
Lokaal gezondheidsbeleid: landelijke inventarisatie 2017

Inhoud en uitvoering van preventief gemeentelijk beleid



In samenwerking met Regioplan

16847-06

Eindrapport

Augustus 2017

I Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Werkwijze	6
2.1	Verkenning van het veld	6
2.2	Vragenlijst onder alle gemeenten.....	6
2.3	Tekstmining van beleidsnota's.....	8
2.4	Raadpleging van experts	8
3	Context van lokaal gezondheidsbeleid	10
3.1	Recente ontwikkelingen.....	10
3.2	Formele verankering	11
3.3	Lokale inbedding	12
4	Inhoud van lokaal gezondheidsbeleid	15
4.1	Doelgroepen.....	15
4.2	Sporen van beleid.....	16
4.3	Speerpunten	17
4.4	Schaalniveau	21
5	Betrokken partijen bij de uitvoering	22
5.1	Welzijnsorganisaties	22
5.2	Zorgorganisaties.....	23
5.3	Overige organisaties.....	24
6	Preventief aanbod voor jeugd en ouderen.....	26
6.1	Jeugd	26
6.2	Ouderen.....	26
7	Bevindingen.....	29
Bijlagen		
A	Thematische beschouwing	35
B	Begeleidingscommissie en deskundigen.....	37

1 Inleiding

doel onderzoek

Op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Cebeon in samenwerking met Regioplan een landelijk onderzoek verricht ter inventarisatie van de hoofdstromen van preventief gezondheidsbeleid van gemeenten. Met dit kwalitatieve onderzoek wil VWS een overzicht krijgen van gemeentelijke beleidsplannen voor gezondheidsbevordering, het voorkomen en verminderen van sociaal-economische gezondheidsverschillen, en preventieve ouderengezondheidszorg. Tevens is er behoefte aan meer duidelijkheid over welke soorten partijen deze beleidsplannen uitvoeren. Een laatste doel is een landelijk beeld te verschaffen van het lokale preventieve aanbod voor ouderen en voor jeugd.¹

afbakening

In afstemming met de begeleidingscommissie is het onderzoek op een aantal aspecten nader afgebakend:

- reikwijdte: er is onderkend dat lokaal gezondheidsbeleid in toenemende mate verweven raakt met ander gemeentelijk beleid, dat een betere gezondheid als neveneffect kan hebben. In het onderzoek staat beleid centraal dat primair op gezondheid is gericht;
- peiljaar: de wens om uit te gaan van 2015 als peiljaar is vanwege praktische overwegingen losgelaten. In contacten met gemeenten bleek het vrijwel ondoenlijk om een beeld te krijgen van de situatie ten tijde van de grote transities in het sociaal domein. Gemeenten zijn bevraagd op de actuele situatie met het verzoek om op onderdelen aan te geven in hoeverre er wijzigingen zijn sinds 2015;
- preventief gezondheidsaanbod: voor jeugd zijn alleen programma's geïnventariseerd in het kader van de bredere gezondheidsbevordering die geen onderdeel uitmaken van het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg.

uitwerking

Binnen deze afbakening is de vraagstelling van het onderzoek uitgewerkt langs de lijnen van onderstaande matrix. Deze heeft twee ingangen:

- stroom: focus in het preventieve gezondheidsbeleid;
- thema: aspecten van de gemeentelijke beleidsinzet.

¹ In samenhang hiermee is geëvalueerd hoe gemeenten uitvoering geven aan hun wettelijke opdracht voor preventieve ouderengezondheidszorg. Hierover is afzonderlijk gerapporteerd.

Thema \ Stroom	Gezondheids- bevordering	Sociaal-economische gezondheidsverschillen	Jeugd	Ouderen
3: context lokaal gezondheidsbeleid • formele verankering • bredere inbedding				
4: inhoud lokaal gezondheidsbeleid • doelgroepen • sporen • speerpunten				
5: uitvoering lokaal gezondheidsbeleid • welzijnsorganisaties • zorgorganisaties • overige organisaties				
6: aanbod gezondheidspreventie • jeugd • ouderen				

De ‘blokken’ in de matrix geven aan welke aspecten per hoofdstuk (3 t/m 6) worden behandeld. Om deze ‘blokken’ te vullen, zijn werkzaamheden verricht die we in hoofdstuk 2 toelichten.

leeswijzer

Achtereenvolgens wordt in dit rapport ingegaan op:

- de gevolgde werkwijze (hoofdstuk 2);
- de context van het lokale gezondheidsbeleid (hoofdstuk 3);
- de invulling die gemeenten aan dit beleid geven (hoofdstuk 4);
- de organisaties die uitvoering geven aan dit beleid (hoofdstuk 5);
- het lokale preventieve gezondheidsaanbod voor jeugd en ouderen (hoofdstuk 6).

Ter afsluiting worden de belangrijkste bevindingen op een rij gezet (hoofdstuk 7).

Op de feitelijke bevindingen is met diverse deskundigen van gemeenten en kennisinstellingen gereflecteerd. Hun reflecties zijn verwerkt in een thematische beschouwing die is opgenomen in bijlage A.

Bijlage B bevat informatie over de samenstelling van de begeleidingscommissie en de geraadpleegde deskundigen.

2 Werkwijze

2.1 Verkenning van het veld

Om een beter zicht te krijgen op de diversiteit van het lokale gezondheidsbeleid hebben we bij 15 uiteenlopende gemeenten een korte verkenning gedaan. Zij variëren in omvang, ligging en bevolkingssamenstelling. Bij deze gemeenten hebben we de verantwoordelijke beleidsmedewerkers benaderd met een uitleg van doel en opzet van het onderzoek en het verzoek tot medewerking.

Zij hebben nota's en andere documenten over het lokale gezondheidsbeleid beschikbaar gesteld voor het onderzoek. Op basis van deze documenten is een beeld gevormd van relevante aspecten van het lokale gezondheidsbeleid. Aansluitend zijn interviews gehouden met de betrokken beleidsdeskundigen. In deze interviews is in grote lijnen het beeld besproken dat naar voren kwam uit de documenten. Er is vooral ingegaan op aspecten waarover de documenten onvoldoende informatie bieden.

Deze verkenning leverde belangrijke input op voor het ontwikkelen van een vragenlijst.

2.2 Vragenlijst onder alle gemeenten

opzet

Mede op basis van de inzichten uit de verkenningsronde hebben we een digitale vragenlijst ontwikkeld. Om recht te kunnen doen aan de veelheid van aspecten en de diversiteit onder gemeenten is ervoor gekozen om begrippen en vraagstellingen niet op voorhand strikt in te kaderen.² De grote diversiteit maakte het bovendien onvermijdelijk dat de vragenlijst relatief uitgebreid is. Niettemin hebben we er bij de uitwerking naar gestreefd om de belasting voor gemeenten zo beperkt mogelijk te houden. Zo zijn geen vragen opgenomen over items waarvoor een bruikbaar beeld kan worden verkregen via tekstmining van beleidsnota's (zie volgende paragraaf).

Een eerste versie van de vragenlijst is besproken met de begeleidingscommissie en daarna ter toetsing voorgelegd aan gemeenten uit de verkenningsfase. Dit heeft nuttige praktische inzichten (zowel opzet als wijze van vraagstelling) opgeleverd en enkele inhoudelijke aanvullingen. Hiermee is de vragenlijst aangescherpt en vervolgens definitief gemaakt.

respons

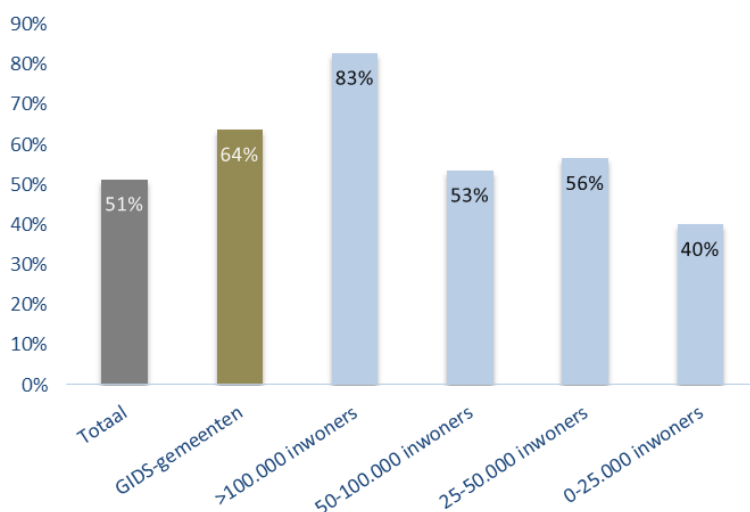
De vragenlijst is gericht uitgezet onder verantwoordelijke beleidsambtenaren van vrijwel alle gemeenten. Hierbij is dankbaar gebruik gemaakt van contacten via de GGD-en. Bij het invullen van de vragenlijst kon een beroep worden gedaan op ondersteuning van onze helpdesk. Diverse gemeenten hebben hiervan gebruik gemaakt.

Uiteindelijk hebben medewerkers van circa 180 gemeenten –een (groot) deel van– de vragenlijst ingevuld. Deze respons omvat ongeveer de helft van alle gemeenten. Bij grotere gemeenten waren soms bijdragen van meerdere beleidsmedewerkers nodig om de vragenlijst te completeren. Daarmee kan worden geconstateerd dat veel lokale –en soms regionale– medewerkers zich hebben ingespannen om de

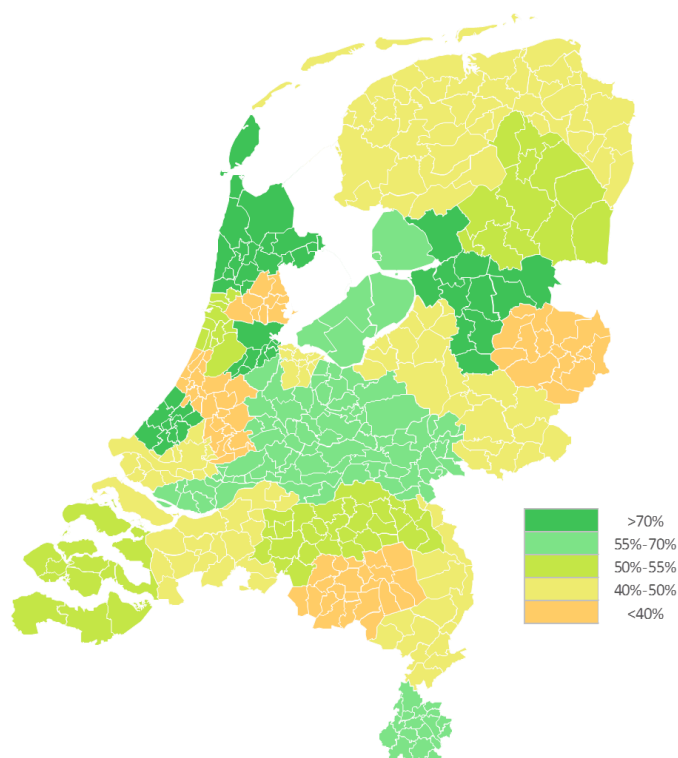
² Dit bood gemeenten de ruimte om antwoordcategorieën bij –bepaalde– vragen te interpreteren vanuit hun lokale context.

informatie aan te reiken waarmee het mogelijk was een onderbouwd landelijk beeld te vormen van de stand van zaken in het lokale gezondheidsbeleid. Voor hun grote inzet en constructieve medewerking zeggen wij hen allen hartelijk dank.

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



De figuur laat zien dat bijna tweederde van de gemeenten met een uitkering voor de aanpak voor gezondheidsachterstanden (GIDS-gemeenten) heeft gerepsondeerd.³ Bij de groep van grootste gemeenten is de respons nog hoger. In geografisch opzicht zijn de responsgemeenten als volgt gespreid.



³ Met de decentralisatie-uitkering Gezond in de stad (GIDS) krijgen ruim 160 gemeenten met wijken met de grootste gezondheidsachterstanden middelen voor de lokale aanpak van sociaal-economische gezondheidsachterstanden.

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

2.3 Tekstmining van beleidsnota's

Naast de vragenlijst hebben we een tekstanalyse verricht op gezondheidsnota's voor de beleidsperiode die 2015 omspannt.⁴ Hierbij zijn zowel lokale als regionale nota's betrokken die we met behulp van een webcrawl hebben verzameld van websites van gemeenten en regio's. Deze webcrawl heeft een set beleidsnota's opgeleverd die betrekking heeft op in totaal ongeveer 130 gemeenten.⁵

Om zicht te krijgen op de doelen/speerpunten die gemeenten voor hun lokale gezondheidsbeleid hebben benoemd is een analyse uitgevoerd op deze set beleidsnota's. Hiervoor is gebruik gemaakt van een geautomatiseerde tekstanalyseprocedure (tekstmining), waarbij omvangrijke –aantallen– teksten worden ingelezen in een analyseprogramma (R) en automatisch gescreeend op relevante zoektermen. Dit levert indicaties op voor speerpunten en enkele hoofddoelgroepen van beleid, die als tekstfiles zijn weggeschreven in een dataset. Deze tekstfiles zijn geanalyseerd en waar nodig getoetst aan de beleidsnota's om de zoektermen via een iteratief proces zo goed mogelijk aan te scherpen.

