

Vergaderjaar 2009–2010

22 894

Preventiebeleid voor de volksgezondheid

Nr. 239

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 oktober 2009

1. Inleiding

De afgelopen tijd hebben wij een aantal keer met uw Kamer gesproken over de zorg voor ouderen. In deze brief gaan wij in op de toezeggingen die daarbij zijn gedaan. Het betreft:

- de invulling van artikel 5a Wet publieke gezondheid (Wpg) over ouderengezondheidszorg;
- de toezegging van de staatssecretaris, tijdens het debat over het rapport «Lang zullen we leven» van de Themacommissie Ouderenbeleid van uw Kamer op 7 februari 2008, dat zal worden nagegaan hoe het met de functie van consultatiebureaus voor ouderen (CbO's) is gesteld;
- de motie van de leden Wolbert en Willemse-van der Ploeg¹ waarin inzicht wordt gevraagd in de verschillende zorg- en welzijnsloketten in relatie tot doelmatigheid, kwaliteit en klantvriendelijkheid.

Gelet op de nauwe relatie tussen deze onderwerpen kiezen wij ervoor ze in samenhang te behandelen. Het versterken van preventieve gezondheidszorg voor ouderen vormt daarbij de inhoudelijke leidraad.

2. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen in de Wpg

Op 1 december 2008 is de Wpg in werking getreden. Op verzoek van uw Kamer² is in artikel 5a bepaald dat gemeenten zorg dragen voor de uitvoering van ouderengezondheidszorg³. Het betreffende artikel is nog niet in werking getreden omdat gemeenten zich moeten kunnen voorbereiden. Het is belangrijk om vooraf helder te krijgen wat het artikel beoogt en hoe het concreet in de praktijk kan worden uitgevoerd. Daarvoor zijn drie stappen gezet.

- 1 Bepalen van het belang van ouderengezondheidszorg: op welke problemen is het gericht en wat is de verwachte meerwaarde voor de ouderen?

¹ TK 2007–2008, 29 549, nr. 37.

² Amendement-Kant, TK 2007–2008, 31 316 nr. 10.

³ Publieke gezondheidszorg ten behoeve van personen boven de vijftienjarige leeftijd.

- 2 Inzicht verwerven in de voorzieningen en preventieve activiteiten die nu al voor ouderen beschikbaar zijn.
- 3 Samenhang in kaart brengen van ouderengezondheidszorg in de Wpg en andere preventieve activiteiten op basis van de Wpg, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Zorgverzekeringswet (Zvw). Aangezien die activiteiten ook deels ten goede komen aan ouderen moeten dubbelingen en onduidelijke afbakeningen worden voorkomen. Op deze manier worden «blinde vlekken» in het reeds bestaande aanbod opgespoord en kan de meerwaarde en het eigen karakter van de activiteiten vanuit artikel 5a Wpg worden vormgegeven.

In de volgende paragrafen worden deze drie stappen uitgewerkt.

3. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen

3.1. Het belang van preventieve gezondheidszorg voor ouderen

Aandacht voor preventieve gezondheidszorg in de Wpg kan worden gezien in het licht van de toenemende belangstelling voor het thema vergrijzing en ontgroening van de samenleving. Deze ontwikkelingen stellen de samenleving niet alleen voor problemen. De hoge levensverwachting en het langer gezond blijven van ouderen is een verworvenheid die duidt op maatschappelijke vooruitgang. Dit biedt kansen en mogelijkheden, bijvoorbeeld om langer maatschappelijk actief te blijven. Ouderen hechten aan hun autonomie, het behouden van hun zelfredzaamheid en een goede gezondheid. Deze uitgangspunten komen terug in de preventievisie van het Kabinet¹ en het Kabinetsstandpunt op het rapport «Lang zullen we leven»² van de Themacommissie Ouderenbeleid van uw Kamer. Een goed functionerende ouderengezondheidszorg – gericht op preventie in al haar facetten – kan bijdragen aan de realisatie van de bovengenoemde doelen.

De centrale maatschappelijke uitdaging is mensen in staat te stellen «succesvol ouder te worden». Dit afhankelijk van een breed scala aan factoren zoals sociale participatie, geestelijke gezondheid, fysieke en sociale omgeving, voeding, lichamelijke activiteit, letselpreventie, geneesmiddelengebruik en gebruik/misbruik van genotsmiddelen.³ Dit houdt in dat de specifieke behoeften van ouderen zeer divers zijn.

