gemeenten ook capaciteitsgebrek aan als reden dat zij niet of beperkt regie voeren. Sommige gemeenten zeggen geen doelgroep-specifiek preventief beleid te voeren. Op zichzelf zegt dit weinig volgens deskundigen. Ook zonder segmentering dienen gemeenten hun beleid immers zo in te richten dat de gezondheid van alle (kwetsbare) inwoners, inclusief ouderen, wordt bevorderd.

5 Informatievoorziening

Evaluatievraag 4: wat hebben gemeenten aan kennis, instrumenten, informatievoorziening nodig om invulling te geven aan artikel 5a Wpg?

welke informatiebronnen gebruiken gemeenten en hoe waarden zij deze?

Gemeenten maken gebruik van een veelheid aan informatiebronnen om invulling te geven aan hun taak. Voor een aantal belangrijke bronnen is dat hieronder weergegeven. Daarbij is ook in beeld gebracht hoeveel responsgemeenten de kwaliteit van deze informatie als goed ('voldoende' of 'uitstekend') waarden.



De gezondheidsmonitor van de GGD blijkt één van de belangrijkste bronnen te zijn voor vrijwel alle responsgemeenten. De kwaliteit van deze informatie wordt door ruim 80% van deze gemeenten als goed gewaardeerd.

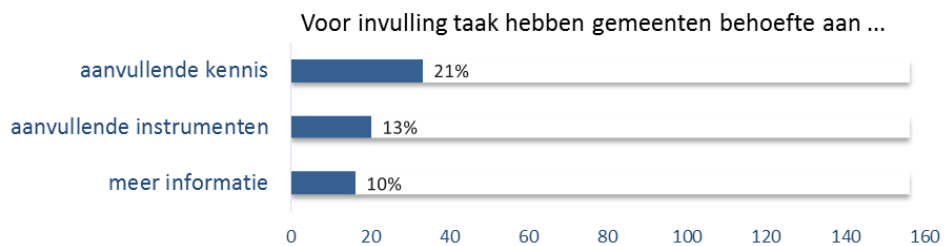
Andere genoemde informatiebronnen worden door iets minder (wijkscan, kennisinstituten en het Centrum Gezond Leven) dan wel iets meer (ouderenorganisaties en ouderen zelf) dan de helft van de responsgemeenten gebruikt. Voor zover zij een kwaliteitsoordeel hebben gegeven, wordt die informatie door tenminste tweederde van deze gemeenten als relatief hoogwaardig aangemerkt. Datzelfde geldt voor informatie van andere gemeenten, die een kwart van de responsgemeenten benut.

Diverse gemeenten noemen daarnaast als informatiebronnen:

- welzijnsorganisaties, sociaal teams en zorgaanbieders;
- advies/cliëntraden Wmo/sociaal domein;
- eigen gemeente (onderzoek, wijkatlas, cijfers sociale dienst, e.d.);
- zorgverzekeraars (monitorinformatie).

welke informatiebehoeften hebben gemeenten?

Gevraagd naar wat zij nodig hebben om invulling te kunnen geven aan hun wettelijke taak, reageren gemeenten als volgt.



Bij ongeveer een zesde tot een vijfde van de responsgemeenten is er sprake van een aanvullende behoefte aan kennis en/of instrumenten. Uit gegeven toelichtingen blijkt dat het vooral gaat om (meer) inzicht in de effectiviteit van interventies, inclusief e-health. Op dit punt lopen in diverse regio's onderzoeksprojecten via lokale planbureaus en academische werkplaatsen.

6 Bevindingen

Preventieve ouderengezondheidszorg vormt al enige jaren een verantwoordelijkheid van gemeenten op grond van de Wpg. Het ministerie van VWS wil graag meer inzicht in de wijze waarop gemeenten hieraan invulling geven en heeft deze behoefte vertaald in een aantal evaluatievragen die we in dit hoofdstuk beantwoorden.

leggen gemeenten verbinding met andere wetten om preventieve activiteiten en ondersteuning te bundelen?

Het merendeel van de responsgemeenten geeft aan verbindingen met andere wettelijke kaders te leggen. Daarbij gaat het vooral om verbindingen met het sociaal domein (gemeentelijk beleid op grond van de Wmo en Participatiewet alsook Sportbeleid) en met beleid op grond van de Zorgverzekeringswet (in het bijzonder eerstelijnszorg). Verbindingen met de Wlz en de Omgevingswet blijven hierbij nog achter.

hoe is de samenwerking tussen gemeenten en uitvoerende organisaties?

In het algemeen is driekwart of meer responsgemeenten positief over de samenwerking met uitvoerende organisaties. Dit geldt in het bijzonder de GGD en welzijnsorganisaties, maar ook organisaties op het terrein van sport en ouderen. De samenwerking met eerstelijnszorg en private partijen wordt door minder responsgemeenten positief aangemerkt.

