

De leeftijdsvriendelijke gemeente

Op zoek naar positief ouderenbeleid

Kenniscabier

Fabian Dekker
Monique Stavenuter
Jessica van den Toorn
Roos van Straaten

De leeftijdsvriendelijke gemeente

Op zoek naar positief ouderenbeleid

Fabian Dekker
Monique Stavenuiter
Jessica van den Toorn
Roos van Straaten

November 2012

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Aanleiding	5
1.2	Vraagstelling	7
1.3	Aanpak en leeswijzer	7
2	Het lokale zorggebruik	9
2.1	Inleiding	9
2.2	Individuele kenmerken en lokaal zorggebruik	10
2.3	De sociale context en lokaal zorggebruik	12
2.4	De stedelijke context en lokaal zorggebruik	14
2.5	Conclusie: leeftijdsvriendelijke gemeenten als panacee?	15
3	Leeftijdsvriendelijke gemeenten	17
3.1	Inleiding	17
3.2	Kwetsbare ouderen en lokaal zorggebruik nader bekeken	18
3.3	Een kwestie van integraal beleid?	20
3.4	Aandacht voor de civil society	21
3.5	Conclusie: een bloeiende civil society	22
4	Gemeenten leren van elkaar	25
4.1	Exportproducten	25
4.2	Importproducten	30
5	Kwetsbare ouderen en de vijf functies van gemeenten	35
5.1	De wetende gemeente	36
5.2	De activerende gemeente	36
5.3	De ondersteunende gemeente	37
5.4	De informerende gemeente	37
5.5	De metende gemeente	37
	Literatuur	39

1 *Inleiding*

1.1 *Aanleiding*

Binnen het programma ‘Beter in Meedoen’ bouwde het Verwey-Jonker Instituut de laatste jaren veel kennis op over het realiseren van kwaliteitsverbetering in de Wmo. Het instituut deed onder meer onderzoek naar praktijken van lokaal gezondheidsbeleid (Nederland & Dekker, 2011) en naar het proces van maatschappelijk agenderen (Nederland et al., 2011). Voor gemeenten onderzochten we onlangs manieren om de omvang van kwetsbare ouderen op lokaal niveau te relateren aan de bijbehorende omvang van de lokale zorgvraag (Dekker et al., 2012).

In de laatstgenoemde studie (Kwetsbare ouderen in tel) is geprobeerd om verschillende databronnen te koppelen en zo gegevens te krijgen over de omvang van de groep kwetsbare ouderen (65- en 75-plussers) en het lokale zorggebruik. Dit is nog niet eerder voor alle Nederlandse gemeenten gebeurd en deze cijfers maken gericht(ere) interventies mogelijk. Om kwetsbaarheid vast te kunnen stellen zijn we voor het eerdere onderzoek Kwetsbare ouderen in tel uitgegaan van de noodzakelijke balans tussen draagkracht (de aanwezigheid van ondersteunende hulpbronnen) en draaglast (de aanwezigheid van problemen) (zie De Klerk, 2004). Er zijn natuurlijk ook andere manieren om kwetsbaarheid vast te stellen, zoals Van Campen (2011) laat zien. Maar in onze beleving is niet het opeenstapelen van verschillende klachten bepalend voor het vaststellen van kwetsbaarheid, maar de context (lees: de aanwezigheid van hulpbronnen).¹

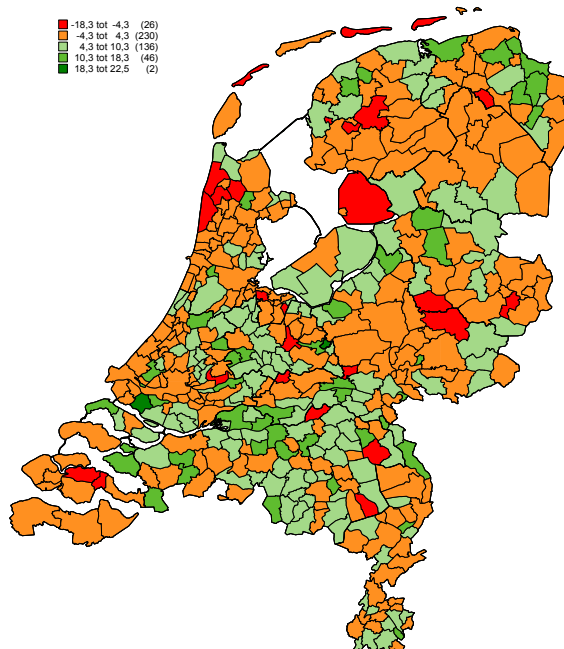
Destijds hebben we in Kwetsbare ouderen in tel gekozen voor vijf indicatoren. Drie indicatoren indiceren risico's en/of vergroten deze: inkomenssituatie, huishoudensituatie en prevalentie van chronische aandoeningen. Twee

¹ Van Campen becijfert dat er ongeveer 600.000 kwetsbare personen van 65 jaar en ouder zijn in 2007.

indicatoren indiceren ondersteuning: thuiszorg en zorg met verblijf. Deze keuze werd bepaald door de beschikbaarheid van bestaande data voor alle gemeenten in Nederland en suggesties van deelnemers aan een expertmeeting (zie Dekker et al., 2012). Op deze manier hebben we het zogenoemde balansmodel van De Klerk toegepast vanuit gemeentelijk perspectief. Door het (gewogen) lokale zorggebruik vervolgens af te trekken van de (gewogen) omvang van de groep kwetsbare ouderen op lokaal niveau, is het mogelijk om de balans tussen beide vast te stellen. Als bijvoorbeeld blijkt dat een gemeente hoog scoort op het lokale risiconiveau, dan mogen we verwachten dat ze eveneens bovengemiddeld scoort op het lokale zorggebruik. Uit de resultaten blijkt dat beide scores zeker niet altijd in evenwicht zijn. Zo zien we in delen van Noord-Holland, Flevoland, Noord-Brabant en Overijssel dat het zorggebruik van 75-plussers relatief hoger ligt dan we op basis van het aandeel kwetsbare ouderen mogen verwachten (zie figuur 1).

In het onderstaand figuur is het percentage kwetsbare ouderen afgezet tegen het lokale zorggebruik. De gebieden waarbij het percentage ouderen relatief het hoogst is en het zorggebruik relatief laag, zijn met een groene kleur aangegeven.

Figuur 1 Kwetsbare ouderen minus zorggebruik (75+) per gemeente (2009)



Bron: Dekker et al. (2012). Zie ook http://www.verwey-jonker.nl/doc/participatie/Kwestbare-ouderen-in-tel_8830_web.pdf.

Andersom zijn er gemeenten in bijvoorbeeld Noord-Groningen, die juist positiever scoren dan we op voorhand zouden verwachten. Hoe zijn deze bevindingen te begrijpen? Waarom doen bepaalde gemeenten het beter en anderen het juist minder goed? Heeft dit te maken met de beperktheid van het beschikbare datamateriaal en hebben we in die zin van doen met ‘statistische artefacten’? Of hebben bepaalde gemeenten een bloeiende ‘civil society’ opgebouwd, waardoor de professionele ondersteuningsvraag van kwetsbare ouderen relatief laag blijft? In dit vervolgonderzoek gaan we in op deze vragen.

1.2 *Vraagstelling*

In dit onderzoek staan we stil bij de volgende vraag:

Op welke wijze kan betekenis worden gegeven aan de geconstateerde lokale verschillen tussen de omvang van de groep kwetsbare ouderen en de bijbehorende zorgvraag?

Vijf deelvragen geven richting aan de uitvoering van het verdere onderzoek en dragen bij aan de beantwoording van de centrale vraagstelling:

1. Welke factoren dragen volgens de onderzoeksliteratuur bij aan de zorgvraag van kwetsbare ouderen?
2. Welke factoren dragen volgens gemeenteambtenaren bij aan de omvang van de lokale zorgvraag?
3. Op welke wijze zijn de relatief grote verschillen in omvang van de groep kwetsbare ouderen en bijbehorende zorgvraag volgens gemeenteambtenaren te begrijpen?
4. Levert de omvang van de informele zorg een bijdrage aan het beter begrijpen van de geconstateerde lokale verschillen?
5. Wat zijn leerpunten die door gemeenten kunnen worden gebruikt?

1.3 *Aanpak en leeswijzer*

Uitgangspunt van onze onderzoeksaanpak is dat we actoren zelf zoveel mogelijk aan het woord laten om betekenis toe te kennen aan de eerdere onderzoeksbevindingen (zie voor nadere informatie Dekker et al., 2012). Voor het onderzoek maken we gebruik van een korte review van de literatuur bij het verklaren van het zorggebruik van kwetsbare ouderen. Daarnaast selecte-

ren we een achttal gemeenten die positief of negatief scoren op de relatie tussen omvang van de groep kwetsbare ouderen en het lokale zorggebruik². De volgende gemeenten participeren in ons onderzoek: Wageningen, Overbetuwe, Goes, Tholen, Lelystad, Almere, Helmond en Oss. Omwille van anonimiteit zijn de gegevens in het analysedeel niet te herleiden. In deze gemeenten gaan we gesprekken aan met betrokken ambtenaren om de eerder gevonden resultaten verder uit te diepen. Een topiclijst is geconstrueerd op basis van de literatuurreview.

De rapportage is als volgt opgebouwd. In het tweede hoofdstuk behandelen we de eerste deelvraag. In het hoofdstuk dat volgt besteden we aandacht aan de deelvragen twee, drie en vier. In het vierde hoofdstuk staan de leerpunten voor gemeenten centraal, gevolgd door een korte reflectie op al het voorgaande in hoofdstuk vijf.

2 De gemeenten zijn paarsgewijs aan elkaar gekoppeld op basis van overeenkomsten (geografisch en gemeentegrootte) en verschillen (een hogere versus lagere balansscore; zie hiervoor Dekker et al., 2012).

2 *Het lokale zorggebruik*

2.1 *Inleiding*

In dit hoofdstuk proberen we in de literatuur enkele factoren te ontdekken die de behoefte van kwetsbare ouderen aan professionele zorgondersteuning verklaren en factoren die deze behoefte juist doen afzwakken. In welke gevallen slaat de balans door naar feitelijk zorggebruik en in welke gevallen kan de zorg overgelaten worden aan anderen in de directe omgeving of is de persoon in kwestie zelf in staat om het te kunnen redden? Beredeneerd vanuit de idee van de interventiepiramide (zie Stavenuiter et al., 2010) ligt het voor gemeenten vanuit kostenoverwegingen voor de hand om zoveel mogelijk het eigen initiatief en de sociale omgeving van kwetsbare ouderen te faciliteren alvorens over te gaan tot duurdere interventies, zoals Awbz-zorg of de verstrekking van individuele voorzieningen, zoals woningaanpassing en/of ondersteuning in het huishouden in het kader van de Wmo. Door lokale sociale verbanden te ondersteunen en vanuit preventief oogpunt beleid te voeren onder het mom van ‘voorkomen is beter dan genezen’ worden zwaardere vormen van ondersteuning beperkt.

