Panteia
Research to Progress

Research voor Beleid | EIM | NEA | IOO | Stratus | IPM

Preventieve gezondheidszorg voor ouderen

Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten

Eindrapport

Een onderzoek in opdracht van het Ministerie van VWS

Sonja van der Kemp en Paul Poortvliet

Projectnummer: BA4019

Zoetermeer, Oktober 2012

De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij Research voor Beleid. Het gebruik van cijfers en/of teksten als toelichting of ondersteuning in artikelen, scripties en boeken is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld. Vermenigvuldigen en/of openbaarmaking in welke vorm ook, alsmede opslag in een retrieval system, is uitsluitend toegestaan na schriftelijke toestemming van Research voor Beleid. Research voor Beleid aanvaardt geen aansprakelijkheid voor drukfouten en/of andere onvolkomenheden.

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusies 5

Totstandkoming beleid 5
Inhoud van het beleid 6
Rollen en taken 7
Ondersteuningsbehoefte 7
Slotconclusie 8

1 Inleiding 9

1.1 Achtergrond 9
1.2 Onderzoeksvragen 10
1.3 Onderzoeksmethode 11
1.4 Leeswijzer 12

2 Stand van zaken implementatie artikel 5a 13

2.1 Bekendheid met en overleg over artikel 5a 13
2.2 Wijze van overleg 14
2.3 Resultaat van overleg 15
2.4 Verankering in beleidsnota's 16
2.5 Conclusie 16

3 Invulling rol gemeente 19

3.1 Regierol 19
3.2 Verbindingen met andere beleidsterreinen 22
3.3 Beschikbaarheid financiële middelen 23
3.4 Conclusie 24

4 Invulling van het beleid 25

4.1 Activiteiten per taak 25
4.2 Pakket aan maatregelen 29

5 Ondersteuningsbehoefte 31

5.1 Bronnen van informatie 31
5.2 Bronnen van ondersteuning 32
5.3 Ervaren knelpunten in de praktijk 33
5.4 Conclusie 33

Bijlage 1 Figuur stand van zaken implementatie 35

Samenvatting en conclusies

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

In hoeverre hebben gemeenten artikel 5a van de Wet publieke gezondheid (Wpg), met als onderwerp de preventieve gezondheidszorg voor ouderen, opgepakt?

Dit onderzoek is er op gericht te beschrijven welk proces gemeenten hebben doorlopen rond artikel 5a en hoe het beleid is ingevuld. In dit onderzoek is niet ingegaan op de kwaliteit van het geformuleerde beleid en de resultaten die daarmee behaald worden.

In dit hoofdstuk trekken we de conclusies uit het onderzoek door de geformuleerde onderzoeksvragen te beantwoorden.

Totstandkoming beleid

1 In hoeverre en op welke wijze is de preventieve gezondheidszorg voor ouderen in het college van B&W en de gemeenteraad aan de orde geweest?
2 In hoeverre en op welke wijze is de preventieve gezondheidszorg voor ouderen bestuurlijk verankerd in beleidsnota's (zoals de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, de Wmo-nota, de ouderennota) of andere documenten?

Overleg over artikel 5a
Artikel 5a van de Wpg is in veel gemeenten (77%) besproken, maar nog lang niet overal. Vooral kleinere gemeenten blijven hierin achter. In deze gemeenten heeft het onderwerp geen prioriteit. Vijf procent van de beleidsmedewerkers is geheel niet bekend met artikel 5a.

Artikel 5a is in 46% van de gemeenten door het College van B&W besproken en in 32% van de gemeenten door de Gemeenteraad. Met het bespreken van dit onderwerp wordt in veel gemeenten gewacht totdat het is opgenomen in de nieuwe nota gezondheidsbeleid of een uitvoeringsplan.

Resultaat van overleg
De gemeenten die artikel 5a wel ambtelijk en/of bestuurlijk hebben besproken, zijn merendeels in te delen in één van de volgende categorieën:

- De gemeente is van mening met de bestaande activiteiten aan artikel 5a te voldoen en vindt aanvullende actie niet nodig.
- De gemeente heeft al actie ondernomen naar aanleiding van artikel 5a of is daarmee bezig.
- De gemeente heeft voornemens om artikel 5a op te nemen in de volgende nota gemeentelijk gezondheidsbeleid en wachten tot die tijd met de uitwerking van artikel 5a.

Een klein aantal gemeenten geeft geen prioriteit aan het artikel en heeft nog niet gespecificeerd wanneer men daar invulling aan gaat geven. Eén geïnterviewde gemeente is geheel niet voornemens actie te ondernemen naar artikel 5a, met als reden dat de gemeente geen beleid voor doelgroepen voert.

Verankering in beleidsnota's
Van de gemeenten die artikel 5a hebben besproken hebben 47% preventieve gezondheidszorg voor ouderen als specifiek onderwerp opgenomen in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Bij 52% van de gemeenten is het onderwerp (ook) opgenomen in andere beleidsnota's. Veelal is dit de Wmo-nota.

Inhoud van het beleid

3 Op welk soort problematiek richten gemeenten zich bij de invulling van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen?
4 Welke verbindingen/contacten zijn gelegd met andere beleidsvelden (bijv. Wmo) of met andere partijen (bijv. eerstelijnszorg, welzijn, woningbouw)?

Invulling van het beleid
De kern van het beleid rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen bestaat bij veel gemeenten uit de elementen:
- Onderzoek door de GGD (voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van ouderen en de behoeften aan zorg).
- Huisbezoeken bij ouderen (voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand, de behoeften aan zorg en de opsporing en preventie van specifieke stoornissen).
- Een aanbod van preventieve activiteiten, zoals beweegactiviteiten voor ouderen of activiteiten ter bestrijding van eenzaamheid.
- Afstemmingsoverleg met lokale aanbieders van zorg en welzijn.

Per gemeente verschilt wel de invulling van deze activiteiten. Zo kunnen huisbezoeken worden uitgevoerd door professionals en/of vrijwilligers en kunnen de onderwerpen die in de gesprekken aan de orde komen verschillen. Ook zijn er gemeenten die (daarnaast) andere activiteiten ondernemen. Vaak is het beleid een combinatie van specifiek beleid voor ouderen (zoals huisbezoeken) en algemeen preventiebeleid (zoals activiteiten die voor een breed publiek toegankelijk zijn).

Het grootste deel van de gemeenten stelt dat het beleid rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen door artikel 5a weinig of niet is veranderd. Deze gemeenten zijn van mening dat ze ouderen al voldoende in beeld hadden binnen hun gezondheidsbeleid en Wmo-beleid. Een minderheid ziet concrete invloed van artikel 5a, zoals de aanstelling van een ouderenadviseur. Bovendien stimuleert het artikel de preventieve activiteiten voor ouderen explicieter te benoemen, wat uiteindelijk wel tot nieuwe inzichten kan leiden.

Verbindingen met andere beleidsvelden en partijen
Het beleid rond de preventieve gezondheidszorg voor ouderen is bij de meeste gemeenten nauw verbonden met het Wmo-beleid. Zo worden welzijnsorganisaties en ouderenorganisaties ingezet voor het uitvoeren van huisbezoeken.

Rollen en taken

5 Op welke wijze geeft de gemeente haar coördinerende rol in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen vorm?
6 Welke rol heeft de GGD in de uitwerking van het beleid?
7 In hoeverre zijn er door de gemeente budgetten beschikbaar gesteld voor preventieve gezondheidszorg voor ouderen?

Vormgeving coördinerende rol
De gemeenten die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a geven vooral invulling aan hun rol in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen door het leggen van contacten met (85%) en het bijeenbrengen van (72%) relevante partijen, zoals zorg- en welzijnsorganisaties en ouderenorganisaties. Ook brengen gemeenten vaak de behoefte aan (80%) en het aanbod van (78%) voorzieningen in kaart. Door het verstrekken van subsidies en het maken van afspraken over de uitvoering van activiteiten voor ouderen, stuurt 60% van de gemeenten bovendien op het bereiken van ouderen.

Rol van de GGD
Van de gemeenten die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a heeft 10% de regierol op het beleidsproces in het kader van artikel 5a in zijn geheel belegd bij de GGD. Daarnaast voert 11% van de gemeenten de regie samen met een andere partij, meestal de GGD.
De GGD speelt in de meeste gemeenten primair een rol in het aanleveren van informatie over de gezondheidssituatie van de inwoners, waaronder ouderen. De GGD krijgt door gemeenten daarnaast verschillende rollen toebedeeld, zoals: opsteller van een regionale nota gezondheidsbeleid, adviseur bij het opstellen van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, uitvoerder van onderzoek naar het aanbod aan voorzieningen voor ouderen, voorzitter van een overlegstructuur met partijen in zorg en welzijn en/of uitvoerder van specifieke projecten.

Beschikbaarheid financiële middelen
In 27% van de gemeenten die actie ondernemen naar aanleiding van artikel 5a of waarbij het beleid al aan artikel 5a voldeed, is een specifiek budget beschikbaar voor de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. In de meeste gemeenten maakt de preventie gericht op ouderen onderdeel uit van het totale gezondheidsbeleid en/of Wmo-beleid en zijn geen specifieke financiële middelen beschikbaar.

Ondersteuningsbehoefte

8 Welke ondersteuningsbehoefte hebben gemeenten bij het geven van invulling aan de preventieve gezondheidszorg voor ouderen?

Van alle gemeenten die bekend zijn met artikel 5a heeft 33% behoefte aan meer informatie over de invulling van het beleid rond preventieve ouderengezondheidszorg. Daarnaast heeft 18% behoefte aan meer ondersteuning.