Op deze manier kan in een relatief korte tijdspanne een beeld worden gepresenteerd van de inhoud van een groot aantal beleidsnota's op belangrijke aspecten. Inherent aan deze methode is dat aspecten niet altijd voldoende scherp in beeld komen, waardoor uitkomsten soms minder eenduidig zijn te interpreteren.⁶

2.4 Raadpleging van experts

Aanvullend op de digitale uitvraag onder gemeenten is een aantal expertmeetings georganiseerd met deskundigen van gemeenten en externe deskundigen (met name kennisinstellingen). Tijdens deze bijeenkomsten zijn de thema's besproken aan de hand van voorlopige uitkomsten uit de vragenlijst. Naast een nadere duiding en nuancering van deze uitkomsten heeft dit ook meer inzicht opgeleverd in actuele ontwikkelingen en dilemma's waarvoor gemeenten zich gesteld zien.

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

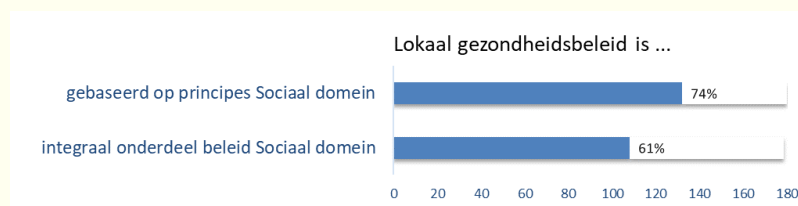
⁴ Gemeenten zijn gebonden aan dezelfde vierjaarcyclus, maar de perioden waarop lokale gezondheidsnota's betrekking hebben lopen tussen gemeenten uiteen (afhankelijk van de datum waarop zij van kracht zijn geworden).

⁵ Deze groep overlapt deels met de responsgemeenten van de vragenlijst.

⁶ Een voorbeeld hiervan is dat bij het thema dementie in circa 10% van de gezondheidsnota's een relatie lijkt te worden gelegd met de doelgroep Jeugd (zie paragraaf 4.3).

Leeswijzer figuren

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



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

Uit de voorbeeldfiguur kan worden opgemaakt dat in totaal 180 gemeenten antwoord hebben gegeven op de vraag of het lokale gezondheidsbeleid is gebaseerd op principes van het sociaal domein. Daarvan hebben ongeveer 130 gemeenten *positief* geantwoord ofwel 74% van het totale aantal responsgemeenten.

3 Context van lokaal gezondheidsbeleid

3.1 Recente ontwikkelingen

landelijke kaders publieke gezondheid

In de Wet publieke gezondheid is bepaald dat de gemeenteraad vierjaarlijks een beleidsnota gemeentelijk gezondheidsbeleid ('gezondheidsnota') vaststelt. Deze verplichting zet gemeenten ertoe aan het belang van de publieke gezondheid expliciet te verankeren in lokaal beleid.

In de gezondheidsnota dienen in elk geval de landelijke prioriteiten in acht te worden genomen die in het landelijke beleidskader zijn benoemd. Voor de huidige beleidsperiode gaat het om het bevorderen van een gezonde leefstijl door in te zetten op de volgende speerpunten: vermindering van roken, overmatig alcoholgebruik, (ernstig) overgewicht, depressie en diabetes en stimulering van bewegen.

Het huidige landelijke beleidskader neemt het concept positieve gezondheid als vertrekpunt en verbindt gezondheidsbeleid met de doelstellingen in het sociaal domein (participatie, zelfregie en zelfredzaamheid). In de begeleidende brief aan de Tweede Kamer is dit als volgt verwoord: "... de focus ligt minder op de afwezigheid van ziekten en aandoeningen en meer op de mogelijkheden die mensen hebben om met ziekten, beperkingen en tegenslagen om te gaan. Het kabinet steunt deze gedachte en ziet gezondheid niet alleen als een doel op zich, maar ook als een middel om andere doelen te kunnen bereiken, zoals: meer regie op het eigen leven, kwaliteit van leven, mee kunnen doen in de maatschappij en het gebruik maken van sociale netwerken."⁷

Gemeenten worden dus gestimuleerd om de gezondheid van hun inwoners vanuit meerdere perspectieven in het lokale beleid, inclusief andere sectoren, te betrekken. Door een brede en duurzame aanpak op wijkniveau kunnen gemeenten tevens sociaal-economische gezondheidsverschillen effectief verkleinen.

herordening belangrijke kaders

Actuele ontwikkelingen geven deze brede benadering van gezondheid verdere impulsen. We stippen ze kort aan:

- de voormalige AWBZ is teruggebracht tot zijn kern (Wet langdurige zorg, Wlz): zorg voor mensen die blijvend zijn aangewezen op zorg met 24-uurstoezicht vanwege behoefte aan verpleging of verzorging dan wel een verstandelijke, zintuiglijke en/of lichamelijke handicap;
- delen van de AWBZ zijn per 2015 overgeheveld naar zorgverzekeraars (Zvw) en gemeenten (Jeugdhulp, Wmo);
- de gehele jeugdzorg (ook vanuit provinciale kaders en de GGZ) is per 2015 onder verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht;
- in 2015 is er een integraal wettelijk kader gekomen voor bijstand, re-integratie en andere gemeentelijke inzet voor groepen met een grote afstand tot de arbeidsmarkt (Participatiewet);
- er wordt gewerkt aan een integraal wettelijk kader voor het fysieke domein dat de komende jaren zal worden ingevoerd (Omgevingswet).

Achter deze ontwikkelingen gaat een aantal gemeenschappelijke principes schuil:

- vraaggerichte benadering: centraal staan burgers met hun vragen/behoefte én mogelijkheden;

⁷ Brief aan Tweede Kamer over de Landelijke nota gezondheidsbeleid 2016-2019, 4 december 2015.

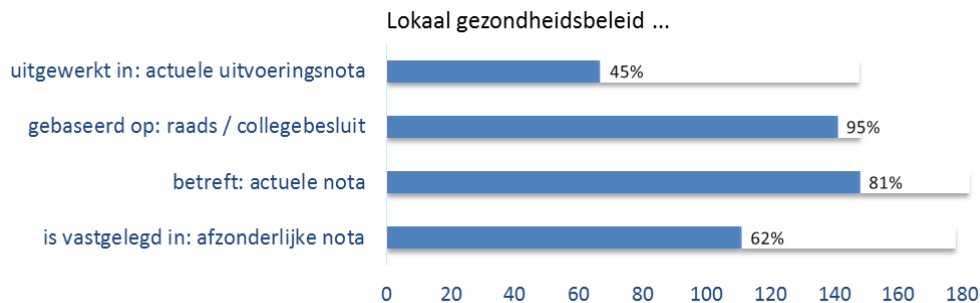
- maatwerk bieden: zorg en ondersteuning worden ingericht op het versterken van eigen regie/redzaamheid en sociale netwerken, een goed samenspel tussen informele en professionele ondersteuning en bestaan uit een mix van burgerinitiatief, collectieve en individuele voorzieningen;
- nabijheid: zorg en ondersteuning worden georganiseerd in de directe leefomgeving van mensen, die zodanig wordt ingericht dat zij zo lang mogelijk zelfstandig kunnen wonen. Institutionele vormen van verblijf worden sterk afgebouwd (beddenreductie);
- ontschotting: belemmeringen vanuit wet- en regelgeving worden zoveel mogelijk weggenomen of – waar dat niet goed mogelijk is– pragmatisch gehanteerd. Professionals krijgen de ruimte en het vertrouwen om samen met burgers te doen wat nodig is;
- incrementele innovatie: beleid sluit hierbij aan en stimuleert stapsgewijze vernieuwing door brede kaderstelling die werkende weg wordt geoperationaliseerd en waar nodig flexibel bijgesteld.

Een en ander is het meest pregnant zichtbaar in de transformatie van het sociaal domein en de –deels daarop aansluitende– herinrichting van de eerstelijnszorg en de curatieve zorg. Naast de Wmo, de Jeugdwet en de Participatiewet omvat het sociaal domein in veel gemeenten ook andere ‘sociale beleidsvelden’ zoals sport en onderwijs.

3.2 Formele verankering

status lokaal gezondheidsbeleid

Met behulp van de vragenlijst is geïnventariseerd welke status het lokale gezondheidsbeleid heeft. Responsgemeenten hebben hierover het volgende gemeld.



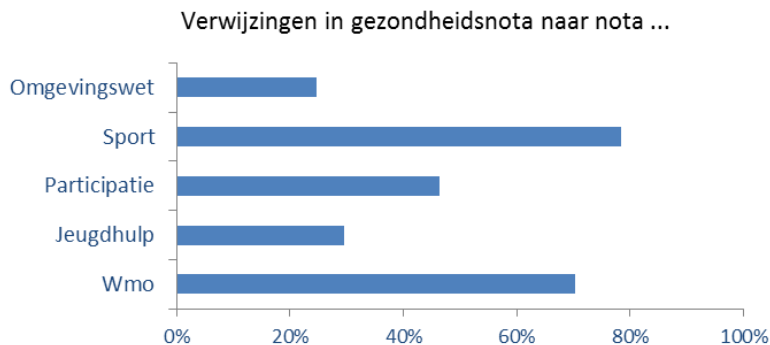
Bijna tweederde van de responsgemeenten beschikt over een afzonderlijke gezondheidsnota. Andere gemeenten hebben bijvoorbeeld een gecombineerde nota Sport en gezondheid of een nota Sociaal domein, waarvan het preventieve gezondheidsbeleid deel uitmaakt.

Bij ongeveer een vijfde van de responsgemeenten is de gezondheidsnota niet meer actueel. Zij werken momenteel aan een nieuw beleidskader voor de komende jaren. Een deel van deze gemeenten heeft de andere vragen niet beantwoord.

In de meeste andere responsgemeenten is de gezondheidsnota formeel vastgesteld door de gemeenteraad en/of het college van burgemeester en wethouders. Ook heeft circa de helft van deze gemeenten hun gezondheidsbeleid geoperationaliseerd in een actuele uitvoeringsnota. Dit zegt vooral iets over de wijze van werken (inclusief formele betrokkenheid van de gemeenteraad). Andere gemeenten geven bijvoorbeeld uitvoering aan hun gezondheidsnota via thematische en/of gebiedsgerichte programma's onder verantwoordelijkheid van het college.

verankering gezondheidsdoelen

In hun gezondheidsnota's leggen gemeenten ook verbanden met andere beleidsnota's. Uit de geautomatiseerde tekstanalyse komt hierover het volgende beeld naar voren.



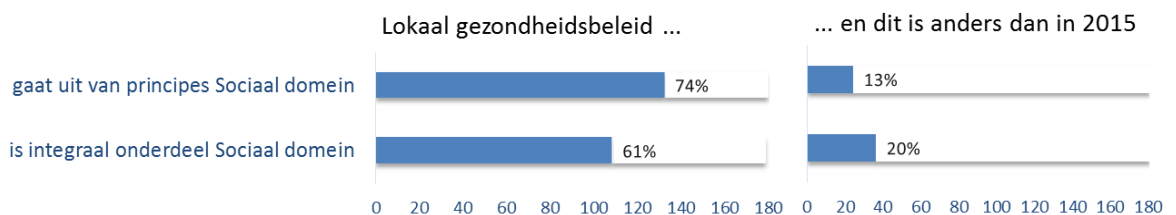
In veel gezondheidsnota's zijn dus verwijzingen opgenomen naar gemeentelijke nota's voor Sport en Wmo (7 à 8 op de 10 nota's), en mindere mate nota's voor Participatie, Jeugd/hulp en Omgevingswet (3 à 4 op de 10 nota's).

Dit laat zien dat er ook op andere beleidsterreinen aandacht is voor gezondheid. Er zijn gemeenten die op die terreinen gezondheid expliciet als één van de doelen formuleren. Zo hebben enkele tientallen responsgemeenten in de vragenlijst aangegeven dat gezondheidsdoelen niet exclusief zijn benoemd in de gezondheidsnota maar breder zijn verankerd, vooral in samenhang met het sociaal domein (nota's voor Wmo, Jeugd, Ouderen en/of Sport).

3.3 Lokale inbedding

samenhang met sociaal domein

In de vragenlijst konden gemeenten aangeven in hoeverre het lokale gezondheidsbeleid vanuit dezelfde principes (zie paragraaf 3.1) vertrekt als het sociaal domein of zelfs integraal onderdeel daarvan uitmaakt. Dit levert het volgende beeld op.

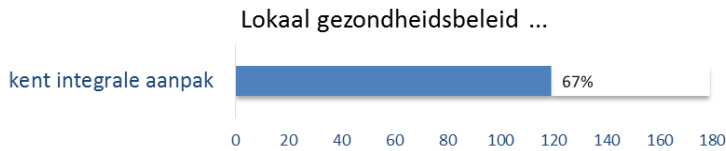


Ongeveer driekwart van de responsgemeenten blijkt in het lokale gezondheidsbeleid te werken vanuit de principes van het sociaal domein. Bij ruim 60% is dit beleid zelfs min of meer geïntegreerd in het sociaal domein.