De vraag die in de studie centraal staat is welke factoren ervoor zorgen dat we tussen gemeenten uiteenlopende resultaten hebben gevonden als het gaat om de relatie kwetsbaarheid en lokaal zorggebruik. Ligt hier gemeentelijk beleid aan ten grondslag of is er iets anders aan de hand? Eventuele risico- en beschermende factoren kunnen op het individuele, meso en macro-niveau spelen (Penninx, 2005). We hebben daarom aandacht voor factoren op verschillende terreinen: individueel (gezondheid, financiële situatie), sociaal (netwerkinbedding) en stedelijk (buurtomgeving). Per deelterrein bespreken we de relatie met het lokale zorggebruik en de wijze waarop de gemeente (in samenwerking met ouderen) bij kan dragen aan een lager zorggebruik.

Hierbij beseffen we ons terdege dat bovenstaande factoren vaak samen vallen en elkaar beïnvloeden (Kullberg, 2005). Zo hangt cultureel kapitaal, zoals een goede opleiding, veelal sterk samen met financieel kapitaal en een

goede gezondheid. Een goede gezondheid biedt op haar manier meer mogelijkheden om andere mensen te ontmoeten en zo sociaal kapitaal op te bouwen of te onderhouden. Daarnaast is het goed om op deze plaats te benadrukken dat kwetsbaarheid een dynamisch fenomeen is. Periodes van verhoogde kwetsbaarheid kunnen zich in de tijd afwisselen met relatief stabiele periodes (Van Rossum, 2009).

2.2 *Individuele kenmerken en lokaal zorggebruik*

Gezondheid

De gezondheidssituatie is veruit de belangrijkste determinant van kwetsbaarheid. Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op fysiek en psychisch ongemak toe en daarmee de behoefte aan ondersteuning. Marangos en De Klerk (2011) laten bijvoorbeeld zien dat van de kwetsbare ouderen met een ernstige beperking 83% gebruik maakt van Wmo-ondersteuning, zoals hulp bij het huishouden, woningaanpassing of vervoer, waar dit voor kwetsbare ouderen met een lichte beperking 18% is.

Gezondheid wordt door verschillende determinanten bepaald die vaak niet of in beperkte mate te beïnvloeden zijn door beleid, zoals opleiding en leeftijd. Voor leefstijl, een derde belangrijke determinant van gezondheid, is dit een ander verhaal (Schellingerhout, 2004). Op dit moment vindt aandacht voor een meer preventieve insteek gericht op leefstijlfactoren als voeding, roken, alcohol- en medicijngebruik en bewegen onder ouderen, echter slechts mondjesmaat plaats (Rietveld et al, 2011). In april 2009 bracht de Gezondheidsraad het advies uit dat vooral huisartsen een belangrijke rol kunnen en moeten spelen in de preventie van negatieve aspecten van ouderdom. Naast de gewone ziektegerichte aanpak moet er aandacht zijn voor preventieve activiteiten. Dit vraagt om een proactieve, functionele aanpak met aandacht voor individuele verschillen. (Gussekkloo, 2009).

Maar ook is het belangrijk dat ouderen worden gestimuleerd om zelf na te denken over welke risico's ze lopen en hoe deze te voorkomen zijn. Vilans haalde daartoe, in samenwerking met SWO Geertruidenberg en de stichting ELK uit Culemborg, het concept 'healthy communities' onder de naam 'gezond in de wijk' naar Nederland. Door middel van een informatieve startbijeenkomst met zelfstandig wonende ouderen, georganiseerd door de Stichting Welzijn Ouderen, en een aantal vervolg bijeenkomsten worden concrete acties bedacht die ouderen zelf kunnen ondernemen. Dit kunnen activiteiten

zijn om mensen bewust te maken van risico's, of bijvoorbeeld maatregelen waardoor risicovolle situaties vermeden of opgelost worden. De activiteiten worden uitgevoerd en geëvalueerd op hun resultaten (Scholten, 2009).

Tot slot willen we hier aandacht geven aan een belangrijke aandachtsgroep, als het gaat om gezondheid, namelijk de allochtone ouderen. En dan vooral de Marokkaanse, Turkse en Surinaamse ouderen. Zij hebben vaak een minder goede gezondheid dan autochtone ouderen, samenhangend met een vaak lagere opleiding en lager inkomen. Daarnaast is het goed om te beseffen dat ook de beleving van ziekte verschillend kan zijn. (Schellingerhout, 2004) Zo heerst in Marokkaanse en Turkse gemeenschappen een sterkere groepscultuur: men hoort zelf te zorgen voor ouders/familieleden (de Graaff en Francke, 2002). Zij zullen dan ook veel minder snel geneigd zijn om hulp te zoeken bij een professionele zorginstelling. Daar komt bij dat deze groep niet altijd voldoende kennis heeft over de mogelijkheden van Nederlandse instellingen, dat de instellingen onder deze groep ouderen vaak een negatief imago hebben, dat gevoelens van eer en schande een rol spelen bij het inschakelen van zorg, dat het aanbod niet altijd aansluit bij de vraag en dat de hoogte van de eigen bijdrage een rol speelt. Oudenampsen en De Gruijter (2002) noemen daarbij de belemmering van taal- en communicatieproblemen, ontoegankelijke informatie, desinteresse van de gemeente en het niet vanzelfsprekend zijn om over de toekomst in Nederland na te denken, omdat men op een dag wil terugkeren naar het land van herkomst.

Financiële situatie

De materiële situatie is een andere factor van belang als we het (lokale) zorggebruik beter willen begrijpen. Het ontberen van voldoende financiële middelen kan resulteren in depressieve klachten en dragen bij aan een verhoogde kwetsbaarheid en groter zorggebruik. Ouderen met een lager inkomen wonen bijvoorbeeld in minder geschikte woningen, omdat aanpassingen huurverhoging met zich meebrengt. Ouderen met een laag inkomen maken bovendien relatief meer gebruik van professionele zorg, omdat zij geringe mogelijkheden hebben om zorg uit andere bronnen te betrekken (Schuijt-Lucassen en Broese van Groenou, 2006). Deze groep ouderen is daarmee meer afhankelijk van professionele zorg en daardoor extra kwetsbaar voor overheidsmaatregelen die leiden tot een daling van het aanbod. Ouderen met hogere inkomens zijn op hun beurt minder te vinden in verzorgingshuizen dan op grond van hun zorgvraag te verwachten valt. Er is onder deze groep ouderen meer weerzin tegen intramuralisering, maar ze hebben ook meer middelen om alternatieve oplossingen te kiezen, zoals zorg aan huis, een

woon-zorgcomplex of aanpassingen aan de woning (Kullberg, 2005). Dit is een belangrijk voordeel, aangezien onderzoek laat zien dat specifieke vormen van huisvesting kunnen bijdragen aan zelfredzaamheid en ervoor zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. Zogeheten domotica woningen zijn hier een voorbeeld van. Mits er voldoende voorlichting wordt gegeven, technische mankementen snel worden verholpen en op klachten begripvol wordt gereageerd, draagt de domotica bij aan veiligheid, zelfredzaamheid en langer thuis wonen (Bosch et al., 2002). Een ander voorbeeld betreft de wooncentra waar ouderen met behoud van zelfstandigheid en van de eigen leefwijze in een beschermde woonsituatie kunnen wonen (Welling, 1998).

Belangrijke voorwaarden om dit te kunnen realiseren zijn wel goede samenwerking met externe dienstverlenende instanties, een ‘gekantelde’ werkwijze van de hulpverleners, een goede begeleiding van de ouderen om meer eigen verantwoordelijkheid te nemen en het bespreekbaar maken van wederzijdse verwachtingen en wensen. Kortom, de gemeente zou kwetsbaarheid onder lage inkomensgroepen kunnen compenseren door aandacht te hebben voor de huisvesting van deze ouderen. Zij hebben in tegenstelling tot de hogere inkomensgroepen minder mogelijkheden om hun manier van wonen zo aan te passen dat zij langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Naast de huisvesting bepaalt de financiële situatie vaak ook de mate waarin ouderen participeren in sociale (sportieve) activiteiten. De participatiegraad onder de lagere inkomensgroepen zal lager zijn, omdat ze hier simpelweg geen geld voor hebben. De gemeente kan kwetsbaarheid in het kader van onvoldoende beweging (en onvoldoende financiële middelen om hier wat aan te doen) voorkomen in het kader van haar (preventieve) gezondheidsbeleid (zie Nederland en Dekker, 2011).

2.3 *De sociale context en lokaal zorggebruik*

Twee domeinen van welbevinden voor ouderen zijn comfort en affectie (Stevering, 1996). Maatregelen gericht op alleen het voorzien in hulpbronnen voor fysieke zorgbehoefte (comfort) zullen uiteindelijk weinig effectief zijn als tegelijkertijd de behoefte aan persoonlijke relaties (affectie) onvervuld blijft. Daarom moet er binnen de zorg voldoende aandacht zijn voor de informele netwerken van ouderen. Sociale contacten binnen de familie en de buurt kunnen bijdragen aan een verminderd zorggebruik. Mensen kunnen bijvoorbeeld een beroep doen op de partner, een familielid of buurtbewoner in het geval van kwetsbaarheid. Het sociale steunnetwerk van ouderen draagt bij

aan hun welzijn, welbevinden en participatie. Groot (2010) noemt die ook wel 'samenredzaamheid'. Volgens Croezen et al. (2008) heeft het sociale netwerk ook een positief effect op de gezondheid van ouderen. Met name frequent contact met de burens.

De gemeente kan op het versterken van het informele netwerk sturen in het kader van haar Wmo-beleid (prestatieveld vier). Nitsche (2007) gebruikt hiervoor de term 'sociaal makelen': bij individuele kwetsbare ouderen een sociale structuur aanbrengen of versterken. Bij voorkeur gebeurt dit in dezelfde buurt of wijk. De buurt biedt immers een sociale infrastructuur voor gezelligheid, maar ook voor nood (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2005). Randvoorwaarde is dat waar mogelijk de oudere zelf als actor aan het stuur staat en dat wordt gewerkt vanuit de mogelijkheden en kansen van mensen en niet vanuit hun beperkingen.