Het thema «succesvol ouder worden» wordt maatschappelijk belangrijker omdat het aantal ouderen de komende decennia sterk blijft toenemen, vanaf 2010 zelfs in versnelde mate. Het aantal 65-plussers zal toenemen van 2,4 miljoen in 2009 tot bijna 4,5 miljoen in 2040. In 2040 is naar schatting 25,6% van de bevolking 65-plusser ten opzichte van 15% in 2009.⁴ De Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2006 laat zien dat met de leeftijd ook het aantal mensen groeit met ziekten en beperkingen. De hoogste ziektelast bij ouderen wordt veroorzaakt door hart- en vaatziekten, ziekten van het bewegingsstelsel en ziekten van het zenuwstelsel en zintuigen (met name de gehoor- en gezichtsstoornissen). Ook de psychische stoornissen zijn op deze leeftijd van belang. Het betreft dan voornamelijk angststoornissen en dementie. Bij de groep van 75 jaar en ouder wordt de meeste ziektelast veroorzaakt door dementie.⁵ Verder heeft meer dan de helft van de ouderen een chronische ziekte. Er zijn nu meer dan 1,2 miljoen ouderen met een chronische ziekte, waarvan de helft er meer dan één heeft. Het aantal mensen met een chronische ziekte neemt in de toekomst sterk toe⁶. Dit is het gevolg van de stijgende levensverwachting, de medische vooruitgang en de negatieve trend in leefstijl zoals te weinig beweging en ongezonde voeding.

¹ TK 2007–2008, 22 894, nr. 134.

² TK 2005–2006, 29 549, nr. 8.

³ Healthy Ageing, A Challenge for Europe. A short version. SNIPH, WHO, EuroHealthNet, Age, European Commission, 2007.

⁴ Centraal Bureau voor de Statistiek, Kerncijfers van de bevolkingsprognose, 2008–2050.

⁵ Zorg voor gezondheid, Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006, Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ., Bilthoven: RIVM, 2006.

⁶ Gebaseerd op: «Vergrijzing en toekomstige ziektelast. Prognose chronische ziektenprevalentie 2005–2025», Blokstra A, Verschuren WMM. Bilthoven: RIVM, 2007;

Dit jaar bracht de Gezondheidsraad een advies uit over preventie bij ouderen.¹ Daarbij was het uitgangspunt dat niet alleen de ziekte zelf van belang is, maar dat het vooral gaat om de gevolgen van ziekten in termen van beperkingen die de zelfredzaamheid en de maatschappelijke participatie negatief beïnvloeden. Dit betekent dat ouderen behoefte hebben aan zorg gericht op kwaliteit van leven: «minder belasting, beter functioneren en meer zelfredzaamheid». De Gezondheidsraad gebruikt in dit verband het begrip functioneringsgerichte preventie. Het betreft activiteiten, al dan niet in aanvulling op ziektepreventie, gericht op het voorkomen en beperken van functionele achteruitgang, het versterken van de eigen mogelijkheden om zelfredzaamheid te behouden of het beïnvloeden van niet-ziektegebonden factoren die de zelfredzaamheid bedreigen. Dit zijn zowel persoons- als omgevingsfactoren. Daarbij is te denken aan algemene programma's voor zelfmanagement, stimuleren van zelfvertrouwen en bevorderen van veiligheid in de directe leefomgeving. Beperkingen kunnen ook worden voorkomen of gecompenseerd door medische technologieën en hulpmiddelen, aangepaste woningen, buurtvoorzieningen, huishoudelijke hulp, openbaar vervoer en het bevorderen van sociale netwerken van ouderen.²

Volgens de Gezondheidsraad zijn er volop aanwijzingen dat op dit brede preventieve vlak de nodige winst te boeken valt, maar daar moeten wel alle partijen hun bijdrage aan leveren. Van zorgprofessionals mag een proactieve houding worden verwacht. De sleutel ligt, volgens de Gezondheidsraad, bij de eerstelijnszorg. Gezien het intersectorale karakter van deze vorm van preventie zien wij ook een duidelijke link met het lokaal (gezondheids)beleid van gemeenten. Dit sluit aan bij het recente advies van de RVZ waarin wordt geconcludeerd dat intersectoraal beleid nodig is om gezondheidswinst te boeken.³

We concluderen dat preventieve ouderen(gezondheids)zorg belangrijk is. Het gaat er om belemmeringen in het «succesvol ouder worden» vroegtijdig op te sporen en op te lossen. Het gaat om zowel fysieke, psychische, als sociale aspecten. Daarom is het van belang de problemen en oplossingen op de verschillende terreinen in samenhang te bekijken. Dit betekent een intersectorale aanpak en individueel maatwerk. Zo kan bijvoorbeeld een contactmoment in het ene domein gebruikt worden voor preventieve activiteiten uit een ander domein. Te denken is aan de mogelijkheid om ouderen, wanneer ze voor de grieprik komen, te screenen op risicofactoren voor andere zaken zoals bewegingsarmoede, depressie of eenzaamheid. Een ander voorbeeld is het zogenaamde keukentafelgesprek dat gemeenten voeren met burgers in het Wmo-kader. Tijdens dit gesprek bekijkt de gemeente met de klant welk probleem moet worden opgelost. Daarbij wordt breed gekeken naar de eigen mogelijkheden, of er mantelzorg is en welke algemene en welke individuele voorzieningen een bijdrage kunnen leveren.

3.2. Preventieve gezondheidszorg voor ouderen in de huidige praktijk

Om inzicht te krijgen in de preventieve activiteiten die nu al aan ouderen worden aangeboden (stap 2), heeft het kenniscentrum Vilans een quickscan uitgevoerd.⁴ Vilans heeft in 40 gemeenten globaal geïnventariseerd wat het aanbod is voor 65-plussers op het terrein van universele en selectieve preventie⁵ en hoe dit zich verhoudt met de behoeften van de doelgroep. De bevindingen hebben we vergeleken met resultaten uit eerdere studies. Daarbij hebben we ook gekeken naar de lessen uit het onderzoek naar de zorg- en welzijnsloketten⁶ (zie bijlage 1) en de stand van zaken rond de consultatiebureaus voor ouderen⁷ (zie bijlage 2). Op deze twee laatste studies zullen we uitgebreider ingaan om te voldoen aan de eerder

¹ Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. Gezondheidsraad, Den Haag 2009. Publicatienr. 2009/07.

² Gezond actief: de relatie tussen ziekten, beperkingen en maatschappelijke participatie onder Nederlandse ouderen, Hoeymans, Timmermans, de Klerk et al., RIVM 2005.

³ Buiten de gebaande paden, advies over intersectoraal gezondheidsbeleid, RVZ, Den Haag 2009.

⁴ Quickscan Ouderengezondheidszorg, Vilans, Utrecht 2009.

⁵ Zie begrippenlijst.

⁶ Quickscan loketten zorg en welzijn, Hoeksema, Homans & Menting (HHM), Enschede 7 april 2009, nr. IO/09/0945/molo.

⁷ Onderzoek CbO's uit de Quickscan Ouderengezondheidszorg, Vilans, Utrecht 2009.

genoemde toezegging van de staatssecretaris en de motie van de leden Wolbert en Willemse-Van der Ploeg.

Uitkomsten Quickscan Vilans

Het beeld dat uit de quickscan naar voren komt, is als volgt samen te vatten.

Veel initiatieven, lokale verschillen

Op het gebied van ouderengezondheidszorg bieden diverse partijen een groot aantal uiteenlopende activiteiten aan. Het aanbod verschilt tussen de gemeenten. In kleinere gemeenten is het aanbod beperkt, waardoor de ouderen op een buur- gemeente aangewezen zijn. Er is aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij ouderen, met name voor het tegengaan van overgewicht, het bevorderen van gezond eten en meer bewegen. Ook valpreventie krijgt de nodige aandacht. In het kader van psychisch functioneren is er aandacht voor (vroeg)signalering m.b.t. angststoornissen, depressie en dementie. Op het sociale vlak wordt vooral aandacht besteed aan het voorkomen van eenzaamheid en de ondersteuning van oudere mantelzorgers.

De rol van gemeenten bij ouderengezondheidszorg varieert. Sommige gemeenten zijn al heel actief op dit terrein, voor andere geldt dat in veel mindere mate. Er is een tendens waarneembaar dat gemeentelijk beleid wordt ingezet om samenwerking op gang te brengen tussen de relevante partijen op gemeente- of wijkniveau.

Weinig samenhang, gebrek aan overzicht

Op meerdere niveaus ontbreekt het aan overzicht over preventiebeleid en activiteiten. Op het brede terrein van preventieve zorg voor ouderen is sprake van een versnipperd aanbod en beperkte samenwerking tussen betrokken organisaties. Ook ouderen zelf hebben aangegeven dat er binnen gemeenten beter samengewerkt zou kunnen worden tussen de verschillende betrokken organisaties.

Vertegenwoordigers van landelijke organisaties geven aan dat samenwerking tussen gemeenten en marktpartijen vaak nog in de kinderschoenen staat.

Behoeften van de doelgroep Ouderen zelf geven aan dat zij vooral behoefte hebben aan ondersteuning die gericht is op het behoud en het versterken van hun zelfredzaamheid. Daarbij gaat het niet alleen om de fysieke gezondheid en het behoud van de functionaliteit, maar ook om omgevingsfactoren (geschikte woningen, bereikbare voorzieningen en de beschikbaarheid van vervoer). De sociale aspecten van activiteiten zijn voor ouderen erg belangrijk. Zij hechten veel waarde aan activiteiten waarbij de ontmoeting centraal staat.

Betere aansluiting bij doelgroep

Het is niet helder aan te geven waar de scheidslijn ligt tussen algemene preventie en preventie specifiek gericht op ouderen. In de praktijk blijkt dat bij algemene preventie onvoldoende aandacht is voor de doelgroep ouderen, bijvoorbeeld op het gebied van alcoholgebruik. De organisaties trachten met hun aanbod aansluiting te vinden bij uiteenlopende groepen ouderen door activiteiten in verschillende vormen aan te bieden, bijvoorbeeld in de vorm van groepsactiviteiten, maar ook door aanbod te doen in de vorm van huisbezoeken, CbO en ouderenadviseurs. Het PR-beleid van de uitvoerende organisaties kan worden aangescherpt zodat verschillende

groepen ouderen het aanbod beter weten te vinden en het herkennen als «iets voor mij».