Als positief aan de samenwerking met de GGD en lokale partijen voor welzijn, sport en ouderen benoemen gemeenten vooral aspecten als: dichtbij, betrokken, deskundig, en een groot netwerk/bereik. Verbeterpunten zijn er volgens gemeenten ook. Als belangrijkste noemen zij dat de GGD en lokale partijen meer vraaggericht gaan werken en daarbij de verbinding zoeken met lokale doelen en de sociale basisinfrastructuur ('partnerschap').

voeren gemeenten een regierol? zo ja, hoe vullen zij deze rol in? zo nee, waarom niet?

Ongeveer tweederde van de responsgemeenten voert regie op het preventieve ouderengezondheidsbeleid. Zij geven hieraan invulling door samen te werken met andere bestuurlijke partijen, zoals buurgemeenten en zorgverzekeraars. Daarnaast bekostigen de meeste gemeenten divers aanbod: activiteiten gericht op informeren over en signaleren van (mogelijke) problematiek, vormen van ontmoeting en persoonlijk maatwerk via gezondheidsbevorderende interventies. In mindere mate maken zij afspraken met andere, niet door hen bekostigde partijen over hun maatschappelijke bijdrage aan gezondheidspreventie. Door verbindingen te leggen tussen preventie, welzijn en zorg en tussen informele en professionele ondersteuning streven veel gemeenten ernaar een brede en integrale benadering tot stand te brengen.

De responsgemeenten die aangeven geen regie te voeren, noemen hiervoor met name als redenen:

- de uitvoering gebeurt in het samenspel van burgers en professionals en/of het initiatief ligt bij burgers en samenleving (de helft van deze gemeenten). Vaak vloeit dit voort uit een bredere visie op de gemeentelijke rol binnen het sociaal domein;
- de regie is regionaal belegd: met name de GGD vervult een belangrijke rol in de regie op uitvoerende partijen (een zesde van deze gemeenten);
- capaciteitsgebrek (enkele, met name kleinere gemeenten).

wat hebben gemeenten aan kennis, instrumenten en informatie nodig om invulling te geven aan art. 5a Wpg?

Responsgemeenten maken gebruik van een veelheid aan informatiebronnen ter invulling van hun taak. Zij waarderen de kwaliteit van de informatie van veel belangrijke bronnen als goed. Dit geldt onder meer voor de gezondheidsmonitor van de GGD en informatie van het Centrum Gezond Leven.

Ongeveer een zesde tot een vijfde van de responsgemeenten heeft een aanvullende behoefte aan kennis en/of instrumenten kenbaar gemaakt. Daarbij lijkt het vooral te gaan om (meer) inzicht in de effectiviteit van interventies.

Bijlagen

A Thematische beschouwing

Aanvullend en in reflectie op de bevindingen van de evaluatie hebben deskundigen van gemeenten en kennisinstituten in (groeps)gesprekken aandacht gevraagd voor een aantal thema's.

geen eenduidige leeftijdsafbakening

De Wpg omschrijft ouderen als personen boven de 65 jaar. Uit gesprekken met lokale deskundigen blijkt dat gemeenten verschillende afbakeningen hanteren als het gaat om leeftijd, en niet zelden ook groepen mensen onder de 65 jaar tot de (vitale) ouderen rekenen. Andere deskundigen onderschrijven dat er in de praktijk geen sprake is van een eenduidige leeftijdsafbakening. Zij benadrukken dat, zeker uit oogpunt van preventie, een vloeiende lijn belangrijk is. Bij een hogere leeftijd gaat het niet zozeer (meer) om absolute preventie, maar vaak meer om het hanteerbaar maken van –met leeftijd toenemende– gezondheidsbeperkingen. Preventief beleid begint daarom al ruim voor de pensioengerechtigde leeftijd met informeren (gericht op bewustwording van mogelijke beperkingen), het stimuleren van een gezonde leefstijl (gericht op langer leven in gezondheid) en ondersteunen bij het behoud van een sociaal netwerk (gericht op zolang mogelijk zelfstandig wonen).

diversiteit in taakinvoering mede door ontbreken landelijke richtlijnen

De wettelijke omschrijving van preventieve ouderengezondheidszorg kent een vergelijkbare opzet als de jeugdgezondheidszorg (artikel 5 Wpg). Anders dan de jeugdgezondheidszorg is de preventieve ouderengezondheidszorg echter niet uitgewerkt in een duidelijk omschreven basistakenpakket. Er zijn geen landelijk voorgeschreven richtlijnen over de wijze waarop gemeenten hun wettelijke opdracht dienen in te vullen. In de praktijk wordt de invulling van deze taak sterk lokaal ingekleurd.

Dit heeft ook te maken met de dynamiek als gevolg van de decentralisaties: deskundigen signaleren toenemende verbanden tussen preventieve (ouderen)gezondheidszorg en het sociaal domein. Er komt meer bewustzijn dat effectieve gezondheidspreventie afhankelijk is van een integrale benadering, zoals ook het concept positieve gezondheid impliceert.

transformatie sociaal domein als aanjager voor ontwikkeling integraal perspectief

Deskundigen herkennen dat veel gemeenten –onder invloed van de transformatie in het sociaal domein– werken aan meer samenhang in het lokale beleid, inclusief een goede inbedding van preventieve gezondheidszorg. Zij zien een betere lokale samenwerking als belangrijke schakel om te komen tot een meer effectieve ouderengezondheidszorg. Hiervoor is tijd nodig (cultuuromslag) en investeringen in beschikbare capaciteit.

