Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Rapportage
GALA-monitor 2024
Eerste stand van zaken

RIVM-rapport 2024-0183



Rapportage GALA-monitor 2024

Eerste stand van zaken

RIVM-rapport 2024-0183

Colofon

© RIVM 2024
Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Rapportage GALA-monitor 2024. Een eerste stand van zaken.

DOI 10.21945/RIVM-2024-0183

C. van den Brink (auteur), RIVM
F. Baâdoudi (auteur), RIVM
L. Bel (auteur), RIVM
I. Brus (auteur), RIVM
M. Buijs (analist), RIVM
C. Dinnissen (analist), RIVM
P. Geuijen (auteur), RIVM
T. Hazekamp (auteur), RIVM
C. Hendriks (auteur), RIVM
M. Huiberts (auteur), RIVM
T. Jansen (auteur), RIVM
N. Koopman (auteur), RIVM
H. Kruize (auteur), RIVM
L. Lemmens (auteur), RIVM
J. Molenaar (auteur), RIVM
P. Reckman (auteur), RIVM
A. Spijkerman (auteur), RIVM
E. Steenbergen (analist), RIVM
A. Verweij (auteur), RIVM
M. Vugts (auteur), RIVM
P. Kemper (auteur), RIVM

Contact:
Carolien van den Brink
Centrum Volksgezondheid, Zorg en Maatschappij
monitorGALA@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Dit is een uitgave van:
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
Nederland
www.rivm.nl

Publiekssamenvatting

Rapportage GALA-monitor 2024

Eerste stand van zaken

Begin 2023 is het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA) getekend. In dit akkoord ligt de nadruk op preventie, oftewel gezondheidsproblemen voorkomen. Hiervoor zijn afspraken gemaakt om lokaal en regionaal te werken aan zeven thema's om mensen gezonder en actiever te laten leven. Voorbeelden zijn: een gezonde leefomgeving, een gezonde leefstijl en vitaal ouder worden. Dat betekent dat het ministerie van VWS, gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en samenwerken aan bestaande en nieuwe preventieve maatregelen.

Het akkoord loopt tot en met 2026. Het RIVM volgt in deze periode wat de betrokken partijen voor de zeven gezondheidsthema's doen en hoe de samenwerking zich hierbij ontwikkelt. Deze eerste rapportage van de GALA-monitor laat zien dat de betrokken partijen plannen hebben gemaakt om lokaal en regionaal te gaan samenwerken. De precieze uitwerking van die plannen is afhankelijk van wat er regionaal en lokaal nodig is, en is daarom maatwerk. Ook verschilt het tempo waarin de regio's eraan werken. Dit hangt vaak af van wat er eerder al is gedaan aan samenwerking, preventie en programma's die de gezondheid verbeteren.

Het blijkt dat het GALA de samenwerking een impuls heeft gegeven. Bij de uitwerking van de plannen weten gemeente en zorgverzekeraar elkaar te vinden. De komst van het GALA heeft de samenwerking minder vrijblijvend gemaakt. Ook heeft het akkoord het urgenter en vanzelfsprekender gemaakt dat de verschillende partijen samenwerken aan gezondheid. Het is nu zaak om de ambities om te zetten in actie.

Het kost tijd om de gezondheid te verbeteren. Concrete effecten van het GALA op gezondheid kunnen daarom in de monitor niet worden gegeven. Het RIVM benadrukt dat de activiteiten die in het GALA zijn afgesproken langer moeten doorgaan dan het akkoord duurt.

Om de beweging die in gang is gezet gaande te houden, moeten knelpunten worden aangepakt. Het is bijvoorbeeld onzeker hoe lang de financiering voor de plannen van het GALA duurt. Ook zijn de partijen bezorgd of gemeenten genoeg personeel hebben om de extra vragen die op hen afkomen aan te kunnen. Tot slot is het belangrijk de gezondheidsthema's uit het GALA meer met elkaar te verbinden.

Kernwoorden: GALA, GALA-monitor, nulmeting, akkoord, preventie, gezonde generatie, ketenaanpakken, domeinoverstijgend

Synopsis

2024 GALA monitor report

Initial status overview

In early 2023, the Healthy Active Living Agreement (GALA) was signed. The emphasis in GALA is on prevention; in other words, on preventing health problems. GALA contains agreements on local and regional approaches to seven themes to encourage people in the Netherlands to adopt healthier and more active lifestyles. Examples are a healthy living environment, a healthy lifestyle and healthy ageing. The Ministry of Health, Welfare and Sport, municipalities, healthcare insurers and Municipal Public Health Services collaborate within GALA on existing and new preventive measures.

The agreement remains in force until the end of 2026. During this period, RIVM monitors the activities of the parties involved on the seven health themes and how their collaboration is developing. This initial status report on the GALA monitor shows that the parties involved have made plans for collaboration at the local and regional level. The plans are tailored to regional and local needs, so the details differ between regions and municipalities. There are also regional differences in terms of speed, often depending on previous activities in the fields of collaboration, prevention and health improvement programmes.

It is clear that GALA has helped to stimulate collaboration. Municipalities and healthcare insurers are joining forces in working out the details of the plans. Thanks to GALA, their collaboration has become less optional. The agreement has also increased the sense that it is urgent and self-evident for the parties involved to collaborate on health. The current challenge is to convert their ambitions into actions.

Improving health takes time. This is why concrete health effects of GALA cannot be shown in the monitor. RIVM emphasises that the activities should continue beyond 2026.

In order to maintain the momentum, the parties involved will need to tackle several key issues. For example, it is not clear for how long the plans under GALA will continue to be funded. The parties are also concerned that municipalities may not have enough staff to cope with the future additional demands. Finally, there is a need for more focus on the interconnections between the various health themes.

Keywords: GALA, GALA monitor, baseline measurement, agreement, prevention, healthy generation, chain approaches, cross-domain

Inhoudsopgave

Samenvatting — 11

1 Inleiding — 19
1.1 Context — 19
1.2 Doel van de monitor — 20
1.3 Opzet van de GALA-monitor — 20
1.4 Methode — 21
1.5 Leeswijzer — 22

2 Bouwstenen regionale preventie-infrastructuur — 23
2.1 Achtergrond — 23
2.2 Bouwen aan een regionale preventie-infrastructuur — 26
2.2.1 Mandaatstructuur gemeente — 26
2.2.2 Regionale afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar — 27
2.2.3 Samenwerking met andere partijen — 29
2.2.4 Lokaal versus regionaal niveau en verbinding GALA en IZA — 31
2.3 Ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking — 32
2.3.1 Ervaringen samenwerking gemeente en zorgverzekeraar — 32
2.3.2 Ervaringen met de samenwerking tussen alle partijen — 33
2.3.3 Opbrengsten GALA voor domeinoverstijgende samenwerking — 34
2.3.4 Mogelijke knelpunten GALA voor domeinoverstijgende samenwerking — 36
2.4 Beschouwing en vervolg — 37

3 Gezondheidsachterstanden — 39
3.1 Inleiding — 39
3.2 Stand van zaken in cijfers — 40
3.3 Bevindingen terugdringen gezondheidsachterstanden — 44
3.4 Beschouwing en vervolg — 48

4 Gezonde leefomgeving — 53
4.1 Inleiding — 53
4.2 Stand van zaken beoogde resultaten van het GALA — 55
4.3 Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO) — 56
4.4 Vervolg — 57

5 Sociale basis — 59
5.1 Inleiding — 59
5.2 Stand van zaken geformuleerde acties — 61
5.3 Cijfers over eenzaamheid — 63
5.4 Beschouwing en vervolg — 64

6 Gezonde leefstijl — 65
6.1 Inleiding — 65
6.2 Bevindingen leefstijlkenmerken — 66
6.2.1 Roken — 67
6.2.2 Overgewicht — 70
6.2.3 Sporten en bewegen — 71
6.2.4 Problematisch alcoholgebruik — 72
6.2.5 Drugsgebruik onder jongeren — 76

6.3 Bevindingen beoogde resultaten uit het GALA — 77
6.4 Beschouwing en vervolg — 79

7 Mentale gezondheid — 83
7.1 Inleiding — 83
7.2 Stand van zaken beoogde resultaten in het GALA — 84
7.3 Kerncijfers over mentale gezondheid — 85
7.4 Vervolg — 87

8 Vitaal ouder worden — 89
8.1 Inleiding — 89
8.2 Versterken van artikel 5a van de Wet PG — 90
8.3 Gezond voedingspatroon bij ouderen — 91
8.4 Bewegen door ouderen — 92
8.5 Cijfers over voeding en bewegen bij ouderen — 93
8.6 Vervolg — 93

9 Ketenaanpak Kansrijke Start — 95
9.1 Achtergrond — 95
9.2 Bevindingen ketenaanpak Kansrijke Start — 96

10 Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht) — 101
10.1 Achtergrond — 101
10.2 Bevindingen Kind naar Gezonder Gewicht — 103

11 Ketenaanpak Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) — 111
11.1 Achtergrond — 111
11.2 Bevindingen ketenaanpak GLI — 112

12 Aanpak Sociaal verwijzen — 117
12.1 Achtergrond — 117
12.2 Bevindingen aanpak Sociaal verwijzen — 118
12.3 Enkele voorbeelden aanpak Sociaal verwijzen — 121

13 Ketenaanpak Valpreventie — 123
13.1 Achtergrond — 123
13.2 Bevindingen ketenaanpak Valpreventie — 124

14 Overkoepelend beeld inrichting ketenaanpakken — 131
14.1 Achtergrond — 131
14.2 Voortgang inrichting ketenaanpakken — 132
14.3 Coördinatie en ervaring met inrichting van ketenaanpakken — 138

15 Beschouwing — 141
15.1 Anderhalf jaar GALA — 141
15.2 Reikwijdte/ uitdagingen van monitoring — 142
15.3 Volgende rapportage GALA-monitor — 144
15.4 Tot slot: GALA heeft tijd nodig — 145

Dankwoord — 147

Bronnen — 149

Bijlage 1 Methoden GALA-monitor — 159
A. Vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars — 159
B. Interviews over regionale en lokale samenwerking — 161
C. Verwerking van kwantitatieve data uit bestaande bronnen — 162

Bijlage 2 Voorbeelden Sociaal verwijzen — 167

Samenvatting

Hieronder wordt een samenvatting per hoofdstuk geven.

H1 Inleiding

Op 3 februari 2023 hebben het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend. Centraal staan zeven gezondheidsthema's[1] waarop afspraken zijn gemaakt in de vorm van doelen en beoogde resultaten. Om beweging op deze thema's mogelijk te maken, stimuleert het GALA meer domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau en meer integraal beleid. Als concretisering van deze doelen worden in het GALA de vijf ketenaanpakken[2] benoemd als eerste stap richting het integraal werken over de domeinen heen. Deze raken ook sommige van de zeven thema's.

De GALA-monitor geeft inzicht in de stand van zaken en ontwikkelingen rondom het GALA. De monitor heeft als doel:

1) voortgangsinformatie te bieden op de zeven gezondheidsthema's uit het GALA. Uitgangspunt hierbij vormen de beoogde resultaten die per thema zijn geformuleerd;
2) inzichtelijk te maken in hoeverre er een ontwikkeling op gang komt, waarbij domeinoverstijgend wordt samengewerkt en beleid integraal wordt vormgegeven, zowel op lokaal als regionaal niveau. De monitor probeert de bijdrage van het GALA hieraan in beeld te brengen.

Bij de monitor staat een logisch model centraal dat beschrijft hoe het GALA via verschillende stappen uiteindelijk tot gezondheidseffecten kan leiden. Het doorlopen van deze stappen kost tijd. Tijdens deze eerste periode van het GALA is het nog onwaarschijnlijk dat er effecten te zien zijn op de gezondheid van mensen. Deze rapportage gaat daarom vooral over de inspanningen die partijen leveren (plannen die opgesteld zijn en activiteiten die plaatsvinden) en de eerste opbrengsten die deze inspanningen opleveren. Uitgangspunt voor de GALA-monitor is dat deze is opgezet om van te leren en eventueel op onderdelen bij te sturen, door bijvoorbeeld de landelijke of lokale overheid of zorgverzekeraars.

Voor deze rapportage van de GALA-monitor is zoveel mogelijk uitgegaan van informatie uit bestaande databronnen. Wel is een vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars uitgezet om specifieke informatie te verzamelen die nodig was voor deze monitor. Ook zijn er interviews gehouden. Voor de gezondheidsthema's is een set van kerncijfers opgesteld. Deze cijfers gaan over leefstijlkenmerken en gezondheid en komen uit bestaande databronnen en monitors.

[1] Gezondheidsachterstanden, gezonde fysieke leefomgeving, sociale basis, gezonde leefstijl, mentale weerbaarheid en mentale gezondheid, vitaal ouder worden, domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.
[2] Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal Verwijzen, Valpreventie.

H2 Bouwstenen regionale preventie-infrastructuur

Het GALA beschrijft een domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur. Dit betekent dat er lokale en regionale afspraken worden gemaakt tussen onder andere gemeenten, zorgverzekeraar, GGD en aanbieders van zorg en welzijn over preventie en gezondheidsbevordering. De vragenlijsten die onder gemeenten en zorgverzekeraars zijn uitgezet, laten zien dat gemeenten en zorgverzekeraars samen met andere partijen werken aan de regionale preventie-infrastructuur. De precieze uitwerking verschilt tussen regio's en er zijn tempoverschillen, vaak afhankelijk van de voorgeschiedenis voordat het GALA werd gesloten. De onderdelen van de preventie-infrastructuur, zoals genoemd in het GALA, komen dan ook niet in alle regio's in gelijke mate terug. Het inrichten en werken met een mandaatstructuur voor gemeenten wordt wel als complex ervaren door de verschillende partijen in de regio, bijvoorbeeld door de afweging tussen lokale en regionale belangen.

Uit de interviews die zijn gehouden in zes regio's, blijkt dat het GALA een impuls aan domeinoverstijgend samenwerken heeft gegeven. Het heeft de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar minder vrijblijvend gemaakt en het werken aan gezondheid meer urgent en vanzelfsprekend gemaakt. Gemeente en zorgverzekeraar weten elkaar te vinden, maar het gedeeld eigenaarschap van de gezondheidsdoelen en ketenaanpakken uit het GALA kan soms nog sterker. Hoe gemeenten de GGD betrekken, varieert sterk, van adviserend op onderdelen tot de coördinatie van de regionale afspraken. De betrokkenheid van andere partijen, zoals welzijnsorganisaties of inwoners, blijft nog achter.

De genoemde knelpunten gaan vooral over de geoormerkte SPUK-gelden, die integraal werken belemmeren. Daarnaast zijn er zorgen over de tijdelijkheid van een gedeelte van de SPUK-gelden. En zorgen over de houdbaarheid van het sociaal domein, dat nu al krapte kent qua financiering en capaciteit.

H3 Gezondheidsachterstanden

Om gezondheidsachterstanden terug te dringen, is in het GALA vastgelegd dat gemeenten een lokale aanpak moeten ontwikkelen en interventies gedifferentieerd moeten aanbieden aan (wijken met) mensen met gezondheidsachterstanden. Volgens een analyse op een steekproef van zestig gemeentelijke plannen van aanpak voor de SPUK-gelden, beschrijven alle gemeenten een dergelijke lokale aanpak. Een concrete uitwerking in het gedifferentieerd aanbieden van interventies, bijvoorbeeld via een ketenaanpak, mist veelal. Gemeenten vinden aandacht voor gezondheidsachterstanden belangrijk, maar hebben vaak moeite die te vertalen in concreet beleid en acties. Waarschijnlijk is het nu ook nog te vroeg om grote stappen te verwachten in het terugdringen van gezondheidsachterstanden via bijvoorbeeld de ketenaanpakken. In veel gemeenten is pas recent begonnen met de ketenaanpakken en zijn net de afspraken voor samenwerking met zorgverzekeraars en andere gemeenten gemaakt. Wel zetten gemeenten eerder beleid voort, bijvoorbeeld voortkomend uit eerdere regelingen. De lokale variatie in planvorming en uitvoering is echter groot. Daarnaast zijn gezondheidsverschillen hardnekkig. De

ontwikkelingen in de afgelopen decennia voor leefstijl laten stabiele of groter wordende verschillen zien tussen opleidingsgroepen.

H4 Gezonde leefomgeving

Gezonde leefomgeving is bij uitstek een domeinoverstijgend onderwerp, waarvoor integraal werken tussen het fysieke en sociale domein noodzakelijk is. Gemeenten worstelen met het maken van de verbinding tussen deze domeinen. Integraal werken wordt belemmerd door het spreken van andere 'talen' in deze domeinen, en het hebben van andere belangen, prioriteiten en aandachtsgebieden. Daarnaast moet financiering voor een gezonde leefomgeving vaak vanuit verschillende budgetten van deze domeinen komen. Verder is er vaak onduidelijkheid over verantwoordelijkheden.

Uit gesprekken met gemeenteambtenaren en vertegenwoordigers van GGD'en tijdens GALA-bijeenkomsten komt naar voren dat er grote verschillen zijn tussen gemeenten in hoe en in welke mate ze aan een gezonde leefomgeving werken. Daarbij hebben grote gemeenten meer middelen en capaciteit om te werken aan een gezonde leefomgeving, terwijl kleinere gemeenten vaker werken vanuit urgentie.
Het gebruik van cijfers, het ontwikkelen van ondersteunende instrumenten, en het samen leren en uitwisselen van kennis, praktijkvoorbeelden en ervaringen, zoals nu bijvoorbeeld in het Programma Gezonde Leefomgeving wordt gedaan, is erop gericht om domeinoverstijgende samenwerking op gang te brengen.
Voor de monitoring van het Programma Gezonde Leefomgeving worden de komende tijd verdere inzichten opgehaald bij professionals die in de lokale en regionale praktijk werken aan de gezonde leefomgeving, ook in relatie tot gezondheidsthema's uit het GALA. De resultaten daarvan worden in volgende rapportages van de GALA-monitor opgenomen.

H5 Sociale basis

Gemeenten zetten vrijwel allemaal in op het versterken van de sociale basis, zo bleek uit de eerdere analyse van de SPUK-plannen. Onder sociale basis vallen bijvoorbeeld vrijwilligerswerk, mantelzorgondersteuning en de aanpak van eenzaamheid. Het onderwerp Eenzaamheid wordt in de SPUK-plannen vaak genoemd bij het versterken van de sociale basis. Het GALA beoogt dat gemeenten een sterke sociale basis faciliteren met het opstellen van een beleidsvisie en het uitvoeren van maatregelen. Bij het opstellen van de beleidsvisie Sociale basis kunnen gemeenten gebruikmaken van het gespreksmodel en de verandertheorie sociale basis. Uit de vragenlijst onder gemeenten blijkt dat bijna alle gemeenten een beleidsvisie Sociale basis hebben of bezig zijn met het opstellen daarvan. Slechts een klein deel van de gemeenten (4%) heeft (nog) geen plannen om een beleidsvisie Sociale basis op te stellen. Dit vanwege beperkte capaciteit of beschikbaarheid van personeel en/of andere prioriteiten.

H6 Gezonde leefstijl

Het GALA bouwt voort op doelen over leefstijl die opgesteld zijn in het Nationaal Preventie Akkoord (NPA). We presenteren cijfers over roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Een eerdere doorrekening van het RIVM laat zien dat de NPA-afspraken over het algemeen in

gunstige richting invloed hebben op de leefstijlkenmerken, maar dat de ambities van het NPA voor 2040 niet worden bereikt. Tegelijkertijd is er bij gemeenten veel inzet op het thema Leefstijl. Uit de steekproef van zestig gemeentelijke plannen bleek eerder al dat alle gemeenten het GALA-doel 'gezonde leefstijl' in hun SPUK-plannen benoemen. De inzet van gemeenten op gezonde leefstijl is ook zichtbaar bij de beoogde resultaten op het gebied van leefstijl vanuit het GALA. Veel gemeenten hebben de intentie om in te zetten op het voorkomen van middelengebruik onder jongeren. De uitvoering hiervan is echter in veel gemeenten nog niet begonnen. In hoeverre netwerksamenwerkingen voor de vroegsignalering van alcoholproblematiek worden opgezet, is nog onduidelijk. Door de afspraken uit het Sportakkoord II en de brede SPUK zetten vrijwel alle gemeenten zich in om sport en andere domeinen met elkaar te verbinden. Ook wordt via BRC-functionarissen ingezet op verschillende leeftijds- en doelgroepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status.

H7 Mentale gezondheid

Samen met onder andere gemeenten zet de Rijksoverheid zich sinds de zomer van 2022 in voor de aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'. De drie doelen van deze aanpak zijn ook onderdeel van het GALA. Volgens een eerdere rapportage zijn bijna alle voorgenomen activiteiten uit de aanpak in gang gezet. Het GALA beoogt verder dat alle gemeenten inzetten op het bevorderen van de mentale gezondheid en dit integreren in hun bredere aanpak voor gezondheid en preventie. Uit de eerdere analyse van de plannen van aanpak voor de SPUK-gelden blijkt dat alle zestig onderzochte gemeenten inzetten op het bevorderen van mentale gezondheid. Hierbij zoeken ze vaak de verbinding met andere thema's, zoals sport en bewegen en cultuur. Het GALA beoogt ook dat laagdrempelige ondersteuning voor inwoners beter vindbaar moet worden. Hoewel er in het hele land laagdrempelige steunpunten komen (is een IZA-afspraak), weten we niet of deze en andere vormen van ondersteuning beter vindbaar worden. Ook kunnen we nog niet zeggen in hoeverre de plannen en activiteiten bij inwoners merkbaar zijn.

H8 Vitaal ouder worden

Het GALA bouwt voort op afspraken over vitaal ouder worden, die in het WOZO-programma en de Nationale dementiestrategie zijn gemaakt. Het GALA beoogt bij te dragen aan vitaal ouder worden door het verminderen van kwetsbaarheid van ouderen, ondervoeding vroegtijdiger te signaleren, valrisico te signaleren en passend beweegaanbod te hebben. Preventieve ouderengezondheidszorg is een manier om bij te dragen aan het verminderen van kwetsbaarheid van ouderen. Dit kan onder andere worden uitgevoerd vanuit de Wet publieke gezondheid (Wpg). Artikel 5a van de Wpg blijkt echter maar beperkt effect te hebben op preventieve gezondheidszorg. Invulling en bekostiging van preventieve ouderengezondheidszorg verloopt voornamelijk via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de SPUK-gelden. Momenteel is er geen informatie beschikbaar over de mate waarin er vroegsignalering van ondervoeding plaatsvindt. Wel blijkt uit de uitvraag onder gemeenten dat iets meer dan een tiende van de gemeenten specifiek aandacht geeft aan ondervoeding. Daarbij blijkt

dat er nog weinig kennis is over hoe er meer aandacht gerealiseerd kan worden. Ook is er geen informatie beschikbaar over de mate waarin het beweegaanbod passend is voor ouderen.

H9 Ketenaanpak Kansrijke Start

Het actieprogramma Kansrijke Start is in 2018 gelanceerd. Daarmee is de beweging Kansrijke Start al een aantal jaren geleden in gang gezet en zijn de structuren op lokaal niveau steeds beter ingericht. In 2023 heeft 87 procent van de gemeenten een coalitie Kansrijke Start. Ook heeft meer dan de helft van de gemeenten een plan van aanpak Kansrijke Start gemaakt. In lokale coalities werken professionals uit het medisch en sociaal domein samen, zoals uit de geboortezorg, jeugdgezondheidszorg en gemeenten. Bijna drie kwart van de gemeenten heeft met deze samenwerkingspartners afspraken gemaakt over de aanpak rondom de eerste duizend dagen van kinderen op uitvoerings-, beleids- en bestuursniveau. Dit zijn afspraken over bijvoorbeeld de inzet van interventies, prenatale voorlichting of preconceptionele gezondheid. De samenwerking op regionaal niveau is nog in ontwikkeling. Wel werkt de meerderheid van gemeenten al op regionaal gebied samen aan Kansrijke Start, bijvoorbeeld met directe buurgemeenten of binnen de GGD-regio. Ook heeft de helft van de zorgverzekeraars samenwerkingsafspraken voor Kansrijke Start in de regio.

H10 Aanpak Kind naar Gezonder Gewicht

Sinds 2018 wordt de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht geïmplementeerd. Uit de vragenlijst onder gemeenten blijkt dat ongeveer de helft van de gemeenten hiermee bezig is. Gemeenten waarin nog niet gestart is, noemen als redenen vooral beperkte beschikbaarheid van personeel en capaciteit bij de gemeente en het ontbreken van afspraken met de zorgverzekeraar. Ook onzekerheid over structurele middelen speelt hierin een rol. De meeste gemeenten waarin gestart is met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht richten zich op kinderen met overgewicht of obesitas in de hele gemeente. Definitieve landelijke afspraken rondom de vergoedingen van de Gecombineerde Leefstijlinterventie voor kinderen en de centrale zorgverlener zijn van belang voor de voortgang van de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.