Lacunes in het aanbod

Volgens de uitvoerende organisaties en de gemeenten moeten op veel terreinen specifiekere preventieve activiteiten worden aangeboden die beter aansluiten bij de verschillende doelgroepen. Het stimuleren van beweging, het voorkomen van eenzaamheid en signaleren van dementie hebben daarbij prioriteit. Vooral voor allochtone ouderen, psychosociaal kwetsbare ouderen en oudere mantelzorgers, zou een beter aanbod moeten worden gecreëerd.

Weinig inzicht in bereik en effectiviteit

Weinig is bekend over het daadwerkelijke bereik en de effectiviteit van activiteiten. Men realiseert zich dat risicogroepen slechts ten dele worden bereikt, ondanks het feit dat er uiteenlopende strategieën worden ingezet. In het veld bestaat behoefte aan meer inzicht in de effectiviteit van preventieactiviteiten. Ook is het wenselijk aandacht te besteden aan de ontwikkeling van effectieve methoden om risicogroepen daadwerkelijk te bereiken.

Ontbreken van structurele financiering

Activiteiten gericht op ouderen worden gefinancierd uit diverse bronnen, waaronder de gemeenten, de AWBZ, ZonMw, zorgverzekeraars, fondsen en eigen bijdragen van ouderen. Vaak is de financiering van preventieve activiteiten niet structureel, maar tijdelijk van aard.

Het algemene beeld van de quickscan is dat er veel activiteiten worden aangeboden op het terrein van ouderengezondheidszorg, maar dat dit versnipperd is en lokaal sterk verschilt. Meer samenhang is nodig, met meer aandacht voor het bereiken van de doelgroep. Dit beeld wordt ondersteund door resultaten uit ander onderzoek.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}

Inventarisatie consultatiebureaus voor ouderen

Zoals gezegd, willen we naast dit algemene beeld, specifiek inzoomen op de zogenaamde consultatiebureaus voor ouderen (CbO's). De samenvatting van de inventarisatie van Vilans naar CbO's kunt u terugvinden in bijlage 1.⁸ Het initiatief voor het opstarten van een CbO ligt grotendeels bij thuiszorgorganisaties. Driekwart van de CbO's die zich zegt te richten op de kwetsbare doelgroep geeft aan dat dit slechts ten dele lukt. Tijdens het consult van een uur komen onderwerpen aan bod zoals gewicht, de lengte, BMI, bloeddruk en bloedsuiker. Er wordt veel aandacht besteed aan de psychische gezondheid, de leefstijl en het sociale welbevinden. Een derde deel van de ouderen krijgt op grond van het consult een verwijzing. Ouderen worden vooral verwezen naar de huisarts of de diëtist. Het CbO wordt vooral bezocht door de groep redelijk vitale ouderen. Kwetsbare ouderen maken er in mindere mate gebruik van. Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat er knelpunten bestaan. De financiering van het CbO blijkt een van de grootste knelpunten te zijn. Andere knelpunten zijn dat ouderen nog te weinig gebruik maken van het CbO; risicogroepen, zoals allochtone ouderen en ouderen met een lage sociaal economische status, zijn moeilijk te bereiken en er is onduidelijkheid over de effectiviteit van het CbO. Er is soms ook een gebrek aan samenhang en samenwerking (o.a. met huisartsen).

Ook uit andere studies over CbO's blijkt dat de effectiviteit ervan niet (voldoende) is aangetoond. De doelgroepen worden niet voldoende

¹ Gezond en wel ouder worden, Evidence-based richtlijnen voor gezondheidsbevordering. Verwey-Jonker Instituut, Nederland T, Vliet van K. Maart 2009.

² Preventie van vallen bij ouderen. Publieke gezondheid: Achtergrondstudie. Drewes JB. RVZ, Den Haag 2006.

³ Gezond en wel ouder worden, Evidence-based richtlijnen voor gezondheidsbevordering. Verwey-Jonker Instituut, Nederland T, Vliet van K., Maart 2009.

⁴ Quickscan Sport, bewegen en ouderen, WJH Mulier Instituut, Den Bosch 2009.

⁵ Tussenrapportage Integrale preventie in Limburg, de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van de consultatiefunctie Centrum voor Gezond Leven. Bilsen van PMA, Hamers JPH, Schols JMGA. Maastricht University, februari 2009.

⁶ Gezonder ouder worden, AGORA Academische werkplaats, Universiteit Wageningen, 2009.

⁷ Preventief gezondheidsonderzoek bij ouderen, effectonderzoek en procesevaluatie, GGD Zeeland en GGD Eemland, 2008.

⁸ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

bereikt en ook de beoogde gezondheidswinst bij ouderen kan niet worden vastgesteld.^{1, 2}

Onderzoek naar zorg- en welzijnsloketten

Aanleiding voor de motie van de leden Wolbert en Willemse-van der Ploeg was de aanbeveling van de Themacommissie Ouderenbeleid van uw Kamer om «consultatiebureaus te starten voor ouderen voor preventie, monitoring, signalering, informatie, advies en het leveren van diensten voor wonen, zorg en welzijn. (...)».³ De aanbeveling leidde tot discussie over een onwenselijke wildgroei van loketten. Het aanbod zou te versnipperd zijn en te weinig gericht op vraagverheldering van de klant. Bovendien zijn veel dezelfde aanbieders van zorg en welzijn in vele loketten vertegenwoordigd en dat zou de doelmatigheid niet bevorderen. Onderzoeksbureau HHM heeft onderzoek gedaan naar de zorg- en welzijnsloketten in Nederland. In bijlage 2⁴ zijn de conclusies en aanbevelingen van de onderzoekers samengevat. Men concludeert dat het mogelijk is om op lokaal niveau zowel de kwaliteit als de doelmatigheid van de loketten te verbeteren. Dit is te realiseren door een betere afstemming van taken tussen de verschillende loketten en aanbieders te organiseren zodat overlap voorkomen wordt en een betere kwaliteit van het aanbod gerealiseerd kan worden. Ook een betere verbinding met de eerstelijnszorg kan een kwaliteitsimpuls krijgen. Een betere PR en aandacht voor kwaliteitsinstrumenten kan de kwaliteit en de doelmatigheid van loketten vergroten. Een andere belangrijke conclusie is dat de verbinding tussen de aanbieders primair op lokaal niveau vorm moet krijgen. De rijksoverheid kan deze samenwerking wel bevorderen, aldus de onderzoekers.⁵

Uit verschillende bronnen komt een eenduidig beeld naar voren. Er is duidelijk aandacht voor de preventie activiteiten voor ouderen. Dit wordt geïllustreerd door de vele initiatieven in het land. Met name de samenwerking die tussen verschillende betrokken partijen tot stand is gekomen is interessant. Dit alles laat zien dat er op lokaal niveau al veel gebeurt wat als inspiratie kan dienen voor andere lokale partijen. Dit, gecombineerd met het feit dat de doelgroep ouderen vaak gebruik maakt van bestaande (lokale) voorzieningen zowel binnen (huisartsenzorg/thuiszorg) als buiten (maatschappelijke ondersteuning) de zorg, onderstreept dat het dus niet zozeer een kwestie is van het ontwikkelen van nieuw aanbod om de ouderengezondheidszorg te versterken. Het is meer een kwestie van het koppelen van preventieve gezondheidszorg voor ouderen aan reeds bestaande initiatieven of voorzieningen. Het is onwenselijk om weer een nieuw loket of bureau op lokaal niveau in het leven te roepen. Er kan beter worden aangesloten bij de leefwereld van de ouderen zelf. Dit kan worden bevorderd door ouderen zelf vaker bij de opzet van preventieve activiteiten te betrekken.

Het gaat er om bestaande voorzieningen en structuren beter op elkaar te laten aansluiten. De kwaliteit en de doelmatigheid van het aanbod kunnen worden verbeterd door meer afstemming tussen de activiteiten te realiseren. Die afstemming moet dan wel tot een duidelijke meerwaarde leiden voor ouderen.

Belangrijk punt van aandacht is dat het niet duidelijk is of risicogroepen bereikt worden en of interventies effectief zijn. Door meer aandacht te besteden aan de diversiteit onder ouderen en aandacht voor verbindingen tussen beleidsterreinen kunnen deze aspecten worden verbeterd.

¹ Preventief gezondheidsonderzoek bij ouderen, effectonderzoek en procesevaluatie, GGD Zeeland en GGD Eemland, 2008.

² Nieuwsbrief Primus, Academische werkplaats Public Health noordelijk Zuid-Holland, Dijk van A, december 2008.

³ Themacommissie Ouderenbeleid Tweede Kamer vergaderjaar 2005–2006 29 549. Nummer 5 aanbeveling 14

⁴ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

⁵ Quicksan loketten zorg en welzijn, Hoeksema, Homans & Menting (HHM), Enschede 7 april 2009, nr. IO/09/0945/molo.

3.3. Samenhang met andere wet- en regelgeving

Als derde stap brengen we de samenhang in kaart tussen preventieve gezondheidszorg voor ouderen zoals omschreven in artikel 5a Wpg en andere preventieve activiteiten vanuit de Wpg en andere wettelijke kaders. In artikel 5a Wpg gaat het om:

- a. het systematisch volgen en signaleren van de gezondheid van ouderen en gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- b. het ramen van de behoeften aan zorg;
- c. vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als co-morbiditeit¹;
- d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- e. het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

Hierbij merken we op dat de activiteiten zich zowel richten op de totale doelgroep 65+-ers (a, b en e) als op de individuele ouderen (c en d). De eerstgenoemden zijn al onderdeel van het algemene lokale gezondheidsbeleid; de twee laatstgenoemden hebben sterke linken met de niet-publieke gezondheidszorg (maatschappelijke ondersteuning, curatieve en langdurige zorg).