De meeste gemeenten zijn van mening dat ze zelf, eventueel in samenwerking met gemeenten in de regio of met ondersteuning van de GGD, goed in staat zijn invulling te geven

aan artikel 5a. Aandachtspunt hierbij is wel dat niet voor alle gemeenten voldoende duidelijk is wat er van hen wordt verwacht in het kader van artikel 5a. Verder zijn beleidsmedewerkers vooral geïnteresseerd in goede voorbeelden van (vergelijkbare) andere gemeenten.

Een knelpunt waar veel gemeenten zelf geen goede oplossing voor weten is hoe ze partijen waar ze geen directe subsidierelatie mee hebben, zoals huisartsen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars, bij de preventieve zorg kunnen betrekken. Ook zoeken gemeenten naar mogelijkheden om de doelgroep ouderen (nog) beter in beeld te krijgen.

Slotconclusie

We kunnen concluderen dat veel gemeenten artikel 5a oppakken of dat van plan zijn. Nog niet alle gemeenten zijn weliswaar even ver gevorderd met het verwerken van het onderwerp in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid en het formuleren van eventuele concrete maatregelen. Daarbij speelt een rol dat veel gemeenten wachten met de uitwerking totdat de nieuwe nota gemeentelijk gezondheidsbeleid moet worden opgesteld.

De gemeenten die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a (waaronder gemeenten die hebben geconcludeerd dat het bestaande beleid al voldeed aan het artikel) zijn doorgaans van mening dat ze met het bestaande beleid al voor een groot deel voldeden aan artikel 5a. Gemeenten noemen bijvoorbeeld de ouderenmonitor van de GGD, huisbezoeken bij ouderen en overleg met lokale aanbieders van zorg en welzijn als bestaande maatregelen. Deze gemeenten zijn dan ook in beperkte mate nieuwe dingen gaan doen in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Wel heeft artikel 5a gemeenten aangemoedigd kritisch te bekijken in hoeverre ouderen aan bod komen in het gezondheidsbeleid van de gemeente.

We hebben geconstateerd dat gemeenten de relevantie van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen voor hun gemeente erkennen. De meeste gemeenten houden zich bezig met de vraag hoe ze in kunnen spelen op het toenemende aantal ouderen in hun gemeente en de kosten voor het gebruik van voorzieningen kunnen beperken. Preventie kan daarin een belangrijke rol vervullen. Dit is mogelijk een aanknopingspunt om de gemeenten die tot nu toe geen actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a daartoe te motiveren.

Daarnaast kunnen de gemeenten bij de invulling van het beleid vooral ondersteund worden door concrete voorbeelden van maatregelen die de gemeente kan nemen, mogelijkheden om de effectiviteit van de maatregelen te verbeteren (zoals het bereik onder ouderen) en mogelijkheden om huisartsen bij het overleg over preventieve zorg te betrekken.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Artikel 5a Wet publieke gezondheid (Wpg), met als onderwerp de preventieve gezondheidszorg voor ouderen, is op 1 juli 2010 in werking getreden. Dit artikel bepaalt dat het college van burgemeester en wethouders zorg draagt voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Het college moet in ieder geval zorg dragen voor:

- Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren.
- Het ramen van de behoeften aan zorg.
- De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit.
- Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

Het Ministerie van VWS benadrukt de raakvlakken met andere wetgeving en de mogelijkheden om verschillende wetten en regelingen met elkaar te combineren om tot een samenhangende preventieve gezondheidszorg voor ouderen te komen. Het gaat in dit wetsartikel niet zozeer om nieuwe taken onder de verantwoordelijkheid van gemeenten, maar vooral om de rol van gemeenten om zaken aan elkaar te verbinden, regie te voeren en bestaande middelen effectief in te zetten. Er zijn geen extra middelen voor beschikbaar gesteld vanuit het Rijk. Het gaat om een algemene bevorderingstaak, zodat gemeenten maximale beleidsvrijheid hebben bij de invulling van dit beleid. Het beleid wordt getoetst door de Gemeenteraad.

Het monitoren van de gezondheid van ouderen, het maken van behoefteramingen en het formuleren van lokaal beleid voor ouderen zijn activiteiten die al langer deel uitmaakten van het gezondheidsbeleid van gemeenten. Niet alleen binnen andere bepalingen van de Wpg, maar ook in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). De activiteiten gericht op vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen en op het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding zijn direct gericht op individuele ouderen. Deze activiteiten kunnen ook vallen onder de Wmo, maar ook onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), die gericht zijn op respectievelijk de curatieve en langdurende zorg.

De overheid draagt een systeemverantwoordelijkheid en wil vanuit die rol een vinger aan de pols houden. Het Ministerie van VWS wil met dit onderzoek inzichtelijk maken wat de huidige stand van zaken is van de wijze waarop gemeenten artikel 5a oppakken.

1.2 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt:

In hoeverre hebben gemeenten artikel 5a van de Wet publieke gezondheid (Wpg), met als onderwerp de preventieve gezondheidszorg voor ouderen, opgepakt?

Het onderzoek is er op gericht te beschrijven welk proces gemeenten hebben doorlopen rond artikel 5a en welke uitwerking dit heeft op de invulling van het beleid. In dit onderzoek is niet ingegaan op de kwaliteit van het geformuleerde beleid en de resultaten die daarmee behaald worden.

De centrale onderzoeksvraag is uitgesplitst in een aantal deelvragen:

Totstandkoming beleid

1 In hoeverre en op welke wijze is de preventieve gezondheidszorg voor ouderen in het college van B&W en de gemeenteraad aan de orde geweest?
2 In hoeverre en op welke wijze is de preventieve gezondheidszorg voor ouderen bestuurlijk verankerd in beleidsnota's (zoals de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, de Wmo-nota, de ouderennota) of andere documenten?

Inhoud van het beleid

3 Op welk soort problematiek richten gemeenten zich bij de invulling van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen?
4 Welke verbindingen/contacten zijn gelegd met andere beleidsvelden (bijv. Wmo) of met andere partijen (bijv. eerstelijnszorg, welzijn, woningbouw)?

Rollen en taken

5 Op welke wijze geeft de gemeente haar coördinerende rol in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen vorm?
6 Welke rol heeft de GGD in de uitwerking van het beleid?

Financiering

7 In hoeverre zijn er door de gemeente budgetten beschikbaar gesteld voor preventieve gezondheidszorg voor ouderen?

Ondersteuningsbehoefte

8 Welke ondersteuningsbehoefte hebben gemeenten bij het geven van invulling aan de preventieve gezondheidszorg voor ouderen?

1.3 Onderzoeksmethode

Telefonische enquête

De stand van zaken rond de implementatie van artikel 5a Wpg is in kaart gebracht door een telefonische enquête onder beleidsmedewerkers op het terrein publieke gezondheid van de Nederlandse gemeenten. De steekproef is gestratificeerd naar gemeentegrootte, zodat een goed beeld wordt verkregen van de situatie in zowel grote als kleine gemeenten. De gemeenten zijn per grootteklasse aselect benaderd. In totaal zijn telefonische interviews uitgevoerd met beleidsmedewerkers van 181 gemeenten. De verdeling van de respons over de grootteklassen is weergegeven in tabel 1.1.

Tabel 1.1 Omvang populatie en respons op de telefonische enquête, uitgesplitst naar grootteklasse

Inwoneraantal gemeente	Omvang populatie	Netto respons
< 20.000	153	65
20.000 – 50.000	192	64
50.000 – 100.000	44	31
> 100.000	26	21
Totaal	415	181

De resultaten van de enquête zijn bij de analyse gewogen naar de verdeling van de grootteklassen in de populatie. De in dit rapport genoemde percentages geven daardoor een representatief beeld van de situatie in het totaal van alle Nederlandse gemeenten.

Daar waar sprake was van aanzienlijke en voor de duiding van de resultaten relevante verschillen tussen verschillen tussen grotere en kleinere gemeente, is dit in het rapport vermeld.

Verdiepende interviews

De resultaten van de enquête zijn aangevuld met telefonische interviews met beleidsmedewerkers publieke gezondheid en wethouders. Het doel was hiermee een verdiepend inzicht te krijgen in de wijze waarop gemeenten artikel 5a van de Wpg implementeren en eventuele knelpunten waar ze tegenaan lopen. Bij de selectie van gemeenten hebben we de volgende criteria gehanteerd:

- 3 gemeenten die artikel 5a hebben besproken maar (voorlopig) geen actie ondernemen,
- 1 gemeente die artikel 5a heeft besproken maar nog niet tot een conclusie is gekomen,
- 6 gemeenten die artikel 5a hebben besproken en hierop actie hebben ondernomen of gaan ondernemen.

In aanvulling op deze criteria hebben we casussen geselecteerd uit verschillende provincies en grootteklassen[1], waaronder één van de grootste gemeenten (> 200.000 inwoners). Bo-

[1] De casussen zijn als volgt verdeeld over de grootteklassen: 3 gemeenten met <20.000 inwoners, 3 gemeenten met 20.000-50.000 inwoners, 2 gemeenten met 50.000-100.000 inwoners en 2 gemeenten met >100.000 inwoners.

vendien is één gemeente uit een krimpgebied in de selectie betrokken.

Bij de tien geselecteerde gemeenten hebben we gesproken met de beleidsmedewerker. Bij zes van deze gemeenten is tevens gesproken met de verantwoordelijke wethouder. Bij drie gemeenten zijn de vragen over de bestuurlijke insteek voorgelegd aan de beleidsmedewerker. Voor één gemeente, waarvan de wethouder niet bereid was tot medewerking aan het onderzoek, is een vervangend interview gehouden met een wethouder van een gemeente die aan dezelfde selectiecriteria voldeed.