Het grootste deel van deze gemeenten heeft ook aangegeven in hoeverre dit een wijziging is ten opzichte van 2015. Dat blijkt bij ongeveer een zesde tot een vijfde het geval te zijn. Aangezien 2015 het jaar van de decentralisaties was, is dit een indicatie dat de transformatie van het sociaal domein van invloed is op de vernieuwing van het lokale gezondheidsbeleid.

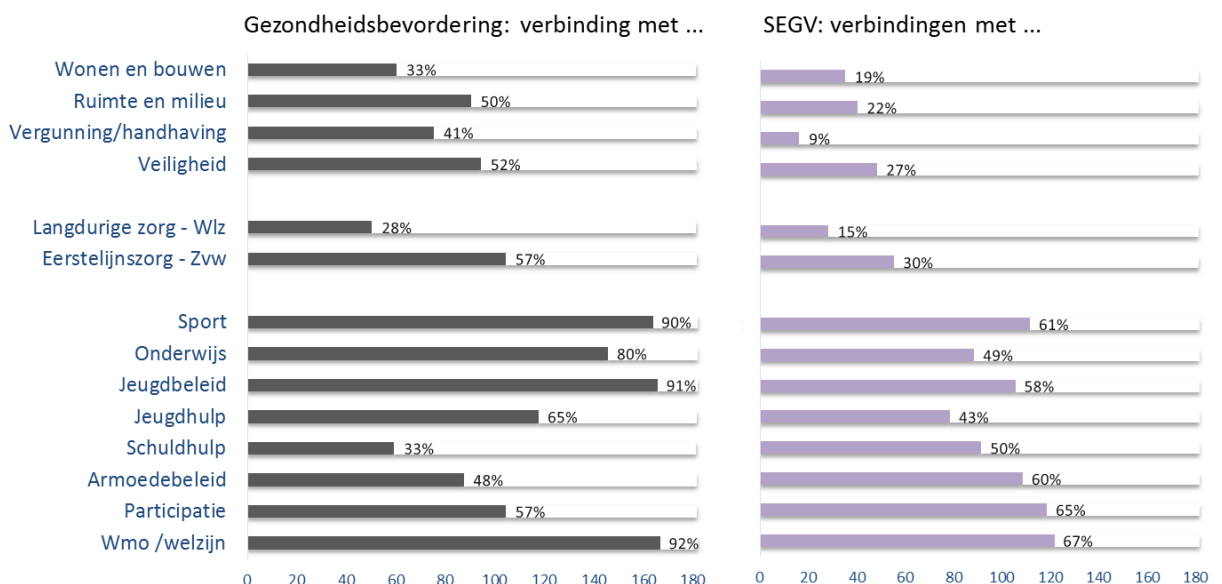
verbindingen met ander beleid

Ter verdieping en verbreding van dit beeld is gevraagd in hoeverre gemeenten een integrale aanpak hanteren in hun lokale gezondheidsbeleid en met welke andere soorten beleid zij verbindingen leggen. Op eerstgenoemd aspect hebben gemeenten als volgt geantwoord.



Ongeveer tweederde van de responsgemeenten kent een integrale aanpak, waarbij geen segmentering plaatsvindt naar sectoren of aspecten. Hiervoor zijn goede verbindingen tussen het lokale gezondheidsbeleid en ander gemeentelijk beleid onmisbaar alsook verbindingen met externe kaders. Gemeenten zonder een expliciet integrale aanpak werken eveneens aan zulke verbindingen.

Toegespitst op de beleidsstromen levert dit het volgende beeld op van de verbindingen met het sociaal domein (*figuren: onder*), met zorgkaders (*midden*) en met het fysieke domein (*boven*).

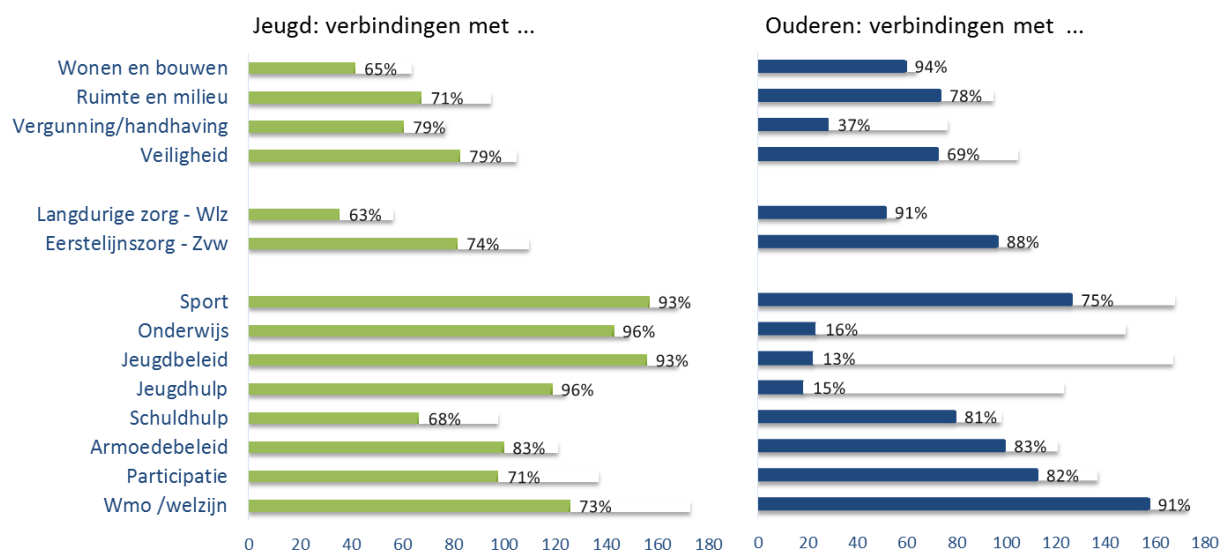


Deze figuren maken zichtbaar dat de meeste responsgemeenten verbindingen leggen met het *sociaal domein*. Bij Gezondheidsbevordering is dat het duidelijkst, met name als het gaat om beleid voor Wmo/welzijn, jeugd(hulp), sport en onderwijs. Vanuit de aard van deze stroom leggen bij Sociaal-economische gezondheidsverschillen meer gemeenten verbindingen met beleid rond participatie, armoede en schuldhulp. Dat gebeurt onder meer door expertise op deze terreinen te borgen in sociale (wijk)teams en vanuit armoedebeleid te werken aan betere toegang tot voorzieningen op het gebied van zorg, welzijn, sport en cultuur.

Verbindingen met *zorgkaders* zijn er vooral bij de eerstelijnszorg. Dit geldt met name voor Gezondheidsbevordering. Zulke verbindingen hebben deels een ‘programmatisch’ karakter, bijvoorbeeld in de vorm van bestuurlijke afspraken over samenwerking. Daarnaast krijgen zij gestalte op het niveau van client(groep)en, bijvoorbeeld als het gaat om laaggeletterden of kwetsbare ouderen.

Met het *fysieke domein* leggen responsgemeenten met name verbanden bij Gezondheidsbevordering. In de meeste gevallen komt dit voor bij de inrichting van de openbare ruimte (speelplekken, fietsroutes, e.d.), en in mindere mate bij wonen/bouwen en vergunning/handhaving (alcohol, drugs, e.d.). De verbanden met veiligheid liggen deels in het verlengde van het fysieke domein.

Voor de stromen Jeugd en Ouderen hebben minder responsgemeenten de vraag naar relevante verbanden beantwoord. Hiervoor is het beeld als volgt.



Er zijn verschillen zichtbaar in de betekenis van levensfasen. In vergelijking met Jeugd leggen bij Ouderen bijvoorbeeld duidelijk minder responsgemeenten verbanden met jeugd(hulp) en onderwijs, maar meer gemeenten met de Wmo en de (eerstelijns)zorg. Op het fysieke domein ligt het accent bij Jeugd meer op vergunning/handhaving (relatie met genotmiddelen) en bij Ouderen meer op wonen en bouwen (relatie met zolang mogelijk zelfstandig wonen).

4 Inhoud van lokaal gezondheidsbeleid

4.1 Doelgroepen

Veel gemeenten gaan in hun gezondheidsbeleid uit van een integrale benadering en segmenteren niet naar sectoren (paragraaf 3.3). Aanvullend hebben we gevraagd in hoeverre dit ook geldt voor doelgroepen van beleid. De respons op deze vraag is hieronder per stroom weergegeven. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen een algemene focus (*figuren: onder*) en een viertal risicosituaties (*boven*).



Voor bijna alle stromen geeft ongeveer driekwart van de responsgemeenten aan zich in hun lokale gezondheidsbeleid te richten op alle inwoners en in het bijzonder kwetsbare mensen. Bij kwetsbaar denken gemeenten aan mensen zoals (overbelaste) mantelzorgers, chronisch zieken en kwetsbare zwangeren, mensen met een licht verstandelijke beperking, statushouders en vluchtelingen.

Vanuit de aard van deze stroom is van zo'n brede focus bij Sociaal-economische gezondheidsverschillen duidelijk minder sprake. Hier is de focus op *risicosituaties* in relatieve zin het grootst. Bij de andere stromen hebben minder responsgemeenten aangegeven zich te richten op risicosituaties. Voor zover dat het geval is, gaat de aandacht vooral uit naar mensen met een laag inkomen, mensen in achterstandswijken en laaggeletterden.

4.2 Sporen van beleid

Gemeenten is gevraagd hoe zij hun lokale gezondheidsbeleid inrichten in termen van sporen (zie kader).

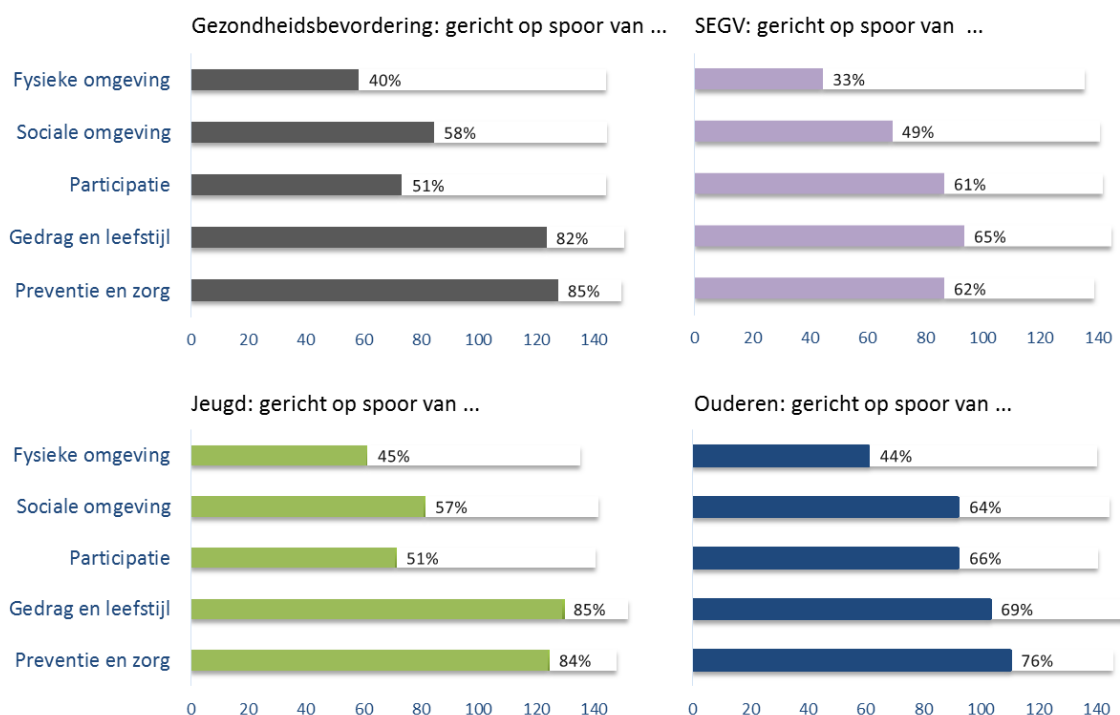
Sporen in het kader van *Gezond in ...*

In het programma 'Gezond in de stad' zijn 5 sporen van beleid onderscheiden. Van deze gebieden is bekend dat zij (in)direct van invloed zijn op de gezondheidssituatie van mensen:

1. *Preventie en zorg*: goede en laagdrempelige preventie en zorg in de buurt zijn randvoorwaarden voor gezondheid;
2. *Gedrag en leefstijl*: mogelijkheden om eigen gezondheid te behouden/verbeteren. Hiervoor is zowel kennis van gezondheid nodig als vaardigheden om (i) informatie over gezondheid te vinden, begrijpen en toe te passen en (ii) de weg te vinden in de zorg, klachten te verwoorden en adviezen te begrijpen;
3. *Participatie*: actief meedoen in de samenleving maakt mensen gezond en andersom heeft meedoen een positief effect op gezondheid;
4. *Sociale omgeving*: sociale netwerken hebben veel invloed op eigen gedrag, gevoel van veiligheid en gezondheid. In een gezonde sociale omgeving wonen mensen veilig, is de sociale cohesie in de buurt groot en krijgen mensen steun van buurtbewoners;
5. *Fysieke omgeving*: de directe leefomgeving (school, werk of wijk) kan mensen uitnodigen tot een gezonde(re) leefstijl, zoals bewegen en sporten. Het kan echter ook risico's op gezondheidsproblemen vergroten, bijvoorbeeld door ligging naast een snelweg, verouderde woningen en onveiligheidsgevoelens.