H11 Ketenaanpak GLI

Bijna twee derde van de gemeenten is gestart met de inbedding van de ketenaanpak GLI in het ondersteunende aanbod binnen een gemeente (onder andere sociaal domein). Hiervoor is netwerkvorming en samenwerking tussen medisch en sociaal domein nodig. In totaal heeft 70 procent van de gemeenten waarin gestart is met de inbedding een overzicht gemaakt van beweegmogelijkheden in de openbare ruimte en in de wijk (onder andere buurtsportcoaches, sportverenigingen, lokale sportaanbieders). In bijna twee derde van gemeenten is er een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijns professionals. Gemeenten waarin nog niet met de ketenaanpak GLI begonnen is, noemen het vaakst de beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij de gemeente als reden. Ongeveer een kwart van de gemeenten waarin gestart is heeft de samenwerkingsafspraken tussen

gemeente en zorgverzekeraars al uitgebreid met afspraken met GLI-aanbieders. De samenwerkingsafspraken gaan vooral over voldoende beschikbare middelen en de planning van activiteiten die nodig zijn om de ketenaanpak van de grond te krijgen. Van gemeenten waarin gestart is met de inbedding van de ketenaanpak GLI richt het overgrote deel zich op volwassenen met overgewicht of obesitas in de hele gemeente.

H12 Aanpak Sociaal verwijzen

In driekwart van de gemeenten is gestart met de inrichting van de aanpak Sociaal verwijzen, zo blijkt uit de vragenlijst onder gemeenten. Gemeenten waarin nog niet gestart is met deze aanpak, noemen hiervoor het vaakst als reden dat er geen samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar zijn. Gemeenten die samenwerkingsafspraken hebben met zorgverzekeraars geven aan dat deze afspraken veelal gaan over de hoogte van beschikbare middelen en wat elke partij daaraan bijdraagt. Zorgverzekeraars zijn van mening dat deze afspraken vaak gaan over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (coördinatie). De meerderheid van de gestarte gemeenten richt zich met de aanpak Sociaal verwijzen op de doelgroep van mensen met psychosociale klachten gemeente breed. Voor de invulling van deze aanpak biedt het merendeel van de gestarte gemeenten de erkende interventie Welzijn op Recept aan, soms in combinatie met een andere aanpak.

H13 Ketenaanpak Valpreventie

Sinds 2023 werken gemeenten, zorgverzekeraars en GGD'en aan het implementeren van de ketenaanpak Valpreventie. De beschikbaarheid van SPUK-gelden heeft een belangrijke bijdrage gehad in de uitrol van valpreventie in Nederland. Momenteel is er in 82 procent van de gemeenten gestart met het inrichten van de ketenaanpak Valpreventie. Als voornaamste reden voor het nog niet starten met de aanpak wordt genoemd dat er nog geen samenwerkingsafspraken zijn tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Ondanks dat er op de meeste plekken wordt gewerkt aan valpreventie, is de volledige ketenaanpak Valpreventie nog niet ingericht en uitgevoerd. In meer dan de helft van de gemeenten wordt onder 65-plussers een verhoogd valrisico opgespoord en worden er valpreventieve beweeginterventies aangeboden. Er is echter nog niet voldoende informatie bekend over het aantal ouderen waarbij een valrisico is opgespoord en het aantal ouderen dat heeft deelgenomen aan een interventie. De ketenaanpak Valpreventie wordt de komende jaren gemonitord in de monitor Valpreventie en zal ook beschreven worden in de GALA-monitor.

H14 Overkoepelend beeld inrichting ketenaanpakken

De inrichting van de ketenaanpakken loopt niet synchroon: het aantal gemeenten waarin is gestart, wisselt per ketenaanpak. Zo zijn Kansrijke Start en Valpreventie in meer dan 80 procent van de gemeenten gestart, terwijl dit voor Kind naar Gezonder Gewicht voor ongeveer 50 procent geldt. Ook binnen en tussen gemeenten verschilt de voortgang van de inrichting van de ketenaanpakken. Het aantal gemeenten waarin gestart is, stijgt wel voor alle ketenaanpakken in de afgelopen jaren. Tempoverschillen tussen ketenaanpakken hangen mogelijk samen met andere tijdspaden voorafgaand aan het GALA. Redenen om niet te

starten, komen deels overeen tussen de ketenaanpakken, zoals beperkte beschikbaarheid van personeel/capaciteit bij gemeenten en het ontbreken van samenwerkingsafspraken. Het merendeel van de gemeenten waarin gestart is met de ketenaanpakken werkt regionaal samen, voornamelijk met de IZA-regio. Wanneer nog niet gestart, wordt er weinig gebruikgemaakt van aanbod in buurgemeenten. Algemene knelpunten rond de inrichting van ketenaanpakken zijn onder andere het ontbreken van regionale randvoorwaarden en (te) kleine budgetten.

H15 Reflectie op de resultaten uit de eerste GALA-monitor

Het GALA is begin 2023 ondertekend en de gegevens voor deze rapportage zijn eind 2023 of in de eerste helft van 2024 verzameld. Dat betekent dat het GALA tijdens de metingen nog maar kort liep. Het was dan ook niet de verwachting dat er al grote opbrengsten te zien zouden zijn. Inspanningen vanuit het GALA zijn echter al wel zichtbaar. We zien dat het GALA:

- een impuls heeft gegeven aan domeinoverstijgend samenwerken en het invoeren of uitbreiden van de ketenaanpakken;
- de samenwerking rondom het vormgeven van preventie minder vrijblijvend heeft gemaakt, in het bijzonder tussen gemeente en zorgverzekeraar;
- het werken aan gezondheid meer urgent en vanzelfsprekend heeft gemaakt;
- focus heeft aangebracht om tot lokale en regionale plannen te komen.

Tegelijk komen zorgen en knelpunten naar voren. Ten eerste zijn er vooral bij gemeenten zorgen over de financiën. Die gaan over de tijdelijkheid van een gedeelte van de SPUK-gelden. Daarnaast missen gemeenten de ruimte om budget tussen de verschillende GALA-onderdelen te schuiven. Ten tweede is het de vraag of het GALA integraal werken voldoende stimuleert. De schotten in de financiën belemmeren integraal werken aan de verschillende gezondheidsthema's en daarmee de verbinding tussen de thema's. Maar in de SPUK-plannen wordt wel verbinding gelegd tussen thema's. Ten derde zijn er zorgen over de houdbaarheid van het sociaal domein. Door de implementatie van het GALA en IZA wordt een grote instroom van cliënten in het sociaal domein verwacht. Het sociaal domein kampt echter nu al met capaciteitstekorten en structureel te weinig financiering. Daarbovenop komen de aangekondigde bezuinigingen. Het GALA is deels juist gesloten om deze punten op te lossen. Het is van belang extra aandacht te hebben voor de ervaren zorgen en knelpunten.

Het RIVM blijft in opdracht van de ondertekende partijen de ontwikkelingen rondom het GALA de komende jaren volgen. De volgende publicatie van de GALA-monitor staat gepland in juni 2025.

1 Inleiding

1.1 Context

Op 3 februari 2023 is het Gezond Actief Leven Akkoord (GALA) ondertekend door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en GGD GHOR Nederland [1]. Het akkoord heeft als stip op de horizon een gezonde generatie in 2040: weerbare, gezonde mensen die opgroeien, leven, werken en wonen in een gezonde leefomgeving en waarin sprake is van een sterke sociale basis. Om tot deze gezonde generatie te komen, zijn voor zeven gezondheidsthema's doelen en beoogde resultaten opgesteld (zie Tekstbox 1.1).

Tekstbox 1.1 De zeven gezondheidsthema's van het GALA

A. Terugdringen gezondheidsachterstanden.
B. Een gezonde fysieke leefomgeving die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten.
C. Versterken van (de verbinding met) de sociale basis.
D. Een gezonde leefstijl.
E. Het versterken van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid.
F. Vitaal ouder worden.
G. Domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur, opgesplitst in:
   I. Bouwstenen regionale preventie-infrastructuur.
   II. Werkagenda Inrichting ketenaanpakken.

De genoemde partijen beogen met het GALA te bouwen aan een gezamenlijk fundament voor een gerichte lokale en regionale aanpak van preventie, gezondheid en de sociale basis. In het GALA komen bestaande en nieuwe programma's en interventies samen, met als doel om samenhang en een integrale aanpak te bevorderen. De overkoepelende doelen van het GALA zijn dan ook: meer domeinoverstijgende samenwerking op lokaal en regionaal niveau en meer integraal beleid. Deze doelen zijn in het GALA concreter gemaakt met de vijf ketenaanpakken[3]. Ze zijn benoemd als eerste stap richting het integraal werken over de domeinen heen. Deze ketenaanpakken raken ook sommige van de thema's uit het GALA. Met het GALA wordt ook een financiële impuls gegeven aan gemeenten om de doelen die in het akkoord gesteld zijn te kunnen behalen, onder meer door financiering via de nieuwe brede specifieke uitkering voor gemeenten (SPUK-gelden).

Monitoring is essentieel om te kunnen bepalen in hoeverre de afspraken in het GALA in de lokale en regionale praktijk worden nagekomen en of de gewenste beweging ontstaat richting domeinoverstijgende samenwerking en het voeren van integraal beleid. VWS heeft het RIVM

[3] Ketenaanpakken gericht op preventie en gezondheid bestaan uit meerdere onderdelen uit verschillende domeinen. In het GALA zijn de volgende ketenaanpakken opgenomen in de werkagenda: Kansrijke Start, Aanpak kinderen met overgewicht en obesitas (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal verwijzen (Welzijn op Recept), Valpreventie.

daarom, namens de ondertekende partijen, gevraagd een GALA-monitor in te richten en uit te voeren. Hiertoe heeft het RIVM eerst een advies uitgebracht [2] en daarna de huidige monitor opgezet.

1.2 Doel van de monitor

De GALA-monitor geeft inzicht in de stand van zaken en ontwikkelingen rondom de doelen uit het GALA. Dit is onderverdeeld in de volgende twee onderdelen:

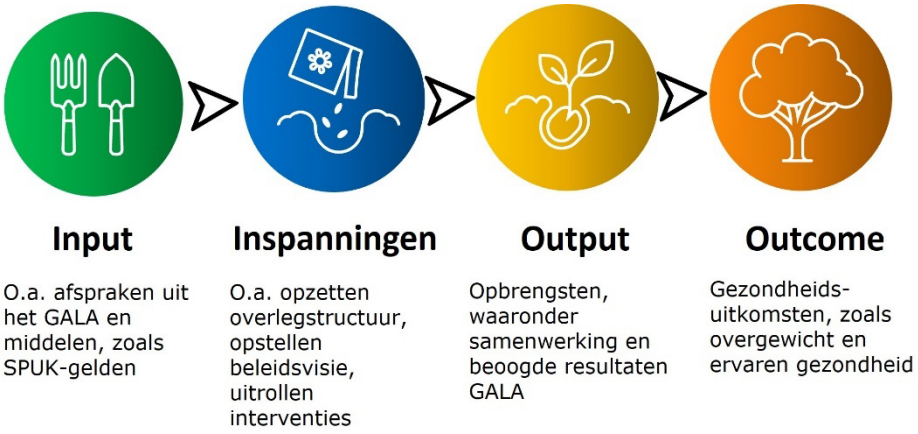
1) *Het geven van voortgangsinformatie over de thema's en beoogde resultaten van het GALA.*
   De GALA-monitor biedt voortgangsinformatie op de zeven thema's uit het GALA (zie Tekstbox 1.1). Uitgangspunt hierbij vormen de beoogde resultaten die per thema zijn geformuleerd.
2) *Het geven van inzicht in de beweging naar (meer) integraal beleid en domeinoverstijgende samenwerking.*
   Om de doelen in het GALA te halen, is een beweging nodig waarbij domeinoverstijgend wordt samengewerkt en beleid integraal wordt vormgegeven, zoals bij de ketenaanpakken. De GALA-monitor maakt inzichtelijk of deze beweging op gang komt, zowel op lokaal als regionaal niveau. Ook probeert de GALA-monitor de bijdrage van het GALA aan deze beweging in beeld te brengen.

Uitgangspunt voor de GALA-monitor is dat deze is opgezet om van te leren, zowel op lokaal, regionaal als landelijk niveau. De monitor geeft informatie om op voort te bouwen en eventueel bij te sturen en is niet bedoeld om partijen af te rekenen. De informatie in dit rapport geeft vooral een beeld op landelijk niveau. Regionale en lokale cijfers worden gepresenteerd op de website van Regiobeeld.nl. Ook deelt de GALA-monitor leerervaringen. Hiervoor wordt een GALA-leernetwerk opgericht voor gemeenten.

Een ander uitgangspunt voor deze eerste rapportage is dat zoveel mogelijk wordt uitgegaan van beschikbare gegevens. Dit kan betekenen dat bepaalde thema's of onderdelen van de bredere GALA-beweging waarvoor nog relatief weinig onderzoek of dataverzameling plaatsvindt, voorlopig onderbelicht blijven.

1.3 Opzet van de GALA-monitor

In Figuur 1.1 staat een logisch model dat beschrijft hoe een akkoord als het GALA via verschillende stappen uiteindelijk tot gezondheidseffecten kan leiden. Het doorlopen van deze stappen kost tijd. Na gedane inspanningen zie je eerst effect op bijvoorbeeld de samenwerking tussen partijen of het aantal deelnemers aan een ketenaanpak of andere interventie (output). Het effect op gezondheid zelf, bijvoorbeeld overgewicht, duurt langer (outcome). Tijdens deze eerste meting, 1 tot 1,5 jaar na het sluiten van het akkoord, is het nog onwaarschijnlijk dat er effecten op gezondheidsuitkomsten (outcome) te zien zijn. Dat geldt in mindere mate voor de output. De focus in deze rapportage ligt daarom op de inspanningen (plannen en activiteiten) die worden gedaan en wat de output hiervan is (zoals samenwerking en een aantal eerste resultaten). In latere rapportages zal de focus steeds verder opschuiven naar output en outcome.



Figuur 1.1 Logisch model dat de stappen beschrijft van het sluiten van het GALA tot de uitkomsten, via geleverde inspanningen en eerste opbrengsten.

De huidige rapportage blijft zo dicht mogelijk bij de tekst van het GALA. Belangrijke inspanningen liggen op het vlak van het opzetten van een regionale preventie-infrastructuur en het samenwerken over de domeinen heen. Voor de gezondheidsthema's (A t/m F) ligt de focus in het rapport vooral op de beoogde resultaten, zoals deze bij de thema's zijn geformuleerd. Die vallen met name onder 'output'.

Voor deze gezondheidsthema's (A t/m F) worden ook uitkomstmaten gepresenteerd, zoals het percentage mensen met overgewicht (thema Gezonde leefstijl) of ervaren eenzaamheid (thema Sociale basis). Hoewel daarop op dit moment en in de komende jaren nog geen of weinig verandering verwacht wordt, zijn dit uitkomstmaten waarop het GALA uiteindelijk invloed wil hebben. In bijlage 1 staat een overzicht met de 36 uitkomstmaten. In dit rapport dienen de cijfers uit het meest recente meetjaar als nulmeting voor het GALA. Waar beschikbaar worden ook cijfers gepresenteerd over jaren vóór het GALA, zodat inzichtelijk wordt hoe de ontwikkeling voor de start van het GALA was.

Voor de ketenaanpakken laat deze monitor zien hoever gemeenten zijn met de invoering of inbedding daarvan (thema G-II).

Het huidige rapport is een eerste meting van de GALA-monitor. Zoals hierboven geschetst, wordt voor sommige onderdelen een stand van zaken gegeven als start van het GALA. Voor andere onderdelen worden de eerste ontwikkelingen die het GALA heeft geïnitieerd beschreven. Vanaf 2025 wordt er jaarlijks een rapportage in de zomer uitgebracht. De monitoring loopt tot en met 2026, met een laatste rapportage in 2027.

1.4 Methode

De beschrijving van de thema's en de onderliggende beoogde resultaten verschilt sterk tussen de hoofdstukken uit het GALA. Voor sommige thema's is meer informatie uit ander onderzoek beschikbaar dan voor andere thema's. In de beschrijving van de resultaten is dat terug te zien. Voor een aantal thema's zijn specifieke resultaten beschreven, andere thema's zijn meer op hoofdlijnen beschreven. De toegepaste

methoden verschillen daarom per hoofdstuk, afhankelijk van de beschrijving in het GALA en de beschikbaarheid van bestaande data.

Over het algemeen is geprobeerd zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande informatie en dataverzamelingen. Voor alle thema's is nagegaan of er uitkomstmaten zijn die al worden gemeten in bestaande monitors. Een voorbeeld van een dergelijk onderzoek is de monitor Mentale gezondheid en de leefstijlmonitor. Een selectie uit deze uitkomstmaten is als kerncijfer opgenomen in de GALA-monitor. De methode om tot die selectie te komen en een lijst van de geselecteerde kerncijfers staat in bijlage 1 van dit rapport.

Naast het gebruik van bestaande databronnen, is voor deze rapportage aanvullend onderzoek gedaan om meer zicht te krijgen op de eerste stappen van het logisch model. Welke inspanningen zijn er geweest en in hoeverre zijn er al eerste resultaten te zien (output)? Ten eerste is er een vragenlijst uitgezet onder alle Nederlandse gemeenten (april 2023) en zorgverzekeraars (juni 2023). Ten tweede zijn 33 interviews (april – juli 2023) gehouden met in totaal 42 respondenten met experts en vertegenwoordigers uit zes regio's van gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en andere partijen in de regio. Beide methoden hadden tot doel om inzicht te krijgen in hoeverre de gewenste beweging op gang is gekomen richting meer domeinoverstijgende samenwerking, alsook om een beeld te geven van de invoering van de ketenaanpakken. Voor zowel de vragenlijst als de interviews zijn keuzes gemaakt om ze behapbaar te houden. De thema's Gezonde Leefomgeving, Leefstijl en Mentale gezondheid komen bijvoorbeeld in deze versie van de vragenlijst niet aan bod, omdat daarvoor een aparte monitor is of omdat ervan uit is gegaan dat daarvoor aparte monitors zouden zijn [2].[4] Voor de plannen van aanpak die gemeenten in het kader van de aanvraag van de SPUK-gelden hebben gemaakt, wordt gebruikgemaakt van de analyse die eerder gedaan is op deze plannen [3].

Per hoofdstuk is aangegeven welke methoden zijn gebruikt. Een uitgebreidere beschrijving van de methoden staat in bijlage 1.

1.5 Leeswijzer

Het rapport begint in hoofdstuk 2 met de domeinoverstijgende samenwerking vanuit een regionale preventie-infrastructuur. Deze gaat in op het thema G-I (zie tekstbox 1.1). Daarna volgen de hoofdstukken 3 t/m 8 over de thema's A tot en met F uit het GALA. De verschillende ketenaanpakken komen aan bod in hoofdstuk 9 t/m 13. In hoofdstuk 14 worden de ketenaanpakken in samenhang beschreven en beschouwd om antwoord te geven op de voortgang van de domeinoverstijgende inzet vanuit de preventie-infrastructuur, specifiek voor de werkagenda Inrichting ketenaanpakken. Elk hoofdstuk over de thema's A tot en met G-I eindigt met een korte reflectie en een blik op het vervolg. Voor de hoofdstukken over de ketenaanpakken is dit opgenomen in het hoofdstuk waarin de ketenaanpakken in samenhang worden beschreven (hoofdstuk 14). Het rapport sluit af in hoofdstuk 15 met een algemene beschouwing.

[4] Voor het Nationaal Preventie Akkoord (leefstijl) bestond een aparte monitor die is stopgezet. Voor de Landelijke aanpak Mentale gezondheid was een aparte monitor beoogd die niet is gestart. Voor Gezonde Leefomgeving is de monitor in ontwikkeling.

2 Bouwstenen regionale preventie-infrastructuur

2.1 Achtergrond

Het GALA beschrijft een domeinoverstijgende samenwerking vanuit een regionale preventie-infrastructuur [1, pagina 28]. Dit overkoepelende doel van het GALA is nodig om de andere doelen te bereiken en is een belangrijke indicatie of de stap van inspanningen leidt tot de gewenste output zoals beschreven staat in het logisch model in hoofdstuk 1. Het GALA beschrijft bij dit doel dat hiervoor een samenwerking tussen het medisch en sociaal domein nodig is, zowel op lokaal als regionaal niveau. De afspraken over de uitwerking hiervan staan naast het GALA ook in het Integraal Zorgakkoord (IZA) [4] beschreven.

Dit hoofdstuk beoogt een eerste antwoord te geven op de volgende vragen:

1. Wat is de voortgang op het bouwen aan een preventie-infrastructuur?
2. Wat zijn de ervaringen met de domeinoverstijgende samenwerking en de rol van het GALA hierbij?

Bouwstenen preventie-infrastructuur in het GALA
Het beoogde resultaat volgens het GALA is dat per 1 januari 2025 in elke regio de preventie-infrastructuur tot stand gekomen moet zijn. Er is in de literatuur nog geen eenduidige definitie van wat een preventie-infrastructuur is. De term wordt tot dusver met name gebruikt in voorbeelden van hoe regionale en lokale samenwerkingsverbanden rondom preventie worden vormgegeven, voornamelijk in de context van ketenaanpakken [5-8].

Ook het GALA geeft geen exacte definitie van een regionale preventie-infrastructuur. Er zijn wel enkele randvoorwaarden en onderdelen beschreven, dit zijn de ‘bouwstenen’. De preventie-infrastructuur in het GALA is specifiek toegespitst op de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar. Deze samenwerking is essentieel voor de vormgeving van preventie voor risicogroepen, gezien de wettelijke verantwoordelijkheden die deze partijen hierbij hebben [9-11]. De onderdelen waarover minimaal afspraken moeten worden gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar staan in Tekstbox 2.1. Aanvullend op deze onderdelen benoemt het GALA dat de GGD betrokken is bij de totstandkoming van de regionale afspraken.

Tekstbox 2.1 Onderdelen waarover regionale afspraken moeten worden gemaakt binnen de preventie-infrastructuur volgens het GALA [1].

- Het vaststellen van gezondheidsdoelen.
- De selectie van risicogroepen en patiënten.
- Het organiseren van activiteiten voor de gehele populatie en voor risicogroepen (ten minste de ketenaanpakken).
- Het maken van afspraken over wat regionaal en lokaal wordt opgepakt.
- Het maken van afspraken over verantwoordelijkheidsverdeling tussen gemeente en zorgverzekeraar.
- Het maken van concrete uitvoeringsafspraken met hulp- en zorgverleners.
- Het maken van afspraken over de coördinatie.
- Het maken van afspraken over evaluatie en rapportage.
- Het maken van financiële afspraken.

Een belangrijke randvoorwaarde voor de preventie-infrastructuur is dat gemeenten zich organiseren in een mandaatstructuur. Dit houdt in dat op regionaal niveau (IZA-regio) afspraken worden gemaakt tussen de preferente zorgverzekeraar en een gemandateerde gemeente (de 'mandaatgemeente'). Deze gemeente doet dit namens de gemeenten uit de betreffende regio. Deze mandaatstructuur bouwt verder op de eerdere werkstructuur die is afgesproken tussen zorgverzekeraars en gemeenten [12]. De mandaatstructuur is nader beschreven in het IZA [4, pagina 45] en het GALA.

Domeinoverstijgende samenwerking als onderliggende bouwsteen
Bij de preventie-infrastructuur uit het GALA is het noodzakelijk dat verschillende domeinen met elkaar samenwerken. Het GALA geeft zelf geen exacte definitie van domeinoverstijgende samenwerking in relatie tot de regionale preventie-infrastructuur, maar de focus ligt op de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar rondom preventie en gezondheidsbevordering. Uit een eerdere analyse van de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden bleek dat ambities, doelen en activiteiten rondom domeinoverstijgende samenwerking verschillen tussen gemeenten [3]. Zowel samenwerkingen binnen als buiten de gemeente worden beschreven en de genoemde samenwerkingspartners variëren. Deze betreffen verschillende domeinen, zoals het sociaal domein, medisch domein en fysieke domein.

In het kader van het IZA wordt veel gesproken over domeinoverstijgende samenwerkingsverbanden (DSV's) [13]. Deze DSV's zijn meer georiënteerd op het organiseren van passende zorg en ondersteuning, waarbij waar relevant ook de langdurige zorg, ondersteuning, inzet op publieke gezondheid en het bredere sociaal domein wordt betrokken. In het GALA ligt de nadruk op het vormgeven van preventie. In de IZA-deelmonitor naar regionale samenwerking wordt een DSV gedefinieerd als 'een verbintenis tussen drie of meer organisaties met een gedeelde ambitie om zorg en welzijn lokaal of regionaal te verbeteren. De deelnemende organisaties voeren activiteiten uit binnen minstens twee van de drie volgende domeinen, of (combinaties van) stelselwetten: het sociaal domein (volgens de

stelselwetten Wmo, Jeugdwet, of Wpg), de langdurige zorg (Wlz) en wettelijk basisverzekerde zorg (Zvw).

In de huidige literatuur wordt domeinoverstijgend samenwerken rondom preventie en gezondheidsbevordering vaak gerelateerd aan de verbinding tussen het sociaal en medisch domein [14-17]. Een verkenning van Sociaal Werk Nederland naar de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein benoemt dat er veel verschillende partners en een grote variatie aan professionals vanuit beide domeinen betrokken kunnen zijn bij deze samenwerkingsverbanden, waaronder huisartsen, gezondheidscentra, POH's, wijkverpleging, sociaal werkers/welzijnsorganisaties, gemeenten, zorgverzekeraars, ouderenorganisaties, vrijwilligersorganisaties en buurt-/bewonersinitiatieven [18]. Ook wordt aangegeven dat de samenwerking tussen het sociaal en medisch domein op diverse manieren wordt ingevuld, bijvoorbeeld met valpreventieprogramma's, inlooppunten, maar ook door functies als POH en sociaal makelaars [18].