1.4 Leeswijzer

In dit rapport komt in hoofdstuk 2 de stand van zaken rond de implementatie van artikel 5a in de gemeenten aan de orde. Zijn ze bekend met het artikel en hebben ze het intern besproken? En ondernemen ze actie? In hoofdstuk 3 gaat in op de wijze waarop gemeenten hun rol invullen, terwijl in hoofdstuk 4 de invulling van het beleid aan de orde komt. In hoofdstuk 5 beschrijven we ten slotte in hoeverre er bij gemeenten sprake is van een ondersteuningsbehoefte bij de implementatie van artikel 5a.

De uitspraken over alle Nederlandse gemeenten zijn gebaseerd op de resultaten van de telefonische enquête. We illustreren en verduidelijken deze gegevens met informatie uit de verdiepende interviews. Voorbeelden van specifieke gemeenten zijn in de kaders weergegeven. Citaten uit de verdiepende interviews zijn cursief weergegeven.

De in dit rapport genoemde absolute aantallen hebben betrekking op het aantal gemeenten dat daadwerkelijk is bevraagd in de telefonische enquête. De resultaten van de telefonische enquête zijn bij de analyse gewogen naar grootteklasse van de gemeenten. Daarmee geven de in dit rapport genoemde percentages een totaalbeeld van alle Nederlandse gemeenten.

2 Stand van zaken implementatie artikel 5a

Dit hoofdstuk beschrijft de stand van zaken rond de implementatie van artikel 5a in de Nederlandse gemeenten. In bijlage 1 zijn enkele kerngegevens uit dit hoofdstuk samengevat in één figuur.

2.1 Bekendheid met en overleg over artikel 5a

Van alle Nederlandse gemeenten heeft ruim driekwart (77%) artikel 5a na 1 juli 2010 binnen de gemeente besproken. In 19% van de gemeenten is dit niet gebeurd en nog eens 4% van de beleidsmedewerkers weet niet of dit is gebeurd. Gemeenten die artikel 5a nog niet hebben besproken zijn vrijwel allemaal gemeenten met minder dan 50.000 inwoners.

De gemeenten die het artikel nog niet besproken hebben (19% van alle gemeenten) voeren daarvoor verschillende redenen aan. De door gemeenten meest genoemde reden (5 % van alle gemeenten) is dat de beleidsmedewerker artikel 5a niet kent. Daarnaast heeft het onderwerp voor sommige gemeenten geen prioriteit (4%). Andere redenen die gemeenten aanvoeren zijn: dat het artikel eerst regionaal wordt opgepakt (3 %), dat de gemeente al voldoende doet op dit punt (2%), dat de gemeente er geen tijd voor heeft (2%), dat de beleidsmedewerker nog maar kort bij de gemeente werkt (2%) of dat de gemeente geen specifiek doelgroepenbeleid heeft (1%).

Als we deze gegevens combineren geeft dit het volgende beeld over de bekendheid met en het bespreken van artikel 5a van de Wpg bij alle Nederlandse gemeenten:

Tabel 2.1 Bekendheid met en bespreken van artikel 5a Wpg bij Nederlandse gemeenten (n=181)

Bekendheid	Besproken binnen gemeente	%
De gemeente kent artikel 5a niet		5%
De gemeente kent artikel 5a wel	Het artikel is op enigerlei wijze binnen de gemeente besproken	77%
	Het artikel is (nog) niet besproken	14%
	De beleidsmedewerker weet niet of het artikel is besproken	4%
		100%

Van de gemeenten die artikel 5a (nog) niet hebben besproken (19% van alle gemeenten) verwacht 44% (8% van alle gemeenten) het artikel in 2012 alsnog op te pakken en 9% (2 % van alle gemeenten) verwacht dit in 2013 te doen. Bij 47% van deze gemeenten (9% van alle gemeenten) is nog niet bekend wanneer dit zal gebeuren.

2.2 Wijze van overleg

De gemeenten die artikel 5a binnen de gemeente hebben besproken, is gevraagd op welke niveaus dit is gebeurd. Het resultaat is weergegeven in tabel 2.2. Artikel 5a is in de meeste gemeenten ambtelijk besproken en tevens met de verantwoordelijk wethouder. In veel gemeenten is het artikel echter (nog) niet met het College en de Raad besproken.

Tabel 2.2 Niveaus waarop artikel 5a binnen gemeenten is besproken (n=143)

	Ja	Nee	Weet niet
Ambtelijk	96%	3%	1%
Met de verantwoordelijk wethouder	87%	11%	3%
In het College van B&W	46%	43%	11%
In de Gemeenteraad	32%	59%	10%

Uit de verdiepende interviews met beleidsmedewerkers blijkt dat het onderwerp pas besproken zal worden in het College van B&W en de Gemeenteraad zodra het is opgenomen in de nieuwe nota gemeentelijk gezondheidsbeleid of in een uitvoeringsplan. Verschillende gemeenten zijn op dit moment bezig met het opstellen van deze nota of hebben dit voor de nabije toekomst gepland.

De wethouders en beleidsmedewerkers van gemeenten waarin artikel 5a al in het College en de Raad aan de orde is geweest, zeggen dat dit onderdeel (als onderdeel van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid of Wmo-nota) soepel gepasseerd is. Het heeft niet geleid tot specifieke vragen over de preventieve gezondheidszorg voor ouderen of een aanpassing van het in de nota beschreven beleid. De beleidsmedewerkers en wethouders zijn doorgaans van mening dat er bij alle partijen voldoende draagvlak is voor de gekozen aanpak.

Gemeente met <20.000 inwoners
De gemeente heeft in haar nota gemeentelijk gezondheidsbeleid een passage over artikel 5a Wpg overgenomen uit de door de GGD opgestelde regionale nota gezondheidsbeleid. De gemeentelijke gezondheidsnota is als geheel besproken door het college van B&W en de Gemeenteraad. *"In alle gremia was de nota lokaal gezondheidsbeleid een hamerstuk. De Wmo-nota was tegelijkertijd aan de orde. Daar voelen politici zich meer verwant mee."* (wethouder) De Wmo-raad beoordeelt ook de lokale nota's. Zij hebben wel bijzondere aandacht besteed aan artikel 5a en hebben aangegeven de geformuleerde ambitie van "meer gezonde en zelfredzame ouderen" te algemeen te vinden. De gemeente heeft naar aanleiding hiervan besloten de GGD een quick scan uit te laten voeren van het aanbod van voorzieningen in relatie tot de vraag. De gemeente wacht de resultaten hiervan af voordat beslissingen worden genomen over het vervolg.

Gemeente met 20.000-50.000 inwoners
Het gezondheidsbeleid is uitgebreid aan de orde geweest in het College van B&W. *"Gezondheidsbeleid staat de laatste tijd meer op de lokale agenda. Bij het college is er behoorlijk veel draagvlak voor het hele traject gezondheid / Wmo. Er wordt steeds minder gesproken over lantarenpalen en meer over de zachte kant."* De andere wethouders praten mee over de voorgestelde aanpak. Een belangrijk onderwerp daarbij is hoe ver je moet gaan als gemeente om de gezondheid te beïnvloeden. Dit heeft ook betrekking op de rol van de seniorenadviseur die huisbezoeken uitvoert.

De relevante beleidsdocumenten zijn ook door de Gemeenteraad behandeld. De Gemeenteraad vraagt vooral aandacht voor thema's als dementie en mantelzorg. Dat zijn belangrijke onderdelen in het beleid rond zorg en welzijn. De Gemeenteraad en het College worden goed geïnformeerd door speciale themabijeenkomsten, waar een onderwerp grondig kan worden doorgesproken. Dit jaar heeft in de gemeente twee keer een bijeenkomst plaatsgevonden over het gezondheidsbeleid.

2.3 Resultaat van overleg

Van de gemeenten die artikel 5a binnen de gemeente hebben besproken, heeft 63% de conclusie getrokken actie te gaan ondernemen op dit punt. 9% is tot de conclusie gekomen geen actie te ondernemen en tevens onderneemt 20% voorlopig geen actie en agendeert het later opnieuw. Ten slotte is 7% van deze gemeenten nog niet tot een conclusie gekomen over artikel 5a. In bijlage 1 is weergegeven hoe deze percentages zich verhouden tot het totaal van alle Nederlandse gemeenten.

Gemeenten die (voorlopig) geen actie ondernemen of geen conclusie hebben getrokken kunnen overigens wel degelijk actief zijn op het vlak van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Zo noemt 43% van de gemeenten die (voorlopig) geen actie ondernemen daarvoor als reden dat het bestaande beleid al voldeed aan artikel 5a. Bij 8% van deze gemeenten heeft het onderwerp geen prioriteit, 6% heeft een gebrek aan budget en/of tijd. De overige 42% van deze gemeenten geeft als voornaamste reden om (voorlopig) geen actie te ondernemen dat het onderwerp in de volgende nota gemeentelijk gezondheidsbeleid zal worden verwerkt. Een enkeling noemt daarnaast dat het verwerkt wordt in een andere nota of dat men in afwachting is van gegevens van de GGD. Eén gemeente zegt bewust geen specifiek beleid voor doelgroepen te voeren, maar zich te richten op de participatie van alle inwoners.

Van de gemeenten waarbij het bestaande beleid al voldeed aan artikel 5a (n=44), baseert 79% deze conclusie op de inschatting van betrokkenen binnen de gemeenten. Bij 35% van de gemeenten hebben gesprekken met andere betrokken partijen een rol gespeeld en bij 22% van de gemeenten is de conclusie (mede) gebaseerd op uitkomsten van onderzoek.