Hoewel het karakter en het doel van de verschillende wettelijke kaders van elkaar verschillen, bevatten ze instrumenten of arrangementen die gemeenten kunnen benutten bij het vormgeven van de ouderengezondheidszorg. Bovendien kiezen veel gemeenten ervoor hun gezondheidsbeleid te richten op specifieke doelgroepen. Ouderen behoren tot de meest door gemeenten genoemde doelgroep.² In de Wmo zijn verschillende wetten en regelingen gebundeld zodat gemeenten meer mogelijkheden hebben om regie te voeren over samenhangende activiteiten van aanbieders van zorg, wonen, welzijn en dienstverlening. Hierdoor kan een sluitende keten worden gevormd van zorg en ondersteuning en meer maatwerk worden gerealiseerd voor de klant.³ Daarnaast moet worden opgemerkt dat er duidelijke raakvlakken zijn tussen bepaalde wetten, zoals de Wpg en de Wmo. Dit komt ook tot uitdrukking in de gemeentelijke praktijk: zo combineert een groot aantal gemeenten de nota gezondheidsbeleid met de planvorming in het kader van de Wmo.

De onderdelen a, b en e komen grotendeels terug in andere bepalingen van de Wpg. Daarnaast hebben deze taken duidelijke raakvlakken met de Wmo. Ook aspect d heeft een sterke link met de Wmo (artikel 1 lid 1 onder g Wmo, prestatieveld 3). Aspect c en d kunnen (ook) gefinancierd worden uit de Zvw en/of de AWBZ als het op individuele basis plaatsvindt. Bij de Zvw en de AWBZ gaat het om geïndiceerde en zorggerelateerde preventie zoals het CVZ dat in zijn rapport «Van preventie verzekerd» onderscheidt.⁴

Voor een gedetailleerd overzicht van de samenhang tussen artikel 5a Wpg en andere wet- en regelgeving verwijzen wij u naar bijlage 3.⁵ Op basis van dit overzicht kunnen we concluderen dat andere wettelijke kaders raakvlakken hebben met, en reeds de mogelijkheid scheppen om, activiteiten uit te voeren op het gebied van preventieve gezondheid voor ouderen.

¹ In de toelichting worden decubitus, ondervoeding, uitdroging en smetplekken genoemd.

² Monitor Lokaal Gezondheidsbeleid, SGBO, oktober 2002.

³ MvT Wmo vergaderjaar 2004–2005, 30 131, nr. 3.

⁴ Zie begrippenlijst.

⁵ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

4. Rol van de overheid bij preventieve gezondheid voor ouderen

Op basis van het bovenstaande komen we tot de volgende invulling van het artikel 5a Wpg. Hiermee willen we duidelijk maken wat van gemeenten kan worden verwacht en hoe we onze eigen rol hierbij zien.

Lokale invulling noodzakelijk

Preventie bij ouderen is met name een kwestie van het bevorderen of behouden van hun zelfredzaamheid. Gezondheid, zelfredzaamheid en welbevinden beïnvloeden elkaar over en weer. De meeste ouderen zijn in principe in staat zelf voor hun gezondheid te zorgen en hun weg te vinden wanneer zij hulp nodig hebben. Dit houdt wel in dat er een samenhangend geheel van voorzieningen voor ouderen beschikbaar moet zijn. Daarnaast moeten we er rekening mee houden dat bepaalde groepen risico's lopen en dat sommige ouderen moeilijk te bereiken zijn. Juist voor deze groepen moet de overheid extra aandacht hebben.

Het blijkt dat er veel versnippering is en dat afstemming en regie belangrijk zijn. Op lokaal niveau zijn er grote verschillen. Het domein van de ouderengezondheidszorg omvat een brede hoeveelheid sectoren, zoals langdurende zorg, curatieve zorg, preventieve zorg en maatschappelijke ondersteuning, maar ook buiten de zorg zoals ruimtelijke ordening, veiligheid, etc. Om afstemmingsproblemen te voorkomen, is het belangrijk dat gemeenten zoeken naar verbindingen met deze sectoren. Juist op lokaal niveau kan naar samenwerking en het samengaan van belangen worden gezocht en gemeenten hebben daarbij een regie- en aanjaagrol. Gemeenten vervullen door het beter met elkaar verbinden van de betreffende actoren een belangrijke rol in de ouderenzorg, doordat zij het dichtst bij de burger staan en weten wat er leeft en wat werkt op de verschillende beleidsterreinen zoals wonen, welzijn en zorg. Op lokaal niveau kan maatwerk ontstaan, afgestemd op de specifieke lokale omstandigheden en de behoeften van specifieke groepen ouderen. Gemeenten doen er goed aan om lokale ouderenorganisaties meer bij het beleid te betrekken. Dit bevordert ook de effectiviteit van de interventies.¹

Bij deze regierol past, naar analogie van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, maximale beleidsvrijheid voor gemeenten ten aanzien van de praktische invulling van het artikel. Dit betekent dat wij vooralsnog geen nadere bepalingen via de Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) zullen aanbrengen. Dit sluit aan bij het algemeen ouderenbeleid zoals dit is uiteengezet in het Kabinetsstandpunt op het rapport «Lang zullen we leven». Het Kabinet zegt daarin geen voorstander te zijn van «het verzwaren van de bestuurlijke en politieke aansturing van het ouderenbeleid op rijksniveau. Het bevorderen van integraliteit en samenhang zal vooral op lokaal niveau, dicht bij de burger, moeten worden gerealiseerd».

Gemeenten zijn verschillend in hun aanbod en de mogelijkheden die ze tot hun beschikking hebben. Wil men de verbindende rol op een goede manier vervullen dan is het belangrijk in beeld te brengen wat de gezondheidstoestand van de ouderenpopulatie is, wat de grootste gezondheidsbedreigingen zijn en welk aanbod er lokaal beschikbaar is. Een aantal gemeenten gebruikt hiervoor de Monitor Gezondheid Ouderen die in samenspraak met GGD Nederland en het RIVM is ontwikkeld. Het is een uitdaging deze monitor te verbinden met de gebouwde en de sociale infrastructuur en met het welzijnsbeleid.

Verhouding gemeenten en Rijk

In de Wpg zijn de verantwoordelijkheden van de gemeenten en het Rijk vastgelegd ter zake van de publieke gezondheidszorg. Deze krijgen vorm in de zogenaamde preventiecyclus. Op basis van landelijk beschikbare epidemiologische gegevens brengt het RIVM elke vier jaar de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) uit. Op basis van de VTV stelt de Minister van VWS in de preventienota de landelijke prioriteiten vast. Vervolgens biedt deze preventienota aangrijpingspunten voor de nota's

¹ Preventie van vallen bij ouderen, Publieke gezondheid achtergrondstudies, Drewes JB, RVZ, Den Haag 6+5 2006

gemeentelijk gezondheidsbeleid. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe hoe gemeenten de publieke gezondheidszorg invullen.

Om de beoogde wisselwerking tussen de taken voor gemeenten en Rijk te versterken en de complementaire relatie te verduidelijken, zijn wij voornemens om met de wijziging van de Wpg, die in het najaar naar uw Kamer gaat, op te nemen dat de gemeenteraad de landelijke prioriteiten in acht neemt bij het vaststellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Concreet vragen wij het RIVM om in de VTV van 2010 afzonderlijk aandacht te besteden aan de gezondheidstoestand van ouderen. Vervolgens zullen wij in de landelijke nota gezondheidsbeleid, die wij eind 2010 zullen publiceren, een hoofdstuk opnemen over de landelijke speerpunten met betrekking tot ouderen. Daardoor is het mogelijk om vanuit het Rijk aangrijpingspunten te bieden voor gemeenten ten behoeve van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. De IGZ zal op haar beurt de cyclus completeren door na te gaan welke rol de gemeenten op het terrein van ouderengezondheidszorg spelen. Met de IGZ en andere betrokken partijen gaan wij in overleg om te komen tot geschikte indicatoren.

Aanjagen

Praktisch wordt aangesloten bij het meerjarig traject Gezond Lokaal-Centraal dat wij in samenwerking met de VNG en GGD-Nederland aan het opzetten zijn. Daarbij gaan wij uit van het beter op elkaar afstemmen van bestaande financiële middelen, bijvoorbeeld door bestaande en nieuwe ZonMw-programma's beter in te zetten om lokale activiteiten te versterken en meer samenhang te brengen tussen lokale initiatieven. Het traject is bedoeld om de bestuurlijke context van de openbare gezondheidszorg te versterken en lokale bestuurders meer te betrekken bij de gezondheid van de bevolking, onder andere door het verspreiden van goede voorbeelden, informatie verstrekken en eventueel het ontwikkelen van nieuwe instrumenten. Hierbij kan speciale aandacht aan de doelgroep ouderen worden besteed.

Daarnaast lopen er ook nog andere trajecten, bijvoorbeeld binnen de Wmo. Ten eerste noemen wij het actieplan «Beter (t)huis in de buurt».¹ Een deeltraject in het kader daarvan heet «Verbinden wonen welzijn en zorg». Gemeenten en hun samenwerkingspartners kunnen voor hulp bij vraagstukken rond lokale samenwerking en invulling van de regierol door de gemeente een beroep doen op adviseurs voor zowel collectieve (praktijkwerkplaatsen) als individuele ondersteuning. Ten tweede geeft de staatssecretaris samen met gemeenten en welzijnsorganisaties vorm aan een nieuw proactief welzijnsbeleid «welzijn nieuwe stijl».² Hiermee wordt een kwaliteitsimpuls van het welzijnsbeleid beoogd zodat bijvoorbeeld de sociale netwerken op lokaal niveau worden geïnterpreteerd. Ten derde zal de staatssecretaris samen met de publieke organisatie «Coalitie Erbij» een impuls geven aan de bestrijding van eenzaamheid onder ouderen.