Preventief gezondheidsbeleid is het meest effectief als op al deze sporen in samenhang wordt ingezet.

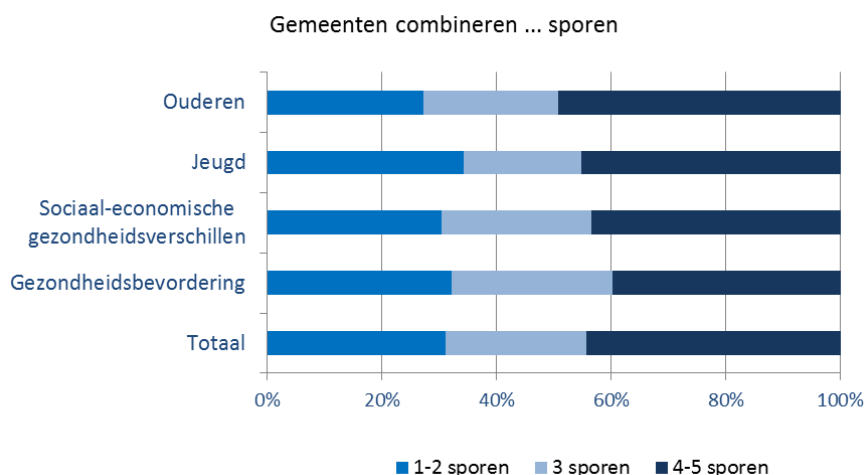
Op basis van de respons kan voor deze sporen het volgende beeld per stroom worden gegeven.



Bij alle stromen zet ongeveer tweederde of meer responsgemeenten in op Preventie en zorg alsmede Gedrag en leefstijl. Ook is ongeveer de helft van de responsgemeenten actief op de sporen Participatie en Sociale omgeving. De inzet op de Fysieke omgeving blijft hierbij achter.

Vanuit de aard van de stromen zijn er accentverschillen zichtbaar. Zo krijgt Gezondheidsbevordering bij een groot deel van de responsgemeenten gestalte via de sporen Preventie en zorg alsmede Gedrag en leefstijl. Bij Sociaal-economische gezondheidsverschillen zetten relatief meer responsgemeenten in op Gedrag en leefstijl alsmede Participatie. Bij Jeugd ligt het accent op Gedrag en leefstijl, terwijl er bij Ouderen relatief meer responsgemeenten zijn die inzetten op Preventie en zorg, Participatie en Sociale omgeving.

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



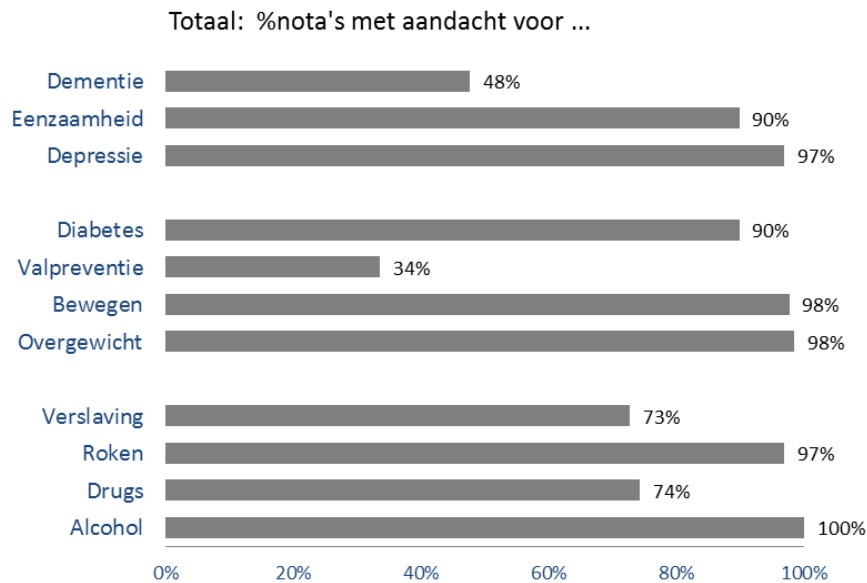
Over het geheel genomen zet bijna de helft van de responsgemeenten in op 4 à 5 sporen en ongeveer een derde op 1 à 2 sporen. Bij Jeugd is het aandeel responsgemeenten dat inzet op 1 à 2 sporen het grootst. Bij Ouderen ligt het aandeel responsgemeenten dat inzet op 4 à 5 sporen iets hoger en bij Gezondheidsbevordering iets lager.

4.3 Speerpunten

Om zicht te krijgen op de speerpunten die gemeenten voor hun lokale gezondheidsbeleid hebben benoemd is een analyse uitgevoerd op beschikbare beleidsnota's. Hiervoor is gebruik gemaakt van een geautomatiseerde tekstanalysemethode (zie hoofdstuk 2.3). Daarmee is eerst in beeld gebracht welke aandacht er is voor onderscheiden thema's en vervolgens in hoeverre deze thema's ook zijn benoemd als speerpunt van lokaal gezondheidsbeleid.

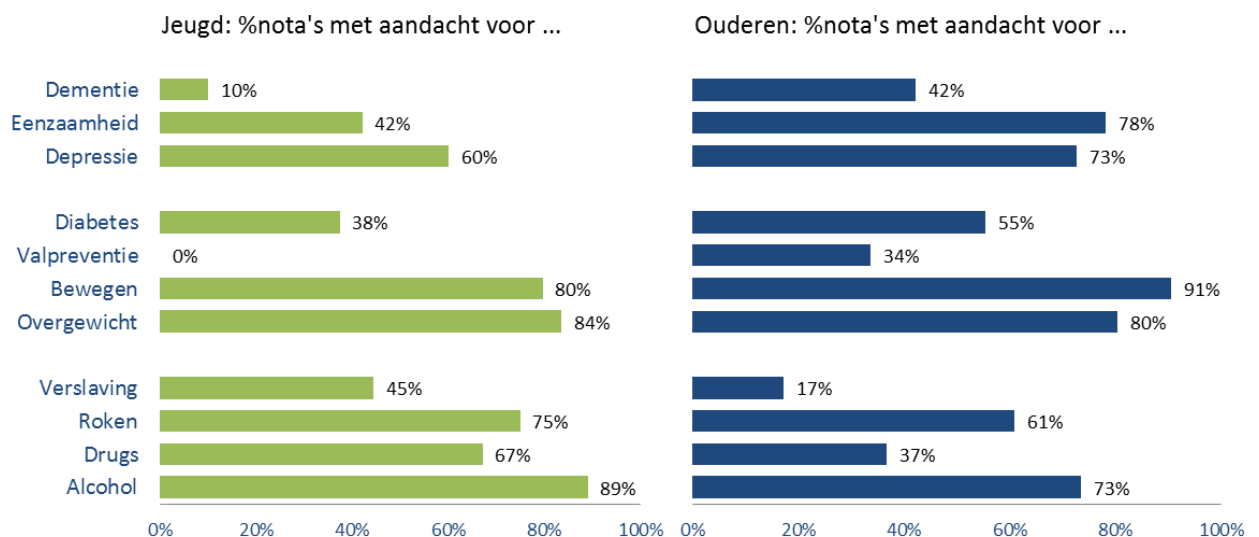
aandacht voor thema's

Onderstaande figuur geeft een overzicht van de *aandacht* voor verschillende thema's in de beleidsnota's. Deze zijn geclusterd rond genotmiddelen (*figuur: onder*), fysieke gezondheid (*midden*) en psychische gezondheid (*boven*). Naast landelijke speerpunten voor een gezonde leefstijl zijn enkele andere thema's meegenomen. Er is gekeken naar de prevalentie van termen in tekstdelen over speerpunten, ambities, doelstellingen en thema's. Naast de totale prevalentie (*Totaal*) is ook de prevalentie voor de doelgroep *Jeugd* en *Ouderen* weergegeven. De prevalentie is uitgedrukt als percentage van het totale aantal geanalyseerde beleidsnota's (130).



Zichtbaar is dat de thema's alcohol, roken, overgewicht, bewegen, diabetes, depressie en eenzaamheid in vrijwel alle beleidsnota's voorkomen. Het thema valpreventie komt het minste voor (circa een derde van de nota's).

Ter verdieping van dit totaalbeeld is gekeken in hoeveel nota's een thema voorkomt in combinatie met de doelgroep Jeugd en Ouderen. Hiervoor is een breed bereik genomen.⁸ Dit levert het volgende beeld op.

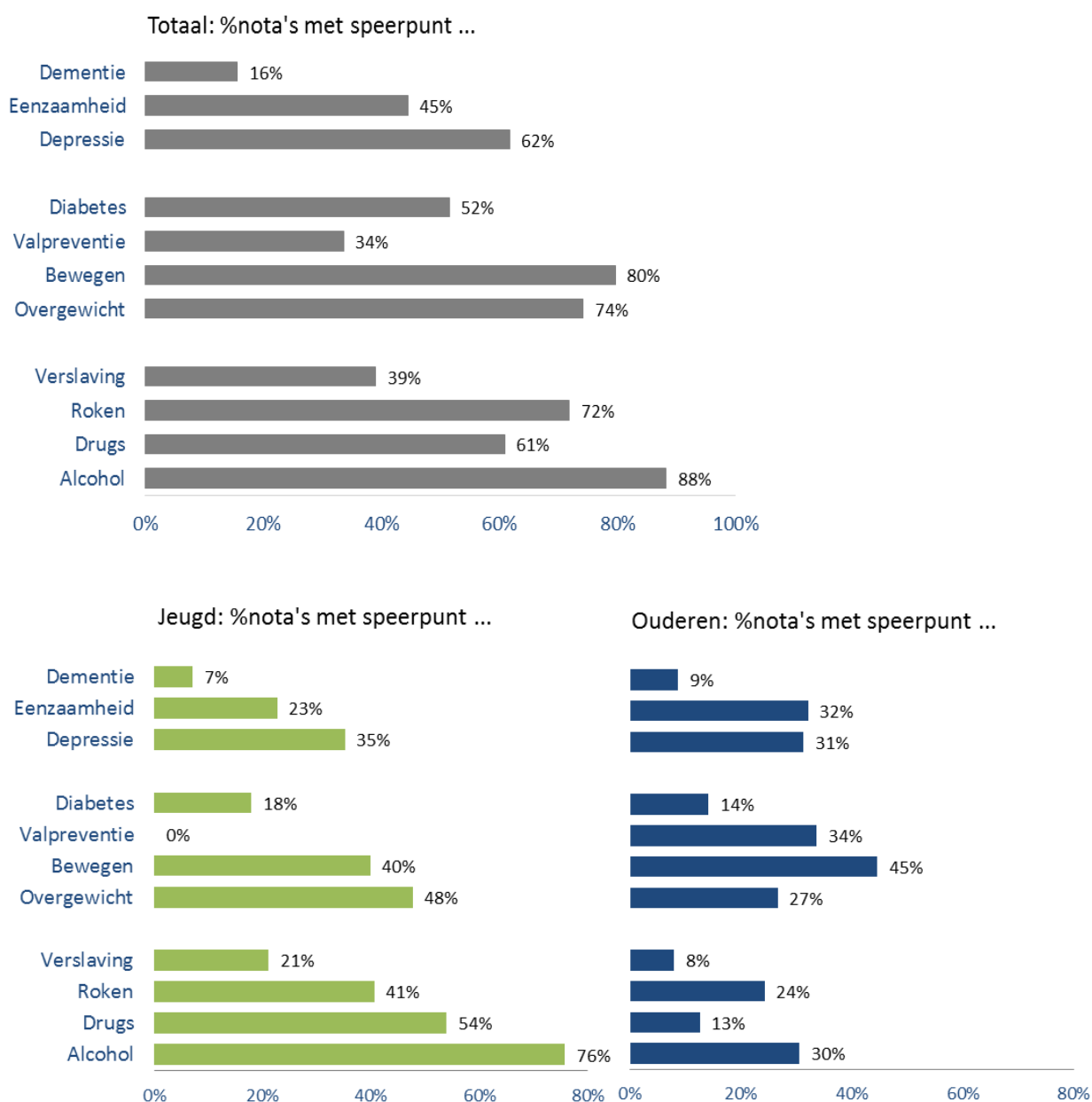


Uit deze telling blijkt dat er in 9 van de 10 nota's aandacht is voor alcoholgebruik onder jongeren. Tevens is er veel aandacht voor overgewicht en bewegen bij zowel Jeugd als Ouderen. Verder zijn depressie en eenzaamheid in driekwart van de nota's belangrijke thema's voor Ouderen, terwijl roken vaker wordt genoemd bij Jeugd.

⁸ Zo is gekeken of er in de 200 tekens vóór en na de term 'verslaving' de term 'jongere' voorkomt. Door dit bereik te nemen, kan vrijwel zeker worden gesteld dat er geen doelgroepen worden 'gemist'. Als een doelgroep niet genoemd wordt binnen dit bereik van een thema is de kans groot dat deze twee niet op elkaar betrekking hebben. De andere doelgroepen zijn via dezelfde methode in kaart gebracht.

aanscherping analyse: thema's als speerpunt

Voor het onderzoek is met name van betekenis of een thema als *speerpunt van beleid* is benoemd. Om hiervan een beeld te schetsen, is een tweede analyse uitgevoerd. Bovenstaande figuur laat immers alleen zien of een thema wordt genoemd, al dan niet in combinatie met een doelgroep. Dit kan echter in verschillende contexten gebeuren.⁹ Daarom is de analyse aangescherpt door alleen positief te scoren als een thema voorkomt in combinatie met de term 'preventie' of een synoniem hiervan. Om de betekenis voor doelgroepen in kaart te brengen, is vervolgens per speerpunt gezocht naar een combinatie met Jeugd of Ouderen. De resultaten van deze aangescherpte analyse zijn hieronder weergegeven.



De figuur laat zien dat preventie van *genotmiddelen* een belangrijk speerpunt vormt, in het bijzonder van alcoholgebruik. In bijna 9 van de 10 beleidsnota's is dit als speerpunt opgenomen. Voor roken en drugs

⁹ Zo is een veel voorkomende zinssnede in de nota's "de leeftijdsgrens voor alcohol van 16 naar 18 jaar". Hoewel hier wordt gesproken over jeugd en alcohol, is dit geen indicatie van gericht preventief beleid ('alcohol' als speerpunt).

geldt dit in mindere mate alsook voor verslavingspreventie in het algemeen. Preventie van (overmatig) alcoholgebruik lijkt vooral een speerpunt bij Jeugd.

Diverse gemeenten zien normstellend landelijk (inclusief betrokkenheid van onderwijskoepels, branche-organisaties, e.d.) of regionaal beleid als doorslaggevend voor effectieve preventie van genotmiddelen. Lokaal is er, naast handhaving, specifiek aandacht voor risicogroepen zoals zwangere vrouwen.

Als we kijken naar *fysieke gezondheid* valt op dat in ongeveer 8 op de 10 beleidsnota's bewegen en overgewicht als speerpunten zijn benoemd. Voor diabetes en valpreventie geldt dit in mindere mate. Overgewicht lijkt een speerpunt dat meer gericht is op Jeugd dan Ouderen, terwijl dit bij het speerpunt bewegen andersom ligt. Dit hangt mogelijk samen met het speerpunt valpreventie, dat specifiek op ouderen is gericht.

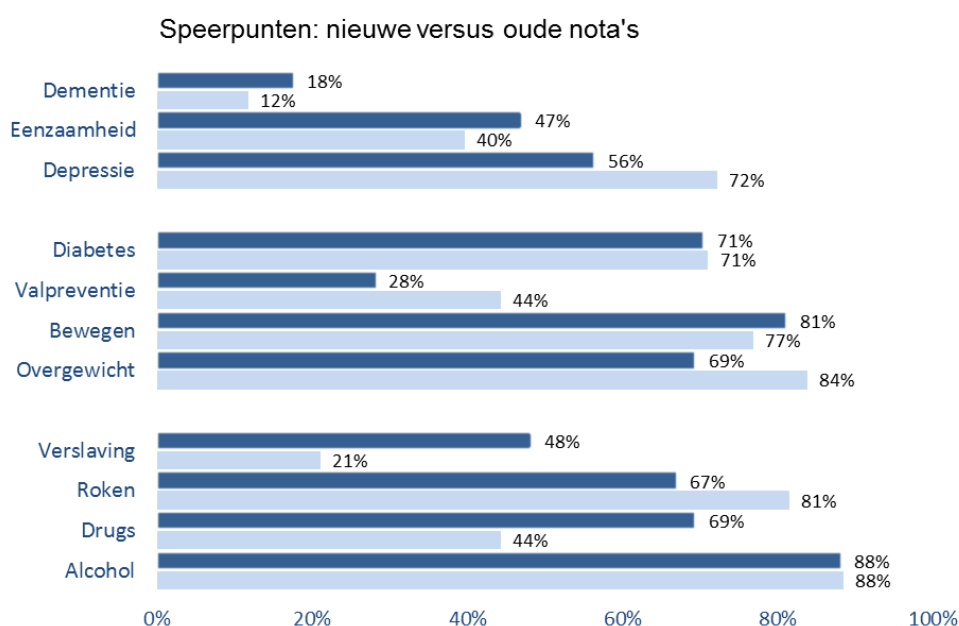
Bij *psychische gezondheid* is preventie van depressie een belangrijk speerpunt. Opvallend is dat dit niet alleen is gericht op Ouderen, maar ook wordt genoemd in combinatie met Jeugd. Eenzaamheid wordt in bijna de helft van de nota's genoemd als speerpunt, vooral in combinatie met Ouderen. Iets soortgelijks geldt voor dementie dat in ongeveer een zesde van de nota's voorkomt als speerpunt.

Dit beeld indiceert een minimumniveau: de percentages zullen eerder hoger dan lager zijn. Ook na toetsing bij een aantal gemeenten valt namelijk niet uit te sluiten dat in de analyse soms een speerpunt en/of een combinatie met een bepaalde doelgroep onvoldoende scherp in beeld komt.

ontwikkeling

Aanvullend op voorgaande analyses is nagegaan hoe de aandacht voor de onderscheiden speerpunten zich in de loop der tijd kan ontwikkelen. Hiertoe zijn de beleidsnota's in 2 groepen geclusterd: *oud* (nota's over de periode tussen 2012 en 2015) en *nieuw* (nota's vanaf 2015). De onderlinge verhouding is ongeveer één derde respectievelijk tweederde. Per cluster zijn gemiddelde percentages bepaald over de metingen uit beide voorgaande figuren Totaal.

Aan de hand hiervan zijn hieronder per speerpunt de verschillen in beeld gebracht tussen de gemiddelde percentages in nieuwe (*figuur: bovenste staafjes*) en oude (*onderste staafjes*) beleidsnota's.

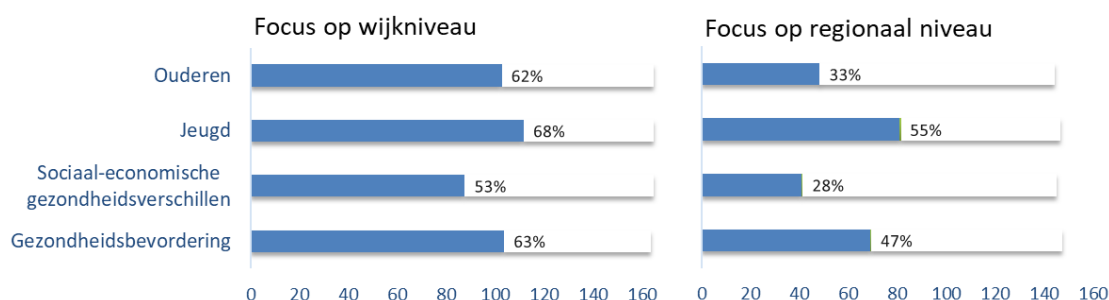


In nieuwe nota's lijkt er bij *genotmiddelen* vaker aandacht te zijn voor de speerpunten drugs/verslaving en minder vaak voor roken. Bij de speerpunten die vallen onder *fysieke gezondheid* lijkt er in de nieuwe nota's iets vaker aandacht te zijn voor bewegen en minder vaak voor overgewicht en valpreventie. Voor *psychische gezondheid* lijken recentere nota's zich iets vaker te richten op dementie en eenzaamheid en minder vaak op depressie.

Overigens zegt dit niet alles over de feitelijke inzet van gemeenten op speerpunten, omdat een deel daarvan plaatsvindt buiten de gezondheidsnota om, bijvoorbeeld in de vorm van inzet door combifunctionarissen en buurtsportcoaches.

4.4 Schaalniveau

Een laatste aspect van de inrichting van het lokale gezondheidsbeleid betreft het schaalniveau waarop de primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering is belegd. Aan gemeenten is gevraagd aan te geven op welk niveau de focus ligt bij de onderscheiden stromen. Zij hebben hierop als volgt geantwoord.



Voor de meeste stromen ligt de focus bij tweederde van de responsgemeenten op wijkniveau. Bij Sociaal-economische gezondheidsverschillen is dit onder alle responsgemeenten gemiddeld lager (ruim de helft), maar onder GIDS-gemeenten ligt het aandeel ook op tweederde.

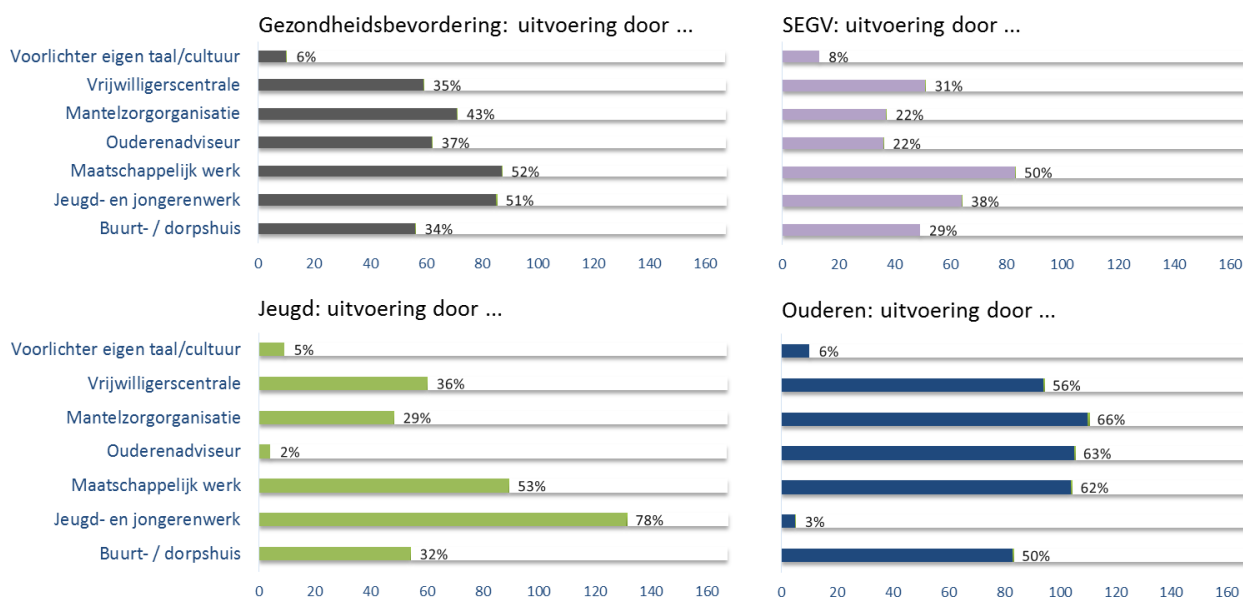
Niet voor alle taakonderdelen ligt de primaire verantwoordelijkheid voor de uitvoering op wijkniveau. Er zijn ook onderdelen waar de uitvoering meer op regionaal niveau is belegd. Ongeveer de helft van de responsgemeenten geeft aan dat dit het geval is bij Jeugd en Gezondheidsbevordering. Hier ligt een relatie met de speerpunten rond genotmiddelen en leefstijl (gezond eten en bewegen), waarbij de GGD vanouds een belangrijke rol vervult. Dit neemt overigens niet weg dat de feitelijke uitvoering door regionaal aangestuurde organisaties in veel gevallen lokaal en op wijkniveau plaatsvindt.

5 Betrokken partijen bij de uitvoering

In de vragenlijst hebben gemeenten aangegeven welke soorten partijen uitvoering geven aan het lokale gezondheidsbeleid (uitvoerders) of daarbij zijn betrokken (andere stakeholders). Daarbij is gemeenten gevraagd vooral organisaties te noemen die zij bekostigen en/of waarmee zij –structurele– afspraken hebben gemaakt over hun bijdrage aan het lokale gezondheidsbeleid. In dit hoofdstuk beschrijven we de respons. Hierbij maken we onderscheid tussen welzijnsorganisaties, zorgorganisaties en overige organisaties.

5.1 Welzijnsorganisaties

Welzijnspartijen vervullen een belangrijke preventieve rol in het sociaal domein. Het gaat zowel om partijen met een brede taakopdracht als organisaties met een specifiekere focus (bijvoorbeeld ouderen, jongeren of buurtbemiddeling). Hieronder is per stroom in beeld gebracht in hoeverre deze partijen ook bijdragen aan de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid.



In tenminste een derde tot de helft van de responsgemeenten blijken het maatschappelijk werk, buurt/dorpshuizen en vrijwilligerscentrales een herkenbare rol te vervullen in de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid voor vrijwel alle stromen.¹⁰ Afhankelijk van de aard van de stroom en/of gerelateerd aan levensfasen geldt dit daarnaast voor:

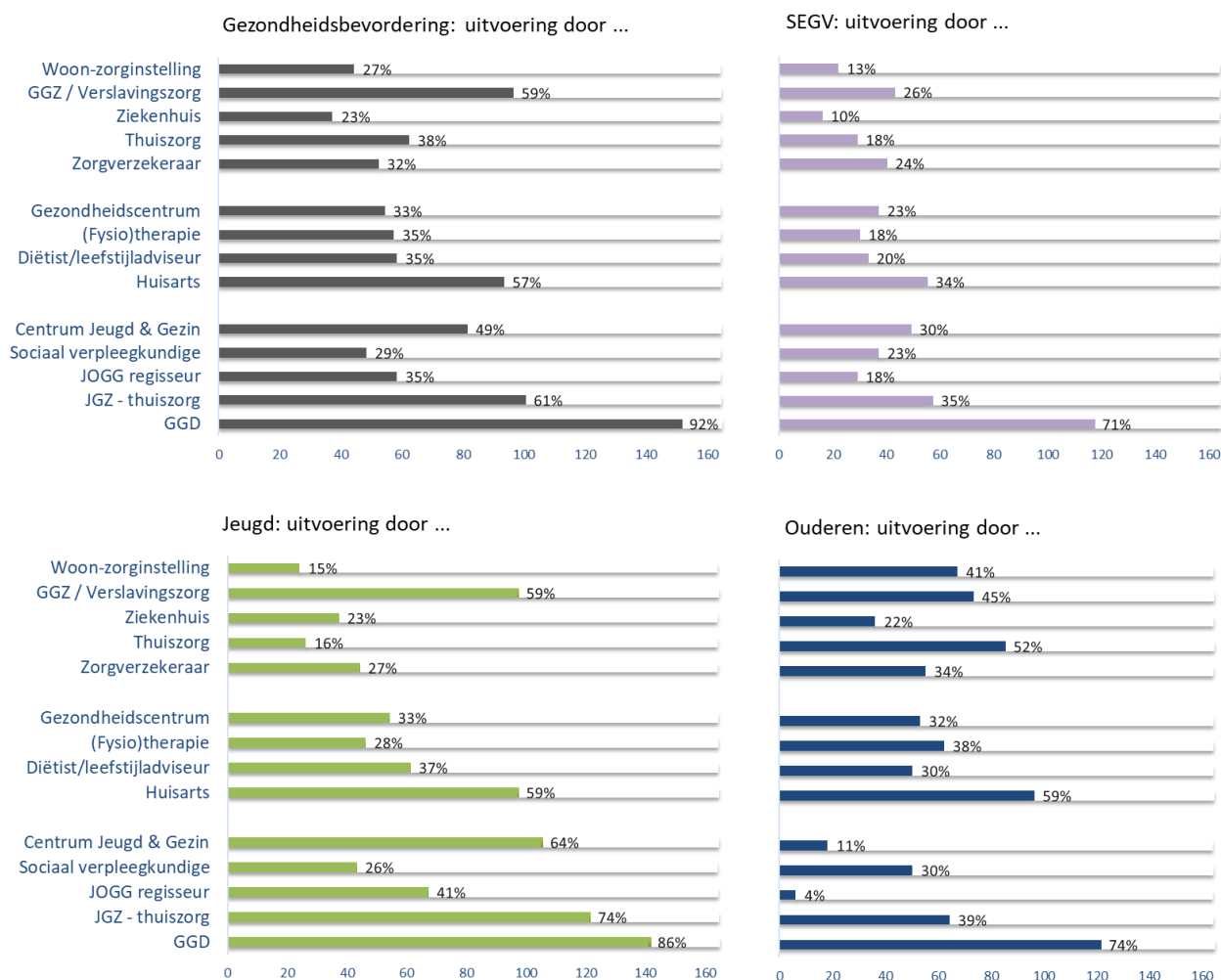
- jeugd- en jongerenwerk (Gezondheidsbevordering, Jeugd);
- mantelzorgorganisaties en ouderenadviseurs (Gezondheidsbevordering, Ouderen).

Diverse responsgemeenten noemen verder brede welzijnsorganisaties, sociale (wijk)teams of ouderenwerk als lokale uitvoerende partijen. Eén van de belangrijke functies die zij vervullen, is het versterken van sociale netwerken.

¹⁰ De cijfers vormen een zekere onderschatting omdat gemeenten met een brede welzijnsorganisatie wel degelijk bijvoorbeeld algemeen maatschappelijk werk bieden, maar dit niet als afzonderlijke organisatie hebben aangekruist.

5.2 Zorgorganisaties

Ook zorgorganisaties leveren volgens gemeenten een bijdrage aan de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid. Hieronder is dat per stroom in beeld gebracht.¹¹ Tot deze categorie behoren enerzijds organisaties die worden bekostigd door gemeenten (*figuren: onder*) en anderzijds organisaties die primair onder verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars vallen, zowel eerstelijnszorg (*midden*) als andere soorten organisaties (*boven*).



Bij alle stromen springt de GGD eruit als meest genoemde ‘stakeholder’ van het lokale gezondheidsbeleid. Bij Jeugd vervult de GGD in veel gemeenten, in het verlengde van de wettelijke taken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg, een uitvoerende en/of regisserende rol. Dit betreft onder andere voorlichting, verslavingspreventie en coördinatie van programma’s als JOGG en Gezonde school. Daarnaast levert de GGD in veel gemeenten een bijdrage in gezondheidsvoorlichting (hele bevolking en/of specifieke groepen volwassenen/ouderen). Ook vervult de GGD in wisselende mate een stimulerende/regisserende rol in bijvoorbeeld de Gezonde wijk-aanpak.

Andere soorten zorgorganisaties die veel responsgemeenten noemen, zijn:

- GGZ/Verslavingszorg (relatie met speerpunt genotmiddelen en psychische gezondheid);
- huisarts (relatie met toegangsfunctie jeugd en sociaal wijkteams);

¹¹ We merken op dat sommige uitkomsten in de figuren zich minder eenduidig laten interpreteren, bijvoorbeeld als het gaat om JGZ (thuiszorgorganisaties die uitvoering geven aan jeugdgezondheidszorg) bij Ouderen.

- andere eerstelijnsinstellingen, zoals gezondheidscentra, fysiotherapie, diëtist (relatie met speerpunt fysieke gezondheid).

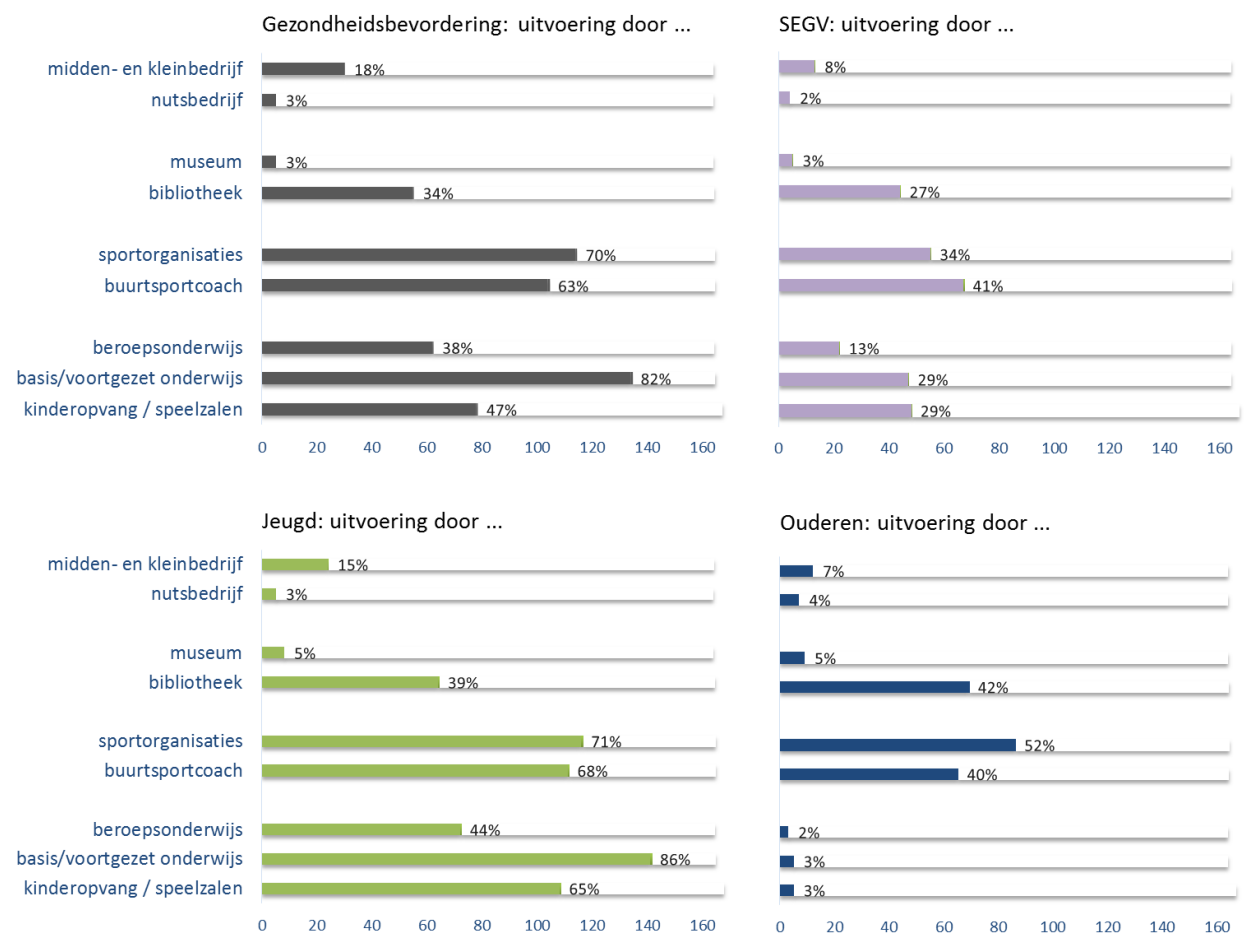
Afhankelijk van de aard van de stroom en/of gerelateerd aan levensfasen noemt een aantal responsgemeenten daarnaast ook:

- Centrum Jeugd & Gezin (CJG; Gezondheidsbevordering, Jeugd);
- Woonzorginstelling en thuiszorg (Gezondheidsbevordering, Ouderen).

Zorgverzekeraars vervullen minder een uitvoerende rol. Zij vormen een belangrijke bestuurlijke partner van gemeenten met wie de samenwerking vooral gestalte krijgt in het kader van het bredere sociaal domeinbeleid (wijkgerichte aanpak) en bij de invulling van de collectieve zorgverzekering voor minima.

5.3 Overige organisaties

Naast welzijns- en zorgorganisaties kunnen ook (andere) partijen bijdragen aan de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid, zoals organisaties op het gebied van onderwijs (*figuren: onder*), sport en cultuur (*midden*) alsook lokale bedrijven (*boven*). Hieronder is per stroom in beeld gebracht in hoeveel responsgemeenten dit het geval is.



In veel responsgemeenten blijken sportorganisaties, buurtsportcoaches en bibliotheken een rol te vervullen in de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid voor vrijwel alle stromen. Diverse gemeenten geven

aan dat zij brede (subsidie)afspraken maken met sportorganisaties over hun maatschappelijke bijdrage. Bibliotheken verzorgen onder meer taalpunten of cursussen digivaardigheden voor laaggeletterden.

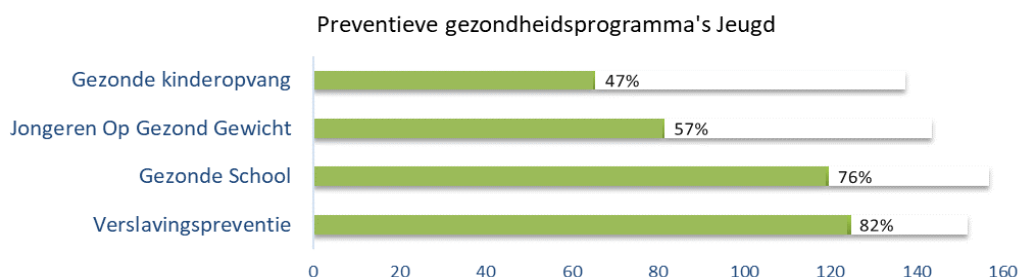
Bij Jeugd, Gezondheidsbevordering en in mindere mate Sociaal-economische gezondheidsverschillen noemen responsgemeenten daarnaast kinderopvang/peuterspeelzalen en (beroeps)onderwijs als uitvoerende partijen. Sommigen leggen hierbij expliciet de relatie met programma's als Gezonde School en Gezonde Kinderopvang.

De rol van het midden- en kleinbedrijf wordt met name bij Gezondheidsbevordering en Jeugd genoemd. Bij winkels en horeca ligt er een relatie met het speerpunt alcohol en roken. Musea en nutsbedrijven worden door zeer weinig responsgemeenten genoemd als relevante uitvoerder.

6 Preventief aanbod voor jeugd en ouderen

6.1 Jeugd

In het onderzoek is ook geïnventariseerd welk preventief aanbod gemeenten hebben voor jeugd buiten het basistakenpakket voor de jeugdgezondheidszorg. Hieronder is voor een aantal programma's weergegeven hoeveel responsgemeenten deze aanbieden.



Uit dit overzicht blijkt dat veel responsgemeenten programma's hebben die zijn gericht op:

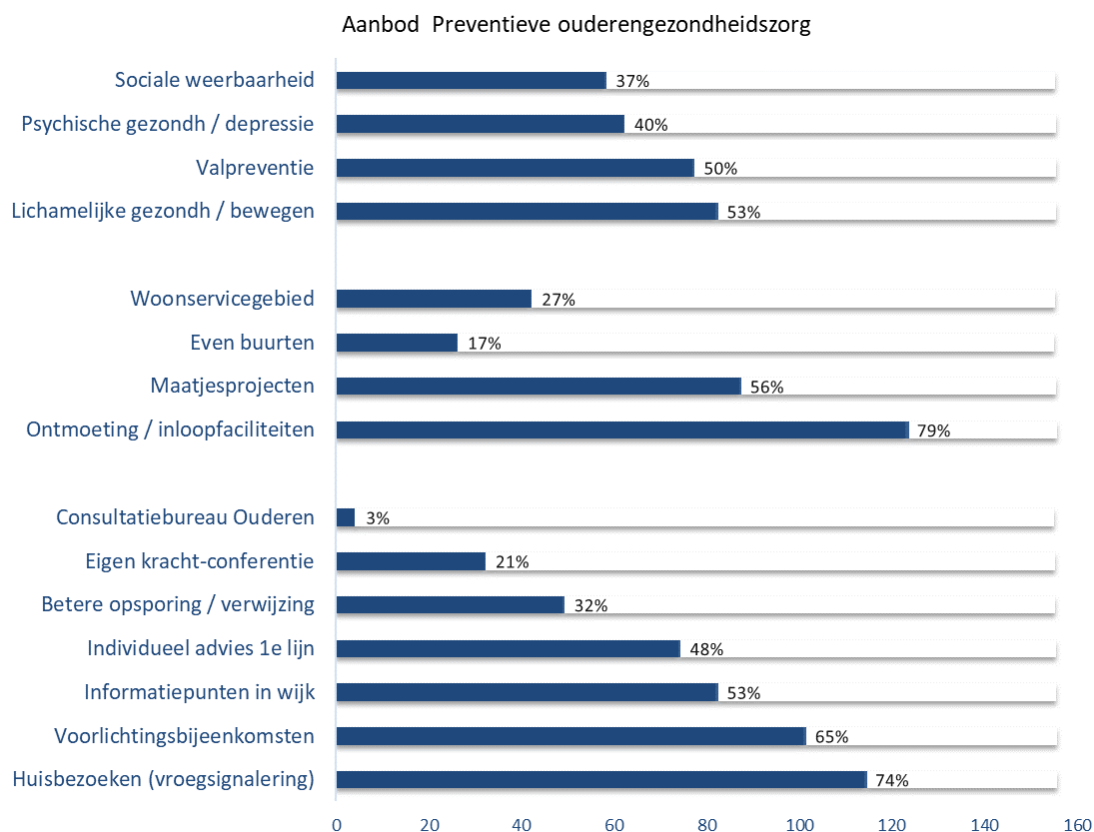
- speerpunten: verslaving (ruim 80%) en overgewicht (JOGG, ruim de helft);
- leefomgeving: school (driekwart) en kinderopvang (ongeveer de helft).

Daarnaast noemen diverse gemeenten:

- eigen (leefstijl)programma's die gelijkenis hebben met JOGG;
- programma's gericht op psychische gezondheid en weerbaarheid;
- sport- en beweegprogramma's;
- programma's voor gezonde zwangerschap en een gezonde start (1^e levensjaar/jaren).

6.2 Ouderen

Gemeenten hebben opgave gedaan van hun preventieve aanbod voor ouderengezondheidszorg. In de vraagstelling hierover is onderscheid gemaakt tussen aanbod gericht op informeren, signaleren en verwijzen (*figuur: onder*), aanbod voor ontmoeting (*midden*) en interventies die vindbaar zijn via het Centrum Gezond Leven (*boven*). Dit levert het volgende beeld op.



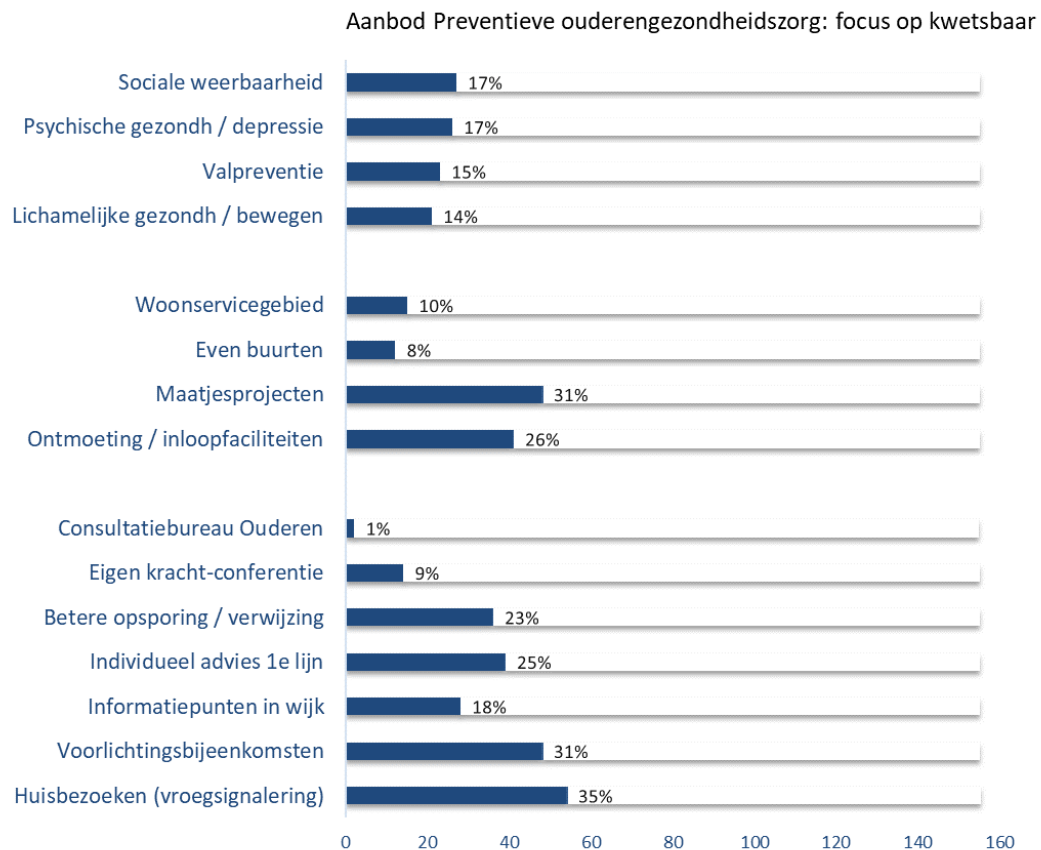
Een meerderheid van de responsgemeenten voorziet in informierend en signalerend aanbod, zoals huisbezoeken, voorlichtingsbijeenkomsten, informatiepunten in de wijk en vormen van individueel advies. Betere verwijzing en stimuleren van eigen kracht/redzaamheid wordt door een vijfde tot een derde van de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

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

In ongeveer een derde tot de helft van de responsgemeenten omvat het beschikbare aanbod van preventieve ouderengezondheidszorg daarnaast diverse, persoonsgerichte gezondheidsinterventies die vindbaar zijn via het Centrum Gezond Leven. Deze houden met name verband met speerpunten als gezond ouder worden en bewegen/valpreventie, en in mindere mate psychische gezondheid en sociale weerbaarheid. Uit gesprekken komt naar voren dat diverse gemeenten geen goed overzicht hebben van welke interventies vindbaar zijn via het Centrum Gezond Leven en welke daarvan lokaal worden toegepast. De genoemde percentages lijken daarmee een onderschatting te geven van het feitelijke aanbod.

focus op kwetsbare ouderen

In hoeverre richt het lokale aanbod zich op kwetsbare ouderen? Hieronder is per type voorziening in beeld gebracht bij hoeveel responsgemeenten dat het geval is.



Bij de belangrijkste soorten (Wmo-gerelateerd) aanbod blijkt er in een kwart tot een derde van de responsgemeenten sprake van een focus op kwetsbare ouderen. Naar de aard van het aanbod is dit duidelijk minder het geval bij integrale wijkaanpakken, waarin ongeveer 1 op de 10 responsgemeenten vooral kwetsbare ouderen op het oog heeft. Ook valt op dat interventies van het Centrum Gezond Leven in relatief weinig responsgemeenten vooral worden ingezet bij kwetsbare ouderen.

7 Bevindingen

waarde en beperkingen van het onderzoek

Met dit onderzoek is een actueel, breed en cijfermatig onderbouwd landelijk beeld verkregen van wat gemeenten doen aan preventief gezondheidsbeleid. Het omvat vier hoofdstromen: gezondheidsbevordering, sociaal-economische gezondheidsverschillen en preventieprogramma's gericht op jeugd en ouderen. Dit beeld is verkregen door medewerking en informatie van een groot aantal gemeenten, verspreid over het hele land. De uitkomsten kunnen worden gezien als representatief: ongeveer de helft van alle gemeenten heeft een vragenlijst ingevuld en daarnaast zijn voor ruim 130 gemeenten beleidsnota's geanalyseerd.

Naast inzicht in belangrijke thema's en ontwikkelingen/trends (speerpunten, doelgroepen en verbanden) voor de hoofdstromen van het preventief gezondheidsbeleid van gemeenten biedt het onderzoek zicht op welke soorten partijen uitvoering geven aan lokale gezondheidspreventie. Ook is geïnventariseerd met welk aanbod gemeenten werken voor gezondheidspreventie van jeugd en ouderen.

Het onderzoek heeft het karakter van een feitelijke inventarisatie. Een verkenning van keuzes en afwegingen achter preventief gezondheidsbeleid en concrete uitvoeringsprogramma's viel buiten de scope van dit onderzoek. Evenmin is een analyse gemaakt van de effectiviteit van het preventief gezondheidsbeleid of van andere soorten nota's (aanpalende beleidsvelden).

In de uitkomsten van het onderzoek kan als rode draad een aantal bevindingen worden onderscheiden, die hieronder zijn samengevat.

gemeenten nemen gezondheidspreventie serieus ...

Gemeenten maken werk van hun wettelijke taakopdracht. Tweederde van de responsgemeenten beschikt over een (actuele) gezondheidsnota die is vastgesteld door de gemeenteraad. Andere gemeenten hebben hun preventieve gezondheidsbeleid vastgelegd in een breder kader, in samenhang met verwant beleid (voor sociaal domein, Wmo of sport). Ook kunnen doelen van gezondheidspreventie in andere beleidsnota's zijn verankerd.

In lokale gezondheidsnota's zien we ook de landelijke speerpunten voor een gezonde leefstijl duidelijk weerspiegeld. Zo zijn terugdringen van overmatig alcoholgebruik en overgewicht en bevorderen van bewegen speerpunten in driekwart of meer van de geanalyseerde beleidsnota's. Vermindering van drugsgebruik, diabetes, depressie en eenzaamheid worden in de helft van de nota's als speerpunt benoemd.

... en hanteren een brede benadering van gezondheid ...

Gemeenten bezien preventie vanuit een brede benadering van gezondheid. Dit wordt zichtbaar in de inrichting van het lokale gezondheidsbeleid. De meeste responsgemeenten zetten in op meerdere sporen. Hierbij staan leefstijl en gedrag voorop alsmede preventie en zorg. Een kleiner aantal gemeenten zet daarnaast ook in op participatie (vooral in relatie tot sociaal-economische gezondheidsverschillen) en sociale omgeving (vooral bij ouderen). Het spoor van de fysieke omgeving (met verbanden tussen gezondheidspreventie en beleid binnen het fysieke domein) wordt in minder dan de helft van de responsgemeenten gevolgd. Onder invloed van de Omgevingswet ontstaat hiervoor wel meer aandacht.

Dit meersporenbeleid vertaalt zich in tal van verbindingen met andere beleidsvelden, met het sociaal domein (beleid voor Wmo, jeugd, re-integratie, armoede/schuldhelp, sport e.d.) als zwaartepunt. Ook met de zorg zijn er allerlei verbindingen, met name met de Zorgverzekeringswet.

... die ook zichtbaar is in de uitvoering ...

Ook in de uitvoering van het lokale gezondheidsbeleid wordt de breedte van gezondheidspreventie zichtbaar. Er is een scala van uiteenlopende soorten organisaties bij betrokken: naast de GGD loopt dat uiteen van welzijnsorganisaties, scholen, sportorganisaties, en bibliotheken tot allerlei partijen in de eerstelijnszorg (huisarts, wijkverpleegkundige e.d.) en gespecialiseerde zorg (instellingen voor verslavingszorg e.d.).