Ouderen zijn niet alleen de vragende partij, zij hebben kwaliteiten waarop ze kunnen worden aangesproken (Nitsche, 2007). Zo kunnen vitale ouderen veel betekenen voor kwetsbare ouderen. Deze groep investeert veelvuldig in mantelzorg voor eigen familieleden en burens en kennissen (Belderok, 2007). Dit kapitaal wordt volgens Belderok echter vaak nog niet voldoende aangeboord. In hun onderzoek naar de inzet van oudere vrijwilligers dragen Elferink en Scholten (2009) verschillende suggesties aan om de inzet van oudere vrijwilligers met beperkingen te faciliteren. Zo noemen ze onder andere het aanbieden van vervoer als vrijwilligers zelf niet meer in staat zijn om te reizen. Maar ze stellen ook voor om oudere vrijwilligers een rol te geven in het inwerken en wegwijs maken van nieuwe vrijwilligers en/of mantelzorgers. Ook pleiten ze ervoor om leeftijdsgrenzen die verzekeraars in hun polis stellen los te laten. Deze grenzen belemmeren ouderen om als vrijwilligers actief te zijn. De gemeente Kerkrade is een mooi voorbeeld waarbij vrijwilligerswerk door ouderen eerder regel is dan uitzondering (Engel, 2012). Het laat zien hoe coproducties tussen gemeenten en ouderen om activiteiten te organiseren en kleine klusjes uit te voeren vorm kunnen krijgen.

Ten slotte kan de mate van stedelijkheid verband houden met het lokale zorggebruik. Lammerts, Tan en Van Wonderen (2006) constateren in hun onderzoek bijvoorbeeld dat er een aantal verschillen zijn tussen kleine dorpen en grote woonkernen die de zelfredzaamheid van ouderen beïnvloeden. Ze stellen vast dat de sociale cohesie in kleine dorpen groter is dan in grotere woonkernen. Dit is een belangrijke constatering, aangezien sociale cohesie in woonkernen het gevoel van veiligheid onder ouderen versterkt en een bakermat is voor diverse vormen van hulp (Lammerts, Tan en Van Wonderen, 2006). Dit blijkt ook uit het feit dat ouderen in kleine dorpen vaker hulp ontvangen

van mantelzorgers en minder van professionele instellingen dan ouderen in grotere woonkernen. De onderzoekers zien daarnaast de ontwikkeling dat mensen van 75 jaar en ouder met beperkingen wegtrekken uit de kleinere dorpen naar grotere woonkernen. In de kleinere dorpen zijn minder speciale woonvormen beschikbaar, zoals seniorenwoningen. Daarnaast zijn de vaak grote onderhoudintensieve tuinen bij de woningen in kleine dorpen een reden om te verhuizen. Ouderen in kleinere dorpen blijken daarnaast vaker tevreden met de woonomgeving, openbare parkeergelegenheden en de groenvoorzieningen, maar minder vaak met winkelvoorzieningen en openbaar vervoer dan ouderen in grotere woonkernen. Op basis van hun onderzoek doen Lammerts, Tan en van Wonderen (2006) de volgende aanbevelingen voor het creëren van ouderenvriendelijke woonkernen: 1) zorg voor voldoende passende mogelijkheden voor wonen, 2) zorg voor uitnodigende en stimulerende mogelijkheden voor ontmoeting en contact, 3) zorg voor een verenigingsleven dat tegemoetkomt aan wensen van en mogelijkheden voor ouderen, 4) zorg dat de basisvoorzieningen op het gebied van dagelijkse levensbehoeften en vervoer toegankelijk zijn voor en bekend zijn bij ouderen, en 5) zorg voor een toegang op dorpsniveau tot het totale pakket aan zorg en dienstverlening.

2.4 De stedelijke context en lokaal zorggebruik

Aansluitend op het voorgaande kan een gemeente in het kader van haar wijkaanpak sturen op een veilige woonomgeving die ouderen uitnodigt om naar buiten te gaan en in die zin sociaal isolement (en zorggebruik) tegengaat. In samenwerking met corporaties en bestaande verenigingen kan worden ingezet op de bevordering van sociale samenhang. Een praktisch voorbeeld is het collectief particulier opdrachtgeverschap waarbij ouderen, georganiseerd in verenigingsverband, gezamenlijk opdracht geven tot het bouwen van leeftijdsbestendige woningen.

De Wmo legt de verantwoordelijkheid voor de zorg op het lokale niveau. De gemeente is regisseur en financier met een beperkt budget die er op toeziet dat zorgvraag en zorgverlening op lokaal niveau in balans zijn. Daarbij worden binnen de Wmo kwetsbare bewoners primair gezien als 'gewone' mensen die in 'gewone buurten' moeten wonen en zouden niet de professionals, maar de lokale samenleving de zorg voor de kwetsbare medemens op zich moeten nemen. Deze vermaatschappelijking van de zorg, zorgt ervoor dat kwetsbare groepen in gedeprimeerde buurten extra risico's lopen. Vooral kwetsbare ouderen zijn gebaat bij een buurt die een goede kwaliteit van

woningen, voorzieningen, openbare ruimte, sociaal klimaat en veiligheid biedt. (Drooglever Fortuijn et al., 2006). Kortom, 'investeren in buurten is vereist, willen deze voor kwetsbare ouderen meer een 'kuuroord' zijn dan een 'guuroord' (Belderok, 2007; p.153). Royers (2007: 2) stelt: 'Kwetsbare ouderen willen een kwalitatief goede en geschikte woning in een geschikte woonomgeving.' Hierbij moet in de buurt zowel oog zijn voor fysieke aspecten, zoals de begaanbaarheid van de woning en de aanwezigheid van voorzieningen, als voor de sociale aspecten, zoals buurtnetwerken en ontmoetingsplekken. Ook uit de studie van Kullberg (2005) blijkt dat zowel een minder toegankelijke of geschikte woning (fysiek) als onvrede met de sociale kwaliteit van de buurt belangrijke motieven voor ouderen zijn om te verhuizen.

2.5 *Conclusie: leeftijdsvriendelijke gemeenten als panacee?*

In de voorgaande paragrafen hebben we gezien dat verschillende factoren bij kunnen dragen aan een verhoogd of juist een lager lokaal zorggebruik. De factoren zijn grofweg op te delen in de volgende componenten:

- Individuele context (gezondheid, inkomen)
- Sociale context (sociale netwerk, civil society)
- Stedelijke context (inzet corporaties, aanpasbare woningen, veilige woonomgeving)

De gemeente kan hier binnen haar lokale gezondheidsbeleid, wijkaanpak en delen van haar Wmo- en armoedebelief (gedeeltelijk) op sturen. Een van de doelen is het zoveel mogelijk voorkomen dat kwetsbare ouderen een beroep doen op duurdere vormen van zorggebruik, zoals Awbz-zorg en individuele hulp op maat in het kader van de Wmo (prestatieveld zes).

De verschillende invalshoeken komen samen in het concept van de 'leeftijdsvriendelijke gemeente'. We hebben deze term ontleend aan het concept 'age friendly city' van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Met de ondertekening van de *Declaration of Age-Friendly Cities* heeft de WHO voor steden kaders vastgesteld om de participatie van ouderen zoveel mogelijk te ondersteunen (WHO, 2007). Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de ontwikkeling van een veilige buurtomgeving en wandelpaden, aangepast openbaar vervoer, ontmoetingsplekken, de aanleg van groene ruimtes, een bloeiend vrijwilligersveld, maar ook aan het stimuleren van de participatie van ouderen in lokale besluitvormingsprocessen. Internationaal delen diverse steden al hun eerste successen, maar Nederland lijkt wat het delen van succesvolle praktijken betreft hier vooralsnog wat bij achter te lopen (De Jong

Gierveld, 2012). In het vervolg van dit onderzoek hanteren we het concept van de leeftijdsvriendelijke gemeente als analysekader. Onze centrale verwachting is dat de gemeenten die op integrale wijze alle aanwezige krachten bundelt, met als doel de positie van ouderen in de samenleving te verbeteren ook het beste scoren op onze eerdere balansmeting tussen lokaal zorggebruik en risiconiveau (zie Dekker et al., 2012). We kijken in het volgende hoofdstuk in hoeverre dit beeld klopt.

3 *Leeftijdsvriendelijke gemeenten*

3.1 *Inleiding*

In het voorgaande hoofdstuk introduceerden we het concept ‘leeftijdsvriendelijke gemeente’. Maar wat is dat eigenlijk? Onderzoek van Menec et al. (2011) toont aan dat leeftijdsvriendelijke gemeenten een omgeving bieden waarin ouderen ‘actief oud’ kunnen worden. Ze onderscheiden hierbij zeven aspecten:

- Fysieke omgeving (denk bijvoorbeeld aan de inrichting van de buitenruimte).
- Huisvesting (denk bijvoorbeeld aan levensloopbestendige woningen).
- Sociale omgeving (denk bijvoorbeeld aan het beschikbare sociale netwerk van ouderen).
- Participatiemogelijkheden (denk bijvoorbeeld aan computercursussen of actieve mogelijkheden om te participeren via vrijwilligerswerk).
- Gezondheidszorg (denk bijvoorbeeld aan de formele zorg maar ook aan mantelzorgers).
- Vervoer (denk bijvoorbeeld aan partijen die het lokale vervoer verzorgen voor ouderen en mindervaliden).
- Toegankelijke informatievoorziening (denk bijvoorbeeld aan het wegnemen van drempels om aan informatie te komen en laagdrempelig taalgebruik).

Wat de auteurs met het concept leeftijdsvriendelijke gemeente (en bijbehorende aspecten) in onze beleving vooral beogen is het benadrukken van het belang van integrale ouderenzorg. Als gemeenten in samenhang beleid voeren op de verschillende aspecten ontstaat een aanpak die recht doet aan de vaak gestapelde problematiek waar ouderen tegenaan lopen. Anders geformuleerd: om kwetsbaarheid te verminderen - of vanuit preventief oogpunt zoveel mogelijk te voorkomen - is speciale aandacht nodig waarbij gemeenten integrale zorg/interventies kunnen aanbieden. In dit kader valt ook het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) goed te plaatsen. Dit programma is

in 2008 gelanceerd om de vaak complexe problematiek van ouderen zoveel mogelijk multidisciplinair te benaderen (zie www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl).

Deze inzichten houden we in ons achterhoofd als we in gesprek gaan met de acht geselecteerde gemeenten. In totaal is gesproken met 16 personen. Op basis van de gesprekken en aanvullende beleidsdocumentatie proberen we de conclusie te trekken in hoeverre een positieve balansscore samenhangt met een integrale lokale ondersteuningsstructuur. Anders geformuleerd, creëren gemeenten de omstandigheden die leiden tot een relatief beperkt zorggebruik en hebben we in die zin te maken met leeftijdsvriendelijke gemeenten of verdienen andere verklaringen prioriteit? In de volgende paragraaf gaan we allereerst in op deelvraag twee. Wat verstaan de geïnterviewde gemeenteambtenaren onder kwetsbare ouderen en welke factoren liggen aan lokaal zorggebruik ten grondslag?

3.2 *Kwetsbare ouderen en lokaal zorggebruik nader bekeken*

Geen eenduidige afbakening van het begrip kwetsbare ouderen

De gemeenten geven allen een andere invulling aan het concept 'kwetsbare ouderen' en gaan hier anders mee om. Allereerst zullen we bekijken hoe er door de verschillende gemeenten wordt gereflecteerd op de gevonden cijfers uit ons eerdere onderzoek 'Kwetsbare ouderen in tel' (zie Dekker et al., 2012). We splitsen de gemeenten hierbij uit in een groep gemeenten met een relatief hoog zorggebruik en een groep gemeenten met een verhoudingsgewijs laag zorggebruik ten opzichte van het aantal kwetsbare ouderen. In onze eerdere rapportage hebben we vastgesteld dat het begrip kwetsbare ouderen lastig is om te definiëren (zie ook Van Campen, 2011). Maar voor welke invulling van het begrip kiezen gemeenteambtenaren? Wat opvalt, is dat de meeste gemeenten geen duidelijke definitie kunnen geven van het begrip kwetsbare ouderen. Iemand verwoordt dit als volgt: *'we praten wel over kwetsbare ouderen, maar definiëren ze niet'*. Of: *'al het beleid moet erop gericht zijn dat mensen die niet in staat zijn voor zichzelf te zorgen gecompenseerd worden'*. Bij enkele gemeenten wordt juist gewerkt met duidelijk omschreven doelgroepen, zoals ouderen met een lage sociaaleconomische status, ouderen met een handicap en/of ouderen met meerdere chronische beperkingen. Maar het is over het algemeen niet zo dat er een eenduidige benadering is van het begrip. Vooral na invoering van de Wmo in 2007 staat

volgens verschillende gemeenteambtenaren de bevordering van zelfredzaamheid van burgers voorop, los van de leeftijdscategorie van de zorgvrager.

Om de cijfers uit ons eerdere onderzoek te kunnen duiden komen de gemeenteambtenaren vervolgens met allerlei verklaringen. Wat ons opvalt, is dat met name in de gemeenten waar het zorggebruik relatief hoog ligt verklaringen buiten het gemeentelijk beleid zelf worden gezocht. Met name de geografische locatie van een zorginstelling draagt bij aan een beter begrip van de verschillen in cijfers tussen gemeenten.

Hoog regionaal voorzieningenniveau als mogelijke verklaring

Wat allereerst door ambtenaren van gemeenten met een relatief hoog zorggebruik wordt genoemd is de lage sociaaleconomische positie van haar inwoners in het algemeen of die van ouderen in het bijzonder. Wat je vaak ziet is dat deze groep mensen sneller terugvalt op de professionele, en dus 'dure', zorg. Ze hebben niet zelf de middelen en/of capaciteit om op eigen kracht iets op te lossen en de zorgkosten moeten vaak vergoed worden omdat ze het zelf niet op kunnen brengen. Iemand zegt hierover: *'hier wonen relatief veel mensen met een lager inkomen en lager opleidingsniveau'*. Het is echter maar de vraag of deze verklaring afdoende is; in gemeenten met een vergelijkbaar niveau kwetsbare ouderen zijn nog altijd verschillen te zien in het lokale zorggebruik. Een tweede, in onze beleving meer steekhoudende, verklaring is dat de ondervraagde gemeenten met een relatief hoog zorggebruik een centrumgemeente vormen. Hierbij valt te denken aan zorginstellingen met een groter verzorgingsgebied dan de gemeente zelf. Respondenten geven expliciet aan dat er bijvoorbeeld één groot verzorgingstehuis staat of dat er relatief veel verzorgingstehuizen zijn, waardoor ze veel plaats bieden voor mensen in de regio: *'onze gemeente heeft verhoudingsgewijs veel verzorgings- en verpleeghuizen. Hier komen ook mensen uit omliggende gemeenten naar toe. Zo is één van de huizen speciaal voor mensen van Indische afkomst en hier komen mensen uit heel de regio naartoe'*.

We kunnen (voorzichtig) concluderen dat een relatief hoog zorggebruik kan worden begrepen vanuit het relatief hoge voorzieningenniveau met een regionale uitstraling. Uit het oogpunt van de beleidsvoering kan het echter ook zo zijn dat een weinig integrale beleidsvoering bij kan dragen aan een hogere zorgconsumptie. In hoeverre is dit argument steekhoudend?

3.3 *Een kwestie van integraal beleid?*

Geen specifiek ouderenbeleid, wel toenemende aandacht voor integrale aanpak multiproblematiek burgers

Allereerst zien we dat er in de meerderheid van de gevallen geen sprake is van specifiek ouderenbeleid. In een aantal gevallen valt dit onder de bredere paraplu van de Wmo: *‘Wij doen niet aan doelgroepenbeleid’*. Een ander zegt: *‘Ons beleid is er voor al onze bewoners’*. Met andere woorden, met de komst van de Wmo gaat het er volgens gemeenten om dat *iedereen* mee moet doen in de samenleving (hoewel ouderen wel met bijna alle prestatievelden hebben te maken). Er bestaan hierbij overigens geen duidelijke verschillen tussen gemeenten met een relatief hoog en gemeenten met een relatief laag zorggebruik. Wel geven de respondenten massaal aan dat ze aandacht hebben voor de multiproblematiek van burgers. Het gaat hierbij om burgers die problemen hebben op meerdere leefdomeinen (waaronder ouderen). Dit vraagt om een meer integrale aanpak. Uit de volgende twee citaten komt dit integrale aspect binnen de gemeentelijke organisatie ter sprake: *‘Het beleid wordt zoveel mogelijk integraal opgepakt, zowel fysiek als sociaal’*. Een andere respondent meldt: *‘Intern wordt er samengewerkt met verschillende beleidsterreinen, zoals het gezondheidsbeleid, het minimabeleid en de afdeling ‘ruimte’. De ouderenadviseurs werken ook samen met de Wmo-consulenten en (in mindere mate) de Wwb-consulenten’*. Een belangrijk knelpunt dat een integrale benadering nog in de weg kan staan is dat medewerkers van gemeenten hier niet altijd mee bekend zijn. Integraal werken is voor sommige ambtenaren toch echt ‘iets nieuws’.

Wat we op basis van onze verkennende gesprekken in het veld (voorzichtig) kunnen vaststellen is dat een integrale aanpak van de kwetsbaarheid van ouderen niet eenduidig lijkt bij te dragen aan de verklaring van de eerder gevonden verschillen in het lokale zorggebruik. Er zijn namelijk geen duidelijke verschillen waarneembaar tussen de aanpak van gemeenten die relatief hoog versus relatief laag scoren op het zorggebruik van ouderen.

Preventieve interventies gericht op ouderen niet de ‘missing link’

Uit de literatuur is bekend dat kwetsbaarheid kan worden voorkomen via een vroegtijdige signalering van problemen. Sociale contacten in de buurt en contact met familieleden en/of vrienden (oftewel: het sociale netwerk) hebben hierbij een belangrijke functie maar ook zorg- en welzijnsinstellingen, huisartsen, GGD en gemeente. We vragen ons af of de mate van gemeentelijke

aandacht voor preventief ingrijpen bijdraagt aan een beter begrip van onze eerdere bevindingen. Ook in dit geval kunnen we kort zijn: de interviewverslagen laten geen verschillen in preventieve aandacht toe tussen gemeenten met een relatief hoog en een relatief laag zorggebruik. In alle gemeenten die we benaderen benadrukt men het belang van preventieve interventies, die variëren van voorlichtingsactiviteiten tot huisbezoek en de realisatie van woon-zorgvormen. Een belangrijke tussenconclusie is derhalve dat verschillen in mate van zorggebruik niet zijn te herleiden tot het gemeentelijke preventiebeleid.

Vraag naar vroegtijdige signalering huisartsen

Tenslotte geven verschillende gemeenteambtenaren aan dat er in de toekomst meer kan worden ingezet op de vroegtijdige signalering van problemen en risico's van ouderen door huisartsen. Er zijn hierbij geen verschillen tussen gemeenten met een bovengemiddeld hoog en laag zorggebruik. Meerdere gemeenten geven aan dat ze graag intensiever contact onderhouden met huisartsen. In het geval van verhoogde risico's kunnen huisartsen bijvoorbeeld doorverwijzen naar (preventieve) ouderenzorg. Ook om kwetsbare ouderen beter in beeld te krijgen spelen huisartsen een belangrijke rol. Wat er volgens de respondenten moet gebeuren is het opzetten van sterkere verbindingen met de eerstelijnszorg in de zorgketen (waar naast de gemeente ook zorg- en welzijnsinstellingen deel van uitmaken).

3.4 Aandacht voor de civil society

Civil society als beschermende factor

Wanneer we kijken naar de gemeenten met een relatief laag zorggebruik zien we dat specifieke factoren een prominente rol spelen bij de verklaring van de cijfers. Wat vaak wordt genoemd is de hoge mate van maatschappelijke verbanden (civil society) in deze gemeenten. Het gaat ons hierbij specifiek om verbanden buiten de markt en overheid. Er is bijvoorbeeld een bloeiend verenigingsleven, er zijn talloze vrijwilligersinitiatieven en er is een uitgebreide mantelzorgorganisatie, aldus de geïnterviewden. Daarnaast zijn burgers in de beleving van de respondenten in de buurt actief in het helpen van elkaar. Het gevolg hiervan is dat de meeste mensen hierdoor een netwerk om zich heen hebben waarop ze terug kunnen vallen wanneer dat nodig is. Of het nu burens, kennissen, familieleden of leden van een vereniging zijn, het is

gemakkelijker om hulp te krijgen. Gevolg hiervan is dat de vraag naar professionele zorg ook vermindert. Kwetsbare ouderen kunnen immers ook op andere manieren geholpen worden bij de problemen waar ze tegenaan lopen. Soms is de verklaring historisch bepaald. Zo zijn er relatief jonge gemeenten die nog niet kunnen bogen op een bloeiende civil society. Eén van de geïnterviewden zegt:

‘Dit is een gemeente waar veel jonge gezinnen naartoe zijn getrokken. Zij namen geen uitgebreid netwerk aan familie mee (...) dan moet je sneller een beroep doen op professionele zorg’.

Een ambtenaar van een gemeente met een relatief laag zorggebruik laat een diametraal geluid horen:

‘Ik heb het idee dat het grote netwerk van vrijwilligers en mantelzorgers veel kwetsbare ouderen weet te bereiken. De vrijwilligers en mantelzorgers hebben ook een belangrijke signaleringsfunctie en weten de verschillende hulpkanalen goed te vinden. Ze hebben hiermee grote invloed op de aanvragen van professionele hulp en vrijwillige thuishulp. Het zijn allemaal kleine kernen en we hebben hier best een hechte gemeenschap.’

Een andere vertegenwoordiger van een gemeente met een relatief laag zorggebruik antwoordt:

‘Onze gemeente kent een bovengemiddelde participatiegraad aan vrijwillige inzet van inwoners, kijk maar naar onze rapportages op de gemeentewebsite’.

Dit is een belangrijke constatering, de civil society lijkt een sleutelwoord om in ieder geval een deel van de eerder geconstateerde verschillen tussen gemeenten beter te begrijpen. Anders gezegd, de aanwezige hulpbronnen rondom de oudere hebben een niet te onderschatten functie.

3.5 Conclusie: een bloeiende civil society

Ouder wordende volwassenen zijn één van de belangrijkste groepen die verhoogde risico's lopen op kwetsbaarheid. In onze eerdere rapportage hebben we voor alle gemeenten in Nederland de omvang van kwetsbare ouderen in verband gebracht met het lokale zorggebruik. We hebben toen tussen gemeenten aanzienlijke verschillen gezien. Welke factoren kunnen deze verschillen duiden? In dit hoofdstuk hebben we een eerste poging gedaan

via een kleine rondgang langs acht gemeenten die verschillen in het lokale zorggebruik te verklaren. We pretenderen op basis van deze rondgang geen volledigheid maar we kunnen wel een aantal factoren blootleggen die meer licht werpen op de eerder verzamelde data. Op het eerste oog zien we dat er een simpele reden is dat bepaalde gemeenten minder goed scoren op onze balansscore. Er is in deze gevallen bijvoorbeeld een zorginstelling met regionale uitstraling. Dit betekent automatisch een relatief groot aandeel ouderen dat bijvoorbeeld gebruik maakt van de diensten van een verpleeg- of verzorgingshuis.

Verder zijn we bij aanvang van het veldwerk uitgegaan van de gedachte dat ‘succesvolle’ gemeenten zich onderscheiden via een integrale beleidsvoering. Dit lijkt niet het geval te zijn. Alle gemeenten die wij spraken zijn zich bewust van het nut van een integrale beleidsvoering. Anders gezegd, alle gemeenten hebben aandacht voor het belang van een ‘leeftijdsvriendelijke omgeving’ voor ouderen.

Wat ons het meest in het oog springt, is het belang van de civil society. We gaan op basis van onze interviewdata de stelling aan dat ouderen in Nederland die het risico lopen op kwetsbaarheid actiever en gezonder blijven als er sprake is van een bloeiende lokale civil society. Waar iedere gemeente in Nederland aandacht heeft voor het vrijwilligerswerk (bijvoorbeeld vanuit prestatieveld vier van de Wmo) zijn het de vier meer ‘succesvolle’ gemeenten die aangeven hier bovengemiddeld mee bezig te zijn. Ook de relatie tussen ouderen en hun eigen sociale netwerk (familie- en vriendenkring) bevordert de kansen op het ‘actief ouder worden’, hoewel het beroep op het informele netwerk wel zijn grenzen kent (vgl. Grootegoed & Van Dijk, 2012). In dit kader zijn een aantal specifieke ‘exportproducten’ te benoemen die voor diverse gemeenten relevant zijn in het kader van het ouderenbeleid. We presenteren ze in het volgende hoofdstuk.

4 *Gemeenten leren van elkaar*

Tijdens de interviews hebben we alle ambtenaren gevraagd wat andere gemeenten van hun beleid omtrent kwetsbare ouderen zouden kunnen leren (de zogeheten ‘exportproducten’) en wat zij juist graag van anderen zouden leren (de zogeheten ‘importproducten’). Ambtenaren van gemeenten met een relatief laag en hoog zorggebruik onder kwetsbare ouderen noemen hierbij nagenoeg dezelfde punten die volgens hun van belang zijn. In dit hoofdstuk gaan we in op de belangrijkste export- en importproducten die door gemeenten zijn genoemd. Onder de importproducten scharen we tevens een aantal goede voorbeelden van gemeenten die zich niet in onze sample bevinden.

4.1 *Exportproducten*

Een gekantelde manier van denken en werken

Meerdere ambtenaren vinden hun gemeente een voorbeeld van een zogenaamde ‘gekantelde gemeente’, zowel in de manier van denken als doen. Van de acht gemeenten die we hebben geïnterviewd blijkt Overbetuwe misschien het meest gekanteld. De gemeente heeft vorig jaar alle aanvragen voor Wmo-voorzieningen geschrapt en dit verklaart volgens de geïnterviewde ambtenaar het lage zorggebruik door de groep kwetsbare ouderen: *‘De aandacht en het gesprek vinden wij het belangrijkste.(...) Ondersteuning zit hem in gesprekken en kijken waar halen we het vandaan met zijn allen. Daar zit de kracht in.’* Hierdoor is het zorggebruik lager en kan de gemeente de burgers die toch voorzieningen nodig hebben ook kwalitatief goede voorzieningen aanbieden. De gekantelde manier van werken betaalt zich op deze manier terug. Met het nieuwe beleid zijn ‘flinke bezuinigingen’ gerealiseerd, terwijl de tevredenheid heel hoog is; *‘Dat is zeker iets om trots op te zijn.’*

De gekantelde werkwijze van Overbetuwe

Als burgers contact opnemen met de gemeente om een beroep te doen op een voorziening of met een hulpvraag komen wordt hier een melding van gemaakt en gaat een Wmo-consulent standaard op huisbezoek. Burgers krijgen hierbij geen aanvraagformulier meer. In het gesprek met de Wmo-consulent wordt het probleem nader verkend en worden de gewenste resultaten in kaart gebracht. Consulenten gaan zo open mogelijk een gesprek in en kijken naar mogelijke problemen op verschillende deelterreinen. Samen wordt vervolgens gekeken naar de mogelijkheden om beoogde resultaten te behalen. Hierbij wordt allereerst verkend wat het netwerk van de cliënt kan betekenen en of er gebruik kan worden gemaakt van vrijwilligers. Is dit het geval dan verwijst de consulent vaak door naar MEE, een onafhankelijke cliëntondersteuner. Ze hebben bijvoorbeeld een traject netwerkopbouw waarin burgers worden ondersteund in het versterken van hun netwerk. Maar MEE kan ook besluiten om naar de vrijwilligersorganisaties door te verwijzen. Als er toch voorzieningen nodig blijken te zijn tijdens het gesprek met de Wmo-consulent volgt een medische keuring en een indicatiestelling.

Bij een gekantelde werkwijze past ook het 'eigen kracht denken'. Een mooi exportproduct op dit gebied werd aangedragen door de ambtenaren van de gemeente Almere. Zij hebben de EigenKrachtWijzer ontwikkeld. De EigenKrachtWijzer helpt mensen via een uitgebreide vraagverheldering hun hulpvragen en de eigen situatie in kaart te brengen (zie onderstaand kader). Onze contactpersoon zegt hierover: *'Dat soort dingen zijn ook nuttig voor andere gemeenten.'*

De EigenKrachtWijzer van Almere

Een pilot van de gemeente Almere, de GGD, een brede groep van instellingen en vertegenwoordigers van cliënten heeft geleid tot de realisatie van een geautomatiseerde en geïntegreerde vragenlijst die zich richt op de drie pijlers van de Wmo: eigen kracht, kracht van de omgeving en de ondersteuningsvraag. De vragenlijst vraagt dan ook niet (alleen) naar de klacht, het probleem of de ziekte maar verkent juist de kwaliteiten en mogelijkheden van burgers. Het bijzondere van deze vragenlijst is daarnaast dat deze eigendom is van de cliënt zelf en niet van professionals. De persoon in kwestie kan ook een andere organisatie machtigen om erin te kijken. Dit voorkomt problemen rondom privacy.

Sinds 1 maart 2010 staat de EigenKrachtWijzer online; een 'vraagbaak' die gebaseerd is op deze integrale Wmo-vragenlijst. De wijzer helpt burgers ten eerste bij het stellen van de juiste vragen. Wat is precies de vraag achter het probleem? En waar komen deze vragen vandaan? Het kan gaan om vragen betreffende opvoeding, contact met anderen of bijvoorbeeld zelfstandigheid. Vervolgens gaan mensen met de wijzer op zoek naar antwoorden.

Voor meer informatie zie: <http://www.eigenkrachtwijzer.nl/de-eigenkrachtwijzer/>

Veel en vooral goede samenwerking met maatschappelijke partners

Ook een goede samenwerking met het maatschappelijke middenveld wordt door meerdere ambtenaren als succesfactor bestempeld in hun beleid omtrent kwetsbare ouderen. En dan met name de bemiddelende rol die de gemeente hierin speelt om verbindingen te leggen tussen de verschillende lokale partners en om te voorkomen dat instellingen beconcurreren en ‘elkaars vijver leegvissen’.

Volgens de ambtenaren in Tholen verloopt de samenwerking daar vooral goed omdat verschillende organisaties ‘in huis’ zijn gehaald. Partijen die bij de gemeente in het gebouw zitten zijn Bureau Jeugdzorg, het opvoedsteunpunt, de GGD, Maatschappelijk Werk op Christelijke basis en MEE Zeeland. Doordat deze organisaties allemaal fysiek bij elkaar zitten is er volgens de ambtenaren minder ‘van het kastje naar de muur beleid’ en hebben burgers één aanspreekpunt: de gemeente.

De ambtenaren van Goes noemen vooral de open sfeer in de gemeente:

‘Ik denk zelf dat dat een van de sterke punten is van de gemeente hier. De samenwerking, de open sfeer, we werken niet als concurrenten, we werken elkaar niet de deur uit. Dat is een belangrijke basis naar de toekomst om de begeleiding vanuit de Awbz goed te kunnen vormgeven.’

De gemeente vormt een belangrijke aanjager van deze open sfeer:

‘Ik denk wel dat wij op heel veel fronten aan het schakelen zijn, niet met kleine projecten, maar gewoon op het hele brede front. Dat betekent ook meteen dat wij het veel te druk hebben, maar we willen het toch bij elkaar en naast elkaar oppakken. Dat geeft een positieve flow, ook bij partners. Het brengt bereidheid met zich mee om die cultuurverandering aan te gaan. Het maakt energie los.’

De gemeente Lelystad heeft de samenwerking sinds dit jaar gestructureerd door middel van haar ‘Integrale Teams’. De gemeente is verdeeld in vier gebieden en elk gebied heeft haar eigen team. Binnen het integrale team wordt samengewerkt tussen gezondheidszorg, psychische hulp, schuldhulpverlening en de Stichting Welzijn. De gemeente is bewust niet actief binnen deze teams: ‘De regie ligt bij de gemeente, maar de uitvoering ligt bij de praktijk’ (zie onderstaand kader).

De Integrale Teams van Lelystad

De ontwikkeling van integrale teams/netwerken is voor Lelystad onderdeel van de nieuwe manier van wijkgericht werken en geeft invulling aan de eisen van de Wmo. De integrale teams/netwerken voor welzijn en zorg zetten zich in voor alle inwoners (gebiedsgericht), waarbij de kwetsbare mensen, die moeite hebben met participeren, speciale aandacht krijgen. Het integraal team is een duidelijk, herkenbaar aanspreekpunt waar burgers en partijen hun meldingen en vragen kunnen neerleggen. Het team bestaat uit een beperkt aantal zorg- en welzijnspartijen. Het team komt vooral in actie als de ondersteuning ontoereikend is, als personen tussen wal en schip vallen, als aangegeven wordt dat de samenwerking met andere partners stagneert, als er behoefte is aan een frisse blik, of als er behoefte is aan nieuwe collectieve arrangementen (zoals acties gezond gewicht). Ieder integraal team heeft een coördinator die zowel aanspreekpunt, als het gezicht van het team is.

Concrete taken van het Integrale Team:

- Opstellen van een werkprogramma op basis van vastgestelde prioriteiten en wensen/behoefte vanuit de wijk.
- Signaleren van kansen en mogelijkheden op het gebied van (vernieuwende) methodieken.
- Stimuleren van nieuwe (collectieve) arrangementen.
- Organiseren netwerkbijeenkomsten.
- Oplossingen aandragen voor knelpunten in de wijk.
- Uitdragen van Wmo visie.
- Werken volgens bakens nieuwe stijl (Eropaf).
- Oplossingen vinden voor problematiek en anders doorverwijzen.

Een goede samenwerking met huisartsen

Er is aldus vaak een goede samenwerking met verschillende maatschappelijke spelers, maar zoals we in de volgende paragraaf zullen zien willen veel gemeenten graag een betere samenwerking met de eerstelijns gezondheidszorg. De gemeente Oss heeft hier een succesvol project voor, het zogeheten 'GOAL' project. Het project komt voort uit een initiatief van een huisarts van een klein dorp dat onder de gemeente Oss valt: *'Doordat hij de enige huisarts is zit hij in een overzichtelijke en krachtige situatie: hij kent iedereen en de situaties in het dorp'*. Samen met de wijkverpleegkundige en de thuiszorg (en later ook een ouderenadviseur) heeft de huisarts een professioneel netwerk opgezet rondom kwetsbare ouderen in het dorp. Inmiddels wordt het GOAL-project ook toegepast in vier wijken in Oss.

GOAL-project in Oss: wijkgerichte zorg aan kwetsbare ouderen

In de gemeente Oss is in 2012 een samenwerkingsverband, bestaande uit vijf huisartsenpraktijken, thuiszorgorganisatie Pantein en de 'Samen in Zorg' partners Brabantzorg en Interzorg, ouderenwelzijnsorganisatie RIGOM, Zorgverzekeraars VGZ en CZ, zorgkantoor VGZ en de gemeente Oss gestart met het GOAL-project. GOAL! staat voor Goede Ouderenzorg ALomvattend in de nulde- en eerstelijns. Doel van het project is om integrale en laagdrempelige wijkzorg te bieden aan kwetsbare ouderen in hun eigen woonomgeving, waarbij het motto is: dichtbij wat kan en verder weg waar nodig. Een huisarts, wijkverpleegster en ouderenadviseur werken samen in een wijkteam dat één keer in de zes weken bij elkaar komt. Daarnaast hebben zij elkaar contactgegevens om tussendoor snel te kunnen afstemmen.

Voor meer informatie zie: <http://maaslandfm.nl/index.php/nieuws/10053-goal-helpt-kwetsbare-ouderen-video.html>

Een goed bereik van (kwetsbare) ouderen

De gemeente Wageningen schuift haar 'Vitaliteitscentrum' naar voren als belangrijkste exportproduct in het kader van ons onderwerp. Het centrum is in 2008 gestart als pilot dat wordt gefinancierd door de gemeente en de provincie, en is voortgezet door de gemeente in samenwerking met Menzis. Het centrum kan inmiddels als de spil van het ouderenbeleid worden gezien. Naast een ouderenadviseur en een wijkverpleegkundige zijn er sinds 2010 ook drie vrijwillige ouderenadviseurs actief. Het centrum maakt gebruik van de gemeentelijke basisadministratie persoonsgegevens (GBA) waardoor het centrum direct in beeld heeft waar de ouderen wonen en wellicht ook eerder de kwetsbare ouderen in beeld heeft. Ook kan goed worden bijgehouden welke ouderen door het centrum zijn bereikt: *'Ik heb letterlijk een plattegrond waarop we kunnen aangeven waar we zijn geweest en wat we hebben gedaan. Dat mis je vaak, dat overzicht en die gegevens. We kunnen dat met een druk op de knop bovenhalen en zijn niet afhankelijk van derden. Dat is een enorme winst.'*

Het Vitaliteitscentrum in Wageningen

Het Vitaliteitscentrum is een centrum waar ouderen vanaf 55 jaar in Wageningen terecht kunnen voor een preventieve check. Dit gezondheidsonderzoek vindt plaats op fysiek, sociaal en psychisch gebied en wordt uitgevoerd door een ouderenadviseur en/of een wijkverpleegkundig. Daarnaast bezoeken de drie vrijwillige ouderenadviseurs die aan het centrum zijn verbonden zoveel mogelijk 75-plussers binnen de gemeente Wageningen en voorzien de ouderen van algemene informatie over wat het Vitaliteitscentrum te bieden heeft en verwijzen eventueel door. Het gaat dus om preventieve huisbezoeken (zonder directe vraag van de oudere), waarbij gaande het gesprek wellicht een vraag naar boven komt die eenvoudig te beantwoorden valt. Wanneer sprake is van meer complexiteit wordt de oudere in contact gebracht met de beroepsouderenadviseur of de verpleegkundige. De vrijwillige ouderenadviseurs verzorgen hiermee een bewustwording bij de ouderen en een toeleiding naar een vitaliteitscheck voor direct of in de toekomst.

Voor meer informatie zie: <http://www.knooppuntwageningen.nl/index.php?id=820>

Levensloopbestendige woningen

Tot slot ziet de gemeente Helmond vooral heil in het gebruik van ICT in de zorg, ook wel ‘slimme zorg’ genoemd, om te zorgen dat ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. De gemeente is daarom het Slimme Zorg project Domotica gestart dat door de provincie Noord-Brabant wordt gestart binnen het project Slimme Zorg dat in 2008 van start is gegaan.

Het project Slimme Zorg van de provincie Noord-Brabant

De provincie Noord-Brabant wil slimme zorg, waarbij gebruikt wordt gemaakt van ICT, breed inzetten, zodat ouderen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Om sociale innovatie op dit gebied een impuls te geven en om barrières te doorbreken, brengt de provincie partijen uit verschillende betrokken werelden bij elkaar in het project Slimme Zorg. Inmiddels worden zestien concrete projecten ondersteund. Denk hierbij aan beeldspraakverbindingen met mantelzorgers, bibliotheek of thuiszorg. Of aan een digitaal dossier voor partners en kinderen van dementerende ouderen. Een belangrijke voorwaarde voor provinciale steun is de samenwerking tussen verschillende partijen in een project. Zowel maatschappelijke organisaties als kennisinstituten als het bedrijfsleven moeten erbij betrokken zijn. Essentieel is de deelname van eindgebruikers aan de ontwikkeling en uitvoering van de projecten. Het gaat immers om hun wensen, behoeften en ervaringen.

Voor meer informatie zie: <http://www.brabant.nl/dossiers/dossiers-op-thema/zorg,-a,-welzijn/slimme-zorg/wat-is-slimme-zorg.aspx>

4.2 Importproducten

Meerdere ambtenaren hebben het idee dat zij even ver of verder zijn met hun beleid dan andere gemeenten. Er worden dan ook weinig concrete gemeenten genoemd die de ambtenaren als een goed voorbeeld bestempelen. De reactie

is steevast: *‘Als het er zou zijn, zou ik ervan weten en zou ik er gebruik van maken’.*

Bovendien benadrukken enkele ambtenaren dat het beleid van andere gemeenten niet één op één gekopieerd kan worden naar de eigen gemeente. Of iets werkt heeft ook te maken met ‘de lijnen in je stad en hoe organisaties op elkaar betrokken zijn.’ Het blijft toch maatwerk om te zorgen dat iets voor de eigen gemeente werkt.

Desalniettemin dragen onze respondenten verschillende verbeterpunten aan voor het gemeentelijke beleid omtrent kwetsbare ouderen. Twee thema’s werden daarbij het vaakst genoemd: meer en betere samenwerking met de eerste lijn en de ondersteuning en het versterken van de civil society. Met name dit laatste thema sluit goed aan op onze eerdere bevinding dat de civil society waarbij mensen zich (belangeloos) inzetten voor anderen wel eens doorslaggevend kan zijn in het begrijpen van een relatief laag zorggebruik van kwetsbare ouderen.

Meer en betere samenwerking met de eerste lijn

De geïnterviewde ambtenaren noemen één specifieke partij waarmee ze in de toekomst meer willen samenwerken: de professionals in de eerste lijn, zoals huisartsen en fysiotherapeuten. De volgende twee citaten illustreren waarom ambtenaren deze samenwerking zo belangrijk vinden:

‘Waar we ook aan willen werken is de relatie tussen het sociale beleid en de eerstelijns gezondheidszorg. Dat je het beleid beter op elkaar afstemt en meer contact hebt. Zodat er voor mensen een meer samenhangend ondersteuningpakket is’.

‘We willen de eerste lijn nog beter structureren. Als je daar iets kunt betekenen voor mensen dan is het verderop in het traject alleen maar makkelijker. Er eerder bij zijn dus’.

In de vorige paragraaf beschreven we het GOAL-project in de gemeente Oss als een goed voorbeeld waarin de huisarts nauw samenwerkt met de wijkverpleegster en de ouderenadviseur. Een ander mooi voorbeeld is ‘Welzijn op Recept’, een methode dat is ontwikkeld door Gezondheidscentrum De Roerdomp Nieuwegein, MOvactor Nieuwegein en het Trimbos-instituut.

Welzijn op Recept

‘Welzijn op recept’ is een methode om mensen met psychosociale klachten vanuit de huisartspraktijk door te verwijzen naar welzijnsactiviteiten zoals bewegen, creatieve activiteiten of met elkaar koken en eten. Het doel is dat mensen door deze activiteiten zelf actief hun gezondheid en welzijn verhogen. Voor ‘Welzijn op recept’ is een handleiding opgesteld, waarin de methodiek beschreven is voor de invoering in vier fasen: voorbereiding, ontwikkeling, implementatie en evaluatie. De handleiding dient als leidraad en hulpmiddel voor wijken in Nieuwegein en andere wijken in het land, die ‘Welzijn op recept’ willen invoeren. De precieze invulling van ‘Welzijn op recept’ is afhankelijk van de eigen lokale situatie.

De handleiding vindt u hier: http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/implementatie/af/-/media/files/gratis%20downloads/af1129%20welzijn%20op%20recept%20_web.ashx

Ondersteuning van de civil society

In hoofdstuk drie trokken we de conclusie dat ouderen in Nederland die een verhoogd risico lopen op kwetsbaarheid actiever en gezonder blijven als er sprake is van een bloeiende civil society. Een aantal ambtenaren geven aan dat ze graag meer zouden inzetten op de ondersteuning van mantelzorgers en vrijwilligers en hiervoor op zoek zijn naar goede voorbeelden:

‘Er wordt nu veel beroep gedaan op professionele zorg. De gemeente zou meer kunnen doen om mantelzorgers en vrijwilligers te ondersteunen. We hebben vooral behoefte aan manieren om het netwerk rondom een persoon beter in te schakelen.’

‘Hoe je toch die mantelzorg ondersteuning beter laat aansluiten op de vraag. Hoe je mensen ook vindt die hulp nodig hebben. Mensen hebben zelf niet altijd door dat ze mantelzorger zijn. Dus het vinden, herkennen en erkennen van mantelzorgers zonder ze te betuttelen.’

De hamvraag is: hoe creëer je een sterke maatschappelijke betrokkenheid van mensen en instanties? Volgens Alblas (2008) speelt de gemeenten hierbij een cruciale rol. Aan de ene kant treedt de gemeente op als ondersteuner van bestaande initiatieven, anderzijds heeft ze zelf een belangrijke rol in het aanjagen van nieuw initiatief. Een belangrijk accent hoort volgens Alblas te liggen op de ontwikkeling van sociale kaarten. Via deze kaarten wordt het voor de gemeente duidelijk welke personen en instanties actief zijn als het gaat om de civil society op lokaal niveau, en waar maatschappelijk initiatief ontbreekt. Via mooie initiatieven zoals DiSK (Digitale Sociale Kaart; zie www.digitale-sociale-kaart.nl) wordt het voor burgers al mogelijk om op gemeen-

teniveau inzicht te krijgen in de belangrijkste instanties op de terreinen werk&inkomen, jeugd&opvoeding, zorg&wonen en cultuur&ontspanning. Tegelijkertijd blijft het lastig om op lokaal niveau inzicht te krijgen in belangrijkste aspecten van de civil society, zoals aantallen vrijwilligers, mantelzorgers en activiteiten gericht op sociale cohesie en leefbaarheid in de wijk. Kortom, aspecten die ingaan op de vraag: hoe betrokken is men bij elkaar? Het verdient aanbeveling om in de toekomst verder na te denken over de (on)mogelijkheden om op lokaal niveau indicatoren voor de civil society in beeld te krijgen. Het ligt hierbij voor de hand om de zoektocht te starten bij lokale data (zoals uit gemeentelijke leefbaarheidsonderzoeken) en daarnaast koppelingen aan te brengen met lokale uitsplitsingen van gegevens van het CBS (zoals de mate van sociale participatie en onderling sociaal contact). In toenemende mate zijn op basis van landelijke steekproeven al redelijke uitspraken te doen op lokaal en/of provinciaal niveau over thema's als cohesie, leefbaarheid en sociale participatie (zie bijvoorbeeld Schmeets & Arts, 2010).

Naast een (beter) zicht op de lokale zorgbehoefte en aanwezige civil society kan ondersteuning van maatschappelijk initiatief concreet plaatsvinden via het aandacht vragen voor activiteiten, zoals de week van de mantelzorg in de gemeente Emmen of via het faciliteren van sociale participatie door middel van financiële tegemoetkomingen voor vrijwilligers en mantelzorgers. In de gemeente Groningen is er bijvoorbeeld de 'Stadjerspas', een kortingspas voor (onder andere) mantelzorgers. Maar de gemeente kan ook inzetten op het scheppen van plaatsen waardoor ontmoeting tussen (verschillende) groepen mogelijk wordt, waar dit nog niet het geval is. Er is een legio van voorbeelden denkbaar, die in diverse publicaties al ruimschoots aan bod komen. Wat we in het kader van dit onderzoek duidelijk hebben willen maken is dat de civil society een negatieve uitwerking kan hebben op lokaal zorggebruik. Het is aan de lokale overheid om hier voldoende aandacht voor te hebben, bijvoorbeeld via een gedetailleerd inzicht in lokale ondersteuningsstructuren (om initiatief te bevorderen op plekken waar dit ontbreekt) maar ook via het pro-actief faciliteren van de sociale structuur van de gemeente (bijvoorbeeld in de voorzieningsfeer). Hierbij heeft de gemeente wat ons betreft uiteindelijk vijf functies te vervullen die we in het afsluitende hoofdstuk ter sprake brengen.

5 *Kwetsbare ouderen en de vijf functies van gemeenten*

Als we kijken naar de toekomst, zijn er onder invloed van demografische veranderingen (vergrijzing en ontgroening) steeds meer ouderen. Nederland krijgt als het ware een grijzere kleur. Daarnaast worden we door het voortschrijden van de medische wetenschap ouder dan voorheen, maar tegelijkertijd zijn er ook steeds meer mensen met meervoudige aandoeningen (Van der Velden, 2011). Tegen deze achtergrond is het belangrijk voor (lokale) beleidsmakers om zicht te hebben op de aard en omvang van kwetsbare ouderen. Zo kunnen ze het zorgaanbod hier zo goed mogelijk op afstemmen.

In onze eerdere rapportage zetten we hiertoe een eerste stap door een aantal lokale bronnen, die de kwetsbaarheid van ouderen en het lokale zorggebruik indiceren, met elkaar te verbinden (Dekker et al., 2012). We zagen dat gemeenten kunnen verschillen in de balans tussen het aantal kwetsbare ouderen en het lokale zorggebruik.

In dit verkennende vervolgonderzoek gingen we via een rondgang langs acht gemeenten dieper in op factoren die deze verschillen kunnen verklaren. We zagen dat het concept van een leeftijdsvriendelijke gemeente niet de ‘missing link’ is. Wel keert het belang van de civil society steeds terug als verklarend element. Dit is op zich niet nieuw; activiteiten zoals vrijwilligerswerk vergroten de maatschappelijke participatie van zowel vrijwilliger als deelnemer (vgl. Dekker et al., 2007). Ook zal het belang van de civil society zich steeds prominenter manifesteren bij een verwachte toename van het aantal kwetsbare ouderen, en bij de beleidsmatige nadruk op het zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen in de eigen omgeving (extramuralisering). Als de huidige ontwikkeling naar een groter aantal kwetsbare ouderen zich doorzet, dan signaleren we voor gemeenten vijf functies om hier in de toekomst mee om te gaan.

5.1 *De wetende gemeente*

Om snel in te kunnen spelen op demografische verandering en wijzigende zorgvragen in het veld, moeten ook gemeenten (op korte en lange termijn) vooruit kijken. Dit kan door (meer) aandacht te hebben voor databronnen en gegevens die al voorhanden zijn om dit inzicht te verwerven. We geven hiervan een praktisch voorbeeld ter verduidelijking. Door het invoeren van een grote hoeveelheid gegevens over de inwoners in Almere, krijgt de gemeente Almere sneller zicht op problemen in de wijk. Het zogenaamde ‘Early warning system’ is een pilot van de gemeente Almere en het ministerie van Binnenlandse Zaken (BZK)³. Het systeem combineert gemeentelijke informatie over werkloosheid, schulden, schoolverzuim en overlast met gegevens van andere partijen, zoals data over huiselijk geweld en criminaliteit. Hiervan kunnen we leren als het gaat om het preventief omgaan met risico’s die voortkomen uit maatschappelijke veranderingen, zoals oplopende vergrijzing.

5.2 *De activerende gemeente*

De tweede functie heeft te maken met het creëren van meer samenhang in het sociale domein, om zo mensen te activeren die nu nog langs de kant staan. Denk hierbij aan het bij elkaar brengen van wettelijke regelingen, zoals de Wmo en Wwb. Hier kan én moet nog een slag worden gemaakt. Uit de Divosamonitor 2011 blijkt dat 30% van alle gemeenten geen koppeling aanbrengt vanuit de Wmo. Ook het inzetten van Wwb’ers voor bijvoorbeeld lokaal welzijnswerk komt maar moeilijk van de grond. Uit verschillende studies blijkt het belang van een cultuuromslag bij ambtenaren (en hulpverleners), om zo sterker de regie te pakken in het voeren van dit type integraal beleid. Via samenhang in beleid wordt niet alleen bijgedragen aan de kansen van inactieven op de arbeidsmarkt, maar ook aan het extra inschakelen van mensen bij het belangrijke werk in de civil society.

3 Zie <http://www.binnenlandsbestuur.nl/sociaal/nieuws/almere-koppelt-bestanden-voor-veldwerkers.6728602.lynkx>

5.3 *De ondersteunende gemeente*

Een andere functie betreft het ondersteunende (of: faciliterende) karakter van de gemeente. Allereerst zijn er natuurlijk de vrijwilligerscentrales en steunpunten waarop maatschappelijke organisaties al een beroep kunnen doen. Maar de gemeente kan ook, los van het wettelijk compensatiebeginsel, bijdragen aan een goed functionerende civil society. We denken bijvoorbeeld aan gerichte gemeentelijke subsidies voor kansrijke en vernieuwende initiatieven, of aan aandacht voor levensloopbestendige huisvesting (en wijken). Maar ook aan het wegnemen van eventueel belemmerende regels in het praktijkveld, om zo de participatie en zelfredzaamheid van kwetsbare mensen en de werking van de civil society te vergroten. Tot slot kan ondersteuning concreet tot stand komen via de participatie van gemeenten in academische werkplaatsen, die tot stand komen rondom het thema ouderenzorg.

5.4 *De informerende gemeente*

Veel gemeenten zijn bezig met het opstellen en bijhouden van een (digitale) sociale kaart met informatie over wonen, welzijn, zorg en inkomen. Daarin kunnen ze ook informatie kwijt over vrijwillige inzet en mantelzorg. Het valt te verwachten dat de bestaande sociale kaarten niet alleen worden uitgebreid met nieuwe deelterreinen, maar dat ze ook informatie kunnen bieden over de samenhang of de 'ketenzorg'. Er zijn bijvoorbeeld op regionaal niveau overal dementienetwerken (samenwerkingsverbanden van partners in zorg, wonen en welzijn) actief. Veel gemeenten zijn nog niet bij een dementienetwerk aangesloten. Met het oog op de nieuwe taken voor de gemeenten (begeleiding) en de inzet op verdergaande extramuralisering van de ouderenzorg, is het belangrijk om onder andere thuiszorg, vrijwillige inzet, mantelzorg, cliëntondersteuning, intramurale ouderenzorg en patiënten- en consumentenbeleid veel meer in samenhang te presenteren.