Domeinoverstijgend samenwerken brengt ook uitdagingen met zich mee. Uit de literatuur komen verschillende knelpunten naar voren. Deze staan genoemd in Tekstbox 2.2. Het GALA beoogt een aantal van deze knelpunten weg te nemen en te komen tot duidelijke afspraken over de verantwoordelijkheid, minder schotten tussen domeinen en in regelgeving en een heldere financiering. Het zal moeten blijken of deze knelpunten daadwerkelijk worden opgelost.

Tekstbox 2.2 Knelpunten voor domeinoverstijgende samenwerking uit verschillende rapporten [16, 18-23]:

- Gebrekkige gegevensuitwisseling, onder andere door huidige privacywetgeving.
- Tegengestelde belangen en doelstellingen in wet- en regelgeving.
- Onduidelijkheid rondom verantwoordelijkheden.
- Gebrek aan gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Gefragmenteerde financiering, geen passende financiering.
- Gebrek aan structurele financiering.
- Onvoldoende middelen, specifiek voor sociaal domein.
- Verschillen in taal, werkwijze, benadering tussen sociaal en medisch domein.
- Schotten tussen domeinen, versnippering (wetten, indicatiestelling, financiering, verantwoordingssystematiek).
- Niet alle partijen worden betrokken (kleinere partijen, private partijen, sommige gemeentelijke sectoren minder betrokken).
- Moeizame interne domeinoverstijgende samenwerking tussen beleidsambtenaren binnen gemeenten.

Om de onderzoeksvragen over de preventie-infrastructuur en de domeinoverstijgende samenwerking te kunnen beantwoorden, wordt gebruikgemaakt van de databronnen in Tekstbox 2.3. De verschillende databronnen worden gecombineerd ingezet om een bevinding te onderbouwen.

Tekstbox 2.3 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten.
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.
- Interviews over regionale en lokale samenwerking, afgenomen in mei tot en met augustus 2024 bij 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders zorg en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en experts vanuit koepelorganisaties).

Leeswijzer
Dit hoofdstuk bespreekt de bevindingen rondom de bouwstenen voor de preventie-infrastructuur. Paragraaf 2.2 beschrijft in hoeverre de bouwstenen van de preventie-infrastructuur zoals beschreven in het GALA in de praktijk worden toegepast. In paragraaf 2.3 volgen de ervaringen met domeinoverstijgend samenwerken tussen de verschillende betrokken partijen met een focus op de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar. Ook wordt de rol van het GALA bij domeinoverstijgende samenwerking besproken. Paragraaf 2.4 sluit af met een beschouwing en een vooruitblik.

2.2 Bouwen aan een regionale preventie-infrastructuur

Deze paragraaf beschrijft de voortgang op het bouwen aan een preventie-infrastructuur. Eerst komt het inrichten van de mandaatstructuur aan bod, als randvoorwaarde voor de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraar en de preventie-infrastructuur. Daarna wordt beschreven in hoeverre de regionale afspraken over preventie en gezondheidsbevordering op verschillende onderdelen en met verschillende partijen zijn gemaakt, gevolgd door de betrokkenheid van andere partijen bij deze afspraken. Tot slot wordt ingegaan op wat op welk niveau (lokaal of regionaal) wordt afgesproken en de verbinding tussen GALA en IZA.

2.2.1 Mandaatstructuur gemeente

Deze paragraaf beschrijft de resultaten vanuit de vragenlijsten onder zorgverzekeraars en gemeenten, aangevuld met verdiepende inzichten uit de interviews.

Meerderheid tevreden over vertegenwoordiging door mandaatgemeente
In de vragenlijst is aan de gemandateerde gemeenten, de niet-gemandateerde gemeenten en aan vertegenwoordigers van (preferente) zorgverzekeraars in IZA-regio's de stelling voorgelegd of de gemandateerde gemeente voldoende in staat is om gemeenten uit de IZA-regio te vertegenwoordigen. Van de gemandateerde gemeenten (n=42) is 74 procent het daarmee (helemaal) eens. Bij de niet gemandateerde gemeenten (n=293) is dit 67 procent en bij zorgverzekeraars (n=39) 72 procent. De toelichting die het vaakst wordt gegeven op het (helemaal) eens zijn is dat gemeenten periodiek overleg hebben met de gemandateerde gemeenten en/of dat zij voldoende afstemming ervaren en zich goed betrokken voelen bij het proces. Een aantal gemeenten geeft in de toelichting aan dat in hun regio een

andersoortige mandaatstructuur bestaat, waarbij meerdere of alle gemeenten aan de regionale overlegtafel zitten.

Werken met een mandaatstructuur wordt als complex ervaren
De ervaringen met het werken met de mandaatstructuur zijn uitgevraagd in de interviews. Het is volgens geïnterviewden complex dat gemeenten aan de ene kant los van elkaar georganiseerd zijn, terwijl je elkaar ook nodig hebt om bepaalde gelden aan te vragen of samen te werken met de zorgverzekeraar. Zeker als er met veel gemeenten moet worden afgestemd. In een aantal grotere regio's kiezen ze daarom ervoor om in subregio's te werken. Vertegenwoordigers van de subregio's (bijvoorbeeld een wethouder, subregio-coördinator of ambtenaar) stemmen af met de mandaatgemeente. Het werken met deze onderverdeling in subregio's wordt als positief ervaren, omdat er met minder gemeenten moet worden afgestemd en hierdoor ook belangen van kleinere gemeenten beter kunnen worden meegenomen.

Hoewel regio's vaak al bestaande overlegstructuren hadden, zoals een overlegstructuur tussen wethouders van het sociaal domein, kost het volgens geïnterviewden tijd om iedereen mee te nemen. Daarbij is het door tijdsdruk vanwege deadlines ook niet altijd mogelijk om elke gemeente tijdig aangehaakt te krijgen. Daarnaast is het lastig als wethouders van verschillende gemeenten verschillende visies blijken te hebben op bijvoorbeeld de urgentie van het GALA. Gemeenten binnen een regio kunnen bovendien een verschillende bevolkingsopbouw, mate van stedelijkheid of politieke kleur hebben. Het maken van keuzes is hierdoor ingewikkeld, omdat gemeenten deze keuzes ook willen afstemmen op eigen beleid en budgetten. Dit vertraagt het werken in een mandaatstructuur en het is soms zelfs de vraag of er echt sprake is van een mandaatstructuur.

"Ik heb ook wel het idee dat die mandaatstructuur soms ook voor het grootste gedeelte wel bestaat op papier, maar dat het in de praktijk toch nog echt wel lastig is. Dat je toch wel ziet dat gemeenten kijken van, nou ja goed. Ook weer gericht op hun eigen gemeente: hoe zit dat eigenlijk bij ons, ook qua financiële middelen? En daar dan toch hun keuzes en beleid op af willen stemmen." (Zorgverzekeraar, regio 6)

2.2.2 *Regionale afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar*

Afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar komen van de grond
Het GALA schrijft over de preventie-infrastructuur dat gemeenten en zorgverzekeraars regionale afspraken moeten maken over preventie en gezondheidsbevordering [1]. Zowel gemeenten als zorgverzekeraars beantwoordden een aantal stellingen hierover in de vragenlijst. Deze zijn deels gebaseerd op de in Tekstbox 2.1 genoemde onderdelen van een preventie-infrastructuur. De stellingen zijn gescoord op een schaal van 1 (helemaal niet van toepassing) tot en met 5 (helemaal wel van toepassing). In Tabel 2.1 is aangegeven in hoeverre de stellingen van toepassing zijn volgens zowel responderende gemandateerde als niet-gemandateerde gemeenten als de zorgverzekeraars. Hierbij is het percentage '(helemaal) wel van toepassing' vermeld (score 4 en 5 tezamen). Over het algemeen rapporteren de zorgverzekeraars vaker dat er regionale afspraken zijn rondom preventie en gezondheidsbevordering dan de (gemandateerde) gemeenten. De

gemandateerde gemeenten rapporteren op hun beurt vaker dat er afspraken zijn dan de niet-gemandateerde gemeenten. Dit is mogelijk te verklaren door de mandaatstructuur waarmee wordt gewerkt. Het is in principe de gemandateerde gemeente die namens de andere gemeenten in de regio de afspraken met de zorgverzekeraar maakt.

Tabel 2.1 Stellingen over regionale afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars rondom preventie en gezondheidsbevordering.

Stellingen	**Niet-gemanda-teerde gemeenten (n=293)**	**Gemanda-teerde gemeenten (n=42)**	**Zorg-verzekeraars (n=39)**
	% (helemaal) wel van toepassing	**% (helemaal) wel van toepassing**	**% (helemaal) wel van toepassing**
Er is periodiek gestructureerd overleg* tussen de gemeente en (de preferente) zorgverzekeraar.	46	67	87
Er wordt een gedeelde urgentie gevoeld ten aanzien van het naleven van de afspraken.	55	64	95
De besluitvorming over de inrichting en uitvoering van de afspraken worden gezamenlijk gedaan.	49	67	77
Er zijn afspraken gemaakt over het verdelen van de verantwoordelijkheden.	42	55	74
Er zijn afspraken gemaakt over wat gezamenlijk met alle gemeenten (regionaal) wordt opgepakt en wat gemeenten voor zichzelf (lokaal) doen.	53	57	-
Er zijn afspraken over hoe en door wie de uitvoering gecoördineerd wordt.	54	60	82
Er zijn financiële afspraken gemaakt.	39	52	44

* Er is sprake van een gestructureerd overleg wanneer er minimaal een vooraf vastgestelde agenda is en een besluitenlijst.
Bron: vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024.

Preventie-infrastructuur wordt op verschillende manieren ingevuld
Hoewel in het GALA een aantal randvoorwaarden en criteria voor een preventie-infrastructuur staat genoemd, is er verder geen blauwdruk voor deze preventie-infrastructuur. Uit de interviews met verschillende betrokken partijen in de regio's blijkt dat een preventie-infrastructuur in de praktijk op verschillende manieren wordt ingericht. De preventie-infrastructuur kan bijvoorbeeld in eerste instantie de coördinatie en implementatie van de vijf ketenaanpakken zijn van waaruit later verder gebouwd kan worden door andere thema's toe te voegen. De preventie-infrastructuur kan ook worden ingestoken vanuit de gedachte dat inwoners sneller op de juiste plek voor zorg en ondersteuning terecht moeten komen. En dat daarom dicht bij de inwoner, dus op wijkniveau, de samenwerking tussen professionals moet worden georganiseerd. Op welke niveaus en hoe breed de preventie-infrastructuur moet worden ingericht, is volgens de geïnterviewden sowieso nog een zoektocht.

"En de discussie is met name: in ons regioplan staat dat die regionale preventie-infrastructuur zowel regionaal, gemeentelijk, als wijk/buurtniveau moet, maar ik zou die [...] alleen regionaal willen doen. Maar dat zijn keuzes. Dus dat is één van de keuzes die voor ligt. Een andere keuze is: hoe breed moet die [preventie-infrastructuur] worden? Moet die alleen gaan over de vijf ketenaanpakken, of horen […] de andere thema's daar ook in?" (Gemeente 2, regio 1)

Maatwerk is nodig voor de implementatie van preventie-infrastructuur
Uit de interviews blijkt dat er geen '*one-size-fits-all'*-oplossing is om het GALA verder te brengen. Of het nu gaat om het inrichten van de regionale preventie-infrastructuur, het implementeren van de ketenaanpakken of het betrekken van stakeholders: maatwerk is en blijft nodig. Elke gemeente is anders. Zo loopt een kleinere gemeente tegen andere problematiek aan dan een grote gemeente. Om toch met elkaar een preventie-infrastructuur vorm te geven, is het belangrijk om elkaars taal te leren spreken en binnen regionale kaders speelruimte te behouden voor een verschillende lokale invulling, van bijvoorbeeld de ketenaanpakken. Naast verschillen tussen gemeenten ervaren vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en GGD'en ook verschillen tussen (sub)regio's waardoor ook per (sub)regio maatwerk nodig is.

2.2.3 Samenwerking met andere partijen

GGD ook betrokken bij regionale afspraken
In de vragenlijst is gevraagd in welke mate de GGD betrokken was bij de totstandkoming, uitvoering en coördinatie van de regionale afspraken rondom preventie en gezondheidsbevordering. Deze vraag kon beantwoord worden met een 5-puntschaal van 'helemaal niet betrokken' tot 'volledig betrokken'. Hieruit blijkt dat volgens 86 procent van de responderende gemeenten (n=335) de GGD (volledig) betrokken is geweest bij de totstandkoming van regionale afspraken. Voor de uitvoering van regionale afspraken was dit 76 procent (volledig) en voor de coördinatie van regionale afspraken was dit 75 procent.

Ook de geïnterviewde GGD'en zelf gaven voorbeelden waarbij zij een adviesrol en/of een uitvoerende rol oppakken in de regio's. Enkele GGD'en benadrukten dat het verdere initiatief voor welke hulpvraag bij de GGD wordt neergelegd wel bij de gemeenten moet liggen voor

draagvlak. Bovendien gaven GGD’en aan dat het complex kan zijn om op regionaal niveau thema's te formuleren, omdat de gemeenten binnen een regio onderling veel kunnen verschillen.

Rol GGD ook afhankelijk van eerdere rol in regio
De kennis- en adviesfunctie van de GGD die in het GALA beschreven staat, heeft er volgens geïnterviewden voor gezorgd dat GGD’en betrokken zijn geweest bij het opstellen van regiobeelden en regioplannen voor het IZA. Daarnaast geven ze advies over monitoring, delen ze beschikbare data vanuit eigen monitors, koppelen ze tussenresultaten terug en hebben ze in een aantal van de geïnterviewde regio’s ook een opdracht in de coördinatie en uitvoering van de ketenaanpakken. In regio’s waar de GGD vóór het GALA en IZA al een coördinerende en uitvoerende rol had, is de GGD volgens geïnterviewden nu ook vaker trekker van een ketenaanpak. De GGD wordt daarnaast in sommige regio’s ingeschakeld bij het inrichten van de preventie-infrastructuur.

Er zijn nog beperkt afspraken over uitvoering gemaakt met hulp- en zorgverleners
Gemeenten en zorgverzekeraars zijn volgens het GALA beiden ook verantwoordelijk voor het maken van concrete uitvoeringsafspraken met hulp- en zorgverleners over verantwoordelijkheden en taken, waaronder doorverwijzing en coördinatiefuncties van professionals over de domeinen heen (netwerkstructuur professionals). Deze ‘netwerkstructuur professionals’ staat beschreven in het IZA [4, pagina 81] en hierover zijn twee stellingen voorgelegd met de vraag in hoeverre deze van toepassing waren (1=helemaal niet en 5=helemaal wel). In 123 van de 335 responderende gemeenten (37%) zijn er ‘(helemaal) wel’ afspraken met uitvoerende partijen over verantwoordelijkheden en taken gemaakt. Bij zorgverzekeraars was dit meer dan een derde (n=15). Als het gaat om doorverwijzingen en coördinatiefuncties van professionals over de domeinen heen, geeft 27 procent (n=89) van de gemeenten aan dat afspraken hierover ‘(helemaal) wel’ gemaakt zijn met hulp- en zorgverleners. Bij zorgverzekeraars is dit een derde (n=12).

Welzijnspartijen zitten nog te weinig aan tafel
Zorg- en welzijnsorganisaties worden volgens geïnterviewden betrokken bij thematafels rondom het GALA en IZA, zowel voor de inrichting en uitvoering van ketenaanpakken als voor de gezondheidsthema’s. Geïnterviewden ervaren echter ook dat welzijnspartijen in meerdere regio's nog niet voldoende aan de regionale tafel zitten. Vertegenwoordiging van het 'sociaal domein’ door slechts enkele gemeenten in een regio doet geen recht aan de diversiteit van deze sector. Tegelijkertijd maakt het diverse palet aan hulpvragen waarop het sociaal domein zich richt het ook lastig om één aanspreekpunt vanuit welzijnsorganisaties aan tafel te hebben. Daarnaast licht één geïnterviewde toe dat de welzijnspartijen niet aan de bestuurlijke tafel zitten, omdat ze geen mandaat hebben voor financiële besluitvorming. Er is wel bij alle partijen een duidelijke behoefte aan het beter betrekken van welzijnspartijen bij regionale thematafels, zeker omdat zij naast gemeenten een grote rol hebben in het sociaal domein, maar de vraag is op welke manier.

"Het is natuurlijk handig dat er al een hele samenwerking […]. En het is ook waar dat het sociaal domein daar uitsluitend vertegenwoordigd was door gemeente [X] en gemeente [Y]. Dus daar zitten geen sociaal domeinpartners aan tafel. Terwijl er wel natuurlijk hoge verwachtingen zijn ten aanzien van het sociaal domein, dus je kan je afvragen: is het voldoende dat [gemeente X] dat vertegenwoordigt samen met [gemeente Y]. Het idee is nu dat dat voor het bestuurlijk netwerk voldoende is, maar dat je natuurlijk in de themagroepen juist wel het sociaal domein nodig hebt. Dus die splitsing komt er." (Gemeente 2, regio 1)

2.2.4 *Lokaal versus regionaal niveau en verbinding GALA en IZA*

In de interviews is gevraagd wat lokaal en wat regionaal voor het GALA wordt opgepakt. In dit kader is ook gevraagd hoe de plannen en uitvoering van het GALA en IZA zich tot elkaar verhouden in de praktijk. Hierover is een vraag gesteld in de interviews en is een stelling voorgelegd in de vragenlijst.

GALA biedt kansen voor doorontwikkeling van bestaand beleid gemeenten

Uit de interviews blijkt dat het GALA op hoofdlijnen goed aansluit op het bestaande gemeentelijk beleid over gezondheidsbevordering en preventie, zoals het Preventieakkoord, sociale- of gezondheidsnota's, coalitieakkoorden of het Sportakkoord. Het samenvoegen van deze beleidsakkoorden en daarmee ook de financiële regelingen tot één GALA en SPUK-regeling werd als positief ervaren en door een geïnterviewde als een *"bureaucratische efficiëntieslag"* (gemeente 1, regio 3) omschreven. Verder maakte de SPUK-regeling het mogelijk voor gemeenten om bestaand beleid voort te zetten en op een aantal thema's een versnelde doorontwikkeling of een intensivering van activiteiten en interventies in gang te zetten.

Verbinding GALA- en IZA-plannen wordt verschillend ervaren

Gemeenten kregen de stelling "Er is sprake van volledige afstemming tussen het plan van aanpak dat is ingediend voor de SPUK en het IZA-regioplan; dat wil zeggen dat er geen tegenstrijdigheden zijn" in de vragenlijst voorgelegd met de vraag in hoeverre deze van toepassing is. Volgens 74 procent van de gemandateerde gemeenten (n=42) is deze stelling (helemaal) wel van toepassing. Voor de niet-gemandateerde gemeenten (n=293) was dit 58 procent. Tegelijkertijd blijkt uit de reacties in de interviews en op de vragenlijst dat de mate van verbinding tussen het GALA en IZA verschillend ervaren wordt. Zo is het voor sommige gemeenten onduidelijk hoe en waarom verbinding gemaakt dient te worden met het IZA.

"Dat, daar verbaas ik me soms over dat het best wel lang duurde voordat iedereen doorhad dat een deel van de opgave uit het GALA, uit IZA op preventie en de ketenaanpakken echt hetzelfde zijn. Daar, dat heeft wonderbaarlijk bij sommige partijen echt een half jaar geduurd van: dat kan samen. Maar we hebben een GALA-traject of een GALA-opdracht. Dat snap ik, maar die is hetzelfde als de IZA."
(Zorgverzekeraar, regio 5)

Verschillende keuzes in wat lokaal en regionaal wordt opgepakt
Volgens de meeste geïnterviewden worden de GALA-plannen vooral lokaal opgepakt. Wel kan het zo zijn dat er (sub)regionale kaders worden gesteld. Zo kan er bijvoorbeeld (sub)regionaal worden afgesproken welke interventies voor een ketenaanpak worden ingezet of wat de rol van de huisarts of fysiotherapeut wordt. Een ander voorbeeld is gezamenlijke inkoop van een screeningstool voor professionals voor signaleren van alcoholproblematiek door gemeenten in een subregio.

"We hebben gezegd dat we per ketenaanpak een regionale trekker hebben, dus dat we de blauwdruk en de randvoorwaarden op regionaal niveau met elkaar willen afstemmen. Waarbij de inkleuring afhankelijk is van de lokale situatie." (Coördinator, regio 4)

Sociaal domein nog weinig betrokken bij transitie
Meerdere geïnterviewden maken zich zorgen dat het IZA minder goed aansluit bij het GALA, omdat het IZA te veel vanuit het perspectief van de zorg is ingestoken. Ze noemen in dit kader ook dat de aanvragen van de IZA-transformatiemiddelen voornamelijk worden gedaan door zorgpartijen in de regio. Bovendien is het sociaal domein niet altijd even goed betrokken (geweest) bij de planvorming.

"Tot voor kort zaten alleen de zorg en de verzekeraar en de gemeente aan tafel. Je hebt nu een Transformation Board […] Daar zijn we als welzijn op aangesloten. Dat is pas sinds januari. […] Die regioplannen die hangen natuurlijk aan elkaar van de zorg. Welzijn is weliswaar heel cruciaal, maar dat is pas een inzicht van de laatste maanden. Hetgeen mij natuurlijk enorm verbaasd heeft. We hadden hier vanaf het begin stevig aan tafel moeten zitten, want volgens mij is welzijn de redding van de zorg." (Welzijnsorganisatie, regio 6)

2.3 Ervaringen met domeinoverstijgende samenwerking

Deze paragraaf beschrijft op basis van de vragenlijsten en interviews de ervaringen van de verschillende betrokken partijen met de domeinoverstijgende samenwerking rondom preventie en gezondheidsbevordering. Deze paragraaf beschrijft ook wat het GALA tot op heden heeft gebracht vanuit het perspectief van de geïnterviewden wat betreft domeinoverstijgende samenwerking en waar knelpunten en zorgen liggen.

2.3.1 Ervaringen samenwerking gemeente en zorgverzekeraar

Hieronder worden de ervaringen met de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars besproken.

Samenwerking rondom regionale en lokale plannen en ketenaanpakken wordt verschillend gewaardeerd
In de vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars is gevraagd de samenwerking met de ander rondom het GALA te waarderen bij drie activiteiten in het kader van het bouwen aan de preventie-infrastructuur. Dit zijn de totstandkoming van het regioplan of regionale afspraken, de lokale afspraken over preventie en gezondheid en de rol bij het implementeren van de ketenaanpakken. De gemiddelde cijfers staan weergegeven in Tabel 2.2. Hierbij is voor de gemeenten alleen het

cijfer van gemandateerde gemeenten meegenomen, omdat deze veelal het contact met de preferente zorgverzekeraar hebben in het kader van het GALA. Uit de tabel blijkt dat de gemandateerde gemeenten de samenwerking met de zorgverzekeraar over het algemeen lager waarderen dan de zorgverzekeraars de samenwerking met de gemandateerde gemeenten. Door beide partijen wordt de samenwerking bij de totstandkoming van het regio plan of regionale afspraken hoger gewaardeerd dan de andere twee activiteiten.

Tabel 2.2 Gemiddelde rapportcijfers van gemeenten en zorgverzekeraars voor de samenwerking bij drie activiteiten in het kader van de preventie-infrastructuur.

Activiteiten	**Gemiddeld rapportcijfer (standaardafwijking)**	
	Gemandateerde gemeenten (n=42)	Zorgverzekeraars (n=39)
Totstandkoming regioplan of regionale afspraken	6,8 (2,2)	8,4 (0,8)
Lokale afspraken maken over preventie en gezondheidsbevordering	5,0 (1,7)	6,6 (1,4)
Rol bij het implementeren van ketenaanpakken	5,0 (1,7)	6,6 (1,4)

Bron: vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars 2024.

Uit de interviews blijkt dat de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar wisselend ervaren wordt. In de ene regio is er over het algemeen veel contact en wordt de samenwerking als fijn omschreven. In de andere regio verloopt de samenwerking nog stroef en ontbreekt het gevoel dat je samen de handen ineenslaat en mede-eigenaar bent van de opgave. Hierbij speelt het ook een rol in hoeverre de gemeente en zorgverzekeraar voor het GALA al met elkaar samenwerkten. Het werkt volgens geïnterviewden bevorderend als er al een bestaande samenwerkingsrelatie is, met een samenwerkingsagenda.

2.3.2 Ervaringen met de samenwerking tussen alle partijen

Hierboven lag de focus op de ervaringen met de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar. Hieronder worden de ervaringen met de samenwerking tussen alle betrokken partijen besproken.

Toegevoegde waarde samenwerking GGD

Uit de interviews blijkt dat hoewel de GGD in het GALA een rol toebedeeld heeft gekregen bij de regionale samenwerking, het voor regio's vooraf nog wel een vraag was hoe de GGD van meerwaarde kon zijn. In het begin was het voor zowel sommige GGD'en als gemeenten en zorgverzekeraars zoeken naar de precieze invulling van de rol van de GGD. Het was vaak nog onduidelijk waaraan gemeenten behoefte hadden. Daardoor heeft het afstemmen van opdrachten veel tijd gekost. Toch blijkt zich na een (moeizame) opstartfase een als fijn ervaren samenwerking te ontwikkelen. Ook komt er een duidelijkere hulpvraag vanuit gemeenten richting GGD. Zo heeft in de ene regio de GGD een gezamenlijke opdracht van gemeenten ontvangen voor bijvoorbeeld de coördinatie van een of meerdere ketenaanpakken. In andere regio's wordt de GGD ingeschakeld voor cursussen over monitoren of geven ze

advies over de implementatie van ketenaanpakken. De GGD is actief op verschillende niveaus (lokaal en regionaal en van bestuurlijk tot uitvoerend) en werkt met verschillende partijen samen.