... en in het aanbod voor ouderen en jeugd

In het lokale aanbod van gezondheidspreventie voor *ouderen* is de nauwe samenhang met het sociaal domein en in het bijzonder de Wmo zichtbaar. Veel gemeenten beschouwen Wmo-gerelateerde voorzieningen rond informeren, signaleren en ontmoeten als preventief voor gezondheid van ouderen. Daarnaast biedt een derde tot de helft ook gezondheidsinterventies, met name voor bewegen en valpreventie. Een relatief beperkt aantal responsgemeenten kent integrale wijkprogramma's met gezondheidsdoelen.

Een meerderheid van de responsgemeenten heeft ook specifieke *jeugd*preventieprogramma's gericht op leefstijl (genotmiddelen en gezond gewicht) en leefomgeving (zoals Gezonde school).

wel zijn er accentverschillen tussen hoofdstromen

Het voorgaande beeld vertoont veel overeenkomsten voor de hoofdstromen. Wel zijn er accentverschillen zichtbaar:

- Gezondheidsbevordering: de nadruk ligt op preventie en zorg, leefstijl en gedrag. Landelijke speerpunten komen met name hierin tot uitdrukking;
- Sociaal-economische gezondheidsverschillen: meer focus op risicosituaties en meer aandacht voor verbindingen met de Participatiewet (armoedebelief, schuldhelp, activering e.d.);
- Jeugd: behalve aandacht voor bepaalde speerpunten (zoals genotmiddelen en overgewicht) hanteren veel gemeenten duidelijk omschreven (landelijke) programma's die door lokale partijen worden uitgevoerd, aanvullend op het basispakket jeugdgezondheidszorg;
- Ouderen: voor deze stroom is gezondheidspreventie in beleid, uitvoering en aanbod sterk vervlochten met de Wmo. Daarnaast is er aandacht voor verbindingen met eerstelijnszorg en sport (speerpunt bewegen en valpreventie).

doorwerking transities 2015: gezondheidspreventie steeds meer integraal onderdeel sociaal domein ...

De transities in 2015 (Jeugdwet, Wmo 2015 en Participatiewet) hebben een duidelijke doorwerking gehad op het lokale gezondheidsbeleid. Waar de aandacht in de eerste jaren vooral uitging naar een goede 'landing' van de nieuwe taken, krijgt gezondheidspreventie bij gemeenten nu meer aandacht. Ongeveer tweederde van de responsgemeenten beschouwt gezondheidspreventie als integraal onderdeel van het sociaal domein. Mede afhankelijk van –de vorm en fase van– de transformatie van het sociaal domein verschillen gemeenten in de wijze waarop zij de relatie met ander beleid invullen. Er zijn gemeenten waar het gezondheidsbeleid is geïntegreerd met een ander beleidskader, zoals Wmo of Sport (enkelvoudige integratie). Andere gemeenten kiezen voor een breed beleidskader ('paraplu') voor het hele sociaal domein dat thematisch en/of gebiedsgericht wordt uitgewerkt, inclusief gezondheidsdoelen. Ook zijn er gemeenten die nog een stap verder gaan en werken aan een brede preventienota die naast het sociaal domein ook –onderdelen van– het fysieke domein omspannt.

Door te werken vanuit de principes van het sociaal domein ('benutten van eigen kracht, versterken van zelfredzaamheid, sociale netwerken en algemene voorzieningen, aangevuld met persoonlijk maatwerk') en verbindingen te zoeken met andere beleidsterreinen geven gemeenten op uiteenlopende manieren invulling aan het landelijke vertrekpunt van positieve gezondheid.

... met focus op kwetsbare groepen

In het verlengde van de werkwijze in het sociaal domein is er onder responsgemeenten een duidelijke gerichtheid op kwetsbare groepen: driekwart of meer gemeenten ziet hen als belangrijkste doelgroep van gezondheidspreventie. Gemeenten denken hierbij aan minder zelfredzame inwoners zoals mensen met chronische problematiek en/of met beperkingen. Met name bij Sociaal-economische gezondheidsverschillen heeft een derde tot de helft van de responsgemeenten specifieke aandacht voor risicosituaties (laag inkomen, laaggeletterdheid en achterstandswijken).

Bijlagen

A Thematische beschouwing

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

zichtbaarheid van gezondheidspreventie

Ongeveer een derde van de responsgemeenten heeft geen afzonderlijke gezondheidsnota meer. Gezondheidspreventie maakt dan deel uit van een breder beleidskader. Deskundigen onderkennen dat dit kan leiden tot een uitholling van de status van de gezondheidsnota als centraal beleidsdocument en/of verminderde bestuurlijke aandacht voor gezondheidspreventie. Anders geformuleerd, integraal beleid kan leiden tot verlies aan focus. In kleinere gemeenten maakt minder zichtbaarheid bovendien gezondheidspreventie meer afhankelijk van de opstelling van een enkele ambtenaar.

Tegelijkertijd zien zij een verspreiding van gezondheidsdoelen mede als uitvloeisel van de transformatie van het sociaal domein en het landelijk omarmde concept positieve gezondheid. Doordat gemeenten sinds 2015 een sterkere (financiële) prikkel ondervinden om te investeren in preventie verwachten deskundigen dat de lokale inzet op gezondheid eerder zal toenemen dan minder worden. Zo zijn er gemeenten die gezondheid als thema benutten om meer focus te brengen in ander beleid. Beleid voor sport, groen en dergelijke wordt dan meer expliciet als middel ingezet om gezondheid te bevorderen. Het gaat dan niet meer om het nastreven van speerpunten als zodanig, maar meer om het aanpakken van onderliggende problematiek. En dat kan alleen in nauwe samenhang met andere beleidskaders. Ter illustratie wijzen zij op verslavingsproblematiek: een integrale inzet op de sociaal-economische situatie (schulden, armoede, e.d.) kan effectiever werken dan verslaving als geïsoleerd speerpunt te benaderen.

Verder onderstrepen deskundigen dat de gezondheidsnota in de praktijk vaak een 'papieren tijger' is (geweest). Zij signaleren dat bij veel gemeenten sowieso sprake is van een omslag van 'minder nota' naar 'meer uitvoering'. Beleid krijgt dan werkende weg gestalte in de praktijk, met veel ruimte voor het samenspel tussen professionals en burgers. Deze pragmatische benadering blijkt ook uit het feit dat diverse (middelgrote en kleinere) gemeenten samen met lokale partijen vergelijkbare activiteiten uitvoeren als in landelijke programma's maar zonder het formele traject te doorlopen voor een officieel 'label' (zoals JOGG of Gezonde school).

belang van vroegpreventie

Deskundigen herkennen de sterke focus op kwetsbare mensen in het licht van de transities in het sociaal domein. Een groot deel van de (financiële) inzet van gemeenten voor de nieuwe taken gaat nog uit naar cliënten die in beeld/zorg zijn. Dit bergt het risico in zich dat preventie beperkt blijft tot het 'voorkomen van erger'.

Tegelijkertijd nemen zij bij gemeenten een groeiend besef waar dat juist dient te worden geïnvesteerd in vroegpreventie om de kansen op –het ontstaan van– problematiek in de toekomst te beperken. Gemeenten haken hiervoor onder meer aan bij initiatieven van actieve burgers, zoals vitale ouderen die anticiperen op langer thuis kunnen wonen. Een deel van de burgers met verhoogd risico op gezondheidsproblematiek komt echter niet vanzelf in beeld of pas wanneer problematiek zich manifesteert. Met name is dit aan de orde bij de stromen Sociaal-economische gezondheidsverschillen en Ouderen. Naast het 'vinden' (tijdig signaleren) van mogelijke problematiek vraagt in zulke situaties ook het 'binden' aandacht: langdurige ondersteuning op maat door professionals en vrijwilligers. Zowel in de signalering van als interventie op gezondheidsproblemen leveren veel partijen een zinvolle bijdrage, maar vaak gebeurt dat nog vanuit kaders of invalshoeken die onvoldoende onderling zijn afgestemd. Deskundigen zien hier een regierol

voor gemeenten (in samenwerking met zorgverzekeraars) weggelegd, die met name gestalte krijgt in het functioneren van de eerstelijns (sociaal teams, wijkverpleegkundigen, e.d.).

samenwerking met zorgverzekeraars en door hen bekostigde partijen

In het verlengde hiervan signaleren gemeentelijk deskundigen dat de gewenste samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de praktijk lastig is vanwege financiële schotten en uiteenlopende belangen. Hierdoor blijft het bijvoorbeeld moeilijk om te komen tot een gezamenlijke aanpak van preventie, zorg en ondersteuning. Wanneer er al samenwerking is, verkeert dit vaak nog in de pilotfase en is dit beperkt tot bepaalde gebieden.

Voor effectieve gezondheidspreventie achten de deskundigen een meer integrale, domein-overstijgende aanpak onmisbaar. Bij voorkeur vraagt dat structurele afspraken met partijen in de eerstelijns- en gespecialiseerde zorg, maar op z'n minst dat partijen vraaggericht (kunnen) werken vanuit een gemeenschappelijke visie op wat nodig is en wat ieders bijdrage daarin is.

Dit is ook één van de aandachtspunten die responsgemeenten benoemen, specifiek als het gaat om de samenwerking rond preventieve gezondheidszorg voor ouderen.

aandacht voor verbinding met Wet langdurige zorg en Omgevingswet

Uit de raadpleging van gemeenten blijkt dat er in relatief veel gevallen nog nauwelijks sprake is van verbindingen met de Wet langdurige zorg en de Omgevingswet. Bij de Omgevingswet is deze achterblijvende ontwikkeling deels verklaarbaar uit het feit dat deze wet nog niet is ingevoerd. Deskundigen van gemeenten ervaren een duidelijke aanjaagfunctie van de nieuwe wet: ook binnen het fysieke domein komt gezondheidspreventie explicieter in beeld. Dit stimuleert een bredere verankering van gezondheidsdoelen en bevordert een meer integrale benadering van onderop.

Het achterblijven van verbinding met de Wet langdurige zorg benoemen deskundigen als belangrijk aandachtspunt. Naarmate mensen langer thuis blijven wonen, wordt langdurige zorg steeds meer geboden in de lokale leefomgeving. Het is dan van belang dat gemeenten hun verantwoordelijkheid nemen voor de benodigde ondersteuning op andere leefgebieden van deze cliënten, die vaak tot de meest kwetsbare burgers behoren.

B Begeleidingscommissie en deskundigen

Begeleidingscommissie

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

Deskundigen

Gemeenten

Korina van Belzen	beleidsmedewerker Volksgezondheid & Wmo gemeente Middelburg
Iny Bosdriesz	beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid en Jeugdgezondheidszorg gemeente Stichtse Vecht
Anne Braakman	strategisch beleidsmedewerker Samenlevingszaken gemeente Schagen
Margriet Christiaan	beleidsadviseur Wmo en gezondheidsbeleid gemeente Lelystad
Karin Fahner	senior beleidsadviseur Wmo, sport en gezondheid gemeente Leiden
Hieke Ferwerda	beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid gemeente Opsterland
Gerard van Gestel	beleidsadviseur Ontwikkeling gemeente Breda
Renate Hilderink	beleidsadviseur Sociaal domein gemeente Woudenberg
Juanita van der Hoek	strategisch adviseur en programmamanager Sociaal domein gemeente Uden
Esther Knapen	beleidsmedewerker Wmo gemeente Hoogeveen
Rob Kok	beleidsmedewerker Wmo gemeente Papendrecht
Karin Louisse-Rohde	senior beleidsmedewerker Gezondheidsbeleid gemeente Alphen aan den Rijn
Petra Pover	senior beleidsadviseur Wmo en lokaal gezondheidsbeleid gemeente Enschede
Marianne Terpstra	beleidsadviseur Wmo en gezondheidsbeleid gemeente Tytsjerksteradiel
Bart Verheijden	senior beleidsadviseur Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Venlo
Eline Verstegen	beleidsmedewerker Welzijn gemeente Heerlen
Trudy van der Weide	beleidsmedewerker Lokaal gezondheidsbeleid gemeente Castricum

Deskundigen

Overige experts

Simone de Bruijn	senior onderzoeker Ouderengezondheid bij Centrum voor Voeding, Preventie en Zorg
Janneke Harting	senior wetenschappelijk onderzoeker Gezondheidsbevordering kwetsbare groepen Academisch Medisch Centrum en universitair docent Universiteit van Amsterdam
Maria Jansen	hoogleraar Publieke gezondheid Maastricht University, GGD Zuid-Limburg en projectleider Academische Werkplaats Publieke gezondheid
Anton Kunst	hoogleraar Publieke gezondheid Universiteit van Amsterdam en hoofd afdeling Publieke gezondheid Academisch Medisch Centrum
Monique Leijen	coördinator Centrum Gezond Leven
Lidwien Lemmens	senior onderzoeker Kwaliteit van zorg en gezondheidseconomie, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Fons van der Lucht	hoofd Centrum Kennisintegratie Volksgezondheid en Zorg, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Marc Roosenboom	adviseur programmabureau Alles is Gezondheid
Monique Schrijver	programmaleider Gezonde Toekomst Dichterbij, Fonds Nuts Ohra
Hanneke van Zoest	adviseur Gezond in..., Pharos