5.5 *De metende gemeente*

Veel van de gemeenten uit ons onderzoek vinden het nog moeilijk om de zelfredzaamheid van ouderen te meten. Toch willen ze in de toekomst meer gaan sturen op indicatoren voor zelfredzaamheid. Gemeenten zeggen dat de volgende indicatoren gemeten kunnen worden: mate van gezondheid van

ouderen, mate van belasting van mantelzorgers of het zelfstandig functioneren in/om de eigen woonsituatie. In een aantal gevallen zijn er al gebruiksvriendelijke vragenlijsten voor handen die ouderen zelf kunnen invullen (vgl. Van Campen, 2011). Lastiger is het om aan te geven waar bepaalde ontwikkelingen het effect van zijn. Als in een gemeente meer beroep wordt gedaan op Wmo-voorzieningen, kan dat een gevolg zijn van een toenemend aantal ouderen met zorgbehoefte. Maar een dergelijke groei kan ook samenhangen met de versoering van andere voorzieningen in de gemeente (intramurale zorg bijvoorbeeld). Of het wordt veroorzaakt door een grotere bekendheid met het Wmo-loket (waardoor de vraag aantrekt). Het is daarom van belang voor gemeenten om de veranderingen in de Awbz en Wmo in samenhang te meten. Hangt een afname van het beroep op de Awbz samen met een toename van de vraag naar Wmo-voorzieningen en vice versa? Of komt het ook voor dat beide stijgen of dalen?

Wat ons betreft moeten gemeenten bij de ondersteuning aan kwetsbare ouderen voldoende aandacht hebben voor de meest relevante functies. Kwetsbare ouderen hebben vaak te maken met meervoudige problemen. Een lokale aanpak legt daarom, naast de wettelijke verplichtingen vanuit de Awbz en Wmo, ook de nadruk op vijf functies die in samenhang bijdragen aan een verhoogde zelfredzaamheid van kwetsbare ouderen.

Literatuur

- Alblas, M. (2008). *Een bloeiende civil society*. Utrecht: Movisie.
- Belderok, J.J. (2007). *Vitaal en kwetsbaar grijs; kwetsbare ouderen in een vitale buurt*. Amsterdam: Uitgeverij SWP BV.
- Bosch, A., Daal, van, P., & Dorrestein, A. (2002). *Thuis met domotica; de ervaringen van ouderen in zes Brabantse domoticaprojecten*. Tilburg: PON.
- Campen, C. van, (red. 2011). *Kwetsbare Ouderen*. Den Haag: SCP.
- Croezen, S., Haverman-Nies, A., Lenthe, van, F.J., Picavet, H.S.J., Groot, C.P.G.M. de, & Veer, P. van 't, (2008). Sociale contacten en sociale participatie in relatie tot zelfervaren gezondheid, fysiek functioneren en mentale gezondheid bij zelfstandig wonende ouderen. In: 9^e Nationaal Congres Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, 3 oktober 2008, Ede, *Tijdschrift voor Genontologie en Geriatrie*, 39.
- Dekker, F., Stavenuiter, M. & Tierolf, B. (2012). *Kwetsbare ouderen in tel*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Dekker, P., De Hart, J. & Faulk, L. (2007). *Toekomstverkenning vrijwillige inzet 2015*. Den Haag: SCP.
- De Jong Gierveld, J. (2012). Leeftijdsvriendelijke steden en regio's, *Geron*, 1: 29-30.
- De Klerk, M. (red. 2004). *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen*. Den Haag: SCP.
- Droogleevers Fortuijn, J., Meer, M. van der, & Thissen, F. (2006) Kwetsbare ouderen en de kwaliteit van de buurt, *Rooilijn*, 5, 245-250.
- Elferink, J., & Scholten, C. (2009). *Met pensioen als vrijwilliger? Onderzoek naar de inzet van oudere vrijwilligers*. Utrecht: MOVISIE en Vilans.
- Engel, R. (2012). Winst door ouderen, *Vitale Stad*, 15: 34-36.

Graaff, de, F.M., & Francke, A.L. (2002). Zorg voor Turkse en Marokkaanse ouderen in Nederland: een literatuurstudie naar zorgbehoeften en zorggebruik, *Verpleegkunde*, 17, 3, 131-39.

Grootegoed, E & Dijk, D. van (2012). The return of the family? Welfare state retrenchment and client autonomy in long-term care, *Journal of Social Policy*, 41(4): 677-694.

Groot, P. (2010). Lang Leve Thuis: ondersteuning van kwetsbare ouderen in hun thuissituatie, *Kwaliteit in Zorg*, 6: 23-25.

Gussekloo, J. (2009). Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid, *Huisarts&Wetenschap*, 52, 9, 426-428.

Jansen, H., Stavenuiter, M., Dijkhuis, A., Dongen, van, M.C. & Tricht, van, A. (2008). *Gemeenschappelijk wonen op leeftijd; zorgposities en sociale netwerken van ouderen in woongemeenschappen*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut en Federatie Gemeenschappelijk Wonen.

Jong-Gierveld, J. de, (2012). Leeftijdsvriendelijke steden en regio's, *Geron*, 14(1): 29-30.

Kullberg, J. (2005). *Ouderen van nu en van de toekomst; hun financiële spankracht, zorgbehoefte en woonwensen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Lammerts, R., Tan, S., & Wonderen, van, R. (2006). *Ouderen onder dak; een onderzoek naar wonen, welzijn en zorg voor ouderen in kleine dorpen*. Den Haag: VROM en DANS.

Marangos, A. & De Klerk, M. (2011). Gemeentelijke ondersteuning, in: Van Campen, C. (2011). *Kwetsbare Ouderen*. Den Haag: SCP.

Menec, V., Means, R., Keating, N., Parkhurst, G. & Eales, J. (2011). Conceptualizing Age-Friendly Communities, *Canadian Journal on Aging*, 30(3): 479-493.

Nederland, T. & Dekker, F. (2011). *Verleiden tot gezondheid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Nitsche, B. (2007). *Eindnotitie: Sociaal maken voor kwetsbare ouderen; een overzicht van theorieën en de toepassing van methodieken in de praktijk*. Utrecht: Vilans en de MO-groep.

Oudenampsen, D., en Gruijter, de, M. (2002). *Woon-, zorg- en welzijnswensen van Marokkaanse ouderen; vraaggericht werken aan voorzieningen voor Marokkaanse ouderen in Gouda en Schoonhoven*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Penninx, K. (2005). *Kwetsbare ouderen in beeld; informatie voor sociaal-cultureel werkers die vragen en wensen van kwetsbare ouderen in hun werkgebied in kaart willen brengen*. Utrecht: NIZW Zorg.

Rietveld, S., Hazelaar, R., Meeuwsen, E., Fokker, A., Olde Rikker, M., & Molleman, G. (2011). *Oud worden en gezondheid in de regio Nijmegen; een kwestie van (eigen) regie en meer weten over kwetsbaarheid*. Woerden: NIGZ.

Rossum, van, E. (2009). *De zorg voor kwetsbare ouderen: zoeken naar evenwicht (Inaugurale Rede)*. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

Royers, T. (2007). *Literatuurstudie: Een uitnodigende leefomgeving voor ouderen*. Utrecht: Vilans en de MO-groep.

Schellingerhout, R. (red. 2004). *Gezondheid en welzijn van allochtone ouderen*. Den Haag: SCP.

Schmeets, H. & Arts, K. (2010). Limburg blijft in sociaal kapitaal achter bij de rest van Nederland, *Bevolkingstrends*, 3^e kwartaal 2010, gedownload via www.cbs.nl

Scholten, C. (2009). *Gezond in de wijk; betrokkenheid van ouderen bij hun eigen gezondheid en welzijn en dat van hun omgeving*. Utrecht: Vilans.

Schuijt-Lucassen, N.Y., & Broese van Groenou, M.I. (2006). Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen; rol van gezondheid, sociale context, voorkeur en persoonlijkheid, *tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 84, 1, 4-11.

Stavenuiter, M., Nederland, T. & Toorn, J. van den (2010). *Tussen kwetsbaar en vitaal*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Steverink, N. (1996). *Zo lang mogelijk zelfstandig; naar een verklaring van verschillen in oriëntatie ten aanzien van opname in een verzorgingstehuis onder fysiek kwetsbare ouderen* (proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Velden, van der, L., Francke, A. & Batenburg, R. (2011). *Vraag- en aanbodontwikkelingen in de verpleging en verzorging in Nederland*. Utrecht: Nivel.

Welling, N. (1998). *Zelfstandigheid en ouderenzorg; een evaluatie-onderzoek in een wooncentrum voor ouderen*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen van de Stichting katholieke Universiteit te Nijmegen.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2005). *Vertrouwen in de buurt*. Amsterdam: WRR.

WHO (2007). Global Age-friendly cities: A guide. Gedownload via http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

Colofon

Dit betreft een publicatie die uitkomt binnen het VWS-programma “Beter in Meedoen”. Dit meerjarige programma is gericht op de vernieuwing en kwaliteitsverbetering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Meer informatie over dit programma kunt u vinden op de website: www.invoeringwmo.nl

Opdrachtgever	Ministerie van VWS Programma “Beter in Meedoen”
Auteurs	Dr. F.P.S. Dekker Dr. M.M.J. Stavenuiter Drs. J. van den Toorn R. van Straaten
Redactie	Prof. dr. J.C.J. Boutellier Drs. T. Nederland
Omslag	Ontwerppartners, Breda
Uitgave	Verwey-Jonker Instituut Kromme Nieuwegracht 6 3512 HG Utrecht T (030) 230 07 99 E secr@verwey-jonker.nl I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via onze website: <http://www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank>.

ISBN 978-90-5830-541-1

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2012. Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld. The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



Kenniscabier

In dit vervolgonderzoek op de studie *'Kwetsbare Ouderen in Tel'* gaan de auteurs op zoek naar factoren die het lokale verschil tussen het aantal kwetsbare ouderen en de zorgvraag kunnen verklaren. De auteurs verrichten hiervoor een analyse van de literatuur en maken een rondgang langs acht gemeenten. Een belangrijke uitkomst is dat de civil society bijdraagt aan het tegengaan van kwetsbaarheid. Om gemeenten te ondersteunen bij de opzet en uitvoering van lokaal ouderenbeleid formuleren de auteurs een vijftal perspectieven die kunnen dienen als hulpmiddel.

www.verwey-jonker.nl/wmoinnovatiebank