Zij onderstrepen het belang dat zowel partijen binnen het gemeentelijk domein (zoals welzijnsorganisaties, gemeentelijke sectoren) als zorgpartijen meer werken vanuit een gemeenschappelijke visie ('de bedoeling') en over de grenzen van hun eigen verantwoordelijkheid heen.

Op wijkniveau zien zij daarvan al goede voorbeelden. Daarbij werken welzijnspartijen nauw samen met vrijwilligers, huisartsen/erstelijnszorg en/of zorginstellingen om onderlinge verbanden te optimaliseren en sociale netwerken te versterken. Door meer systematisch te werken aan vroege opsporing, integrale probleeminventarisatie en gerichte doorverwijzing beoogt men –de gevolgen van– chronische aandoeningen en psychische problemen te voorkomen/beperken.

Als professionals elkaar beter weten te vinden en vraaggericht samenwerken bevordert dat tijdige en effectieve gezondheidspreventie. Daarbij is maatwerk nodig om recht te doen aan de grote verschillen in wensen, mogelijkheden en behoeften van vitale tot (zeer) kwetsbare ouderen. Een hulpmiddel hierbij is het gebruik van wijkprofielen op basis van zo objectief mogelijke indicatoren.

verbindingen met zorg

Volgens deskundigen zijn schakelfuncties onder de Zorgverzekeringswet (zoals de wijkverpleegkundige) voor preventieve ouderengezondheidszorg van belang ter (vroeg)signalering van gezondheidsproblematiek en knelpunten in de uitvoering (tijdige op- en afschaling). Diverse gemeenten hebben afspraken (convenanten) gemaakt met eerstelijnspartijen over onderlinge afstemming en samenwerking, onder meer gericht op het borgen van een samenhangende aanpak en een eenduidige toegang tot zorg en ondersteuning. Met name de relatie met sociaal (wijk)teams is hierin belangrijk. Zij beschikken nog niet altijd over voldoende expertise van ouderenproblematiek. Mede daarom maakt de wijkverpleegkundige regelmatig deel uit van sociaal (wijk)teams.

De verbindingen met de Wet langdurige zorg (Wlz) zien deskundigen als een duidelijk ontwikkelpunt bij veel gemeenten. Naarmate mensen langer thuis blijven wonen, wordt Wlz-zorg steeds meer geboden in de lokale leefomgeving. Het is dan van belang dat gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen voor de benodigde ondersteuning op andere leefgebieden van deze cliënten.

B Begeleidingscommissie en deskundigen

Begeleidingscommissie

Alice van Gent	senior beleidsmedewerker directie Publieke Gezondheid, Ministerie van VWS
Ingrid van Hattem-Zuiderwijk	beleidsmedewerker directie Publieke Gezondheid, Ministerie van VWS
Jack Hutten	senior beleidsmedewerker directie Publieke Gezondheid, Ministerie van VWS
Jolanda van der Kamp	beleidsmedewerker directie Publieke Gezondheid, Ministerie van VWS
Karin Louise-Rohde	senior beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid gemeente Alphen aan den Rijn
Josephine Maasland	Vereniging Nederlandse Gemeenten
Maurice Nijstad	senior beleidsmedewerker directie Voeding, Gezondheid en Preventie, Ministerie van VWS
Kees Quak	directieadviseur GGD Rotterdam-Rijnmond
Ciska Stom	secretaris GGD GHOR Nederland

Deskundigen

Gemeenten

Korina van Belzen	beleidsmedewerker Volksgezondheid & Wmo gemeente Middelburg
Iny Bosdriesz	beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid en Jeugdgezondheidszorg gemeente Stichtse Vecht
Anne Braakman	strategisch beleidsmedewerker Samenlevingszaken gemeente Schagen
Margriet Christiaanse	beleidsadviseur Wmo en gezondheidsbeleid gemeente Lelystad
Gerard van Gestel	beleidsadviseur Ontwikkeling gemeente Breda
Esther Knapen	beleidsmedewerker Wmo gemeente Hoogeveen
Rob Kok	beleidsmedewerker Wmo gemeente Papendrecht
Karin Louise-Rohde	senior beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid gemeente Alphen aan den Rijn
Petra Pover	senior beleidsadviseur Wmo en lokaal gezondheidsbeleid gemeente Enschede
Bart Verheijden	senior beleidsadviseur Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Venlo
Eline Verstegen	beleidsmedewerker Welzijn gemeente Heerlen

Overige experts

Simone de Bruijn	senior onderzoeker Zorgvernieuwing ouderen- en dementiezorg bij Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg
Maria Jansen	hoogleraar Publieke gezondheid Maastricht University, GGD Zuid-Limburg en projectleider Academische Werkplaats Publieke gezondheid
Monique Leijen	coördinator bij Centrum Gezond Leven
Lidwien Lemmens	senior onderzoeker Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu