

Bijlage 1 Onderzoek zorg- en welzijnsloketten

Op verzoek van de staatssecretaris heeft Bureau HHM te Enschede onderzoek gedaan naar de zorg- en welzijnsloketten in Nederland. Het onderzoek bestond uit drie delen: een enquête onder 213 gemeenten (respons 46%), diepte-interviews bij loketvoorzieningen in enkele gemeenten en panelgesprekken met ouderen via organisaties van Zorgbelang.

Kwaliteit en Klantvriendelijkheid

De indruk uit de ouderenpanels is dat met name de huisarts en het eigen sociale netwerk (kinderen, familie) voor de brede doelgroep ouderen, de belangrijke eerste vertrouwde ingangen vormen om informatie over gezondheid, zorg en welzijn te krijgen. De ouderenpanels vermoeden dat het Wmo-loket bij de doelgroep ouderen nog onvoldoende bekend is. De brede opzet van veel Wmo-loketten (voor alle inwoners) en de naamgeving is vaak niet herkenbaar en aanspreekbaar voor ouderen. Het Consultatiebureau voor ouderen wordt door de doelgroep niet gezien als een plek voor vragen rond welzijn, zorg en wonen. De ouderenpanels hechten veel waarde aan het actief contact zoeken met de doelgroep. Dit vanuit de signalerende en preventieve functie die hiervan kan uitgaan. Outreachend werken is een functie die slechts bij $\pm 23\%$ van de Wmo-loketten voorkomt. Dit outreachend werken zou in nauwe relatie met vraagverheldering verder moeten worden vormgegeven, aldus de onderzoekers. De beperkt beschikbare gegevens over de tevredenheid van cliënten met de loketten, duiden op tevredenheid. Het is niet duidelijk in hoeverre de dienstverlening voldoet aan de kwaliteitscriteria zoals deze ontwikkeld zijn door cliënten(organisaties).

De meeste responderende gemeenten zien mogelijkheden voor het verder ontwikkelen van een goede lokale loketfunctie. Deels kan dit door een betere afstemming van taken tussen de verschillende loketten en het wellicht integreren van loketten. Maar deels ook door een betere communicatie en PR. De onderzoekers zien mogelijkheden om op lokaal niveau de duidelijkheid te vergroten over de plek waar ouderen terecht kunnen voor vragen over wonen, zorg en welzijn.

Doelmatigheid

De uitkomsten uit het onderzoek bevestigen het beeld dat in Nederland een ruime verscheidenheid aan organisaties en hulpverleners een loketfunctie uitoefenen. Ouderen kunnen op tal van locaties terecht voor informatie, advies, aanmelding of doorgeleiding.

De onderzoekers hebben geen eenduidig beeld gekregen van de kosten van de dienstverlening in de loketten. Dit komt mede omdat deze informatie niet beschikbaar is en ook door de uiteenlopende verschijningsvormen van loketten die dan ook moeilijk onderling kunnen worden vergeleken.

Voor wat betreft de verschillende loketfuncties in gemeenten zien de onderzoekers aanvullingen en overlap.

De meest voorkomende partners van het (gemeentelijke) Wmo-loket zijn de MEE-organisatie, welzijnsorganisaties (ouderenadvies, welzijn ouderen), maatschappelijk werk en het ClZ. Hier is deels sprake van overlap van loketfuncties. Bij iets minder loketten (ongeveer een derde) zijn woningcorporaties en steunpunten mantelzorg/vrijwilligerswerk betrokken. Uit het onderzoek komt naar voren dat door de veranderende wetgeving en toenemende marktwerking partijen zoals AWBZ-zorgaanbieders, niet meer vanzelfsprekend betrokken en/of bepalend zijn in het Wmo-loket. Door de komst van de Wmo is de regie over de inrichting en financiering van het Wmo-loket en de samenwerking met partijen veel meer bij gemeenten komen te liggen.

Veel loketfuncties die niet betrokken zijn bij het Wmo-loket, worden door gemeenten als aanvullend getypeerd: gezondheidsbureau, eerstelijnszorg, meldpunt ouderenmishandeling en GGD. Samenwerking binnen het gemeentelijk Wmo-loket met de eerstelijnszorg, de huisarts en andere voorzieningen uit de

Zorgverzekeringswet, preventie en een meldpunt ouderenmishandeling komt bij weinig gemeenten voor. Aansluiting met de eerstelijnszorg, met name de huisarts is echter wel wenselijk. Zo kan het doel: een gericht preventie-, welzijn-, wonen- en zorgaanbod voor ouderen beter gerealiseerd worden. De onderzoekers menen dat lokale factoren moeten bepalen hoe deze integratie tot stand kan worden gebracht. Het is niet aan de rijksoverheid om hier sturend in op te treden.

Bijlage 2 Samenvatting en conclusies m.b.t. onderzoek naar Consultatiebureaus voor Ouderen

Onderdeel van de quickscan ouderengezondheidszorg door Vilans is een onderzoek naar de Consultatiebureaus voor Ouderen (CbO's). Vilans heeft 54 vertegenwoordigers van organisaties een internetvragenlijst toegestuurd. In totaal hebben 30 van de 54 benaderde organisaties een ingevulde vragenlijst teruggestuurd, een respons van 56%. De vragenlijsten geven inzicht in de opzet en werkwijze van CbO's in 70 gemeenten. 10 van de CbO's zijn werkzaam binnen twee of meer gemeenten en tellen dus meerdere malen mee in de resultaten. Het initiatief om een CbO op te zetten is vooral afkomstig van thuiszorgorganisaties en in mindere mate van ouderen zelf, de GGD en de gemeente. De aansturing van de CbO's vindt meestal plaats door een stuurgroep waarin de thuiszorg, de GGD, de GGZ en ouderen zelf zitting hebben. De coördinatie, de projectleiding en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de CbO's liggen over het algemeen ook bij de thuiszorg. Iets meer dan de helft van de CbO's vormt een structureel onderdeel van de preventieve zorg voor ouderen; de overige CbO's worden aangeboden in de vorm van een pilot. De CbO's worden voornamelijk gefinancierd door ZonMw, AWBZ, de ziektekostenverzekering, gemeenten en/of de provincie. Bijna driekwart van de CbO's houdt registratiegegevens bij over hun werkzaamheden.

Ruim een derde deel van de CbO's richt zich op de leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder; de overige op de wat oudere doelgroepen. Tweederde van de CbO's proberen specifieke risicogroepen te bereiken zoals ouderen met een lage sociaaleconomische status, oudere mantelzorgers en allochtone ouderen. Een kwart van de CbO's vindt dat de beoogde doelgroepen daadwerkelijk bereikt worden, terwijl driekwart van mening is dat dit slechts ten dele lukt. De risicogroepen reageren niet voldoende op berichten in lokale media, advertenties en posters. Kwetsbare ouderen, geïsoleerde ouderen en allochtone ouderen reageren echter ook niet voldoende op een schriftelijke uitnodiging. Het bereiken van de beoogde doelgroepen kost dus veel tijd en geld, en de middelen hiervoor ontbreken.

Meestal vindt het consult op locatie plaats. Een derde deel van de CbO's gaat daarnaast ook op huisbezoek. In veruit de meeste gevallen voert een wijkverpleegkundige het consult uit. In enkele gevallen is de consulent een praktijkondersteuner. Meestal duurt een consult een uur. Tijdens het consult wordt gevraagd naar de ervaren gezondheid, chronische aandoeningen, problemen met de ADL en medicijngebruik, medische behandelingen, slapen en ontspannen. Er worden metingen verricht van het gewicht, de lengte, BMI, bloeddruk en bloedsuiker. In mindere mate worden het cholesterolgehalte en de hartslag gemeten. De zintuigen die tijdens het consult worden nagegaan zijn voornamelijk horen en zien. Er wordt veel aandacht besteed aan de psychische gezondheid, zoals vergeetachtigheid, depressieve gevoelens en angstgevoelens. De leefstijl en het sociale welbevinden worden uitgebreid besproken. Bij participatie wordt vooral aandacht besteed aan vrije tijd, bewegen, vrijwilligerswerk en verenigingswerk.

De meest gesignaleerde problemen tijdens een consult zijn overgewicht/verhoogde BMI/buikomvang, een verhoogd cholesterol en een

verhoogde bloeddruk, te weinig beweging en eenzaamheid. Driekwart van de ouderen krijgt een gericht advies. De adviezen hebben meestal betrekking op meer bewegen en gezonder eten, maar ook regelmatig op afvallen en het doen van vrijwilligerswerk. Een kwart van de CbO's houdt bij of de adviezen en verwijzingen opgevolgd worden. Uit hun gegevens blijkt dat driekwart van de ouderen het advies daadwerkelijk opvolgt. Een derde deel van de ouderen krijgt op grond van het consult een verwijzing. Ouderen worden vooral verwezen naar de huisarts of de diëtist.

Op het CbO komen tweemaal zoveel vrouwen dan mannen. De meeste bezoekers zijn ouder dan 70 jaar. Het CbO wordt vooral bezocht door de groep redelijk vitale ouderen. Vitale ouderen en kwetsbare ouderen maken er in mindere mate gebruik van. Ouderen bezoeken het CbO omdat ze willen weten of ze gezond zijn en gezond leven, hoe ze gezond ouder kunnen worden en omdat ze niet gemakkelijk naar de huisarts gaan. Bijna alle bezoekers zijn tevreden tot zeer tevreden over het CbO. Vooral de persoonlijke aandacht en de advisering op maat worden op prijs gesteld.

Alle respondenten vinden dat het CbO een meerwaarde heeft in het kader van de preventieve zorg aan ouderen. Daarbij wordt vooral genoemd: de laagdrempeligheid, de integrale aanpak gericht op zelfredzaamheid en kwaliteit van leven en de aandacht voor behoud en herstel van functionaliteit van de ouderen. Ook vroegsignalering van gezondheidsproblemen zoals overgewicht, depressie, verhoogd cholesterol, bloedsuiker of bloeddruk, dementie en het voorkomen van eenzaamheid en sociaal isolement wordt belangrijk geacht. Het CbO is volgens de respondenten een goede aanvulling op de huisartsenzorg.

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 en is soms aanleiding om de deuren te sluiten. De respondenten gaven daarnaast het gebrek aan medewerking van huisartsen aan als reden voor het stopzetten van het CbO. Ook wordt aangegeven dat men voorlopig gestopt is in afwachting van de invulling van het beleid ten aanzien van artikel 5a van de Wet publieke gezondheid.

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).

Bijlage 3 Relatie artikel 5a Wpg en andere wettelijke taken

In artikel 5a Wpg staat omschreven wat er van gemeenten wordt verwacht om uitvoering te geven aan de ouderengezondheidszorg. Ingevolge artikel 5a lid 1 Wpg draagt het college van B&W zorg voor de uitvoering van de ouderengezondheidszorg. Ter uitvoering hiervan draagt het college, ingevolge artikel 5a lid 2 onder a t/m e Wpg, in ieder geval zorg voor:

- 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 comorbiditeit;
- d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
- e. het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

Onderstaand zal worden nagegaan in hoeverre de taken uit artikel 5a Wpg overeen komen dan wel raakvlakken hebben met andere taken uit de Wpg en met taken die in andere wettelijke regimes (Wmo, AWBZ, Zvw) staan beschreven.

a. het systematisch volgen en signaleren van de gezondheid van ouderen en gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren;

Relatie met andere wettelijke taken

Artikel 2 lid 2 onder a en b Wpg: het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (onder a) en het elke vier jaar –voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid- op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie (onder b). In dit kader is de Lokale en Nationale Monitor Gezondheid ontwikkeld. Deze omvat naast de Monitor Jeugdgezondheid (0-19 j) en de Monitor Volksgezondheid (19-65 j) ook de Monitor Gezondheid Ouderen (65+) van GGD NL en het RIVM. De gehanteerde indicatoren zijn breder dan alleen gezondheid (Wpg), ook bijvoorbeeld welzijnsaspecten (Wmo) worden in de monitor meegenomen.

b. het ramen van de behoeften aan zorg;

Relatie met andere wettelijke taken

- Artikel 2 lid 2 onder a en b Wpg: het verwerven van, op epidemiologische analyse gebaseerd, inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking (onder a) en het elke vier jaar –voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid- op landelijk gelijkvormige wijze verzamelen en analyseren van gegevens over deze gezondheidssituatie (onder b). Ook hier kan de Monitor Gezondheid Ouderen een instrument zijn om de behoeften van ouderen aan zorg te kunnen ramen.
- Artikel 3 lid 4 onder f Wmo: in het gemeentelijke Wmo-plan wordt in ieder geval aangegeven op welke wijze de raad en het college zich hebben vergewist van de behoeften van kleine doelgroepen. De Wmo draagt gemeenten op nadrukkelijk rekening te houden met de wensen en behoeften van kleine doelgroepen.¹
- Artikel 11 Wmo: B&W betreft ingezetenen van de gemeente bij de voorbereiding van het Wmo-beleid (lid 1) en stelt ingezetenen vroegtijdig in de gelegenheid zelfstandig voorstellen voor het beleid inzake maatschappelijke ondersteuning te doen (lid 2). Daarnaast vergewist het college bij de voorbereiding van het beleid tevens de *belangen en behoeften* van ingezetenen die hun belangen en behoeften niet goed kenbaar kunnen maken (lid 4). De formulering ‘bij de voorbereiding van het beleid’ is ingevolge de MvT bij de Wmo zeer breed, en omvat daarom niet slechts de

¹ Naast mensen met een verstandelijke beperking en allochtonen gaat het hierbij onder meer om ouderen met psychogeriatrische problemen (SCP, 2008, p.65).

voorbereiding en opstelling van het plan (nota Wmo), maar het beleid in het kader van het wetsvoorstel in volle breedte.²

c. vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen als comorbiditeit³;

Relatie andere wettelijke taken

- Deze taak behelst vooral de zorgverlening aan individuele ouderen. Daar waar het preventie betreft gericht op het individu (geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie⁴) wordt dit gedekt door de AWBZ of de Zvw. In aansluiting hierop kan worden gewezen op de wettelijke taak van gemeenten om ingevolge artikel 2 lid 1 Wpg de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg (individuele zorgverlening) te bevorderen.

d. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;

Relatie andere wettelijke taken

- Ook deze taak behelst vooral de zorgverlening aan individuele ouderen. Daar waar het preventie betreft gericht op het individu (geïndiceerde en/of zorggerelateerde preventie) wordt dit gedekt door de AWBZ of de Zvw. In aansluiting hierop kan worden gewezen op de wettelijke taak van gemeenten om ingevolge artikel 2 lid 1 Wpg de afstemming van de publieke gezondheidszorg met de curatieve gezondheidszorg (individuele zorgverlening) te bevorderen.
- Artikel 1 lid 1 onder g Wmo (prestatieveld 3): het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning. Dit beleidsterrein kan zowel een algemene als een individuele component hebben. Bij het geven van informatie en advies kan het zowel gaan om algemene voorzieningen zoals (voldoende) informatiepunten, als om meer specifieke voorzieningen zoals een individueel advies, of hulp bij het verhelderen van een ondersteuningsvraag. Hier zou ook de 'één-loket-gedachte' moeten gelden (MvT Wmo, p.23). Daarbij dient de gemeente zich niet te beperken tot die voorzieningen waar zij zelf over gaat, maar ook informatie te geven over relevante aanpalende terreinen zoals zorg en wonen (MvT Wmo, p.23). Veel gemeenten hebben een Wmo-loket ingericht waar burgers terecht kunnen met vragen over de Wmo. Denk hierbij aan vragen over individuele voorzieningen (bijv. scootmobiel, traplift, hulp bij het huishouden, etc.).
- Artikel 2 lid 2 onder d Wpg: het college van B&W draagt zorg voor de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering. Voorlichting en advies maken deel uit van deze gezondheidsbevorderende taak.⁵

e. het formuleren van maatregelen om gezondheidsbedreigingen te beïnvloeden.

Relatie andere wettelijke taken

- Ingevolge artikel 13 lid 2 Wpg heeft de gemeenteraad de taak om elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen, waarin de raad in ieder geval aangeeft hoe het college van B&W uitvoering geeft aan de in de Wpg genoemde taken. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om de in artikel 2 Wpg omschreven taken van het bewaken van gezondheidsaspecten

² Uit de Wmo-evaluatie van het SCP komt naar voren dat vrijwel alle gemeenten ouderenorganisaties betrekken bij het Wmo-beleid. Daarnaast blijkt dat veel gemeenten ook thuiszorginstellingen (88%) en eerstelijnszorginstellingen (86%) betrekken bij de beleidsontwikkeling. Zeer veel gemeenten (88%) leggen in hun Wmo-beleid een relatie met het zorgbeleid.