Kennisinfrastructuur

Wij zullen met het Centrum Gezond Leven (RIVM) in overleg treden om informatie over gezondheidsbevorderende interventies specifiek gericht op ouderen via www.loketgezondleven.nl beschikbaar te maken en deze interventies te beoordelen op bruikbaarheid en effectiviteit. Indien noodzakelijk zullen we een handreiking laten ontwikkelen om gemeenten te ondersteunen bij het uitwerken van preventieve ouderengezondheidszorg. We onderzoeken of hierbij kan worden aangesloten bij de bijstelling van de handleidingen lokaal gezondheidsbeleid alcohol, overgewicht, depressie en roken die volgend jaar gepland is. Er wordt overwogen om

¹ Vaststelling van de begrotingsstaten van de begroting Wonen, Wijken en Integratie (XVIII) voor het jaar 2008, TK 2007–2008, 31 200 XVIII, nr. 48.

² Zorg en maatschappelijke ondersteuning, TK 2007–2008, 29 538, nr. 82.

valpreventie daarin een plaats te geven. Daarnaast komt ook veel kennis en informatie beschikbaar via bestaande ZonMw-programma's, zoals het vierde preventieprogramma, Preventiekracht Thuiszorg, Zichtbare Schakel: de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt, Gezonde Slagkracht, Op één lijn, Nationaal Programma Ouderenzorg en/of Academische werkplaats AGORA. Ook de stimuleringsprogramma's in het kader van sport en bewegen zijn mogelijke aangrijpingspunten voor gemeenten. In het kader van de Wmo zijn de kennisprogramma's Beter in Meedoen en de Kanteling van belang.

Kwaliteit van zorg

Een sterke ouderengezondheidszorg staat of valt met een goede kwaliteit van zorg. De rol van de gemeenten verschilt echter per zorgsector. De uitvoering van de Wmo is de directe verantwoordelijkheid van de gemeenten. Vanuit de Wmo heeft de gemeente de verantwoordelijkheid voor de samenhang tussen wonen, welzijn en zorg. Dit betekent dat de gemeenten zelf aan de slag kunnen om activiteiten vanuit de Wmo op een creatieve manier te verbinden met de uitvoering van ouderengezondheidszorg. Gemeenten hebben een directe invloed op de kwaliteit van de verleende zorg. Bij de Zvw en AWBZ ligt dit genuanceerder. Deze stelsels worden aangestuurd door verzekeraars en zorgkantoren. Zij maken afspraken met zorgaanbieders over omvang en kwaliteit van de zorg. De rol van gemeenten is beperkter. Dit betekent echter niet dat gemeenten niets kunnen doen. Zij hebben invloed bij het beschikbaar stellen en de aanschaf van panden of bouwgrond en bijvoorbeeld het aanleggen van parkeerterreinen ten behoeve van de eerstelijnszorg. Gemeenten hebben ook een wettelijke taak om hun activiteiten aan te laten sluiten op de curatieve zorg. Het versterken van ouderengezondheidszorg als concrete doelstelling zou hierbij als hefboom kunnen dienen.

Verbetering van de kwaliteit van zorg is een belangrijk aandachtspunt in ons beleid. In eerdere brieven hebben wij aangegeven hoe wij de eerstelijnszorg, zorg voor chronische ziekten en uitvoering van de AWBZ willen verbeteren.^{1, 2, 3} Preventie in het basispakket Zvw, letselpreventie, verbinding preventie en curatie, de invoering van zorgzwaartebekostiging en een nieuw bekostigingssysteem voor chronische zorg zijn daarbij belangrijk.^{4, 5, 6, 7} De patiënt staat hierbij centraal. Wij verwachten hier veel van en gaan er vanuit dat ouderen hier voor een groot deel van zullen profiteren.

Inwerkingtreding en financiële consequenties

Het is de bedoeling het wettelijk kader voor preventieve gezondheidszorg voor ouderen in 2010 in werking te laten treden.

Gezien de huidige economische omstandigheden zijn er geen extra middelen beschikbaar vanuit het Rijk. Daarnaast gaat het ook niet om een nieuwe taak voor gemeenten, maar om het effectief inzetten van bestaande middelen. Juist een efficiënte mix van bestaande financieringsmogelijkheden van gemeenten zelf en in andere sectoren, zal het creatieve proces op lokaal niveau versterken om voorzieningen en activiteiten beter af te stemmen op de behoeften en leefwereld van de ouderen. Dubbelingen, overlap en nieuwe voorzieningen die de doelgroep niet weet te vinden, moeten worden voorkomen. Als we zien wat er allemaal al gebeurt op lokaal niveau hebben we er alle vertrouwen in dat gemeenten hierin zullen slagen.

¹ Acute zorg, TK 2007–2008, 29 247, nr. 76.

² Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008, TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155.

³ Toekomst AWBZ, TK 2008–2009, 30 597, nr. 73.

⁴ Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), TK 2008–2009, 29 248, nr. 97.

⁵ Toekomst AWBZ, TK 2008–2009, 30 597, nr. 73.

⁶ Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008, TK 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 155.

⁷ Preventiebeleid voor de volksgezondheid, TK 2008–2009, 22 894, nr. 211.

Wij vertrouwen erop dat wij u middels deze brief voldoende hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Bussemaker