Gemeente met >100.000 inwoners
Deze gemeente heeft ervoor gekozen geen specifiek beleid te formuleren naar aanleiding van artikel 5a. De gemeente is al langer bezig met preventieve gezondheidszorg. Er is een uitvoeringsprogramma voor 2010-2011 en een Nota Lokaal Gezondheidsbeleid voor 2010-2015. Door de krimp waar gemeenten in de regio mee te maken hebben, zijn ouderen en bereikbaarheid grote problemen. De gemeente voert daarop een integraal gezondheidsbeleid. Binnen dit beleid zijn ouderen en in het bijzonder ouderen met een laag inkomen een speerpunt. De gemeente is van mening dat ze met dit beleid al voldoet aan artikel 5a.

Gemeente met 20.000-50.000 inwoners
De gemeente heeft ouderen altijd al als speerpunt gehad. De verwachting is namelijk dat de regio snel gaat vergrijzen. De gemeente heeft lang een specifieke beleidsmedewerker voor ouderenbeleid gehad. Dat is nu geïntegreerd in de Wmo. In het ouderenbeleid was er ook al aandacht voor preventie, vooral voor het bieden van goede informatie en advies. Een ontwikkeling van de laatste paar jaar is dat de gemeente voor meer afstemming zorgt tussen de adviesfunctie van de Wmo en de seniorenadvisering. Dat er seniorenadviseurs beschikbaar zijn is iets van de laatste jaren. Dit is mede naar aanleiding van artikel 5a tot stand gekomen.

"Ouderen waren in andere artikelen van de Wpg en WCPV als onderdeel van de totale populatie altijd al een doelgroep van de gemeente. Ze zaten er altijd in. Ook is er de link naar de Wmo." "De gemeente doet vanuit de Wmo veel op het welzijnsvlak en dat loopt over in preventie. De ouderenmonitor was er al. Artikel 5a heeft geen toegevoegde waarde." (beleidsmedewerker, gemeente met >100.000 inwoners)

2.4 Verankering in beleidsnota's

Aan de gemeenten die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a én de gemeenten die geen actie hebben ondernomen omdat het beleid al aan artikel 5a voldeed (n=115), hebben we gevraagd of ze de preventieve gezondheidszorg voor ouderen hebben verwerkt in gemeentelijke beleidsnota's.

Nota gemeentelijk gezondheidsbeleid

Daaruit blijkt dat bij 47% van deze gemeenten (n=115) de preventieve zorg voor ouderen een specifiek onderwerp is in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Bij 51% is dat (nog) niet het geval.

Bij zo'n driekwart van de gemeenten die het nog niet in de nota opgenomen hebben staat het waarschijnlijk (24%) of zeker (47%) op de planning voor de volgende versie van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Bij een vijfde is dit waarschijnlijk (8%) of zeker (11%) niet het geval. Nog eens 10% weet niet of het onderwerp in de volgende nota komt.

Gemeente met >100.000 inwoners

De gemeente is voornemens artikel 5a op te nemen in de volgende nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, die naar verwachting eind 2012 gereed zal zijn. De wijkgerichte aanpak zal het uitgangspunt zijn voor het vormgeven van deze nota. Er zal geen aanpak per doelgroep worden beschreven. Bij het beschrijven van de wijze waarop de gemeente voldoet aan de wet, zal artikel 5a ook aan de orde komen. De invulling daaraan wordt gegeven door te beschrijven wat zich in wijken afspeelt. Daarnaast komen onderwerpen als het regionale dementienetwerk en de zichtbare schakels aan de orde. Dit zal worden gekoppeld aan bevindingen uit de monitor van de GGD.

Andere beleidsnota's

Bij 52% van de gemeenten (n=115) is het onderwerp van preventieve gezondheidszorg van ouderen nu (ook) al opgenomen in andere beleidsnota's. Bij 22% van de gemeenten is dit nog niet het geval, maar wel gepland. Het gaat in de meeste gevallen (74%) om de Wmo-nota, daarnaast noemt 17% van de gemeenten de ouderennota. Andere nota's die worden genoemd zijn: sport, informele zorg, sociale structuur visie, leefbaarheid en ondersteuning, wijkaanpak, veranderagenda zorg en welzijn, decentralisatie AWBZ, kwetsbare burgers, krimp en ruimtelijke ordening, wonen-welzijn-zorg en ouderen- en gehandicaptenbeleid.

2.5 Conclusie

Artikel 5a van de Wpg is in veel gemeenten (77%) besproken, maar nog lang niet overal. Vooral kleinere gemeenten blijven hierin achter. In deze gemeenten heeft het onderwerp geen prioriteit. Een aantal beleidsmedewerkers is niet bekend met artikel 5a.

De gemeenten die artikel 5a wel hebben besproken, zijn merendeels in te delen in één van de volgende categorieën:

- De gemeente is van mening met de bestaande activiteiten aan artikel 5a te voldoen en vindt aanvullende actie niet nodig.
- De gemeente heeft al actie ondernomen naar aanleiding van artikel 5a of is daarmee bezig.
- De gemeente heeft voornemens om artikel 5a op te nemen in de volgende nota gemeentelijk gezondheidsbeleid en wacht tot die tijd met de uitwerking van artikel 5a.

Bij een klein deel van deze gemeenten is nog onduidelijk of en wanneer ze invulling willen geven aan artikel 5a.

We kunnen concluderen dat veel gemeenten artikel 5a oppakken of dat van plan zijn. Nog niet alle gemeenten zijn weliswaar even ver gevorderd met het verwerken van het onderwerp in de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid en het formuleren van eventuele concrete maatregelen. Daarbij speelt een rol dat veel gemeenten wachten met de uitwerking totdat de nieuwe nota gemeentelijk gezondheidsbeleid moet worden opgesteld.

3 Invulling rol gemeente

Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop gemeenten invulling geven aan hun rol in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Het gaat hierbij om het proces: Welke activiteiten ondernemen gemeenten om invulling te geven aan hun regierol? Welke verbindingen leggen ze met andere beleidsterreinen? Verbinden gemeenten specifieke financiële middelen aan de preventieve gezondheidszorg voor ouderen?

3.1 Regierol

Rolopvatting

Van de gemeenten die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a (n=94), voert driekwart (76%) zelf de regie op het beleidsproces. Daarnaast voert 11% van de gemeenten de regie samen met een andere partij, meestal de GGD. Een enkele gemeente werkt samen met een zorg- of welzijnsorganisatie. 10% van de gemeenten heeft de regierol in zijn geheel belegd bij de GGD. Ten slotte heeft 2% van de gemeenten de regierol in het kader van artikel 5a nog niet belegd.

Gemeente met <20.000 inwoners

De gemeente ziet voor zichzelf een rol als “een linking pin tussen de ketenpartners”. De gemeente kijkt wat de verschillende organisaties doen en probeert te voorkomen dat ze dingen dubbel doen. Eens in de 1 à 2 jaar organiseert de gemeente daarvoor een bijeenkomst met de partijen uit de eerstelijnszorg. Daar wordt een actueel thema besproken en krijgt de gemeente veel informatie over waar zorginstellingen tegenaan lopen. Eén keer in de vier jaar wordt regionaal een zelfde bijeenkomst georganiseerd met de regionale instellingen.

Gemeente met >100.000 inwoners

De gemeente ziet het vooral als haar rol om te verbinding zorg-preventie-welzijn te versterken. De gemeente heeft 3 à 4 keer per jaar overleg met een brede projectgroep op het gebied van zorg en welzijn. De gemeente en de GGD zijn samen de trekkers van het overleg. Aan het overleg nemen o.a. zorgaanbieders in de eerste lijn, thuiszorgorganisaties, welzijnsorganisaties, verslavingszorg en ouderenorganisaties deel. In dit overleg komen ook allerlei onderwerpen rond preventie aan de orde. De gemeente benoemt verder dat het overgaan van de financiële middelen voor de Zichtbare Schakel naar het gemeentefonds voor de gemeente mogelijkheden biedt meer te sturen op de inzet.

Gemeente met >100.000 inwoners

De gemeente geeft sturing en coördinatie door subsidiëring van instellingen, de GGD heeft daarbij een belangrijke rol. Bij de GGD zijn gezondheidsmakelaars in dienst die een centrale functie vervullen, ook bij preventieve ouderenzorg.

Daarnaast heeft een van de medewerkers van de gemeente ook een aanstelling bij de universiteit. Hiermee is vanuit de gemeente een relatie gelegd met een goede kennisinfrastructuur. Ook vanuit de universiteit is aandacht voor preventieve ouderenzorg. Het gaat dan bijvoorbeeld over de ketenaanpak dementie.

Samen met het zorgkantoor, de zorgverzekeraar en zorgaanbieders werkt de gemeente aan een samenhangend zorgaanbod. Een speerpunt is bijvoorbeeld de opzet van een basis GGZ, ook voor ouderen. Een voorbeeld van een van de speerpunten is het tegengaan van eenzaamheid. Van de ouderen heeft 40% te kampen met eenzaamheid.

Activiteiten

De activiteiten die gemeenten ondernemen in het beleidsproces rond artikel 5a zijn weergegeven in tabel 3.1. Het gaat hierbij alleen om de gemeenten die artikel 5a hebben besproken en hebben besloten daarop actie te ondernemen.

Tabel 3.1 Activiteiten die tot nu toe zijn ondernomen in het beleidsproces rond artikel 5a (n=94) (meer antwoorden mogelijk)

Activiteiten	Ja	Nee	Weet niet
Het leggen van contacten met relevante partijen	85%	15%	0%
Het in kaart brengen van de behoefte aan voorzieningen voor ouderen	80%	17%	2%
Het in kaart brengen van het aanbod aan voorzieningen voor ouderen	78%	21%	1%
Het bijeenbrengen van relevante partijen (gericht op afstemming)	72%	28%	0%
Het zelf initiëren van preventieve activiteiten voor ouderen	62%	37%	1%
Het sturen door middel van subsidievoorwaarden en voorwaarden daarvoor	60%	38%	2%
Het instellen van een werkgroep	36%	63%	1%
Andere activiteiten	38%	59%	2%

Onder ‘andere activiteiten’ noemen gemeenten deels concrete projecten, zoals sportstimulering, beweegactiviteiten en projecten ter bestrijding van eenzaamheid. Daarnaast noemen ze activiteiten gericht op afstemming met zorgpartijen (waaronder de eerstelijn/huisartsen), samenhang met andere gemeentelijke beleidsterreinen (zoals sport en bewegen), het ontwikkelen van een ouderenmonitor of een koppeling aan het Wmo-loket.

In tabel 3.2 is weergegeven welke externe partijen door de gemeenten bij deze activiteiten zijn betrokken.

Tabel 3.2 Externe partijen die betrokken zijn bij de activiteiten in het kader van artikel 5a (meer antwoorden mogelijk)

Partijen	%
GGD	95%
Welzijnsorganisaties	95%
Ouderenorganisaties	88%
Thuiszorgorganisaties	73%
Zorgaanbieders in de eerste lijn	71%
Vrijwilligersorganisaties	70%
Wmo raad	65%
Andere gemeenten in de regio	52%
Woningbouwcorporaties	34%
Zorgverzekeraars	30%
Anders, namelijk	32%
Totaal (ongewogen)	n=91

Bij ‘anders, namelijk’ noemen gemeenten partijen als: de ROS, GGZ-instellingen (waaronder psychogeriatrie, verslavingszorg), ziekenhuizen, sportorganisaties (sportkoepels/sportvoorzieningen/sportverenigingen), stichting MEE, kerken, verzorgingshuizen, fysiotherapeuten, Zorgbelang, het Wmo-loket, de seniorenraad en het algemeen maatschappelijk werk.

Het is duidelijk dat bij vrijwel alle gemeenten de GGD, de welzijnsorganisaties en de ouderenorganisaties de kern vormen van de samenwerkingspartners op het terrein van preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Ook verschillende andere zorgaanbieders worden echter door veel gemeenten bij het beleid betrokken.

Voorbeelden

In onderstaande kaders geven we vanuit de verdiepende interviews enkele voorbeelden van de wijze waarop gemeenten invulling geven aan de in tabel 3.1 genoemde activiteiten.

Gemeente met <20.000 inwoners

Er is één welzijnsorganisatie binnen de gemeente actief. Met deze welzijnsorganisatie zijn afspraken gemaakt over het één keer per jaar bezoeken van alle inwoners van boven de 75 jaar. Deze huisbezoeken hebben een preventieve werking doordat knelpunten in de gezondheid vroegtijdig worden gesignaleerd.

Gemeente met 50.000-100.000 inwoners

De gemeente voert een project uit gericht op de gezondheid van ouderen. Het project richt zich op het verbeteren van de samenwerking tussen de welzijnsorganisaties en praktijkondersteuners van huisartsen. Beide partijen leggen huisbezoeken af bij ouderen gericht op de gezondheidstoestand. In het kader van het project worden de activiteiten nu op elkaar afgestemd: er wordt nu gewerkt met één vragenlijst (die voor beide partijen de benodigde informatie levert) en de partijen gaan niet allebei op bezoek bij dezelfde persoon.

Gemeente met <20.000 inwoners

De gemeente laat de GGD een quick scan uitvoeren naar het aanbod van voorzieningen in de gemeente voor de doelgroep ouderen. Het aanbod wordt daarbij afgezet tegen de vragen van ouderen.

Gemeente met 20.000-50.000 inwoners

De gemeente organiseert op verschillende manieren overleg over het gezondheidsbeleid. Ten eerste is er overleg met de Wmo-adviesraad. Daarnaast is er een maatschappelijke klankbordgroep, waarvoor 1 à 2 keer per jaar de hele gezondheids- en welzijnssector wordt uitgenodigd. Bij dit overleg is ook de wethouder aanwezig. Daarnaast is er maximaal twee keer per jaar nog een apart overleg met de gezamenlijke ouderenbonden. Dit is een klankbordoverleg om te horen wat er speelt.

Gemeente met >100.000 inwoners

De gemeente signaleert dat ouderen niet snel om hulp vragen. De gemeente wil zich daarom richten op het in beeld krijgen van de ouderen. De gemeente heeft daarom subsidieafspraken gemaakt met de ouderenbonden en andere ouderenorganisaties om hen meer een signaleringsfunctie te geven.

3.2 Verbindingen met andere beleidsterreinen

De meeste gemeenten (85%, n=94) die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a leggen daarbij verbindingen tussen de preventieve gezondheidszorg voor ouderen en andere beleidsterreinen. In tabel 3.3 is weergegeven om welke beleidsterreinen het gaat.

Tabel 3.3 Beleidsterreinen waarmee verbindingen zijn gelegd (n=81)

Beleidsterrein	%
Wmo	97%
Welzijn	95%
Zorg	89%
Wonen	63%
Leefomgeving	61%
Veiligheid	49%
Anders, namelijk	46%
Totaal (ongewogen)	81

Bij 'anders, nl' noemen gemeenten voornamelijk het beleidsterrein 'sport'. De andere genoemde beleidsterreinen zijn: cultuur, sociale zaken, mobiliteit, jeugd, milieukunde, armoedebeleid, vrijwilligersbeleid, mantelzorgbeleid en inkomensbeleid / schuldhulpverlening.

Gemeente met 50.000-100.000 inwoners
In deze gemeente zijn Wmo en preventie onlosmakelijk aan elkaar verbonden. Ook is preventie een logisch onderdeel van de wijkenaanpak die de gemeente ontwikkelt. De GGD heeft vanuit preventief gezondheidsbeleid in de wijken een actieve rol in de stuurgroepen. De gemeente legt bovendien een verbinding met het armoedebeleid. De gemeente heeft een speciale ouderentoeslag ingevoerd. Deze is bedoeld voor alle inwoners die 65 jaar of ouder zijn en inkomsten hebben ter hoogte van de voor hen van toepassing zijnde AOW-uitkering of iets daar boven. De verbinding met preventie is dat armoede een reden kan zijn om niet of te weinig te participeren. Armoede kan daarmee een bron zijn van gezondheidsproblemen.

Uit de verdiepende interviews blijkt dat gemeenten een verbinding met de Wmo heel vanzelfsprekend vinden. In de verdiepende gesprekken hebben we gevraagd naar de relevantie van het onderwerp ouderengezondheidszorg voor hun gemeente. Alle wethouders benoemen daarbij dat in hun gemeente relatief veel ouderen wonen en/of dat het aantal ouderen toeneemt. Daarnaast benoemen zij veelal dat de taken van de gemeente op het gebied van de Wmo logischerwijs leiden tot aandacht voor preventieve activiteiten voor ouderen. Ook noemen sommigen dat decentralisaties van taken vanuit de AWBZ de aandacht voor het onderwerp stimuleren.

"Het is in die zin maatschappelijk relevant dat we in de gemeente de preventieve gezondheidszorg belangrijk vinden en veel ouderen binnen de gemeente hebben. Het betekent echter niet dat het beleid heel specifiek op ouderen gericht is. Activiteiten vinden meer plaats in het kader van het algemene preventiebeleid. Er is aandacht voor ouderen omdat daar ook de vragen komen. Die komen bijvoorbeeld vanuit het Wmo-loket." (wethouder, gemeente met <20.000 inwoners)

"Het is juist in deze gemeente relevant, gezien de bevolkingssamenstelling en de verwachte ontwikkelingen daarin. Er zijn veel ouderen en ook veel ouderen met een lage SES. Dat wordt de komende jaren nog sterker. De kwestie vergrijzing speelt in de gemeente al lange tijd. We hebben niet gewacht op de wetswijziging om daarmee aan de slag te gaan. Ik ben van mening dat als je aandacht besteed aan preventie, je curatief minder hoeft te doen. Curatieve zorg is duurder en helpt minder. Bovendien kun je op die manier bijdragen aan het levensgeluk van de inwoners." (wethouder, gemeente met 50.000-100.000 inwoners)

"Dit is een vergrijzende gemeente. Om de Wmo betaalbaar te houden is het van belang om meer aandacht te besteden aan preventie. Je ziet dat er in de discussies binnen de gemeente steeds meer aandacht komt voor preventie, doordat de beleidsterreinen steeds meer in elkaar grijpen." (beleidsmedewerker, gemeente met <20.000 inwoners).

3.3 Beschikbaarheid financiële middelen

Aan de gemeenten die actie hebben ondernomen naar aanleiding van artikel 5a én de gemeenten die geen actie hebben ondernomen omdat het beleid al aan artikel 5a voldeed (n=115), hebben we gevraagd of er in de gemeente een specifiek budget beschikbaar is voor de preventieve gezondheidszorg voor ouderen. In totaal zegt 27% van deze gemeenten dat er inderdaad een specifiek budget beschikbaar is. Bij 71% van de gemeenten is er geen specifiek budget en 2% van de beleidsmedewerkers weet niet of er in de gemeente een specifiek budget is.

In de verdiepende interviews geven de beleidsmedewerkers als reden voor het ontbreken van een specifiek budget, dat de preventieve zorg voor ouderen wordt gezien als een logisch onderdeel van het totale preventiebeleid of als een onderdeel van het Wmo-beleid. Afspraken over preventie worden bijvoorbeeld meegenomen in de subsidieverstrekking aan welzijnsorganisaties of ouderenbonden. Eén van de geïnterviewde gemeenten heeft wel een specifiek budget gereserveerd voor de uitvoering van artikel 5a (zie kader).

Gemeente met <20.000 inwoners
Eén gemeente heeft in de lokale nota gezondheidsbeleid beschreven dat artikel 5a in 2014 wordt uitgewerkt.

"De gemeente vraagt de Adviesgroep LGB/WMO een werkgroep te vormen die samen met de gemeente een uitvoeringsplan opstelt. In het uitvoeringsplan moet in elk geval aandacht besteed worden aan:
1. Het aanbod en de hiaten in dat aanbod.
2. Het verhogen van het bereik van het aanbod.
3. De effectiviteit van het aanbod.
4. Een mix van interventies (voorlichting en bewustwording, signalering en advies, preventieve ondersteuning)."

Deze gemeenten heeft vanaf 2014 een budget van 3.000 euro per jaar gereserveerd voor de uitvoering van dit artikel. Dit budget is aanvullend op de activiteiten die in de gemeente al plaatsvinden, zoals huisbezoeken en activiteiten gericht op meer bewegen voor ouderen.

Gemeente met 20.000-50.000 inwoners
Naast de betaling aan de GGD in het kader van de gemeenschappelijke regeling en het algemene budget voor preventieve projecten (voor alle doelgroepen), is er een gemeentelijk budget van 10.000 euro voor de looptijd van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid. Dit is door de Gemeenteraad bepaald. Uit dit budget wordt de inzet van een ouderenadviseur betaald.

3.4 Conclusie

Gemeenten geven vooral invulling aan hun rol in de preventieve gezondheidszorg voor ouderen door in overleg te treden met lokale partijen op het vlak van zorg en welzijn en met ouderenorganisaties. Door het verstrekken van subsidies en het maken van afspraken over de uitvoering van activiteiten voor ouderen, kan de gemeente bovendien sturen op het bereiken van ouderen. Ook brengen gemeenten vaak de vraag naar en het aanbod van voorzieningen in kaart. Het beleid rond de preventieve gezondheidszorg voor ouderen is bij de meeste gemeenten nauw verbonden met het Wmo-beleid. Zo worden welzijnsorganisaties en ouderenorganisaties ingezet voor het uitvoeren van huisbezoeken. In de meeste gemeenten zijn geen specifieke financiële middelen beschikbaar voor preventie gericht op ouderen. Het maakt onderdeel uit van het totale gezondheidsbeleid en/of Wmo-beleid.

4 Invulling van het beleid

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de inhoud van het gemeentelijke beleid voor preventieve gezondheidszorg voor ouderen. Artikel 5a van de Wpg noemt vijf taken van gemeenten op het gebied van ouderengezondheidszorg, namelijk:

1 Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren.
2 Het ramen van de behoeften aan zorg.
3 De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit.
4 Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
5 Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

In dit hoofdstuk beschrijven we in paragraaf 4.1 ten eerste per taak de wijze waarop gemeenten daar invulling aan geven. In paragraaf 4.2 kijken we naar de samenhang tussen activiteiten, door in te gaan op het pakket aan maatregelen dat gemeenten nemen rond de preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

4.1 Activiteiten per taak

In de enquête hebben we de gemeenten gevraagd of en hoe ze aan deze vijf taken invulling hebben gegeven. Het betreft gemeenten die tot de conclusie zijn gekomen dat ze actie moeten ondernemen naar aanleiding van artikel 5a en gemeenten die geen actie ondernemen omdat de gemeente al aan artikel 5a voldeed. De vragen zijn beantwoord door 115 gemeenten. Sommige van deze gemeenten hebben wel besloten actie te ondernemen, maar hebben dit nog niet (volledig) tot uitvoering gebracht.

1. Het op systematische wijze volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren

Tabel 4.1 Hoe wordt hier door uw gemeente invulling aan gegeven? (spontaan geantwoord[1], meer antwoorden mogelijk)

	%
Door de ouderenmonitor van de GGD	68%
Door gegevens van de lokale welzijnsorganisatie	26%
Door gegevens uit de gezondheidszorg	13%
Door gegevens van het Wmo-loket	13%
Anders, namelijk	51%
Hier is (nog) geen invulling aan gegeven	2%
Weet niet	6%
Totaal (ongewogen)	n=115

[1] 'Spontaan geantwoord' betekent dat de enquêteur de antwoordmogelijkheden niet heeft genoemd aan de respondent.

Bij ‘anders, namelijk’ noemen gemeenten activiteiten als de huisbezoeken die bij senioren worden afgelegd, monitoring door de GGD, de regionale VTV en eigen onderzoek van de gemeente (omnibusenquête, leefbaarheidsonderzoek, onderzoek naar kwetsbaarheid) waaruit gegevens over ouderen beschikbaar zijn. Activiteiten die door individuele gemeenten genoemd zijn, zijn bijvoorbeeld: gebruik van gegevens van huisartsen, vrijwilligerscentrale, mantelzorgsteunpunt, het lokale steunpunt dementie, de ROS, CBS, SCP en gegevens uit projecten, zoals het project Vroegsignalering Kwetsbare Ouderen.

2. Het ramen van de behoeften aan zorg

Tabel 4.2 Hoe wordt hier door uw gemeente invulling aan gegeven? (spontaan geantwoord[1], meer antwoorden mogelijk)

	%
Door onderzoek van de GGD (bijv. lokale of regionale VTV)	42%
Door gegevens van het Wmo-loket	24%
Door gegevens van de lokale welzijnsorganisatie	23%
Door gegevens uit de gezondheidszorg	22%
Anders, namelijk	50%
Hier is (nog) geen invulling aan gegeven	12%
Weet niet	10%
Totaal (ongewogen)	n=115

Bij ‘anders, namelijk’ worden ook hier door een deel van de gemeenten de huisbezoeken aan ouderen en de ouderenadviseurs genoemd als bron van informatie. Daarnaast noemen ze contacten met ouderenorganisaties, Wmo-raden, wooncorporaties, seniorenraden, de GGZ. Andere bronnen van informatie zijn: de leefbaarheidsmonitor, woonbehoeftenonderzoek, zorgkantoren, ROS, adviesbureaus en het RIVM. Enkele gemeenten noemen bovendien dat gegevens hierover beschikbaar zijn vanuit beleid gericht op de Wmo of de AWBZ.

[1] ‘Spontaan geantwoord’ betekent dat de enquêteur de antwoordmogelijkheden niet heeft genoemd aan de respondent.

3. De vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit

Tabel 4.3 Hoe wordt hier door uw gemeente invulling aan gegeven? (meer antwoorden mogelijk)

	%
Dit is belegd bij de gezondheidszorg	40%
Dit is belegd bij het Wmo-loket	16%
Dit is belegd bij een gemeentelijk / regionaal casuïstiekoverleg	7%
Anders, namelijk	57%
Hier is (nog) geen invulling aan gegeven	10%
Weet niet	8%
Totaal (ongewogen)	n=115

Bij ‘anders, namelijk’ noemen gemeenten vooral dat de welzijnsorganisatie hier een rol in speelt en/of dat dit wordt meegenomen in de huisbezoeken die bij ouderen worden afgelegd. Deze bezoeken worden vaak afgelegd door een ouderenadviseur in dienst van de welzijnsorganisatie of een vrijwilliger, in een enkel geval gaat het om huisbezoeken door huisartsen. Daarnaast zeggen diverse gemeenten gebruik te maken van informatie van de GGD uit de ouderenmonitor, gezondheidsmonitor of regionale VTV.
Andere partijen die genoemd worden zijn: de verslavingszorg, de thuiszorg, het Wmo-loket, de GGZ, dementieconsulenten, mantelzorgorganisaties, een lokaal zorgnetwerk, huisartsen, de ouderenraad en het consultatiebureau voor ouderen. Daarnaast noemen gemeenten nog de inzet van ‘combinatiefunctionarissen in de wijk’ en ‘dorpsondersteuners’.

4. Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.

Preventieve activiteiten voor ouderen
Van de geraadpleegde gemeenten (n=115) zegt 96% preventieve activiteiten te hebben die specifiek gericht zijn op ouderen. Volgens 1% van de respondenten is dit niet het geval en 4% van de respondenten weet het niet.
Bij tweederde van de gemeenten met een aanbod (66%) is dit aanbod niet uitgebreid na inwerkingtreding van artikel 5a in juli 2010. Bij een kwart van de gemeenten is het aanbod wel in beperkte mate (15%) of in sterke mate (11%) uitgebreid. Nog eens 8% weet niet of dit het geval is.

Uit de verdiepende interviews blijkt dat verschillende gemeenten voor de doelgroep ouderen aandacht besteden aan de onderwerpen eenzaamheid en depressie. Daarnaast is bewegen in veel gemeenten een belangrijk thema in de preventie-activiteiten voor ouderen.

Toeleiding van ouderen naar het preventie-aanbod
Driekwart van de gemeenten (76%) neemt specifieke maatregelen om ouderen toe te leiden naar het (algemene of specifieke) preventie-aanbod. De overige gemeenten nemen deze maatregelen niet (18%) of weten niet of dit gebeurt (7%).

In tabel 4.4 is weergegeven met welke partijen de gemeenten afspraken hebben gemaakt over de toeleiding van ouderen naar het preventie-aanbod. Hieruit blijkt dat de gemeenten veel verschillende partijen betrekken bij de toeleiding, waarbij het welzijnswerk weliswaar een centrale rol speelt. Bij 'anders, namelijk' noemen gemeenten partijen als apothekers, maatschappelijk werk, het ROC, de GGZ, fysiotherapeuten, de woningbouwvereniging, sportservice / sportorganisaties, mantelzorgorganisaties en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 4.4 Partijen waarmee de gemeenten afspraken hebben gemaakt over de toeleiding van ouderen naar het preventie-aanbod (meer antwoorden mogelijk)

Partijen	**%**
Het welzijnswerk	90%
Het Wmo-loket van de gemeente	77%
De GGD	70%
Ouderenbonden / ouderenorganisaties	64%
Thuiszorgorganisaties	60%
Praktijkondersteuners (van huisartspraktijken)	45%
Het Consultatiebureau voor ouderen	15%
Anders namelijk	35%
Weet niet	1%
Totaal (ongewogen)	n=87

Activiteiten die deze partijen uitvoeren zijn voorlichtingsbijeenkomsten (61%), huisbezoeken (54%) en individuele advisering in de huisartsenpraktijk (14%). Daarnaast noemt 67% van de gemeenten andere activiteiten rond toeleiding, zoals:

- Het participeren in een werkgroep, signaleringsoverleg of casusoverleg.
- Screening, signalering en doorverwijzing.
- Ontmoetingsplaatsen, zoals een seniorensoos, ontmoetingscafé of buurthuizen.
- Schriftelijke informatie, bijvoorbeeld via de lokale kranten of een 50-plus magazine.
- Een ouderenkalender, met informatie en adressen op het terrein van wonen, welzijn en zorg.
- Het trainen van personeel op vroegsignalering.
- Een seniorenmarkt met informatie over mogelijkheden voor senioren.
- Informatiepunten in de wijken.
- Het uitschrijven van recepten voor welzijn en bewegen door de eerste lijn.
- Aanbod van cursussen of activiteiten op thema's als bewegen, voeding, valpreventie, verkeersveiligheid, roken, depressiviteit of eenzaamheid.

5. Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen

Van de geraadpleegde gemeenten (n=115) zegt 38% de gezondheidsbedreigingen voor ouderen reeds in kaart te hebben gebracht. Nog eens 15% is daar mee bezig. Een aanzienlijk deel van de gemeenten (40%) heeft dit (nog) niet gedaan. Tenslotte weet 7% van de respondenten niet of dit is gebeurd.

Van de gemeenten die de gezondheidsbedreigingen reeds in kaart hebben gebracht (n=63) heeft twee derde (68%) ook maatregelen geformuleerd om die gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden. Bij de overige gemeenten is dit (nog) niet gebeurd (30%) of is niet bekend of dit gebeurd is (2%).

4.2 Pakket aan maatregelen

In deze paragraaf belichten we het vanuit een andere invalshoek: hoe ziet een pakket aan maatregelen voor de preventieve gezondheidszorg voor ouderen er bij gemeenten uit?
De verdiepende interviews bevestigen het beeld van de enquête dat de kern van het beleid rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen bij veel gemeenten bestaat uit de elementen:

- Onderzoek door de GGD (voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand van ouderen en de behoeften aan zorg).
- Huisbezoeken bij ouderen (voor het in kaart brengen van de gezondheidstoestand, de behoeften aan zorg en de opsporing en preventie van specifieke stoornissen).
- Een aanbod van preventieve activiteiten, zoals beweegactiviteiten voor ouderen of activiteiten ter bestrijding van eenzaamheid.
- Afstemmingsoverleg met lokale aanbieders van zorg en welzijn.

Per gemeente verschilt wel de invulling van deze activiteiten. Zo kunnen huisbezoeken worden uitgevoerd door professionals en/of vrijwilligers en kunnen de onderwerpen die in de gesprekken aan de orde komen verschillen. Ook zijn er gemeenten die (daarnaast) andere activiteiten ondernemen. Vaak is het beleid een combinatie van specifiek beleid voor ouderen (zoals huisbezoeken) en algemeen preventiebeleid (zoals activiteiten die voor een breed publiek toegankelijk zijn).

Gemeente met 50.000-100.000 inwoners
De gemeente heeft besloten geen actie te ondernemen naar aanleiding van artikel 5a omdat het bestaande beleid al voldoet aan het artikel. Op basis van informatie uit de monitoren van de GGD is er beleid voor ouderen ontwikkeld en in uitvoering genomen:

- Signalerend huisbezoek bij 75-plussers door de welzijnsorganisatie en ouderenadviseurs van MEE in overleg met het WMO-loket. Doel is informatie en advies geven over Wmo-voorzieningen en activiteiten in de wijk en daarnaast het signaleren van mogelijke problemen bij de ouderen.
- Spreekuren in de wijken door Wmo-consulenten, ook voor ouderen.
- Ouderenbonden laten vrijwillige ouderenadviseurs opleiden. Binnen de gemeente is inmiddels één vrijwillige ouderenadviseur werkzaam.
- Meer bewegen voor ouderen
- Activiteiten vanuit sportservice / sportbureau om ouderen te verleiden om te bewegen, om te sporten of om tenminste fitheidstesten te doen.

De gemeente kent bovendien een casusoverleg, waarin onder voorzitterschap van de GGD ‘moeilijke gevallen’ worden besproken door 13 organisaties, waaronder woningcorporaties, het Wmo-loket en de welzijnsorganisatie. Doel is hiermee de ketensamenwerking te stimuleren.

Gemeenten met >100.000 inwoners

De gemeente heeft artikel 5a besproken. Dit heeft echter niet tot veranderingen in het beleid geleid. De gemeente deed al veel voor ouderen, zoals:

- Ouderenadviseurs van de welzijnsorganisaties die huisbezoeken uitvoeren.
- Ouderenorganisaties in de gemeente organiseren activiteiten voor ouderen.
- De GGD voert de ouderenmonitor uit.
- De gemeente voert overleg met huisartsen.
- Regionaal overleg over ketennetwerken voor dementie.
- Een project gericht op innovatieve middelen om thuis wonen van ouderen te ondersteunen.

Gemeente met <20.000 inwoners

De gemeente onderneemt de volgende activiteiten voor ouderen:

- De GGD voert de ouderenmonitor uit.
- Er is naar aanleiding van uitkomsten van de ouderenmonitor een eenzaamheidsproject opgezet, met onder andere huisbezoeken om eenzaamheid op te sporen. Dit project wordt uitgevoerd in samenwerking met de welzijnsorganisatie, de GGD, de seniorenadviesraad, de GGZ en een vrijwilligersorganisatie.
- Er is een ouderenadviseur aangesteld bij de welzijnsorganisatie. Artikel 5a heeft geholpen het college van B&W te overtuigen van het belang van deze ouderenadviseur.

Aan het eenzaamheidsproject wordt een vervolg gegeven met een gedeeltelijke voortzetting van de huisbezoeken, namelijk bij alle inwoners die 75 jaar worden en 55-plussers die weduwe of weduwnaar zijn geworden. Bovendien komt er een nieuw project Sociale weerbaarheid voor ouderen, waarvoor eerst een pilot gaat draaien.

De gemeenten stellen in de verdiepende interviews doorgaans dat het beleid rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen in hun gemeente door artikel 5a weinig of niet is veranderd. In de verdiepende fase van dit onderzoek zijn zowel de wethouders als beleidsmedewerkers publieke gezondheid van 10 gemeenten geïnterviewd (dus 20 verdiepende interviews in totaal). Uit het grootste deel van deze interviews komt naar voren dat gemeenten van mening zijn dat ze ouderen al voldoende in beeld hadden binnen hun gezondheidsbeleid en Wmo-beleid. Een kleiner deel van de geïnterviewde gemeenten ziet een concrete invloed van artikel 5a, zoals de aanstelling van een ouderenadviseur (zie bovenstaand kader). Bovendien stimuleert het artikel sommige gemeenten de preventieve activiteiten voor ouderen explicieter te benoemen, wat uiteindelijk wel tot nieuwe inzichten kan leiden.

"Het beleid is niet veranderd. Door de inwerkingtreding van artikel 5a is de gemeente wel weer kritischer naar de preventieve gezondheidszorg gaan kijken, het belang van preventie is weer duidelijker op het netvlies gekomen. We zijn bewuster geworden van wat er allemaal gebeurt in dat kader. Ook worden de verbindingen met de Wmo versterkt." (beleidsmedewerker, gemeente met 50.000-100.000 inwoners)

5 Ondersteuningsbehoefte

We hebben eerder geconstateerd dat nog niet alle gemeenten invulling hebben gegeven aan artikel 5a van de Wpg. We hebben alle gemeenten die bekend zijn met artikel 5a gevraagd welke bronnen van informatie en ondersteuning ze tot nu toe hebben gebruikt bij de invulling van het beleid en in hoeverre ze behoefte hebben aan meer informatie of ondersteuning. In de verdiepende interviews is tevens nader ingegaan op eventuele knelpunten die gemeenten ondervinden bij de invulling van het beleid.

5.1 Bronnen van informatie

Gemeenten krijgen hun informatie voor de invulling van het beleid rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen vooral van de GGD en andere gemeenten (zie tabel 5.1). Ook het Rijk en het RIVM worden door ongeveer de helft van de gemeenten genoemd. Daarbij valt op dat grotere gemeenten het RIVM beduidend vaker als informatiebron noemen dan kleinere gemeenten. In de categorie 'anders, namelijk' noemen gemeenten vooral lokale zorg- en welzijnsorganisaties. Daarnaast worden partijen genoemd als: de VNG, het CBS, de participatieraad / Wmo-raad / ouderenraad, Movisie, NIGZ en universiteiten.

Tabel 5.1 Bronnen van informatie voor de invulling van het beleid

	%
De GGD	90%
Andere gemeente	66%
Het Rijk / het ministerie	53%
Het RIVM (Centrum Gezond Leven)	50%
Anders, namelijk	38%
Weet niet	3%
Totaal (ongewogen)	174

Van alle gemeenten die bekend zijn met artikel 5a heeft 33% behoefte aan meer informatie over de invulling van het beleid rond preventieve ouderengezondheidszorg. Veel van deze gemeenten zeggen geïnteresseerd te zijn in goede voorbeelden van andere gemeenten (n=30). Enkelen voegen daar specifiek aan toe dat het moet gaan om voorbeelden van vergelijkbare gemeenten (groot of klein, stedelijk of landelijk gebied). Er zijn hierbij geen duidelijke verschillen tussen gemeenten uit verschillende grootteklassen.