³ In de toelichting worden decubitus, ondervoeding, uitdroging en smetplekken genoemd.

⁴ Zie Begrippenlijst

⁵ In de voormalige Wcpv werd gesproken over gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) i.p.v. gezondheidsbevordering (Wpg).

in bestuurlijke beslissingen en de opzet, uitvoering en afstemming van programma's voor gezondheidsbevordering (bijv. ook valpreventie bij ouderen), maar ook de in artikel 16 Wpg omschreven taak voor B&W om de GGD advies te vragen voordat besluiten worden genomen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de publieke gezondheidszorg. Deze maatregelen zijn (in principe) gericht op de totale populatie, dus ook ouderen. Dit sluit aan bij de definitie van publieke gezondheidszorg (artikel 1 onder c Wpg): de gezondheidsbeschermende en gezondheidsbevorderende maatregelen voor de bevolking of specifieke groepen daaruit, waaronder begrepen het voorkómen en het vroegtijdig opsporen van ziekten.

- Ook heeft de gemeenteraad de wettelijke taak om een Wmo-plan vast te stellen (artikel 3 Wmo). De Wmo verplicht de gemeente te vermelden wat de gemeentelijke doelstellingen zijn, hoe het beleid zal worden uitgevoerd, welke acties worden ondernomen, en welke resultaten de gemeente wil behalen op de verschillende onderdelen van maatschappelijke ondersteuning. Een van die onderdelen is de taak voor gemeenten om de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) te bevorderen. Onder dit beleidsterrein (prestatieveld 8) zijn alle activiteiten van de gemeente op het terrein van de OGGZ begrepen. Uiteenlopende groepen worden tot de OGGZ-doelgroep gerekend, waaronder vereenzaamde, depressieve en/of demente ouderen.
Ingevolge artikel 1 lid 1 onder e Wmo wordt onder OGGZ verstaan: het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ. Voor deze definitie is aangesloten bij hetgeen in de voormalige Wcpv stond beschreven. Onder de OGGZ wordt (dus) ook de collectieve preventie van psychosociale problemen begrepen. In de praktijk komt deze preventie in de uitwerking van het OGGZ-beleid al regelmatig aan de orde (MvT Wmo, p.21).
- Artikel 4 Wmo: gemeenten hebben volgens de Wmo een compensatieplicht. Dat wil zeggen dat gemeenten een persoon met beperkingen zodanig moeten compenseren dat deze in staat is zelfstandig een huishouden te voeren, zich kan verplaatsen in en om de woning, beschikt over vervoersmogelijkheden, andere mensen kan ontmoeten en sociale verbanden aan kan gaan.

Begrippenlijst

Universele preventie richt zich op de algemene bevolking die niet gekenmerkt wordt door het bestaan van verhoogd risico op ziekte. Universele preventie heeft tot doel de kans op het ontstaan van ziekte of risicofactoren te verminderen.

Selectieve preventie richt zich (ongevraagd) op (hoog)risicogroepen in de bevolking. Selectieve preventie heeft tot doel de gezondheid van specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van specifieke lokale, regionale of landelijke preventieprogramma's. Het opsporen en toeleiden naar de zorg is onderdeel van zo'n programma.

Geïndiceerde preventie richt zich op individuen die veelal nog geen gediagnosticeerde ziekte hebben, maar wel risicofactoren of symptomen. Geïndiceerde preventie heeft tot doel het ontstaan van ziekte of verdere gezondheidsschade te voorkomen door een interventie/ behandeling.

Zorggerelateerde preventie richt zich op individuen met een ziekte of een of meerdere gezondheidsproblemen. Deze preventie heeft tot doel het individu te ondersteunen bij zelfredzaamheid, ziektelast te reduceren en 'erger' te voorkomen. Bij het antwoord op de vraag of het in het pakket zit is allereerst de vraag of het te maken heeft met zorg die in het pakket zit. Relevant is verder of de preventie-activiteit voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, of de verzekerde geïndiceerd is (een ziekte heeft of verhoogd ziekterisico) en voldaan is aan andere voorwaarden van de verzekering.