"En het was, denk ik, ook even zoeken naar hun rol en de, misschien ook verwachtingen. Dus we hebben wel een goed gesprek gehad met de GGD. We hebben in ieder geval goed aangegeven vanuit de behoefte: hoe kunnen we hun advies en kennis, expertise inzetten? En daar ook zoveel mogelijk als het kan, gebruiken van maken? Dus nu… Ik merk wel dat er nu echt wel op dat… Wat dat betreft, een goede verbinding is, een goed contact is, en afstemming." (Gemeente 1, regio 5)

Samenwerking tussen medisch en sociaal domein is een zoektocht
Uit de interviews blijkt dat de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein door betrokken partijen uit beide domeinen als complex wordt ervaren. Het zijn twee verschillende werelden. Zo hebben de domeinen een andere manier van werken, besluitvorming en financiering. Om dat goed op elkaar te laten aansluiten, moet men elkaar beter leren kennen en dit kost tijd. Geïnterviewden benadrukken dat het samenwerken nog moeizaam verloopt, maar dat er wel meer besef is dat er een gezamenlijk probleem ligt dat opgelost moet worden. In de ogen van sommige geïnterviewden wordt de zorg nog te veel als uitgangspunt genomen en wordt het sociaal domein neergezet als dienend aan de zorg. Geïnterviewden vinden echter dat je de zorg niet kan versterken zonder de sociale basis en dat het sociaal domein daarom meer omarmd moet worden.

"Zorgverzekeraars mogen zich ook wat meer openstellen. Het heeft te maken met het omarmen van het sociaal domein, want iedereen zegt dat we het belangrijk vinden, maar het sociaal domein wordt neergezet als – en daarmee gemeente ook – als dienend aan de zorg. Het perspectief moet andersom. De gemeenten gaan overal, over alles wat belangrijk is in het dagelijks leven van de mens, behalve de zorg." (Expert 2, koepelorganisatie)

Participatie blijft soms hangen op informeren en consulteren
Naast eerdergenoemde partijen uit sociaal en medisch domein wordt er binnen de regio's nog met andere partijen samengewerkt. Veelal alleen nog voor het uitwerken van plannen en minder bij de uitvoering hiervan. Zo zijn in een regio ervaringsdeskundigen op het gebied van psychische problematiek betrokken geweest bij het opstellen van de regioplannen. Ook inwoners zijn op verschillende niveaus vertegenwoordigd, bijvoorbeeld in een burgerberaad, cliëntenraad of met werkgroepen voor inwonersparticipatie. In een andere regio hebben ze via een brede GALA-bijeenkomst meerdere partijen, zoals scholen, kinderopvang, bedrijven en burgerinitiatieven, bij elkaar gekregen voor het ophalen van informatie. Het blijkt echter lastig om deze andere partijen structureel aangehaakt te krijgen en te houden.

2.3.3 *Opbrengsten GALA voor domeinoverstijgende samenwerking*

Aan de geïnterviewden is gevraagd wat het GALA volgens hen heeft gebracht.

Groter gezamenlijk urgentiebesef bij betrokken partijen
Tot op heden heeft de invoering van het GALA gezorgd voor een aantal positieve ontwikkelingen. Zo is er onder gemeenten, GGD'en, zorgverzekeraars, zorg- en welzijnspartijen een groter urgentiebesef ontstaan dat er iets moet gaan gebeuren om inwoners gezonder te laten leven. De inzichten uit de gemeente- en regiobeelden (vanuit zowel het GALA als IZA), maar ook het werken vanuit één gezamenlijke ambitie hadden volgens geïnterviewden een aanjagende werking voor alle betrokken partijen om met elkaar aan tafel te gaan.

"Wat ons enorm geholpen heeft, is het urgentiebesef dat ontstond vanuit het regiobeeld. Ik merk dat alle bestuurders zich zijn gaan realiseren: oké, dit probleem is groter dan mijzelf." (Zorgverzekeraar, regio 2)

Met name de fase waarin de integrale plannen moesten worden opgesteld en de eerste domeinoverstijgende samenwerkingen werden gestart, was cruciaal. Meerdere gemeenten beschrijven deze fase als een 'snelkookpan', met positieve uitkomst.

"Het helpt ook om in een soort snelkookpansituatie met elkaar tot keuzes te komen en beslissingen te maken en verder te komen. Dus volgens mij stond er al veel en heeft dat IZA en GALA er ook voor gezorgd dat de samenwerking die we hadden meer handen en voeten kon krijgen en we die concreter moesten gaan invullen met elkaar." (Coördinator, regio 4)

Domeinoverstijgend samenwerken en integraliteit steeds logischer
Door het GALA wordt het volgens geïnterviewden ook steeds vanzelfsprekender dat gezondheid een plek krijgt in de verschillende domeinen en programma's binnen het gemeentehuis. Gezondheidsbevordering en preventie zijn niet langer alleen de taken van het domein Publieke Gezondheid. Dit hielp gemeenten om meer opgavegericht of domeinoverstijgend te gaan werken en daarmee werkzaamheden ('dossiers') met elkaar te verbinden.

"Wat ik zie, is wel meer verbinding, dus meer verbinding tussen de dossiers van collega's ook. Dus dat is meer gezamenlijk besef om het zo even te zeggen. Nou, wat er was, dat iedereen met zijn eigen dossier bezig was. En nu zie je wel van: oké, ik weet dat binnen GALA wordt hieraan gewerkt en ik heb dit gehoord. Dus nu is er echt wel meer verbinding." (Gemeente 3, regio 1)

Meer domeinoverstijgende samenwerking door meer focus
Gemeenten zijn volgens geïnterviewden ook meer wijk- en/of doelgroepgericht gaan werken aan gezondheid van inwoners door het GALA. Door lokaal, maar ook op regionaal niveau, een preventie-infrastructuur of ketenaanpak in te richten, ontstaan netwerken en samenwerkingsverbanden, bijvoorbeeld tussen huisartsen, gemeenten, burgerinitiatieven, sociale teams en woningcorporaties. Zo is er in een gemeente een participatiebijeenkomst gehouden met inwoners, verenigingen en ketenpartners om te bespreken wat met overgebleven GALA-budget voor specifieke gezondheidsthema's kan gebeuren.

Verbinding wordt zo niet alleen inhoudelijk op thema's gemaakt, maar ook tussen belanghebbende partijen.

2.3.4 *Mogelijke knelpunten GALA voor domeinoverstijgende samenwerking*

Naast de opbrengsten van het GALA, zijn er in de interviews ook knelpunten en zorgen genoemd die domeinoverstijgende samenwerking in de weg kunnen staan.

SPUK-gelden te ver geoormerkt

Meerdere geïnterviewde gemeenten, GGD'en en koepelorganisaties benoemen dat de ambitie om meer integraal te werken, zoals beschreven in het GALA, in de praktijk minder goed tot zijn recht komt. Integraal werken aan preventie en gezondheidsbevordering wordt voor sommige gemeenten bemoeilijkt doordat de SPUK-gelden in (te) specifieke budgetten zijn onderverdeeld en daarmee te ver zijn geoormerkt. Deze budgetten kunnen naderhand ook niet worden herverdeeld. Een aantal gemeenten kreeg hierdoor te maken met een overschot op één thema en een tekort op een ander thema. De geoormerkte financiële budgetten passen daarmee niet bij het GALA-doel *integraliteit*.

"En wat je ook ziet, is dat die, met GALA, dat zijn heel veel thema's en allemaal potjes. En de gemeenten geven ook aan, ze willen eigenlijk integraal werken, ze willen eigenlijk op een andere manier gaan werken, maar doordat al die thema's weer apart worden afgerekend, krijg je... In mijn gevoel wordt alles een beetje halfbakken nu gedaan." (GGD, regio 2)

Zorgen over financiën en borging na 2026

Tijdens de interviews uitten gemeenten, koepelorganisaties en GGD'en zorgen over de tijdelijkheid van de SPUK-gelden, het aankomende 'ravijnjaar 2026' en de toekomst van het gemeentefonds ook op basis van het Hoofdlijnenakkoord 2024-2028[5]. Het is lastig voor gemeenten om te investeren in preventie als er onzekerheid is over de toekomstige financiering. Gemeenten kunnen nieuw opgestarte ketenaanpakken, projecten en interventies niet in het bestaande aanbod integreren, omdat ze niet weten of daarvoor straks nog voldoende budget is.

"Als de financiering daarvoor voor gemeenten maar tot en met 2026 is en er komt een ravijnjaar op ons af in 2026, is elk college huiverig om langdurige afspraken te maken en dan ook nog met het geluid van het ministerie op het gebied van gezondheid." (Gemeente 2, regio 4)

De financiële onzekerheid vanaf 2026 komt de borging van het GALA niet ten goede. Een deel van de gemeenten geeft aan tijdelijke krachten ingehuurd te hebben door deze financiële onzekerheid, maar ook vanwege personele capaciteitstekorten. Zij vrezen voor het wegvallen van deze tijdelijke krachten, en daarmee dus ook de ervaring, kennis en positie in (regionale) samenwerkingen.

[5] Te vinden via: https://www.kabinetsformatie2023.nl/documenten/publicaties/2024/05/16/hoofdlijnenakkoord-tussen-de-fracties-van-pvv-vvd-nsc-en-bbb

"Maar je ziet dat het heel erg leunt op ingehuurde mensen. In de andere subregio's. Bijvoorbeeld, bij ons in [gemeente], hebben we al aan elke ketenaanpak een collega gekoppeld, die allemaal echt in dienst zijn. Die zijn gelukkig allemaal heel betrokken en bevlogen, dus ik kan best zeggen: volgens mij gaat dat goed. Maar je ziet als zij connectie willen met [buurgemeente X of Y] over diezelfde ketenaanpak, je krijgt daar echt gewoon geen antwoord op. Het ligt allemaal bij de ingehuurde mensen, die in de bovenregionale werkgroep zitten." (Gemeente 1, regio 3)

Zorgen over houdbaarheid sociaal domein
Een aantal gemeenten, GGD'en en welzijnsorganisaties voorziet door de implementatie van het GALA en ook het IZA een grote instroom van cliënten in het sociaal domein. Er worden grote zorgen geuit over hoe deze instroom van nieuwe cliënten moet worden opgevangen in de komende jaren. Het sociaal domein kampt nu al met capaciteitstekorten en structureel te weinig financiering en daarbovenop komen nog de aangekondigde bezuinigingen.

"[Over het sociaal domein] We zitten in een domein met schaarste. En schaarste, gewoon keihard geld, want met geld kun je handen inkopen. En dat is wat sociaal werk is, dat is mensenwerk. En we hebben een zodanige ondercapaciteit, we hebben bijna een vertienvoudiging nodig op heel veel werksoorten. […] En dat opbouwwerk en dat collectieve deel, dat is een randvoorwaarde om GALA, WOZO en IZA echt goed in die buurten uit te laten voeren de komende 20 jaar." (Expert 3, koepelorganisatie)

2.4 Beschouwing en vervolg

Dit hoofdstuk geeft een eerste beeld van de voortgang op het bouwen aan de regionale preventie-infrastructuur en de domeinoverstijgende samenwerking die hiervoor nodig is. Uit de vragenlijsten en interviews komt naar voren dat gemeenten en zorgverzekeraar samen met andere partijen werken aan de regionale preventie-infrastructuur. De precieze uitwerking verschilt tussen regio's en er zijn tempoverschillen. De onderdelen van de preventie-infrastructuur, zoals genoemd in het GALA, komen dan ook niet in alle regio's in gelijke mate terug. Gemeenten voelen zich goed vertegenwoordigd door de gemandateerde gemeente in de regionale samenwerking. Het werken met een mandaatstructuur brengt tegelijkertijd nog uitdagingen met zich mee. Sowieso zijn gemeenten nog zoekende wat zij lokaal en wat zij regionaal willen afspreken. Er is behoefte aan regionale kaders met ruimte voor lokaal maatwerk. Gemeenten betrekken de GGD'en, maar de wijze waarop varieert sterk, van adviserend op onderdelen, tot coördinerend op het geheel. Het betrekken van andere partijen, zoals welzijnsorganisaties of inwoners, blijft nog achter.

Het blijkt dat het GALA een impuls aan domeinoverstijgend samenwerken heeft gegeven. Het heeft de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar minder vrijblijvend gemaakt en het werken aan gezondheid meer urgent en vanzelfsprekend gemaakt. Gemeente en zorgverzekeraar weten elkaar te vinden, maar het gedeeld eigenaarschap van de gezondheidsdoelen en ketenaanpakken uit het

GALA kan soms nog sterker. De samenwerking op een aantal specifieke onderdelen wordt ook verschillend gewaardeerd door zorgverzekeraars en gemandateerde gemeenten, waarbij de zorgverzekeraars positiever zijn. De meeste van de eerder gesignaleerde knelpunten voor domeinoverstijgende samenwerking zijn tijdens deze eerste rapportage nog niet weggenomen. Zo is een aantal partijen nog onvoldoende betrokken, is er onduidelijkheid over de continuïteit van de financiering en is er capaciteitstekort in het sociaal domein.

Vooruitblik
In de volgende monitor kan verder verdiept worden op de ervaren knelpunten voor domeinoverstijgende samenwerking. Hierbij is het goed om ook meer het perspectief van welzijnspartijen mee te nemen. Daarnaast kan de rol van de inwoners bij het GALA verder onderzocht worden. Ook kan mogelijk een verdieping op de verschillen tussen gemeenten en zorgverzekeraars in de perceptie rondom het hebben van de regionale afspraken en de waardering van de samenwerking plaatsvinden.

3 Gezondheidsachterstanden

3.1 Inleiding

Doel A van het GALA is het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Daarbij benoemt het GALA dat het zowel een afzonderlijk doel is, alsook door de andere doelen verweven is. In het GALA is het belang van de onderliggende problematiek voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden onderkend en vertaald naar een brede aanpak. Beoogd resultaat is dat alle gemeenten een lokale aanpak hebben voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. In deze aanpak wordt er zoveel mogelijk met andere beleidsdomeinen samengewerkt. Een voorbeeld hiervan is het versterken van de leefomgeving en de sociale omgeving. Hierbij worden twee principes genoemd: gemeenten bieden alle inwoners gelijke gezondheidskansen en passen differentiatie toe bij interventies door deze toe te spitsen op (wijken met) mensen met gezondheidsachterstanden.

Voor dit thema volgt de GALA-monitor de voortgang op het terugdringen van gezondheidsachterstanden op basis van de gestelde doelen en gemaakte afspraken uit het GALA. In deze rapportage is daarbij de formulering van de doelen en acties in het GALA letterlijk gevolgd. De inzet van het GALA is uiteindelijk om de levensverwachting en de levensverwachting in goed ervaren gezondheid van mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) te verlengen. Of dit doel bereikt wordt is echter pas op lange termijn zichtbaar. De GALA-monitor laat levensverwachting in deze rapportage zien als een startpunt, maar zal de ontwikkeling in levensverwachting in de komende jaren daarom niet volgen. Om mogelijk wel iets te kunnen zeggen over ontwikkelingen in gezondheidsachterstanden, worden cijfers over leefstijlfactoren beschreven. Deze leefstijlfactoren zijn op kortere of middellange termijn beïnvloedbaar door beleid.

Leeswijzer
Paragraaf 3.2 beschrijft de stand van zaken voor sociaaleconomische gezondheidsverschillen in levensverwachting en leefstijlfactoren. Paragraaf 3.3 beschrijft plannen en de uitvoering binnen gemeenten om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Tot slot volgt een samenvatting van en reflectie op de bevindingen en een vooruitblik naar het vervolg van de monitoring (paragraaf 3.4).

Het voorliggende hoofdstuk beschrijft de voortgang over het terugdringen van gezondheidsachterstanden in de volwassen bevolking. Onderdeel van het terugdringen van gezondheidsachterstanden in het GALA is Kansrijke Start. Deze ketenaanpak is gericht op de eerste 1.000 dagen van kinderen (voor de conceptie en twee jaar na de geboorte) om kinderen gezond te laten opgroeien. Kansrijke Start wordt in een apart hoofdstuk beschreven (zie hoofdstuk 9).

Om inzicht te geven in de ontwikkelingen voor het GALA-doel ‘terugdringen van gezondheidsachterstanden’, wordt in dit hoofdstuk gebruikgemaakt van gegevens uit bestaande databronnen en methoden,

zoals beschreven in Tekstbox 3.1. In bijlage 1 staat een toelichting op de gebruikte cijfers en de analyses.

Tekstbox 3.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

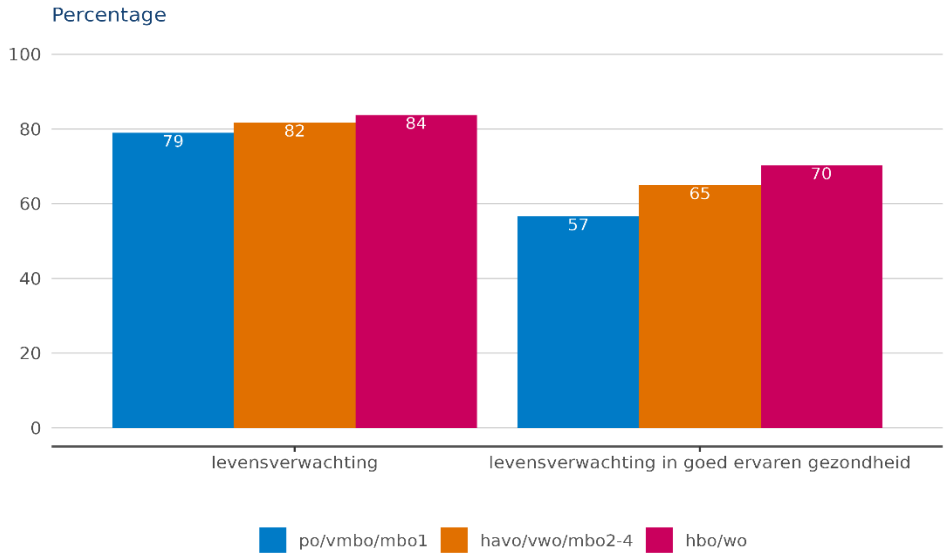
- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten.
- Interviews over regionale en lokale samenwerking, afgenomen in mei tot en met augustus 2024 bij 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders zorg en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en experts vanuit koepelorganisaties).
- Berekeningen voor ontwikkelingen in de tijd op bestaande databronnen.

3.2 Stand van zaken in cijfers

Deze paragraaf beschrijft de stand van zaken voor gezondheidsachterstanden voor een aantal gezondheidsindicatoren bij de aanvang van het GALA. Het gaat om cijfers over levensverwachting en levensverwachting in goed ervaren gezondheid; de doelen die in het GALA zijn benoemd. Verbetering van deze uitkomsten moet als stip op de horizon worden gezien (de outcome in het logisch model in hoofdstuk 1). Het is niet realistisch om tijdens de looptijd van het GALA hierin substantiële verschuivingen te verwachten als effect van de maatregelen die voortkomen uit het GALA. Deze cijfers worden daarom alleen ter context gerapporteerd. Als indicatie van gezondheidsverschillen waarop wel mogelijke veranderingen te zien kunnen zijn tijdens de looptijd van het GALA, worden drie leefstijlfactoren geschetst. Dit zijn roken[6] en overgewicht als belangrijke risicofactoren voor het ontstaan van gezondheidsproblemen en ervaren gezondheid als indicator voor algemene gezondheid. In het eindrapport van de GALA-monitor zal de balans worden opgemaakt over de ontwikkeling van deze leefstijlindicatoren. De vooruitblik in paragraaf 3.4 beschrijft verschillende opties om de voortgang van het terugdringen van gezondheidsachterstanden te monitoren. Voor de vervolgrapportages zal een selectie worden gemaakt uit deze opties.

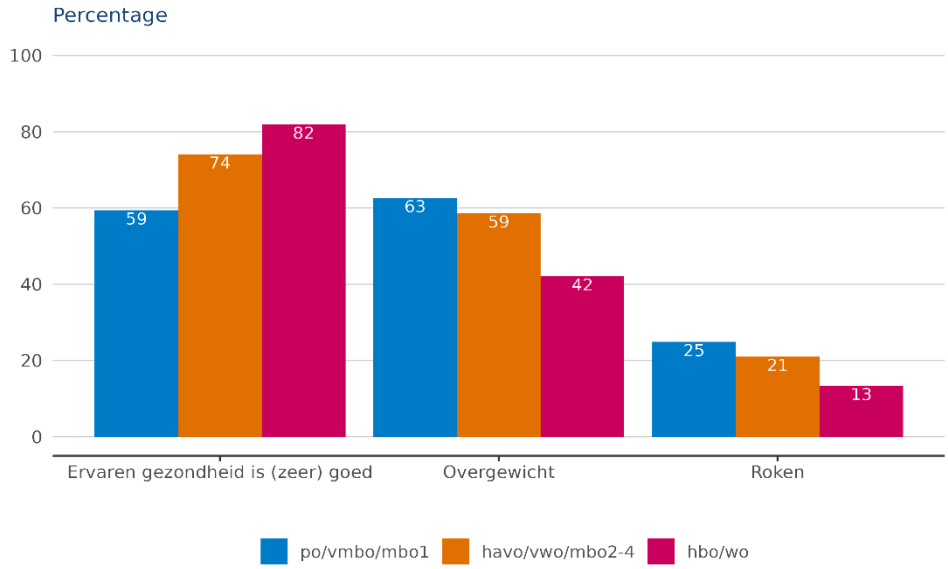
Verschillen tussen opleidingsgroepen in (gezonde) levensverwachting en (risico's voor) gezondheid
In de periode 2019-2022[7] was de levensverwachting bij geboorte voor de Nederlandse bevolking 81,6 jaar. De levensverwachting in goed ervaren gezondheid was 62,8 jaar [24]. De levensverwachting is ongelijk verdeeld wanneer een uitsplitsing wordt gemaakt op basis van de opleiding, als indicator voor de SES. In Figuur 3.1 is te zien dat mensen met hbo-/wo-opleiding gemiddeld bijna 5 jaar langer leven dan de groep met po-/vmbo-/mbo1-opleiding en afgerond 13,5 jaar langer in goed ervaren gezondheid. In de vergelijking tussen de groepen op basis van opleiding is door het CBS geen rekening gehouden met verschillen in geslacht en leeftijd.

[6] Hier valt vapen, het roken van een elektronische sigaretten, niet onder. Verkend wordt hoe vapen kan worden opgenomen in de monitoring.
[7] Levensverwachting (in goed ervaren gezondheid) wordt als 4-jaars gemiddelde berekend. De periode 2019-2022 is de meest recent beschikbare periode.



Bron: CBS Doodsoorzakenstatistiek, CBS Gezondheidsenquête [25].
Figuur 3.1 Levensverwachting en levensverwachting in goed ervaren gezondheid naar opleiding in de Nederlandse bevolking, 4-jaar gemiddelde van 2019-2022.

In Figuur 3.2 staan de verschillen tussen opleidingsgroepen voor roken, overgewicht en ervaren gezondheid in 2022[8]. In de groep met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding heeft een hoger percentage mensen overgewicht, rookt een hoger percentage en ervaart een lager percentage de gezondheid als (zeer) goed dan mensen met een hbo-/wo-opleiding. De uitkomsten van mensen met een havo-/vwo-/mbo2-4-opleiding vallen daartussenin. In de berekening van deze cijfers door het RIVM is rekening gehouden met de verschillende samenstelling van de opleidingsgroepen in leeftijd en geslacht.



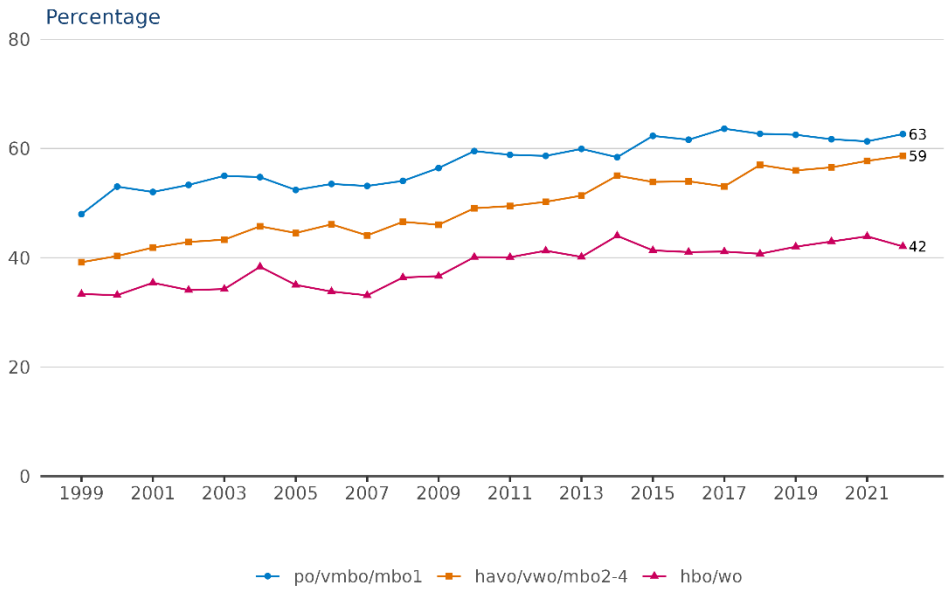
Bron: CBS Gezondheidsenquête [26].
Figuur 3.2 Overgewicht, roken en (zeer) goed ervaren gezondheid naar opleiding in de volwassen Nederlandse bevolking 2022.

[8] Meer recente cijfers uitgesplitst naar opleidingsgroepen (bewerkt voor de verschilanalyses) waren tijdens schrijven van dit rapport nog niet beschikbaar.

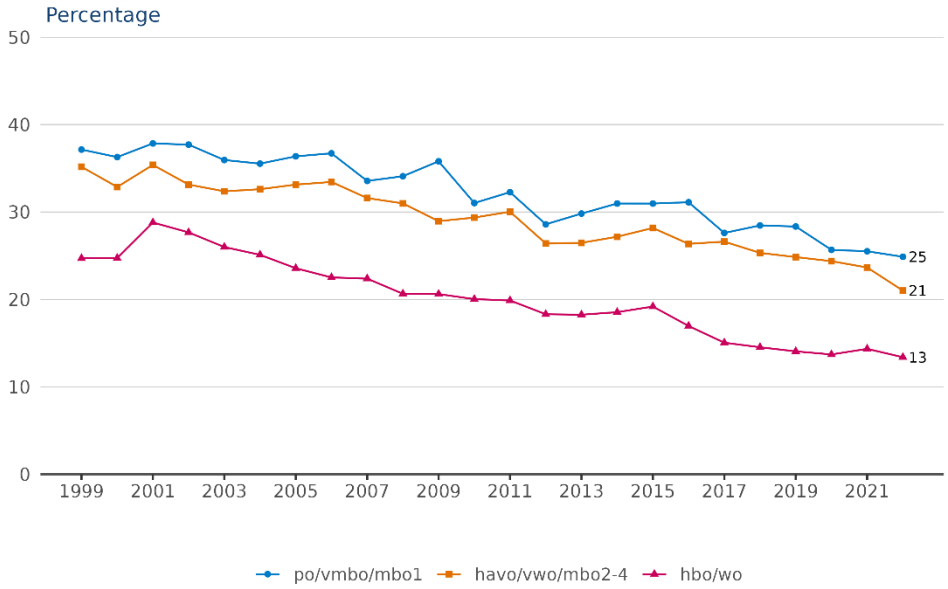
Verschillen in leefstijl tussen opleidingsgroepen over de tijd
Deze paragraaf beschrijft de ontwikkelingen tussen 1999 en 2022 in de achterstanden van de groep met po-/vmbo-/mbo1-opleiding vergeleken met de groep met hbo-/wo-opleiding voor roken, overgewicht en ervaren gezondheid. In Figuur 3.3 is te zien dat het percentage mensen met overgewicht sinds 1999 is toegenomen, waarbij de toename vanaf 2018 wat afvlakt. De toename, tussen ruwweg 9 en 14 procent, is te zien voor alle drie de opleidingsgroepen.

Het percentage mensen dat rookt, is tussen 1999 en 2022 afgenomen voor alle drie de opleidingsgroepen (Figuur 3.4). De afname was van 37 naar 25 procent in de groep met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding en van 25 naar 13 procent in de groep met een hbo-/wo-opleiding.

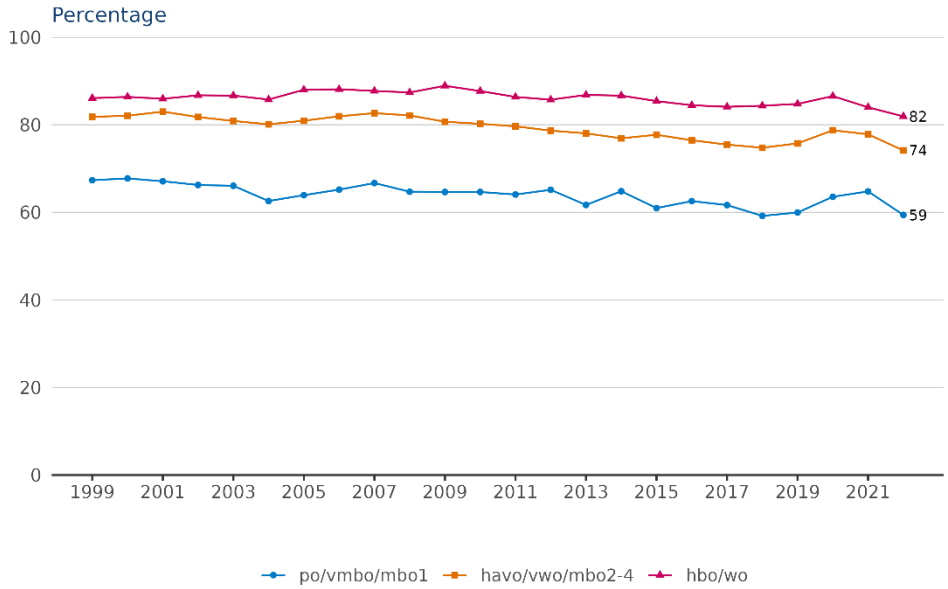
In hoeverre mensen hun gezondheid als (zeer) goed ervaren, is tussen 1999 en 2022 redelijk stabiel gebleven, met een lichte afbuiging na 2011 (Figuur 3.5). Uitzondering daarop is de periode in de coronapandemie (2020-2021), waarin gemiddeld meer mensen hun gezondheid als (zeer) goed ervaarden.



Figuur 3.3 Ontwikkeling over de tijd in het percentage volwassenen (25 jaar en ouder) in de Nederlandse bevolking met overgewicht naar opleidingsgroep, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht (1999-2022), analyse met data van de CBS Gezondheidsenquête [26].



Figuur 3.4 Ontwikkeling over de tijd in het percentage volwassenen (25 jaar en ouder) in de Nederlandse bevolking dat rookt naar opleidingsgroep, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht (1999-2022), analyse met data van de CBS Gezondheidsenquête [26].



Figuur 3.5 Ontwikkeling over de tijd in het percentage volwassenen (25 jaar en ouder) in de Nederlandse bevolking dat hun gezondheid als (zeer) goed ervaart, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht (1999-2022), analyse met data van de CBS Gezondheidsenquête [27].

Aanvullend is per jaar de Relative Index of Inequality (RII) berekend. De RII is een methode om op een gewogen manier verschillende groepen te vergelijken. Deze kan worden gebruikt om te kijken of de verschillen tussen opleidingsgroepen voor de gezondheidsindicatoren over de tijd groter of kleiner zijn geworden. In de berekening van de RII is ook

rekening gehouden met de verschillen in samenstelling van opleidingsgroepen in leeftijd en geslacht over de tijd.

Figuur 3.6 laat zien dat de grootte van gezondheidsverschillen en de ontwikkeling hiervan over de tijd verschillend is per gezondheidsuitkomst. De verschillen zijn stabiel gebleven of toegenomen. Voor overgewicht is het verschil tussen opleidingsgroepen op alle meetmomenten het kleinst. Uit de groep met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding hadden in 2022 ongeveer 1,6 keer meer mensen overgewicht dan in de hbo-/wo-opleidingsgroep. Dat verschil is relatief stabiel gebleven tussen 1999 en 2022. Voor roken is het verschil tussen opleidingsgroepen groter. In 2022 rookten ongeveer 3,4 keer meer mensen uit de groep met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding dan uit de groep met een hbo-/wo-opleiding. Tussen 1999 en 2022 nam dit verschil toe. Mensen met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding ervaarden hun gezondheid in 2022 ongeveer 2,7 keer zo vaak als matig of (zeer) slecht dan mensen met een hbo-/wo-opleiding.[9]



Figuur 3.6 Ontwikkeling over de tijd in grootte van verschil tussen de groep met po-/vmbo-/mbo1-opleiding en de groep met hbo-/wo-opleiding voor roken, overgewicht en ervaren gezondheid in de volwassen Nederlandse bevolking (25 jaar en ouder) (1999-2022), analyse met data van de CBS Gezondheidsenquête [26, 27].

3.3 Bevindingen terugdringen gezondheidsachterstanden

Beoogd resultaat van het GALA is dat alle gemeenten een aanpak hebben voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Als acties van gemeenten staat onder andere beschreven dat gemeenten gelijke gezondheidskansen bieden en interventies differentiëren naar mensen met gezondheidsachterstanden, bijvoorbeeld via wijken. Op basis van een analyse van plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden beschrijft deze paragraaf wat gemeenten schrijven over het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Eerder is er een

[9] De ervaren gezondheid is voor de RII omgedraaid naar een negatieve uitkomst voor een duidelijkere interpretatie van het verschil tussen opleidingsgroepen.

briefrapport verschenen over de inhoud van deze plannen [3] op basis van een steekproef van de plannen van zestig gemeenten. Aanvullend is een verdiepende inventarisatie van deze zestig plannen uitgevoerd om inzicht te geven in:

1. of gemeenten specifieke groepen met gezondheidsachterstanden noemen en als dat zo is, welke groepen dat zijn;
2. op basis van welke informatie gemeenten deze doelgroepen hebben bepaald;
3. wat er in de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden wordt geschreven over de plannen en acties die er worden ondernomen om gezondheidsachterstanden onder deze groepen te verkleinen.

Vervolgens is bekeken hoe gemeenten tot nu toe invulling geven aan hun plannen om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Hiervoor zijn de resultaten van de vragenlijst aan alle gemeenten en interviews met een selectie van vertegenwoordigers van gemeenten en ketenpartners gebruikt.

Gemeenten hebben plan voor terugdringen gezondheidsachterstanden, veel variatie in mate van detail
Alle gemeenten uit de steekproef melden in hun plan van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden dat zij een plan hebben opgesteld om gezondheidsachterstanden terug te dringen [3]. Vrijwel elke gemeente benadrukt dat sociaaleconomische aspecten van grote invloed kunnen zijn op de gezondheid van inwoners. Met het GALA en de SPUK-gelden willen gemeenten het bestaande beleid voortzetten en met name een extra impuls geven. Daarnaast wordt genoemd dat er meer focus is op het wijk- en doelgroepgericht beschikbaar maken van passende interventies, bijvoorbeeld voor inwoners met een gezondheidsachterstand of mensen met chronische ziekten.

Uit de verdiepende analyse blijkt dat de mate van detail waarin gemeenten hun plannen hebben beschreven sterk verschilt. Sommige plannen zijn abstract, met of zonder verwijzingen naar eerdere plannen of aanpakken. Andere plannen zijn gedetailleerd uitgewerkt. Op basis van de plannen alleen is echter niet altijd een volledig beeld te geven van wat er werkelijk gedaan wordt of gepland is te doen aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden en in hoeverre de doelgroep in beeld is. Het format voor de plannen van aanpak voor de SPUK-gelden geeft mogelijk een incompleet beeld voor gemeenten die al een lange historie van planvorming en beleid hebben. Dat geldt met name voor grotere gemeenten en gemeenten die voor eerdere regelingen, zoals GezondIn, beleid hebben gemaakt.

Meeste gemeenten noemen mensen met een lage sociaaleconomische status als doelgroep met gezondheidsachterstanden
In vrijwel alle plannen van aanpak worden groepen benoemd die te maken hebben met gezondheidsachterstanden. Vanuit het GALA worden daarmee met name sociaaleconomische gezondheidsachterstanden bedoeld. De meeste gemeenten (46 van de 60) blijken dat ook zo te interpreteren, vaak in de zin van doelgroepen met een laag inkomen of lage SES. 14 gemeenten noemen specifieke wijken met een lage SES (soms naast specifieke groepen met bijvoorbeeld een laag inkomen). Er

zijn ook gemeenten die doelgroepen met gezondheidsachterstanden benoemen met sociaaleconomische kenmerken, zoals in armoede leven, moeite hebben met rondkomen of schulden hebben. Een aantal gemeenten noemt mensen met bijvoorbeeld overgewicht of psychische klachten als doelgroepen met gezondheidsachterstanden in plaats van sociaaleconomische kenmerken. In de plannen van 41 van de 46 gemeenten die sociaaleconomische gezondheidsachterstandsgroepen aanwijzen, staat uitgewerkt op basis van welke informatie dat is gebeurd. Vaak is dat de Gezondheidsmonitor van de GGD. Minder vaak worden bijvoorbeeld waarstaatjegemeente.nl, CBS, Regiobeeld, Gemeente Zorg Spiegel, Monitor Kansrijke Start en lokale databronnen (bijvoorbeeld een bewonersenquête of inwonerspanel) genoemd.

Helft van de gemeenten beschrijft concrete acties voor terugdringen gezondheidsachterstanden
Naast de ketenaanpak Kansrijke Start, door alle gemeenten genoemd, wordt het Sportakkoord vaak genoemd als aanpak voor het verkleinen van gezondheidsverschillen. Naast de ketenaanpakken noemt een deel van de gemeenten ook andere plannen voor het verkleinen van gezondheidsverschillen. De mate waarin er concrete acties worden beschreven verschilt wel sterk. Een deel van de plannen is in de fase van planvorming en beschrijft voornamelijk doelen. Ruim de helft van de gemeenten (n=32) beschrijft heel concrete acties, zoals koken met ouders op scholen, aandacht voor gezond voedingsaanbod van de voedselbank, ontbijttas op scholen, moestuinprojecten in aandachtswijken, gezondheidsvaardigheden in bibliotheken, vroegsignalering schuldenproblematiek, inwoners ondersteunen bij menstruatiearmoede en verlengde/verrijkte schooldag. Met name de grote gemeenten verwijzen in de plannen naar nota's en beleidsplannen waarin acties beschreven worden.

Voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden beschrijven 41 van de 60 gemeenten in meer of mindere mate welke andere beleidsdomeinen hierbij betrokken zijn. Het wisselt sterk hoe gedetailleerd de informatie is. Als er een samenwerking wordt genoemd dan zijn dat bijvoorbeeld sportverenigingen, scholen, de bibliotheek, huisvesting, de zorg, armoedebeleid, financiële regelingen. Daarbij wordt niet altijd concreet gemaakt hoe die samenwerking eruitziet.

Uit de interviews die met vertegenwoordigers van gemeenten, GGD'en en andere ketenpartners zijn gehouden, komt een beeld naar voren dat gemeenten moeite hebben om concreet vorm te geven aan het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Hoewel dit geen algemeen beeld van de ervaringen van alle gemeenten geeft, geeft dit wel een indruk. Sommige gemeente benoemen dat de aanpak vooral terugkomt in de ketenaanpakken. Andere gemeenten zeggen dat het thema meer als rode draad door de plannen loopt, zonder concrete projecten te noemen. Meerdere geïnterviewden benoemen het belang van aandacht voor de onderliggende oorzaken van gezondheidsachterstanden, zoals armoede, werk en huisvesting. Er werd bijvoorbeeld genoemd dat de ketenaanpakken niet de mensen bereiken die er het meeste baat bij zouden hebben. Meerdere geïnterviewden noemen het belang van sociale samenhang in de gemeenschap voor gezondheid en gezond

gedrag, net als dat mensen het best kunnen worden bereikt via de wijkaanpakken.

Het bepalen van de doelgroepen met gezondheidsachterstanden wordt verschillend gedaan. Een gemeente heeft een datagestuurde benadering, maar daar komen de doelgroepen uit die eerder ook waren aangewezen. Een vertegenwoordiger van een kleine gemeente ervaart moeite met het gebruik van data door beperkte capaciteit, maar benoemde ook dat gemeenten zelf heel goed weten wie kwetsbare mensen zijn en waar ze wonen. Inwonerparticipatie om de doelgroepen aan te wijzen, blijkt volgens de geïnterviewden moeizaam te zijn. In meer algemene zin wordt het betrekken van inwoners, met name kwetsbare mensen, als lastig gezien. Het lokaal monitoren van het terugdringen van gezondheidsachterstanden heeft nog weinig vorm gekregen, blijkt uit de interviews.

In minderheid van de gemeenten worden ketenaanpakken specifiek gericht op groepen met gezondheidsachterstanden
In de vragenlijst aan gemeenten is gevraagd op welke doelgroepen de ketenaanpakken zijn gericht. We hebben daarbij steeds gekeken naar de gemeenten waarbinnen de ketenaanpak al was gestart. Er konden meerdere antwoordopties worden aangevinkt. Voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden is gekeken naar de antwoorden op de twee antwoordcategorieën: 1) de ketenaanpak is gericht op inwoners in specifieke wijken of dorpskernen en 2) de ketenaanpak is gericht op inwoners met een lage SES. Uit de antwoorden konden we niet opmaken of er binnen gemeenten waar een ketenaanpak wordt ingezet voor alle inwoners (met de problematiek waarvoor de ketenaanpak is bedoeld) wellicht aanpassingen worden gedaan voor doelgroepen met gezondheidsachterstanden (differentiëren, zoals in het GALA is beschreven). Deze bevindingen geven daarom mogelijk een incompleet beeld van de inspanningen die in gemeenten worden verricht in het bereiken van groepen met gezondheidsachterstanden. Ook is er geen rekening gehouden met de bevolkingssamenstelling van de bevraagde gemeenten. In sommige gemeenten speelt de problematiek van gezondheidsachterstanden minder dan in andere gemeenten en is differentiatie niet of minder nodig. In de vragenlijst is niet gevraagd naar de inzet van de ketenaanpak Kansrijke Start voor specifieke doelgroepen, omdat de doelgroep hiervoor al bestaat uit mensen met (een risico op) gezondheidsachterstanden.

Van de 201 gemeenten waarbinnen met Gecombineerde Leefstijlinterventies (GLI) is gestart, richt 5 procent van de gemeenten de GLI (ook) op specifieke wijken, 8 procent op mensen met een lage SES en 8 procent op beide groepen. De ketenaanpak Kind naar Gezonder Gewicht wordt in 9 procent van de gemeenten waar de aanpak loopt (n=172) (ook) gericht op specifieke wijken, in 9 procent van de gemeenten op mensen met een lage SES en in 13 procent van de gemeenten op beide groepen. De ketenaanpak Sociaal verwijzen is in 241 gemeenten gestart en in 7 procent van de gemeenten is de aanpak (ook) op specifieke wijken gericht. In 4 procent van de gemeenten op mensen met een lage SES en in 13 procent van de gemeenten op deze beide groepen. De ketenaanpak Valpreventie is in het grootste aantal gemeenten gestart (n=270). Binnen 4 procent van deze gemeenten is

de aanpak (ook) op specifieke wijken gericht, in 2 procent van de gemeenten op mensen met een lage SES en in 4 procent van de gemeenten op beide groepen.

Van de gemeenten waarbinnen met alle ketenaanpakken is gestart (n=117), is binnen een kleine minderheid van de gemeenten specifiek aandacht voor kwetsbare groepen, zowel specifieke wijken als mensen met een lage SES. Daarvan wordt binnen 21 gemeenten (17,9%) meer dan één ketenaanpak (ook) op specifieke wijken en/of lage SES gericht. Binnen 26 gemeenten (22,2%) wordt dat gedaan met één van de ketenaanpakken. Binnen de meerderheid van de gemeenten (n=70, bijna 60%) is geen van de ketenaanpakken op ten minste één van deze groepen gericht.

Iets meer starters ketenaanpak GLI per doelgroep in gemeenten met lage SES-buurtscore
In de GLI-monitor 2024 is voor de ketenaanpak GLI per gemeente geschat wat vanaf 2023 het aantal starters is per groep inwoners met overgewicht. De monitor beschrijft per gemeente de starters aan de GLI onderverdeeld naar SES. Hiervoor is voor inwoners van een gemeente een sociaaleconomische status-buurtscore berekend, gebaseerd op welvaart, opleidingsniveau en recent arbeidsverleden (SES-WOA). Deze SES-WOA-score loopt van -0,2 en lager naar +0,2 en hoger. Bij een hogere score zijn de inwoners van die wijk welvarender en/of hoger opgeleid en/of langduriger aan het werk. Het aantal personen met overgewicht in de gemeente is geschat op basis van de Corona Gezondheidsmonitor Volwassenen en Ouderen uit 2022. In een gemeente met de laagste SES-WOA-scores zijn er sinds 2023 gemiddeld 89 starters aan een GLI-programma per 10.000 inwoners met overgewicht. In gemeenten met een SES-WOA-score tussen de -0,2 en -0,1 is dit 79 per 10.000 inwoners. Vanaf een SES-WOA-score van -0,1 en hoger ligt het gemiddeld aantal starters per 10.000 inwoners met overgewicht wat lager en varieert het tussen de 68 en 65 per 10.000 inwoners. Dit lijkt een indicatie dat er iets meer mensen starten met een ketenaanpak GLI in de gemeenten met een lage SES-WOA-score [28].

3.4 Beschouwing en vervolg

Deze paragraaf vat de bevindingen over de stand van zaken van gezondheidsachterstanden en de plannen en (voorgenomen) acties door gemeenten samen. Daarna volgt een reflectie op deze bevindingen en een vooruitblik op het vervolg van de monitoring van de voortgang op het terugdringen van gezondheidsachterstanden.

Samenvatting
Gezondheidsverschillen zijn groot, zoals te zien is voor levensverwachting en levensverwachting in goede ervaren gezondheid. De trends over de tijd voor leefstijl laten bovendien zien dat verschillen hardnekkig zijn. In de afgelopen twee decennia ontwikkelden roken, overgewicht en ervaren gezondheid zich wel in dezelfde richting voor verschillende opleidingsgroepen. Het percentage mensen dat rookt nam voor alle opleidingsgroepen af, het percentage mensen met overgewicht nam voor alle opleidingsgroepen toe en ervaren gezondheid bleef redelijk stabiel. De verschillen tussen opleidingsgroepen in deze

leefstijlfactoren bleven echter gelijk of namen toe. Daarbij waren de uitkomsten minder gunstig voor de groep met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding dan voor mensen met een hbo-/wo-opleiding.

Gemeenten vinden aandacht voor gezondheidsachterstanden belangrijk, maar hebben vaak moeite dit te vertalen in concreet beleid en acties. Ketenaanpakken worden door een beperkt aantal gemeenten (ook) specifiek gericht op mensen (in wijken) met een lage SES. Om gezondheidsachterstanden terug te dringen, is in het GALA vastgelegd dat er binnen gemeenten een lokale aanpak moet worden ontwikkeld en interventies gedifferentieerd moeten worden aangeboden aan (wijken met) mensen met gezondheidsachterstanden. In de plannen van aanpak voor de SPUK-gelden beschrijven alle gemeenten een dergelijke lokale aanpak. Een deel van de gemeenten beschrijft een concrete uitwerking in gedifferentieerde interventies, bijvoorbeeld via een ketenaanpak, of verwijst naar eerdere nota's en plannen. Een deel van de gemeenten lijkt moeite te hebben met de uitwerking in concrete acties. Een vergelijkbaar beeld komt naar voren uit de interviews.

Reflectie
In brede zin is de gezondheid van de bevolking de afgelopen decennia sterk verbeterd [29, 30]. Desondanks blijven verschillen tussen groepen met een lage en hoge SES bestaan. Deze verschillen hebben een lange geschiedenis en zijn hardnekkig [29-31]. Het verkleinen van gezondheidsachterstanden lijkt in de afgelopen decennia niet gelukt en resistent te zijn voor het gevoerde beleid [29]. De meeste gezondheidswinst is te behalen door beleid in te zetten voor de hele bevolking en daarnaast extra aandacht te hebben voor mensen met de minst goede gezondheid. Deze aanpak, universeel proportionalisme genoemd [29, 31, 32], wordt in het GALA benoemd: "*Om impact te maken bij mensen in kwetsbare sociaaleconomische posities is het belangrijk om in beleidsontwikkeling te differentiëren en zo rekening te houden met kansengelijkheid op het bereiken van een goede gezondheid voor iedereen: verschil maken om verschil te verminderen*." [1, pagina 13].

Het gedifferentieerd aanbieden van interventies aan doelgroepen met gezondheidsachterstanden (bijvoorbeeld mensen met een laag inkomen of wonend in een lage SES-wijk) staat expliciet in het GALA benoemd. Gemeenten kunnen in samenwerking met zorgverzekeraars en zorgaanbieders invulling daaraan geven. Een manier kan zijn om (onderdelen van) de ketenaanpakken te differentiëren voor groepen met een lage SES-/specifieke wijken. Dat kan ook betekenen dat (onderdelen van) de ketenaanpak op een andere manier worden aangeboden om groepen beter te bereiken. Vooralsnog is binnen een kleine minderheid van de gemeenten sprake van toepassing van de ketenaanpakken voor dit doel. Ook een analyse van de gemeentelijke plannen door het Mulier Instituut laat zien dat de inzet van sport en bewegen binnen een minderheid van de gemeenten specifiek wordt benoemd in relatie met het terugdringen van gezondheidsachterstanden [7].

Bij de uitvoering van de ketenaanpakken door gemeenten bestaat de kans dat gezondheidsachterstanden worden vergroot als ze in generieke

vorm aan iedereen worden aangeboden. Interventies hebben vaak een beter bereik en resultaat onder mensen met een hoge SES [29]. Daarvoor is aanpassing (differentiatie) voor doelgroepen nodig, om aan te sluiten bij de belevingswereld en problematiek van doelgroepen met gezondheidsachterstanden. Aanvullend kan het nodig zijn om extra investeringen te doen voor de groepen met gezondheidsachterstanden, zoals in de verwijzing naar interventies. Voor monitoring betekent het dat er ook gekeken moet worden naar bereik, deelname en uitval van verschillende groepen, naast de gezondheidsuitkomsten.

Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven aan de hand van het logisch model, is het de vraag of er grote stappen te verwachten zijn in het terugdringen van gezondheidsachterstanden voortkomend uit het GALA via bijvoorbeeld de ketenaanpakken. Binnen gemeenten lijkt het vooralsnog lastig om ketenaanpakken aan te bieden volgens de principes van het universeel proportionalisme [32]. Dat betekent dat naast inzet in de hele gemeente extra aandacht nodig is voor groepen met gezondheidsachterstanden die ongelijke kansen hebben om mee te doen met een universele aanpak. Vanuit het perspectief van het GALA zijn veel gemeenten pas recent begonnen en hebben net de afspraken voor samenwerking gemaakt. Het kan zijn dat gemeenten de ketenaanpakken in eerste instantie breed inzetten en in een later stadium meer gaan specificeren voor doelgroepen met gezondheidsachterstanden. Het kan ook zijn dat gemeenten inzetten op andere beleidsdomeinen om gezondheidsachterstanden terug te dringen, zoals schuldhulpverlening en armoedebeleid. Vanuit een ‘Health in All Policies’-gedachte zou dat een gewenste benadering zijn om meer in te zetten op de onderliggende oorzaken van gezondheidsachterstanden [19]. De waarde van universele en selectieve preventie naast geïndiceerde preventie lijkt vooralsnog moeilijk concreet gemaakt te kunnen worden binnen veel gemeenten als uitwerking van het GALA. De ketenaanpakken kunnen daarbij een middel zijn, maar zijn niet genoeg voor het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Meer aandacht is nodig voor de structurele factoren van gezondheidsachterstanden en de ontwikkeling daarin, bijvoorbeeld gerelateerd aan bestaansonzekerheid [33].

Of het GALA kan bijdragen aan het bereiken van een betere gezondheid in de groepen die de minst goede gezondheid hebben, is lastig op landelijk niveau vast te stellen. Gemeenten geven bijvoorbeeld aan dat er voortgebouwd wordt op voorgaand beleid, al dan niet vormgegeven in eerdere regelingen (zoals GezondIn). Ook kiezen gemeenten zelf de aandachtsgebieden waarop ze willen inzetten en daardoor is er geen sprake van één landelijke aanpak die geëvalueerd kan worden. De diversiteit in de gemeentelijke aanpakken van sociaaleconomische gezondheidsverschillen en de uitdagingen daarvan voor het goed in beeld krijgen van de effecten van het beleid werd al eerder geconstateerd [29, 32]. Gunstig is dat er gelijktijdig andere beleidsaanpakken zijn, die invloed kunnen hebben op gezondheidsachterstanden. Voorbeelden hiervan die ook in het GALA worden benoemd zijn het Nationaal Programma Leefbaarheid en Veiligheid [34] en het Programma Gezonde Leefomgeving (https://www.gezondeleefomgeving.nl/). Daarom is het belangrijk dat gemeenten op lokaal niveau zicht hebben op heldere lokale doelen en

monitoren wat er in de lokale aanpakken gebeurt om deze te bereiken [7, 35].

Vooruitblik
Er zijn verschillende mogelijkheden voor het vervolg van de GALA-monitor om meer zicht te krijgen op de voortgang in het terugdringen van gezondheidsachterstanden. Voorbeelden zijn:

- In beeld brengen van het bereik van ketenaanpakken onder doelgroepen in kwetsbare situaties voor zover data beschikbaar zijn. Waar mogelijk lokaal uitsplitsen en relateren aan gemeentelijke aanpak met data van onder andere de monitors van de ketenaanpakken en van de vragenlijst aan gemeenten.
- Verkenning van de lokale belemmerende en bevorderende factoren voor het omzetten van ambities en plannen naar concrete acties om gezondheidsachterstanden terug te dringen. Onder andere welke integrale aanpakken worden ingezet en wat er nodig is voor gemeenten en verzekeraars om meer invulling te geven aan het differentiëren van interventies (onder andere vanuit de ketenaanpakken) naar doelgroepen met gezondheidsachterstanden.
- Uitvraag onder zorgverzekeraars naar ondernomen acties en samenwerking met gemeenten om gezondheidsachterstanden terug te dringen, op de acties die in het GALA zijn beschreven.

4 Gezonde leefomgeving

4.1 Inleiding

Een gezonde leefomgeving is een omgeving die uitnodigt tot gezond gedrag (gezondheidsbevordering), waar de druk op de gezondheid zo laag mogelijk is (gezondheidsbescherming), en die mensen als aantrekkelijk en prettig ervaren om te wonen, werken en recreëren, zie Figuur 4.1 [36].

Bij gezondheidsbevordering gaat het bijvoorbeeld over ruimte voor bewegen, ontspannen en ontmoeten en aanbod van gezond voedsel in de nabije omgeving. Bij gezondheidsbescherming gaat het bijvoorbeeld over bescherming tegen hitte, luchtverontreiniging, overlast van geluid of geur, onveiligheid in de buurt of het verkeer, ziekteverwekkers en zeer zorgwekkende stoffen[10]. Kenmerken van een aantrekkelijke en prettige omgeving zijn aanwezigheid van groen en water, sociale cohesie en passende werkgelegenheid en toegankelijke voorzieningen (zorg, winkels, scholen, openbaar vervoer).

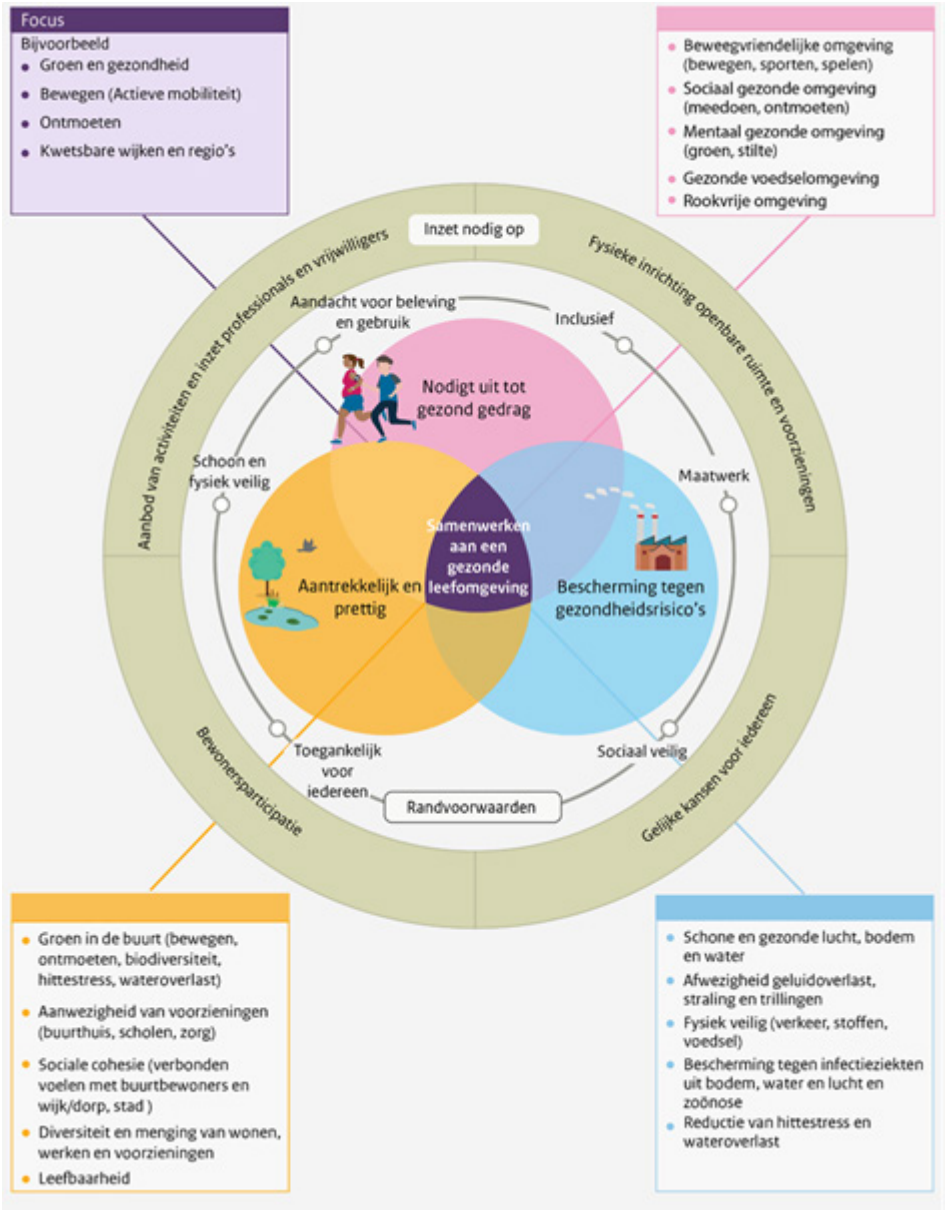
Voor meer informatie over gezonde leefomgeving verwijzen we naar het hoofdstuk over leefomgeving en klimaat in de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 (VTV) [33], en het narratief 'Gezondheid in Ruimte' [37].

In 2021 heeft het RIVM in opdracht van VWS een onderzoek uitgevoerd naar welke kennis en ondersteuning nodig zijn voor het werken aan een gezonde leefomgeving op lokaal en regionaal niveau. Daaruit bleek dat gezondheid nog vaak ondergeschikt is aan andere beleidsdoelen in de ruimtelijke afwegingen, mede doordat gezondheid een niet-genormeerde, 'zachte' waarde is. Voor het werken aan een gezonde leefomgeving zijn een duidelijke structuur, voldoende tijd, de juiste vaardigheden en een gedeelde visie vereist. Hoewel er veel kennis beschikbaar is, is deze vaak moeilijk vindbaar en niet altijd bruikbaar. Er is behoefte aan 'evidence based'-praktijkvoorbeelden, inzicht in effecten en handvatten voor het verankeren van gezondheid in omgevingsvisies en -plannen [38]. Het Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO), uitgevoerd door het RIVM en ZonMw in opdracht van VWS, wil voorzien in deze behoeften. Vanuit PGLO wordt nauw samengewerkt met GALA op het thema Gezonde leefomgeving.

Doel B van het GALA is een gezonde fysieke leefomgeving, die uitnodigt tot bewegen en ontmoeten. Om dit doel te bereiken zijn er twee beoogde resultaten geformuleerd [1]. Het eerste is dat gezondheidskennis over gezondheidsbevordering én gezondheidsbescherming wordt toegepast bij besluitvorming over de fysieke leefomgeving (zoals in omgevingsplannen). Het tweede beoogde resultaat is dat VWS en gemeenten inzetten op meer kennis en maatregelen om (kwetsbare) mensen zo goed mogelijk te beschermen

[10] Zeer Zorgwekkende Stoffen (ZZS) zijn stoffen die gevaarlijk zijn voor mens en milieu, omdat ze bijvoorbeeld de voortplanting belemmeren, kankerverwekkend zijn of zich in de voedselketen ophopen.

tegen hitte, allergieën, infectieziekten en uv-straling. Daarbij zijn diverse acties voor gemeenten en VWS geformuleerd.



Figuur 4.1 De gezonde leefomgeving [36].

Leeswijzer

Voor deze eerste rapportage van de GALA-monitor gaan we in dit hoofdstuk in op de eerste inzichten over het GALA. Op dit moment is het nog maar beperkt mogelijk om inzicht te krijgen in de voortgang van de beoogde resultaten. We gaan in op de analyse van de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden voor het thema Gezonde leefomgeving, bevindingen vanuit GALA-bijeenkomsten en gezonde leefomgeving in verschillende beleidsprogramma's (paragraaf 4.2). Vervolgens wordt in paragraaf 4.3 het Programma Gezonde Leefomgeving kort toegelicht, vanwege de directe (monitorings)input

voor het GALA. Tot slot reflecteren we op de eerste bevindingen en blikken we vooruit naar het vervolg van de monitoring (paragraaf 4.4).

In dit hoofdstuk wordt gebruikgemaakt van informatie uit eerder verschenen rapporten en GALA-bijeenkomsten zoals beschreven in Tekstbox 4.1. Omdat er momenteel in diverse trajecten gewerkt wordt aan (een update van) cijfers over gezonde leefomgeving (Programma Gezonde Leefomgeving, Narratief 'Gezondheid in Ruimte'), presenteren we in dit hoofdstuk geen cijfers over uitkomsten op dit thema.

Tekstbox 4.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling programma Gezonde Leefomgeving

- Negen bovenregionale GALA-bijeenkomsten, georganiseerd in maart en april 2024 vanuit het programma Gezonde Leefomgeving. Elke bijeenkomst had minimaal twintig deelnemers. Deelnemers waren vooral afkomstig uit het sociaal domein bij gemeenten. Ook waren er vertegenwoordigers vanuit GGD'en, VNG en VWS en maatschappelijke organisaties.

4.2 Stand van zaken beoogde resultaten van het GALA

Leefomgeving in de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden
Uit de eerdere analyse van de plannen van aanpak van zestig gemeenten blijkt dat de meeste gemeenten op hoofdlijnen plannen hebben geformuleerd over een gezonde fysieke leefomgeving. De plannen moesten toen nog verder uitgewerkt worden, meestal in samenhang met een nieuw te ontwikkelen omgevingsvisie. Gemeenten geven aan dat zij bijdragen aan een toegankelijk sport- en beweegaanbod voor een gezondere leefstijl door het voortzetten van bestaande initiatieven, zoals het aanleggen van fietspaden [3].

Ook geven gemeenten aan dat ze streven naar een versterkte integrale samenwerking tussen het sociaal domein (waaronder ook gezondheid) en het fysieke domein. Voorbeelden zijn onder meer het toekennen van een adviserende rol aan de GGD binnen de gemeentelijke omgevingsplannen, het aanstellen van een beleidsadviseur gezonde leefomgeving die betrokken is bij diverse domeinen, het gebruik van nieuwsbrieven voor bewustwording binnen andere gemeentelijke domeinen of het oprichten van een 'Werkgroep Omgevingsplan' met permanente participatie van het gezondheidsteam in het sociaal domein [3].

Bevindingen uit GALA-bijeenkomsten
Focusgroepen en gesprekken met gemeenteambtenaren en vertegenwoordigers van GGD'en tijdens de GALA-bijeenkomsten dit jaar, geven extra invulling en beeld over de praktijk. De resultaten uit de GALA-bijeenkomsten komen grotendeels overeen met de conclusies uit het eerdergenoemde RIVM-onderzoek [38]. Gezonde leefomgeving is een domeinoverstijgend onderwerp, waarvoor integraal werken noodzakelijk is tussen het fysieke en sociale domein. Integraal werken wordt belemmerd door het spreken van andere 'talen' in deze domeinen, en het hebben van andere belangen, prioriteiten en aandachtsgebieden. Daarnaast moet financiering voor een gezonde leefomgeving vaak

vanuit verschillende budgetten van deze domeinen komen. Verder is er vaak onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en borging. Het integraal samenwerken tussen het sociaal en het fysieke domein blijft daarmee een uitdaging.

De gesprekken met gemeenteambtenaren en vertegenwoordigers van GGD'en tijdens de GALA-bijeenkomsten laten zien dat er grote verschillen zijn tussen gemeenten in hoe en in welke mate ze aan een gezonde leefomgeving werken. Zo zijn met name in grotere gemeenten adviseurs Gezonde leefomgeving aangesteld. Deze gemeenten beschikken over het algemeen over meer middelen en capaciteit om gezondheid op te nemen in bredere beleidsambities. Dit is vaak anders voor kleinere gemeenten. Zij hebben vaak minder middelen beschikbaar en hebben eerder aandacht voor het thema Gezonde leefomgeving als er een urgente reden voor is dan vanuit vastgesteld beleid met langetermijn-doelen. Daarnaast hebben kleinere gemeenten meer adviseurs met een breed inhoudelijk werkpakket, soms domeinoverstijgend binnen één adviseur.

Aandacht voor gezonde leefomgeving in beleidsprogramma's en visies
Verschillende nationale beleidskaders besteden aandacht aan een gezonde leefomgeving. In de Omgevingswet die vanaf 2024 van kracht is, staan een gezonde en veilige leefomgeving centraal. De Omgevingswet geeft beleidsontwikkelaars, beleidsuitvoerders en beleidsbeslissers (onder wie bestuurders) mogelijkheden om samen met inwoners een gezonde leefomgeving te ontwikkelen en te handhaven. Als onderdeel van de nieuwe Omgevingswet, zijn in de Landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020-2024 (LNG) en in de uitvoeringsagenda Nationale Omgevingsvisie 2020-2024 (NOVI) ambities over een gezonde leefomgeving opgesteld. De ambitie uit de LNG is dat in 2024 gezondheid een vast onderdeel is van de belangenafweging in ruimtelijk beleid. Aanvullend is de ambitie dat er bij landelijke en decentrale beleidsontwikkeling meer verbinding zal zijn tussen het fysieke en het sociale beleidsdomein.

Andere relevante beleidskaders zijn de Nota Ruimte [39], het programma Mooi Nederland [40], het Nationaal Programma Leefbaarheid en veiligheid [34], het Nationaal Milieuprogramma [41], Groen in en om de Stad [42], en de Agenda Natuurinclusief [43].

4.3 Programma Gezonde Leefomgeving (PGLO)

Om een gezonde leefomgeving te kunnen realiseren, is het belangrijk dat gezondheid integraal wordt meegenomen in het ontwerp, de inrichting en het beheer van de leefomgeving. Dit vraagt om samenwerking tussen het fysieke, gezondheids- en sociaal domein. Het Programma Gezonde Leefomgeving van het ministerie van VWS heeft als doel professionals op lokaal en regionaal niveau te helpen om hieraan te kunnen (samen)werken.

Het programma Gezonde Leefomgeving loopt van juli 2023 tot en met december 2025 en wordt uitgevoerd door het RIVM en ZonMw. Het programma biedt kennis, handvatten en (overzichten van) praktisch toepasbare instrumenten. Denk aan principes en richtlijnen voor gezond

ontwerp en inrichting van de fysieke leefomgeving (vuistregels) voor thema's als Bewegen en groen, Leernetwerken voor kennisuitwisseling en samenwerking, inzicht in (maatschappelijke) kosten en baten van de gezonde leefomgeving en praktijkvoorbeelden.

In het kader van het Programma Gezonde Leefomgeving monitort het RIVM hoe in de praktijk wordt (samen)gewerkt aan een gezonde leefomgeving, en wat professionals in de lokale en regionale praktijk nodig hebben om daaraan te werken. Deze monitor bestaat uit een statusmeting (september 2024), een verdiepende meting (begin 2025) en een eindmeting (eind 2025). Met vragenlijstonderzoek, interviews en focusgroepen worden inzichten over het werken aan de gezonde leefomgeving en behoeften aan ondersteuning opgehaald. De resultaten van de statusmeting worden naar verwachting eind 2024 gepubliceerd.

4.4 Vervolg

De komende tijd worden voor de monitoring van het Programma Gezonde Leefomgeving verdere inzichten opgehaald bij professionals die in de lokale en regionale praktijk werken aan de gezonde leefomgeving. Het gaat om inzichten uit vragenlijstonderzoek, interviews, focusgroepen en leernetwerken. De resultaten daarvan worden in volgende rapportages van de GALA-monitor opgenomen. In de volgende rapportage kunnen ook de inzichten uit het nog te publiceren Narratief ‘Gezondheid in Ruimte’ worden benut [37].

5 Sociale basis

5.1 Inleiding

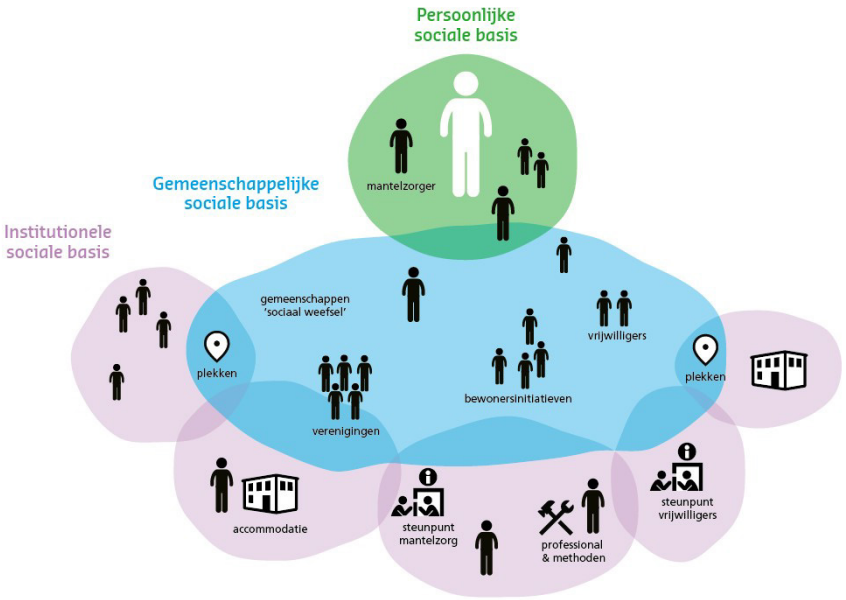
Definitie sociale basis
Volgens het GALA is de versterking van de sociale basis nodig in onzekere tijden waarin veel verandert, de sociale samenhang onder druk staat en mensen met financiële zorgen worden geconfronteerd. De sociale basis wordt hierbij gedefinieerd als "vrij toegankelijke formele en informele activiteiten en voorzieningen gericht op het elkaar ontmoeten en ondersteunen, ontplooien en ontspannen, die zorgen dat mensen kunnen samenleven en meedoen" [1].

In de praktijk is de definitie van de sociale basis echter niet eenduidig. Uit onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut onder twaalf gemeenten blijkt dat er zowel tussen als binnen gemeenten geen sprake is van een universele definitie voor de sociale basis [44]. De onderzoekers constateren ook dat niet alle deelnemende gemeenten 'sociale basis' letterlijk als term gebruiken in hun beleidsstukken.

De sociale basis wordt niet door de landelijke en lokale overheden opgelegd, maar ontstaat vanuit de samenleving [45]. Externe partijen kunnen de sociale basis wel stimuleren via beleid [44]. Om tot beleidsvorming te komen, is het belangrijk dat partijen dezelfde definitie gebruiken van de sociale basis. Als hulpmiddel bij het vaststellen wat de sociale basis inhoudt, hebben Movisie en het Verwey-Jonker Instituut het 'Gespreksmodel Sociale Basis' ontwikkeld [46]. Het gespreksmodel geeft verbindingen weer binnen de sociale basis in drie overlappende sferen: de persoonlijke, gemeenschappelijke en institutionele sfeer (Figuur 5.1).

De persoonlijke sociale basis omvat de inwoner en diens netwerk. In de gemeenschappelijke sociale basis gaat het om onderdeel zijn van allerlei vormen van gemeenschappen, van formele netwerken zoals verenigingen en informele verbanden zoals een wandelclub. De institutionele sociale basis bestaat onder andere uit accommodaties[11], collectieve voorzieningen, steunpunten voor mantelzorg en vrijwilligers en betaalde krachten.

[11] Bijvoorbeeld buurthuizen, bibliotheken, verenigingsgebouwen en gezondheidscentra [44]



Figuur 5.1 De verschillende sferen van de sociale basis [47].

Beoogde resultaten GALA
Doel C van het GALA is het versterken van de sociale basis. Daarbinnen beoogt het GALA onder andere dat gemeenten een sterke sociale basis faciliteren met het opstellen van een beleidsvisie en het uitvoeren van maatregelen [1]. Het uitgangspunt daarbij is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten, VWS en zorgverzekeraars. In het GALA zijn veertien acties geformuleerd voor gemeenten en VWS. Voor deze eerste rapportage informeren we over de stand van zaken van twee van deze geformuleerde acties: de beleidsvisie Sociale basis en de Aanpak van eenzaamheid. De aanpak voor psychosociale klachten wordt beschreven in hoofdstuk 12 Sociaal verwijzen.

Voor de beleidsvisie is in het GALA afgesproken dat elke gemeente deze uiterlijk in 2024 dient te hebben. Thema's die in de beleidsvisie Sociale basis aan de orde moeten komen, zijn sociale samenhang of samenlevingsopbouw, mantelzorg, het tegengaan van eenzaamheid, de inzet en ondersteuning van vrijwilligerswerk en professionals sociaal domein. Daarnaast is de bedoeling dat de beleidsvisie ingaat op gebiedsgerichte uitvoering en de wijze waarop op dorp-, kern-, wijk- of buurtniveau gepeild wordt wat er nodig is om het gebied te versterken [1, 48].

Voor de aanpak van eenzaamheid is in het GALA afgesproken dat gemeenten inzetten op de vijf pijlers van de lokale aanpak: bestuurlijk commitment, creëren van een sterk netwerk, betrokkenheid van mensen met gevoelens van eenzaamheid, werken aan een duurzame aanpak en monitoring en evaluatie. Het Rijk biedt hierbij met het programma 'Een tegen eenzaamheid' ondersteuning met adviseurs

vanuit BMC, een toolkit, inspiratiesessies en financiële middelen [49, 50].

Sociale basis in de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden
Volgens de analyses die het RIVM eerder dit jaar uitvoerde op een deel van de plannen van aanpak, zetten bijna alle zestig onderzochte gemeenten in op het versterken van de sociale basis [3]. In de meeste plannen komt de sociale basis ook terug onder andere GALA-thema's, zoals Mentale gezondheid en Gezondheidsachterstanden.

De helft van de onderzochte gemeenten formuleerde concrete acties in de plannen van aanpak voor het versterken van de sociale basis. De andere helft van de gemeenten geeft in de SPUK-plannen aan dat de te ondernemen acties nog in ontwikkeling zijn. Redenen hiervoor zijn dat deze gemeenten eerst de mogelijkheden binnen de gemeente en de behoeften van de doelgroep willen verkennen en/of dat bestaande sociale nota's en akkoorden nog herijkt moeten worden.

In de onderzochte plannen van aanpak noemen gemeenten vaak het onderwerp Eenzaamheid bij het versterken van de sociale basis [3]. Ook onder de thema's Mentale gezondheid en Vitaal ouder worden beschrijven gemeenten in de plannen dat zij aan het tegengaan van eenzaamheid willen werken. Voorgestelde initiatieven richten zich vaak op het signaleren van eenzaamheid, bestrijden van eenzaamheid en het faciliteren van contact tussen mensen.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beschrijft de stand van zaken voor twee van de veertien geformuleerde GALA-acties: de beleidsvisie Sociale basis en de Aanpak van eenzaamheid (paragraaf 5.2). Tot slot beschouwen we de stand van zaken en blikken we vooruit naar vervolg van de monitoring (paragraaf 5.3).

In Tekstbox 5.1 staan de gebruikte methoden voor dit hoofdstuk beschreven.

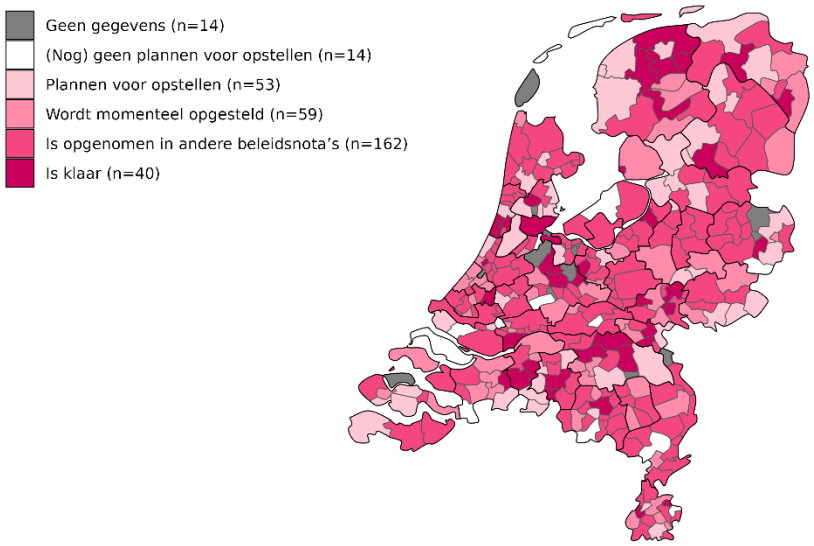
Tekstbox 5.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)
- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over sociale basis zijn ingevuld door 330 gemeenten (99%).

5.2 Stand van zaken geformuleerde acties

Beleidsvisie Sociale basis
Medio 2023 gaven de staatssecretaris van VWS en de minister voor Langdurige Zorg en Sport aan dat zij ondersteuning bieden bij het inrichten van een ondersteuningsprogramma voor de aanpak sociale- en pedagogische basis [51]. Als tussenstap is een position paper geschreven met een gezamenlijke kernboodschap door het ministerie van VWS, de VNG, Sociaal Werk Nederland, Mantelzorg NL, de Vereniging Nederlandse Organisaties Vrijwilligerswerk (de kerngroep Sociale basis), aangevuld door Movisie en het Verwey-Jonker Instituut

[45]. Hierin beschrijven deze partijen dat zij samenwerken aan een agenda met activiteiten voor de komende jaren en ontwikkelopgaven voor de langere termijn. Daaropvolgend is vanuit de kerngroep Sociale basis het initiatief genomen om een verandertheorie te ontwerpen, ondersteund door Movisie en het Verwey-Jonker Instituut [52]. De verandertheorie beschrijft wat formele partijen kunnen doen om de sociale basis te versterken en waarom (het aannemelijk is dat) dit werkt [52]. De verandertheorie kan gemeenten ondersteunen bij het maken van hun beleidsvisie. De komende jaren wordt de verandertheorie aangescherpt vanuit kennis uit de (lokale) praktijk over wat goed werkt.

In de vragenlijst van de GALA-monitor is aan gemeenten gevraagd naar de status van de beleidsvisie Sociale basis. In drie op de vijf gemeenten (60%) is de beleidsvisie Sociale basis klaar of opgenomen in beleidsnota's (Figuur 5.2). Andere gemeenten werken momenteel aan het opstellen van de beleidsvisie (18%) of hebben plannen om deze op te stellen (16%). Een klein deel van de gemeenten (4%) heeft (nog) geen plannen om de beleidsvisie Sociale basis op te stellen, vanwege beperkte beschikbaarheid van personeel/capaciteit en/of andere prioriteiten.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 5.2 Mate waarin gemeenten een beleidsvisie Sociale Basis hebben[12].

Aanpak van eenzaamheid
De staatssecretaris streeft ernaar dat alle gemeenten in 2025 werken met een lokale aanpak Eenzaamheid [49]. Voor het opzetten of versterken van de lokale aanpak Eenzaamheid zijn financiële middelen vanuit het GALA beschikbaar. Veel gemeenten willen aansluiten bij het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid en hebben hiertoe een succesvolle aanvraag ingediend voor SPUK-gelden [49].

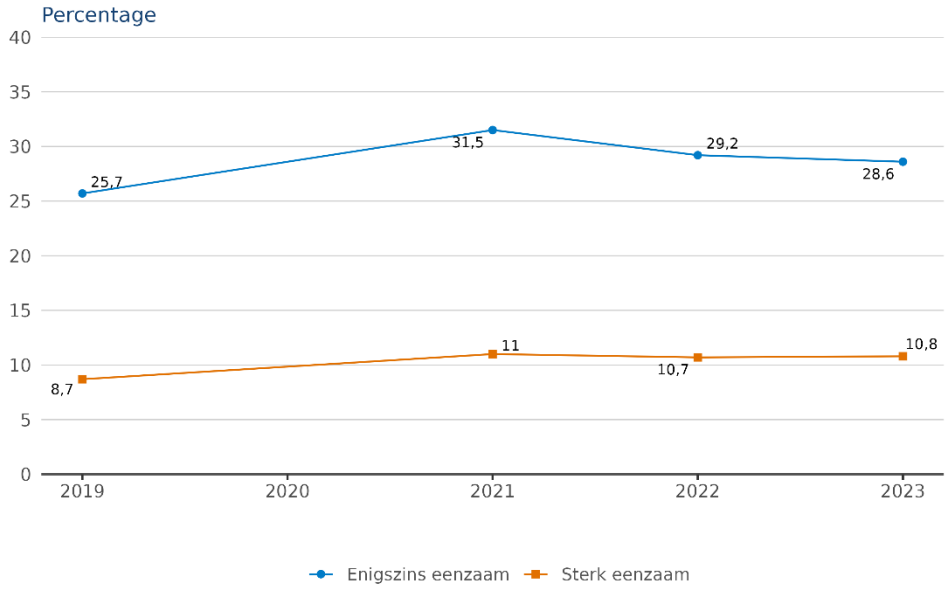
[12] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

In 2023 was driekwart van de gemeenten aangesloten bij Eén tegen eenzaamheid [53]. De jaarlijkse voortgangsrapportage Eén tegen eenzaamheid geeft inzicht in de voortgang van de lokale aanpak Eenzaamheid onder aangesloten gemeenten [49, 54]. Twee derde van de aangesloten gemeenten vulde in 2023 de jaarlijkse vragenlijst in. Gemeenten geven hierin aan dat zij veelvuldig gebruikmaken van de ondersteuning die vanuit het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid wordt geboden. Daarnaast heeft het merendeel van hen een lokale coalitie (83%) en betrekken zij mensen met gevoelens van eenzaamheid of hun vertegenwoordigers in het eenzaamheidsbeleid (61%) [53].

5.3 Cijfers over eenzaamheid

Deze paragraaf presenteert een aantal cijfers voor een van de thema's binnen de sociale basis, namelijk Eenzaamheid.

Uit cijfers van het CBS blijkt dat het percentage mensen van 15 jaar en ouder dat zich enigszins eenzaam voelt, steeg tussen 2019 en 2021 van 25,7 naar 31,5 procent (Figuur 5.3). In 2023 voelde 28,6 procent zich enigszins eenzaam. Het percentage personen dat zich sterk eenzaam voelt, steeg ook licht tussen 2019 en 2021, van 8,7 naar 11 procent. In 2023 voelde 10,8 procent zich sterk eenzaam.



Bron: Enquête Sociale Samenhang en Welzijn [55].
Zie VZinfo voor regionale informatie en Regiobeeld voor lokale cijfers.
Figuur 5.3 Percentage mensen van 15 jaar en ouder dat zich enigszins of sterk eenzaam voelt.

In 2021 voelde 12,4 procent van de jongeren van 12 t/m 16 jaar zich meestal of altijd eenzaam, in 2023 ligt het percentage iets lager met 11,4 procent [56].

Het percentage jongvolwassenen van 15 tot 25 jaar dat zich enigszins eenzaam voelt, steeg van 25,2 procent in 2019 naar 34,2 procent in 2023. Ook het percentage jongvolwassenen dat zich sterk eenzaam

voelt, steeg licht van 9 procent in 2019, naar 12,1 procent in 2022. In 2023 volgde een lichte daling naar 10,4 procent [55].

Het percentage ouderen van 75 jaar en ouder dat zich enigszins eenzaam voelt, steeg van 32,9 procent in 2019 naar 37,2 procent in 2021, waarna het licht daalde naar 33,8 procent in 2023. Het percentage ouderen dat zich sterk eenzaam voelt, varieerde licht tussen 8,8 procent in 2019 en 9,4 procent in 2022. In 2023 voelde 8,4 procent van de ouderen zich sterk eenzaam [55].

Bij de totale groep en afzonderlijke leeftijdsgroepen ligt het percentage eenzaamheid tijdens de coronapandemie (meetpunten 2021 en 2022) hoger dan in de andere jaren.

5.4 Beschouwing en vervolg

Met de GALA-monitor volgen we de ontwikkelingen van de sociale basis over tijd met vragenlijsten, beschikbare cijfers en informatie vanuit bestaande dataverzamelingen en rapporten. In deze eerste rapportage informeren we over de stand van zaken van twee van de veertien geformuleerde GALA-acties: de beleidsvisie Sociale basis en de Aanpak van eenzaamheid.

Uit de vragenlijst onder gemeenten blijkt dat bijna alle gemeenten een beleidsvisie Sociale basis hebben of bezig zijn met het opstellen daarvan. Slechts een klein deel van de gemeenten heeft (nog) geen plannen om een beleidsvisie Sociale basis op te stellen, meestal vanwege beperkte capaciteit of beschikbaarheid personeel en/of andere prioriteiten. In de vragenlijst onder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars is niet gevraagd naar hun bijdrage aan het versterken van de sociale basis.

Uit de jaarlijkse voortgangsrapportage ‘Eén tegen eenzaamheid’ blijkt dat driekwart van de gemeenten is aangesloten bij het actieprogramma Eén tegen eenzaamheid. Naar verwachting volgt eind 2024 een nieuwe voortgangsrapportage over Eén tegen eenzaamheid.

Vooruitblik
Het thema Sociale basis is nog volop in ontwikkeling. Om samen te leren en verder te komen op het versterken van de sociale basis ondersteunt Movisie gemeenten met kennis en sinds het najaar van 2024 met lerende praktijken [57, 58]. Om van de ambities op de sociale basis naar actie te komen, kan ook bij het GALA-leernetwerk van het RIVM worden aangesloten. In het leernetwerk is de stap richting actie namelijk een centraal thema. Voor een volgende rapportage volgen we de ontwikkelingen op het thema Sociale basis en verkennen we voor de andere GALA-acties (bijvoorbeeld mantelzorg) welke informatie we kunnen ophalen. Daarnaast gaan we na welke cijfers we voor de sociale basis in beeld kunnen brengen, in aanvulling op de cijfers over eenzaamheid.

6 Gezonde leefstijl

6.1 Inleiding

Ongezond gedrag is een belangrijke determinant van gezondheid. 14 procent van de ziektelast wordt toegeschreven aan gedrag [33]. Het GALA benoemt dan ook de urgentie om in te zetten op het bevorderen van een gezonde leefstijl, genoemd als doel D. Het GALA sluit voor het thema Gezonde leefstijl aan bij de doelen die gesteld zijn in het Nationaal Preventieakkoord (NPA) 'Naar een gezonder Nederland'. Het NPA is in 2018 opgesteld met als doel inwoners van Nederland gezonder te laten leven door roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik terug te dringen [59]. Hiervoor hebben meer dan zeventig partijen, waaronder maatschappelijke partijen, bedrijfsleven, zorgaanbieders, gemeenten en de Rijksoverheid ambities opgesteld voor 2040 en afspraken gemaakt om die ambities te halen. Doelen uit het NPA die ook in het GALA staan, zijn [1, pagina 20]:

- Een rookvrije generatie in 2040, waarbij kinderen en zwangere vrouwen niet meer roken en minder dan 5 procent van volwassenen rookt.
- Maximaal 38 procent van de Nederlanders heeft in 2040 overgewicht.
- De Nederlandse bevolking eet en drinkt op een wijze die bijdraagt aan een gezond gewicht en een gezond voedingspatroon, met de Schijf van Vijf als criterium.
- 75 procent van de Nederlandse bevolking voldoet aan de Beweegrichtlijn in 2040.
- Een daling van het aantal jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken naar 25 procent, een daling van overmatig en zwaar alcoholgebruik naar 5 procent, en een daling van het aantal zwangeren dat drinkt naar 2 procent.
- Ten minste 80 procent van de Nederlanders van 12 jaar en ouder kent de belangrijke (gezondheids)effecten van alcoholgebruik.
- 100 procent naleving vanaf 2030 van de leeftijdsgrens bij verstrekking van alcohol.

In het GALA is voor de afspraken uit het NPA de rol van gemeenten, VWS, zorgverzekeraars en de onderlinge samenwerking benoemd. Daarnaast wordt met het GALA nadere uitwerking gegeven aan specifieke onderwerpen van het NPA. Zo benoemt het GALA beoogde resultaten op het gebied van de aanpak van overgewicht en obesitas bij kinderen en volwassenen, het voorkomen en de vroegsignalering van middelengebruik en sport- en beweegparticipatie.

Uit een eerdere analyse van zestig gemeentelijke plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden bleek dat alle gemeenten het GALA-doel 'gezonde leefstijl' benoemen [3]. De plannen zijn in veel gevallen een voortzetting van een bestaand lokaal of regionaal preventieakkoord, het Sportakkoord, de gezondheidsagenda van de gemeente of andere lokale/regionale plannen. In een groot deel van de SPUK-plannen staat dat gemeenten activiteiten en programma's willen inrichten om een gezonde leefstijl te bevorderen. Bijvoorbeeld door beweging te

stimuleren en roken, problematisch alcoholgebruik, drugs of andere verslavende middelen terug te dringen. Het varieert tussen gemeenten in welke mate en op welk thema er al concrete uitvoeringsplannen liggen.

Om inzicht te geven in de ontwikkelingen in leefstijlkenmerken en de stand van zaken van de beoogde resultaten maakt dit hoofdstuk gebruik van bestaande databronnen en rapportages. Over het thema Gezonde leefstijl is voor deze eerste rapportage van de GALA-monitor nog geen informatie beschikbaar uit de vragenlijsten aan gemeenten en verzekeraars en de interviews onder gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en andere partijen en experts.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk bestaat uit twee delen. In het eerste deel staan cijfers over leefstijl centraal (paragraaf 6.2). De eerste drie subparagrafen gaan over de doelen van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Daarna volgt een subparagraaf met cijfers over drugsgebruik onder jongeren. Dit leefstijlkenmerk is geen onderdeel van het NPA, maar is in het GALA wel een thema waarop ingezet wordt.

Het tweede deel van dit hoofdstuk (paragraaf 6.3) gaat over beoogde resultaten op het gebied van gezonde leefstijl, zoals benoemd in het GALA. Hierbij wordt ingegaan op de stand van zaken op het gebied van het voorkomen en de vroegsignalering van middelengebruik en sport- en beweegparticipatie. De aanpak van overgewicht en obesitas aan de hand van de ketenaanpakken Kind naar Gezonder Gewicht en de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI) komt aan bod in hoofdstukken 10 en 11.

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf (6.4) die een samenvatting geeft van de bevindingen uit dit hoofdstuk. Ook wordt ingegaan op recente ontwikkelingen met mogelijke impact op de leefstijl. Tot slot geeft deze paragraaf een vooruitblik op monitoring van het GALA.

6.2 Bevindingen leefstijlkenmerken

Het RIVM heeft in de afgelopen jaren drie voortgangsrapportages uitgebracht om verslag uit te brengen over de uitvoering van de gemaakte afspraken van het NPA en om na te gaan in hoeverre roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik afnemen [60-62]. Ook bracht het RIVM begin 2024 een rapportage uit met doorrekeningen om de invloed van de NPA-afspraken op de drie leefstijlkenmerken te bepalen [63]. Bij deze doorrekening is gebruikgemaakt van informatie over de voortgang van de afspraken tot en met 2022.

Als vervolg op de eerdere voortgangsrapportages en de doorrekening worden in de hieronder volgende drie subparagrafen de meest recente beschikbare cijfers gepresenteerd over roken, overgewicht en alcoholgebruik. Nagegaan wordt wat de ontwikkeling[13] in de cijfers is vanaf 2018[14], het jaar waarin het NPA van start ging. De ambities

[13] Eventuele veranderingen in de cijfers over de periode 2018-2023 zijn niet statistisch getoetst.
[14] Of 2017 als er geen cijfer over 2018 beschikbaar is.

(streefcijfers) voor 2040 worden afgezet tegen de huidige cijfers. Net als in de eerdere voortgangsrapportages worden de ambities ook bekeken voor verschillende opleidingsgroepen[15]. Anders dan in de eerdere voortgangsrapportages is voor deze paragraaf niet nagegaan wat de voortgang van de NPA-afspraken is[16]. Waar relevant, wordt verwezen naar Kamerbrieven waarin de inspanningen staan beschreven die partijen tussen eind 2022 en begin 2024 hebben geleverd om aan de gemaakte NPA-afspraken te werken.

In de voorgangsrapportages van het RIVM zijn ontwikkelingen in de leefstijlkenmerken bekeken aan de hand van een aantal indicatoren. Deze indicatoren vormen ook de kerncijfers voor de GALA-monitor[17], aangevuld met één kerncijfer over drugsgebruik onder jongeren specifiek voor de GALA-monitor. Zie bijlage 1 voor de selectie van kerncijfers voor de GALA-monitor.

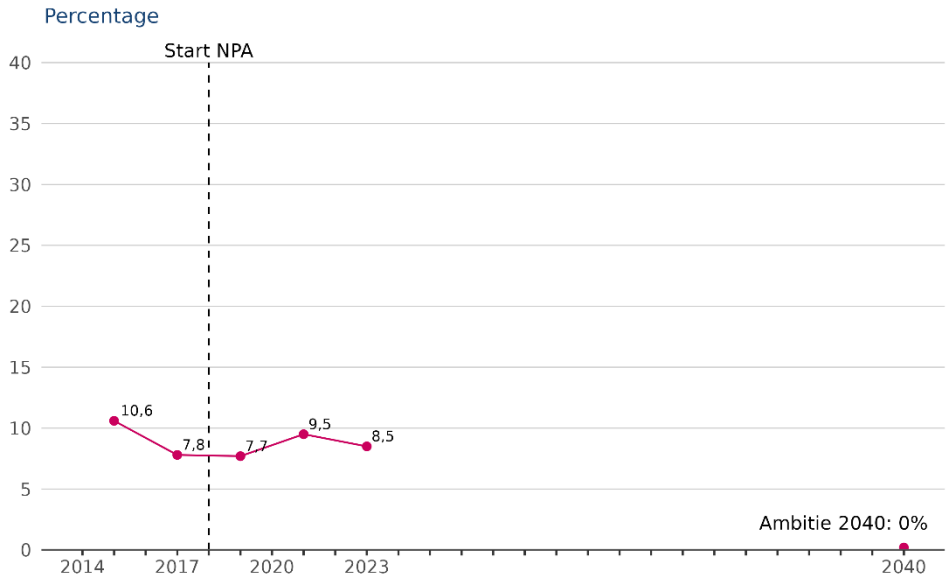
6.2.1 Roken

In het NPA zijn bij het deelakkoord 'Roken' drie ambities vastgelegd. Per ambitie komen hieronder de bijbehorende cijfers aan bod. Voor de inspanningen die partijen hebben geleverd op het gebied van roken vanuit het NPA verwijzen we naar eerder verschenen kamerbrieven [64, 65].

Roken onder jongeren

Voor 2040 is de ambitie dat geen enkele jongere meer rookt. In 2017 gaf bijna 8 procent van de jongeren (van 12 tot en met 16 jaar) aan dat ze in de afgelopen maand hadden gerookt. Het gaat hierbij om het roken van tabak. In 2023 was dat met 8,5 procent vergelijkbaar (Figuur 6.1).

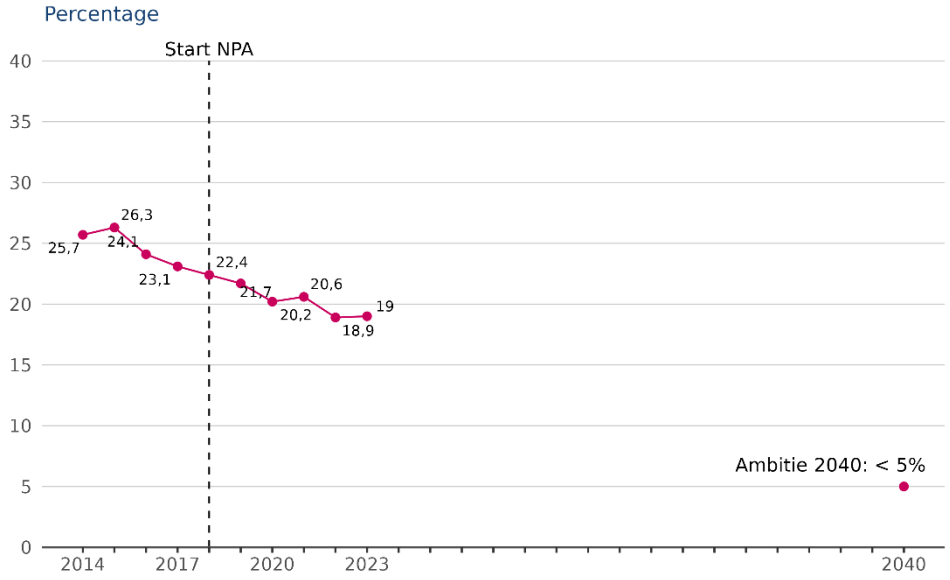
[15] Dit is gedaan voor volwassenen van 25 jaar en ouder.
[16] Dit viel buiten de opdracht van het ministerie van VWS aan het RIVM.
[17] Alleen een indicator over het aantal mensen met diabetes is achterwege gelaten, omdat deze indicator in de huidige vorm geen rekening houdt met demografische veranderingen en daarom niet geschikt is om ontwikkelingen in de tijd te volgen.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren en HBSC/Leefstijlmonitor [67].
Figuur 6.1 Percentage leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 16 jaar) dat in de afgelopen maand tabak gerookt heeft. Situatie 2015-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

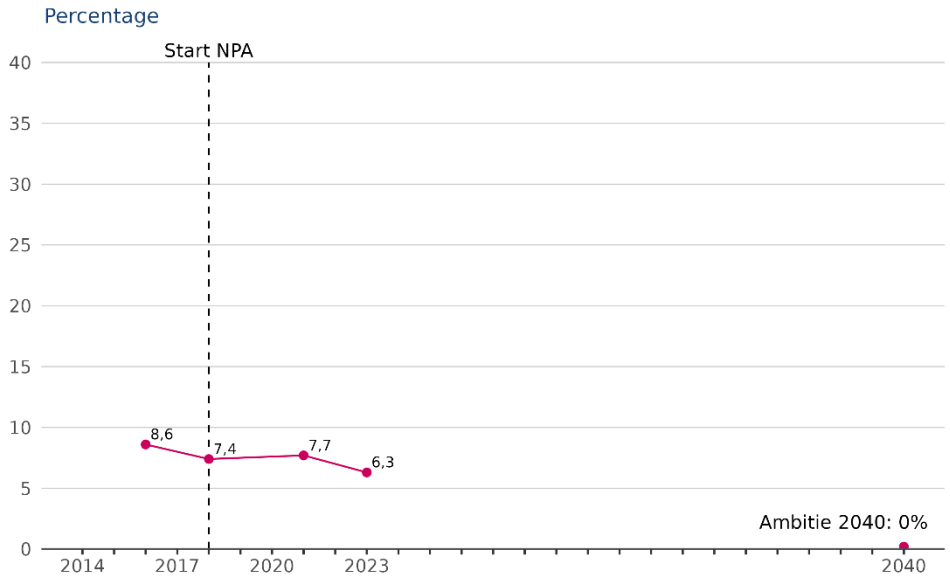
Roken onder volwassenen
Voor volwassenen is de ambitie dat in 2040 minder dan 5 procent van de inwoners van 18 jaar en ouder in Nederland rookt. In 2018, het jaar waarin het NPA is ondertekend, rookte 22,4 procent van de volwassenen in Nederland (Figuur 6.2). In 2023 rookte 19,0 procent van de volwassenen [68]. Het gaat hierbij om dagelijks roken of wel eens roken. Om de ambitie van 2040 te bereiken, is een verdere daling van het percentage rokers in de bevolking van 14 procentpunt nodig. Er zijn hierin verschillen tussen opleidingsgroepen. Bij mensen met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding is de grootste afname (19 procentpunt) nodig om het doel van 2040 te halen.[18] Bij mensen met een havo-/vwo-/mbo2-4-opleiding is dat 16 procentpunt en met een hbo-/wo-opleiding is dit 7 procentpunt. In het hoofdstuk 'Gezondheidsachterstanden' staan cijfers uit 2022 over roken per opleidingsgroep.