Andere gemeenten willen vooral een verduidelijking van wat er van hen wordt verwacht in het kader van artikel 5a, of zoals één van de respondenten het formuleert *'Hoe vertaal je de wettelijke verplichtingen naar de lokale situatie?'*. Vragen die bij gemeenten leven zijn o.a.:

- Wat zijn de taken voor de gemeente?
- Hoe geven we daar praktisch invulling aan?
- Wat voor soort onderwerpen kun je oppakken?
- Wat voor activiteiten kun je inzetten voor ouderen?

- Wat zijn effectieve interventies?
- Hoe sluit je bestaande activiteiten beter aan op ouderen?
- Hoe kun je dwarsverbanden vormgeven?
- Welke partijen kun je betrekken?
- Hoe kun je hierover onderhandelen met zorgverzekeraars?

Zes gemeenten benoemen bovendien specifiek een behoefte aan informatie over de beschikbare middelen en/of welke mogelijkheden er zijn om met beperkte financiële middelen de activiteiten voor ouderen uit te breiden. Eén gemeente zegt behoefte te hebben aan meer ondersteuning ten aanzien van de eerstelijnsgezondheidszorg, meer specifiek de huisartsen.

5.2 Bronnen van ondersteuning

We hebben de gemeenten bovendien gevraagd van welke ondersteuning ze gebruik maken bij het vormgeven of het uitvoeren van het beleid (zie tabel 5.2). Ook daarin speelt de GGD bij de meeste gemeenten een rol. Ook hier worden bij ‘anders, namelijk’ vooral lokale organisaties voor zorg en welzijn genoemd.

Tabel 5.2 Bronnen van ondersteuning voor het vormgeven of uitvoeren van het beleid

	%
De GGD	83%
Andere gemeente	50%
Het RIVM (Centrum Gezond Leven)	27%
Het Rijk / het ministerie	24%
Anders, namelijk	32%
Weet niet	6%
Totaal (ongewogen)	181

Van alle geraadpleegde gemeenten heeft 18% behoefte aan meer ondersteuning. Het type ondersteuning dat de beleidsmedewerkers wensen loopt sterk uiteen. De beleidsmedewerkers benoemen een behoefte aan: praktische ondersteuning, financiële ondersteuning, ambtelijke capaciteit, ondersteuning bij het schrijven van de nota, advies of een cursuspakket over taken en rollen. Dit bevestigt het beeld dat gemeenten vooral nog zoeken naar enerzijds duidelijkheid over wat er van hen verwacht wordt en anderzijds meer inzicht in de mogelijkheden die ze hebben om hier invulling aan te geven.

Uit de verdiepende interviews blijkt dat veel gemeenten voor het gezondheidsbeleid samenwerken in regionaal verband. Aan de behoefte aan informatie en ondersteuning wordt vaak in die vorm voldaan, doordat kennis en ervaring wordt gedeeld. Ook afspraken over ketenzorg worden in verschillende gemeenten op regionaal niveau gemaakt.
Eén gemeente noemt specifiek de kortlopende onderzoeken van de Academische werkplaats (een samenwerkingsverband tussen GGD, gemeenten, universiteit en ziekenhuis) als een goede ondersteuning voor het beleid van de gemeente.

5.3 Ervaren knelpunten in de praktijk

In de verdiepende interviews zijn we nader ingegaan op de knelpunten die gemeenten ervaren bij het vormgeven en uitvoeren van het beleid, ten einde daarmee inzicht te krijgen in terreinen waar informatie of ondersteuning wenselijk is.

Verschillende gemeenten noemen als knelpunt dat ze weinig invloed hebben op partijen als huisartsen en ziekenhuizen. Bij huisartsen is er sprake van een gebrek aan tijd of motivatie om mee te werken aan samenwerkingsprojecten. Gemeenten weten niet hoe ze deze partijen kunnen motiveren of aanspreken. De knelpunten bij het betrekken van huisartsen belemmeren o.a. een wijkgerichte aanpak op maat.

"Als je hier als gemeente regie op wilt voeren, moet je met veel partijen aan tafel die andere financieringsbronnen hebben. Het is een grote lappendeken, dat is niet eenvoudig. Je hebt als gemeente nauwelijks iets te zeggen over bepaalde onderwerpen." (beleidsmedewerker, gemeente met >100.000 inwoners)

Eén gemeente is bezig met het opzetten van een experiment waarbij gemeente en zorgverzekeraar de financiële middelen in een regio of wijk bijeen leggen en vervolgens op cliëntniveau gekeken wordt wat er op het gebied van gezondheid nodig is. Daarmee wil de gemeente de belemmeringen die ontstaan vanuit het werken met verschillende financieringsbronnen aanpakken.

Andere knelpunten die gemeenten noemen hebben te maken met het bereiken van de doelgroep ouderen door de gemeente:

- De vraagverlegenheid onder ouderen: De ouderen vinden het moeilijk om om hulp te vragen.
- Dat er een groep mensen is die de gemeente nog niet bereikt, ondanks de inzet van huisbezoeken.
- De vraag hoe ver je als gemeente moet gaan bij het opsporen van knelpunten in de gezondheid van ouderen, door middel van bijvoorbeeld huisbezoeken. Hoe ver strekt de rol van de gemeente daarbij?

5.4 Conclusie

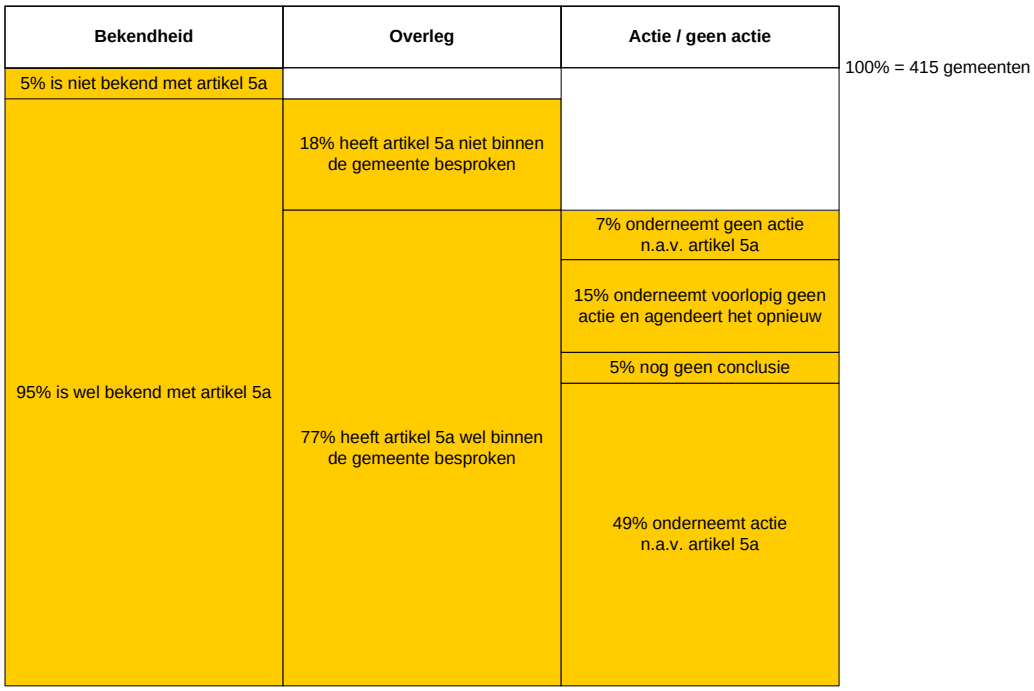
De meeste gemeenten zijn van mening dat ze zelf, eventueel in samenwerking met gemeenten in de regio of met ondersteuning van de GGD, goed in staat zijn invulling te geven aan artikel 5a. Aandachtspunt hierbij is wel dat niet voor alle gemeenten voldoende duidelijk is wat er van hen wordt verwacht in het kader van artikel 5a. Verder zijn beleidsmedewerkers vooral geïnteresseerd in goede voorbeelden van (vergelijkbare) andere gemeenten. Een knelpunt waar veel gemeenten zelf geen goede oplossing voor weten is hoe ze partijen waar ze geen directe subsidierelatie mee hebben, zoals huisartsen en ziekenhuizen, bij de preventieve zorg kunnen betrekken. Ook zoeken gemeenten naar mogelijkheden om de doelgroep ouderen (nog) beter in beeld te krijgen.

Bijlage 1 Figuur stand van zaken implementatie

Figuur B1 geeft een visuele samenvatting van de gegevens uit hoofdstuk 2 over de stand van zaken rond de implementatie van artikel 5a van de Wpg. In deze figuur zijn alle percentage afgezet tegen het totaal aantal gemeenten in Nederland.

De figuur is gebaseerd op een enquête onder 181 gemeenten. Door weging naar grootteklasse geven de hieronder genoemde percentages een representatief beeld van de situatie in alle 415 Nederlandse gemeenten.

Figuur B1 Stand van zaken rond de implementatie van artikel 5a van de Wpg in alle Nederlandse gemeenten



In deze figuur ligt de nadruk op de rol van artikel 5a. Zoals in hoofdstuk 2 van dit rapport wordt beschreven, kunnen gemeenten die artikel 5a niet hebben besproken of die (voorlopig) geen actie ondernemen naar aanleiding van artikel 5a wel degelijk actief zijn op het terrein van de preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

Research voor Beleid
Bredewater 26
Postbus / P.O. Box 7001
2701 AA ZOETERMEER
tel: + 31 079 3 222 222
fax: + 31 079 3 222 212
The Netherlands
info@research.panteia.nl
www.research.panteia.nl