[18] De cijfers over opleidingsgroepen gaan over de bevolking van 25 jaar en ouder.



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor [69].
Zie VZinfo voor regionale informatie en Regiobeeld voor lokale cijfers.
Figuur 6.2 Percentage volwassenen (18 jaar en ouder) dat wel eens of dagelijks rookt. Situatie 2014-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

Roken onder zwangeren
De laatste ambitie voor roken is dat geen enkele zwangere vrouw in 2040 rookt. In 2018 rookte nog 7,4 procent van de zwangere vrouwen op enig moment tijdens de zwangerschap (Figuur 6.3). In 2023 was dit 6,3 procent.



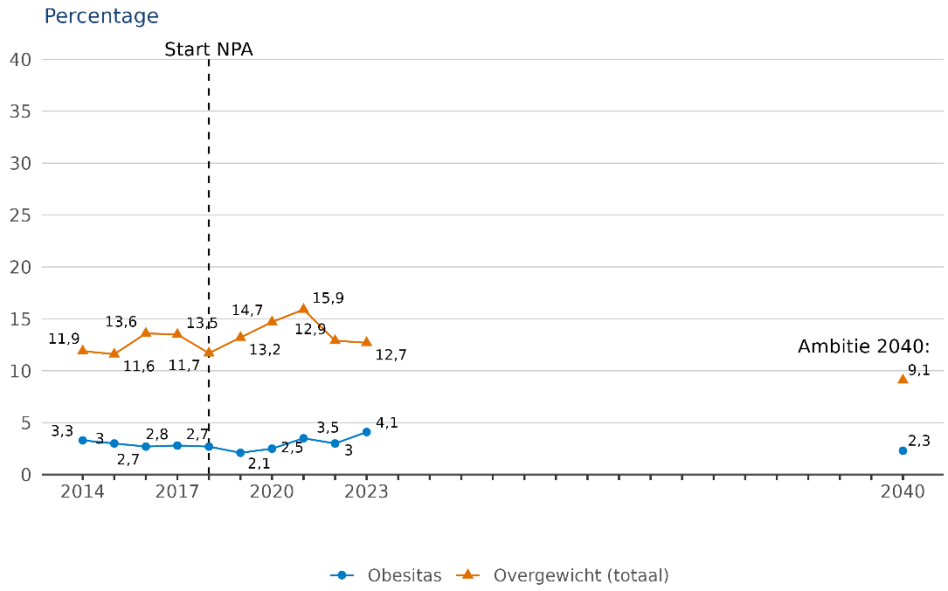
Bron: Monitor Middelengebruik en Zwangerschap [70].
Figuur 6.3 Percentage zwangere vrouwen dat tijdens de zwangerschap (op enig moment) rookt. Situatie 2016-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

6.2.2 *Overgewicht*

De partijen van het NPA hebben ook drie ambities opgesteld over het terugdringen van overgewicht en obesitas. Inspanningen van partijen om aan de NPA-afspraken op het gebied van overgewicht te werken, staan beschreven in eerder verschenen kamerbrieven [65, 71].

Overgewicht onder kinderen en jongeren

De eerste ambitie is het terugbrengen van het percentage kinderen en jongeren (4-18 jaar) met overgewicht tot maximaal 9,1 procent in 2040 en met obesitas tot maximaal 2,3 procent. In 2023 was het percentage 4-18-jarigen met overgewicht (12,7%), vergelijkbaar met 2018 toen het NPA van start ging (11,7%). Om het doel voor 2040 te halen, moet het percentage kinderen en jongeren met overgewicht met 3,6 procentpunt dalen. In 2023 had 4,1 procent van de 4-18-jarigen obesitas. In 2018 was het 2,7 procent, zie Figuur 6.4. Obesitas onder kinderen en jongeren is dus vanaf 2018 niet afgenomen. Vanaf 2023 is een afname van 1,8 procentpunt nodig om het voor 2040 gestelde doel te halen.



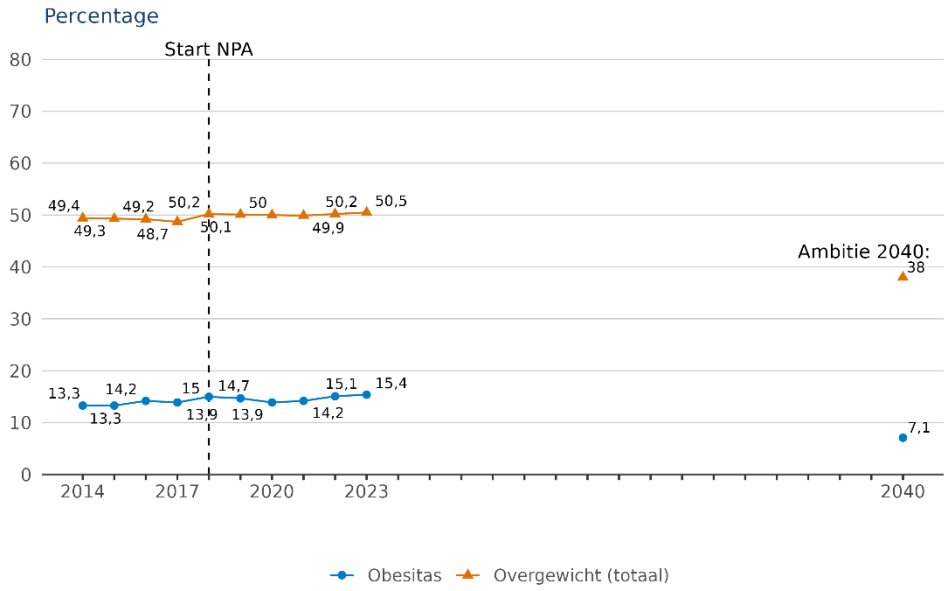
Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor [69].

Figuur 6.4 Percentage 4-18-jarigen met overgewicht en/of obesitas. Situatie 2014-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

Overgewicht onder volwassenen

De tweede ambitie is om het percentage volwassenen met overgewicht terug te brengen tot 38 procent in 2040 en het percentage volwassenen met obesitas tot 7,1 procent. Tussen 2018 en 2023 is het percentage volwassenen met overgewicht ongeveer gelijk gebleven (50%). Dat geldt ook voor het percentage volwassenen met obesitas (15%), zie Figuur 6.5. Om de ambitie van 2040 te bereiken, is een daling van het percentage volwassenen met overgewicht van 12 procentpunt nodig. Voor obesitas is een daling van ongeveer 8 procentpunt nodig. In de afnames die nodig zijn om de ambities te halen, zijn verschillen tussen opleidingsgroepen. Bij mensen met po-/vmbo-/mbo-1-opleiding is een afname van 24 procentpunt in overgewicht en 14 procentpunt in

obesitas nodig om het doel voor 2040 te halen.[19] Bij mensen met een havo-/vwo-/mbo2-4-opleiding is het voor overgewicht 20 procentpunt en voor obesitas 13 procentpunt. Bij mensen met een hbo-/wo-opleiding is dit respectievelijk 5 procentpunt en 4 procentpunt. In het hoofdstuk 'Gezondheidsachterstanden' staan de cijfers uit 2022 over overgewicht per opleidingsgroep.



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor [69].
Zie VZinfo (overgewicht en obesitas) voor regionale informatie en Regiobeeld voor lokale cijfers.
Figuur 6.5 Percentage volwassenen (18 jaar en ouder) met overgewicht en/of obesitas. Situatie 2014-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

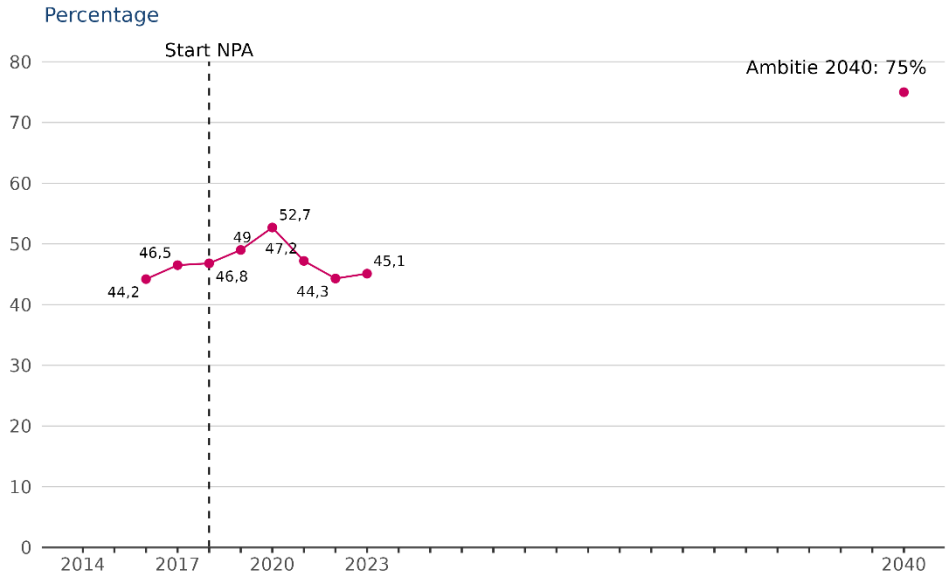
6.2.3 *Sporten en bewegen*

In het NPA zijn ook afspraken gemaakt om mensen meer in beweging te krijgen. Het doel is dat 75 procent van de inwoners van Nederland in 2040 beweegt volgens de Nederlandse Beweegrichtlijn. De Nederlandse Beweegrichtlijn betekent voor volwassenen en ouderen: minstens 150 minuten per week matig intensieve activiteiten en minstens twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten. Voor ouderen worden deze activiteiten aangevuld met balansoefeningen. Voor kinderen van 4-18 jaar betekent de richtlijn minstens één uur per dag matig intensieve activiteiten en minstens drie keer per week spier- en botversterkende activiteiten.

In 2023 bewoog 45,1 procent van de inwoners van Nederland van 4 jaar en ouder volgens de Beweegrichtlijn (Figuur 6.6). Hiermee is het percentage mensen dat beweegt volgens de richtlijn ongeveer gelijk aan dat in 2018 (46,8%). Om het doel voor 2040 te bereiken, is een toename van 30 procentpunt nodig van het percentage mensen dat beweegt volgens de richtlijn. Hierin zijn verschillen tussen opleidingsgroepen. Bij mensen met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding is de grootste toename (42 procentpunt) nodig om het doel van 2040 te

[19] De cijfers over opleidingsgroepen gaan over de bevolking van 25 jaar en ouder.

halen.[20] Bij mensen met een havo-/vwo-/mbo2-4-opleiding is dat 35procentpunt en met een hbo-/wo-opleiding is dit 24 procentpunt. Cijfers over bewegen onder 65-plussers staan in het hoofdstuk Vitaal ouder worden (Hoofdstuk 8).



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor [69].
Zie VZinfo voor regionale informatie en Regiobeeld voor lokale cijfers.
Figuur 6.6 Percentage mensen (4 jaar en ouder) dat voldoet aan de Nederlandse Beweegrichtlijn. Situatie 2014-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

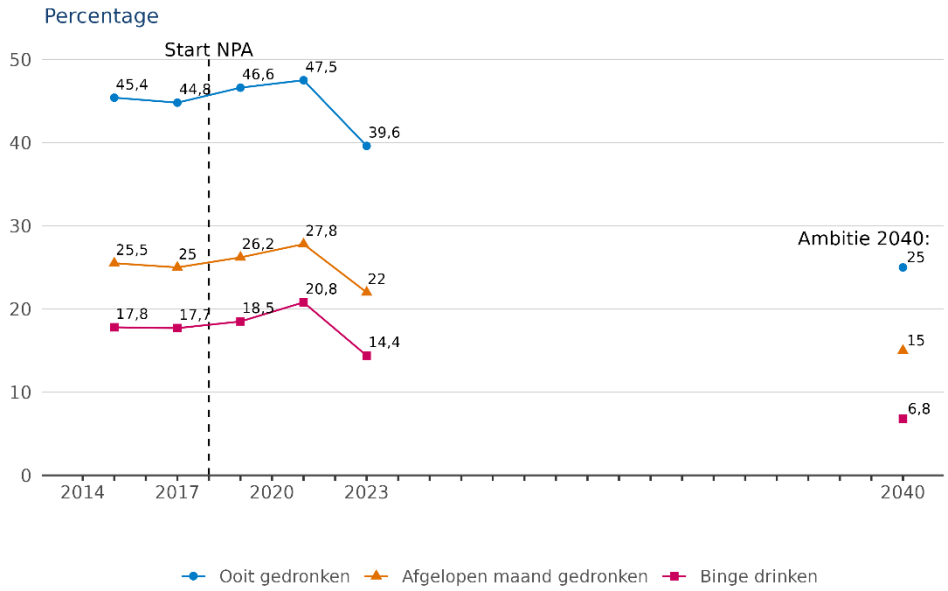
6.2.4 *Problematisch alcoholgebruik*

De partijen binnen het deelakkoord 'Problematisch alcoholgebruik' hebben vier ambities uitgesproken. Inspanningen om aan die ambities te werken, staan beschreven in eerder verschenen Kamerbrieven [65, 72].

Alcoholgebruik onder jongeren onder de 18 jaar

Voor jongeren onder de 18 jaar is de ambitie vanuit het NPA dat in 2040 maximaal 25 procent van de scholieren ooit alcohol heeft gedronken, maximaal 15 procent de afgelopen maand heeft gedronken en maximaal 7 procent in de afgelopen maand weleens vijf glazen of meer bij één gelegenheid heeft gedronken (binge drinken). In 2017 waren deze cijfers achtereenvolgens 44,8, 25,0 en 17,7 procent. In 2023 lagen de cijfers lager, namelijk respectievelijk 39,6, 22,0 en 14,4 procent (Figuur 6.7). De cijfers gaan over jongeren van 12 tot en met 16 jaar oud. Voor het aandeel jongeren dat ooit alcohol heeft gedronken, moet nog een daling van 14,6 procentpunt plaatsvinden om de ambitie te halen. Voor alcohol drinken in de afgelopen maand en binge drinken moet nog een afname van ongeveer 7 procentpunt plaatsvinden.

[20] De cijfers over opleidingsgroepen gaan over de bevolking van 25 jaar en ouder.

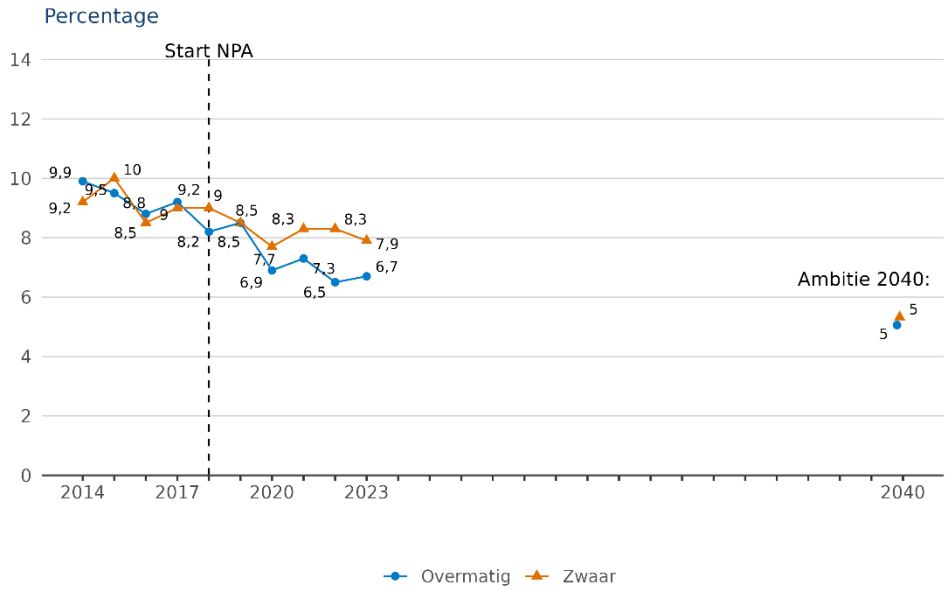


Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren en HBSC/Leefstijlmonitor [73, 74].
Zie VZinfo voor regionale informatie.
Figuur 6.7 Percentage jongeren (12 tot en met 16 jaar) dat ooit alcohol heeft gedronken, dat in de afgelopen maand heeft gedronken en dat in de afgelopen maand weleens vijf glazen of meer bij één gelegenheid heeft gedronken. Situatie 2015-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

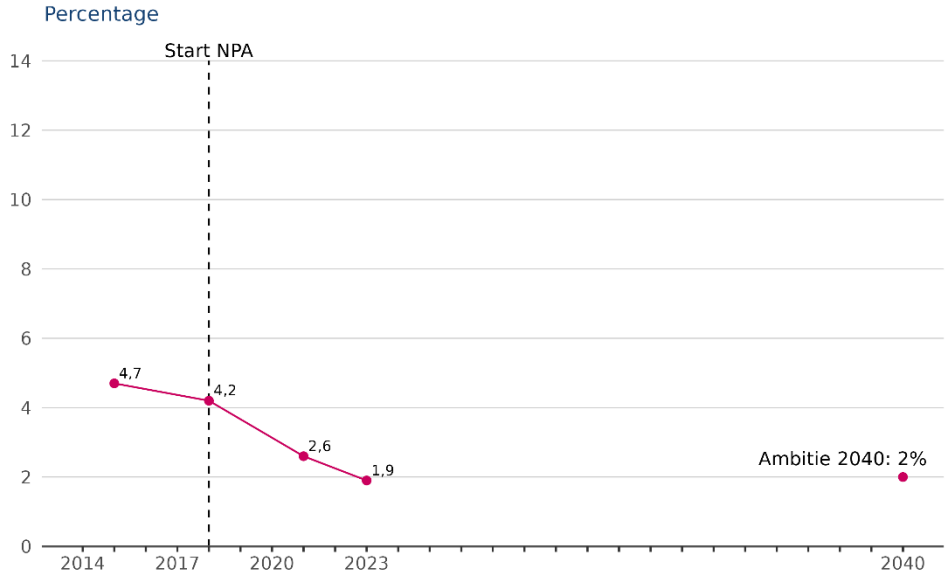
Overmatig en zwaar drinken onder volwassenen
De ambitie is om het percentage Nederlanders van 18 jaar en ouder dat overmatig drinkt[21], terug te brengen tot 5 procent in 2040. Ook het percentage volwassenen dat zwaar drinkt[22], moet dalen tot 5 procent. Het percentage overmatige drinkers was in 2018 8,2 procent. In 2023 lag het percentage op 6,7 procent (zie Figuur 6.8). Het percentage zware drinkers was in 2018 9,0 en 7,9 procent in 2023 [75] (Figuur 6.8). Om de ambities van 2040 te bereiken, is voor overmatig drinken een daling van 1,7 procentpunt nodig en voor zwaar drinken een daling van 2,9 procentpunt. Hierin zijn nagenoeg geen verschillen tussen opleidingsgroepen.

Alcoholgebruik onder zwangeren
Voor alcoholgebruik onder zwangeren is de ambitie om het percentage vrouwen dat alcohol drinkt, terwijl zij weten dat zij zwanger zijn, te laten dalen tot maximaal 2 procent in 2040. Uiteindelijk is het streven om te komen tot 0 procent alcoholgebruik tijdens de zwangerschap. In 2018 dronk 4,2 procent van de zwangere vrouwen alcohol (inclusief een paar slokjes), terwijl ze wisten dat ze zwanger waren (Figuur 6.9). In 2023 was dat 1,9 procent.

[21] Overmatig drinken: meer dan 21 glazen alcohol per week (mannen) of meer dan 14 glazen alcohol per week (vrouwen).
[22] Zwaar drinken: minstens 1 keer per week 6 of meer glazen alcohol op één dag (mannen) of minstens 1 keer per week 4 of meer glazen alcohol op één dag (vrouwen).



Bron: Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor [69].
Zie VZinfo voor regionale informatie en Regiobeeld voor lokale cijfers.
Figuur 6.8 Percentage volwassenen (18 jaar en ouder) met overmatig alcoholgebruik en met zwaar alcoholgebruik. Situatie 2014-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

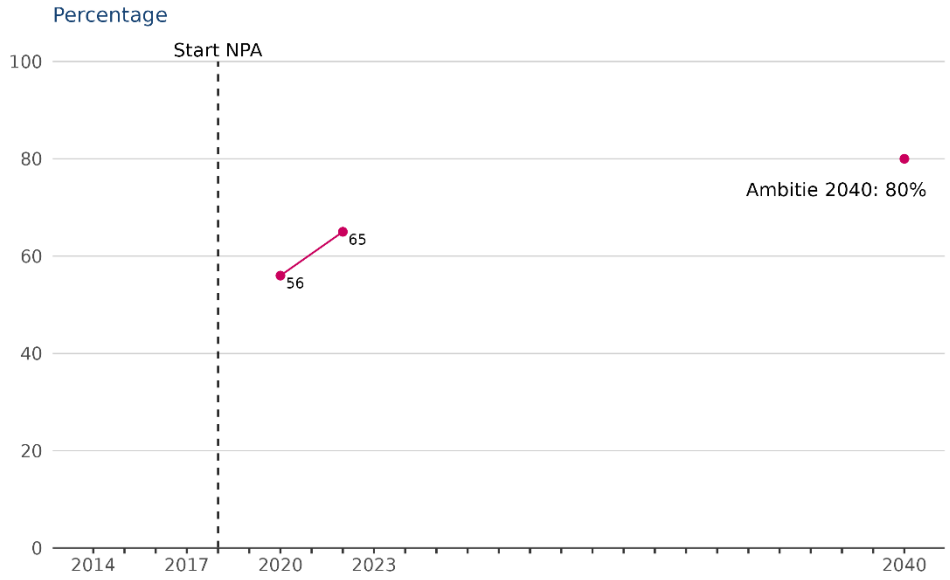


Bron: Monitor Middelengebruik en Zwangerschap [70].
Figuur 6.9 Percentage zwangere vrouwen dat tijdens de zwangerschap (op enig moment) alcohol drinkt. Situatie 2015-2023 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

Kennis van effecten van alcoholgebruik

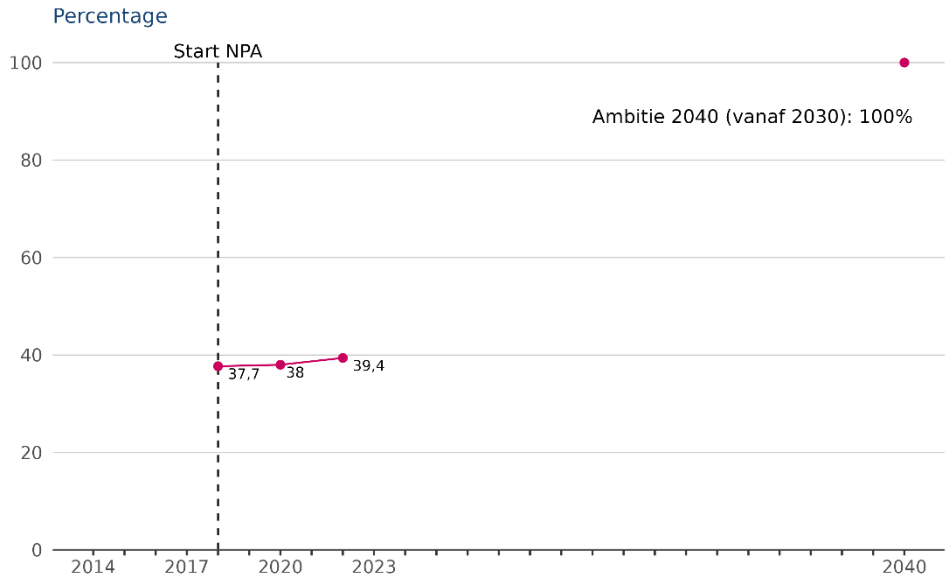
De laatste ambitie van het deelakkoord 'Problematisch alcoholgebruik' is dat 80 procent van de Nederlanders van 12 jaar en ouder belangrijke (gezondheids)effecten van (problematisch) alcoholgebruik kent. In 2020 wist 56 procent van de volwassenen dat de richtlijn 'drink niet of niet

meer dan 1 glas alcohol per dag, ongeacht je geslacht' luidt. In 2022 was dat 65 procent (Figuur 6.10).



Bron: Kennismonitor Alcohol [76].
Figuur 6.10 Percentage mensen (12 jaar en ouder) dat belangrijke (gezondheids)effecten van (problematisch) alcoholgebruik kent. Situatie 2018-2022 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

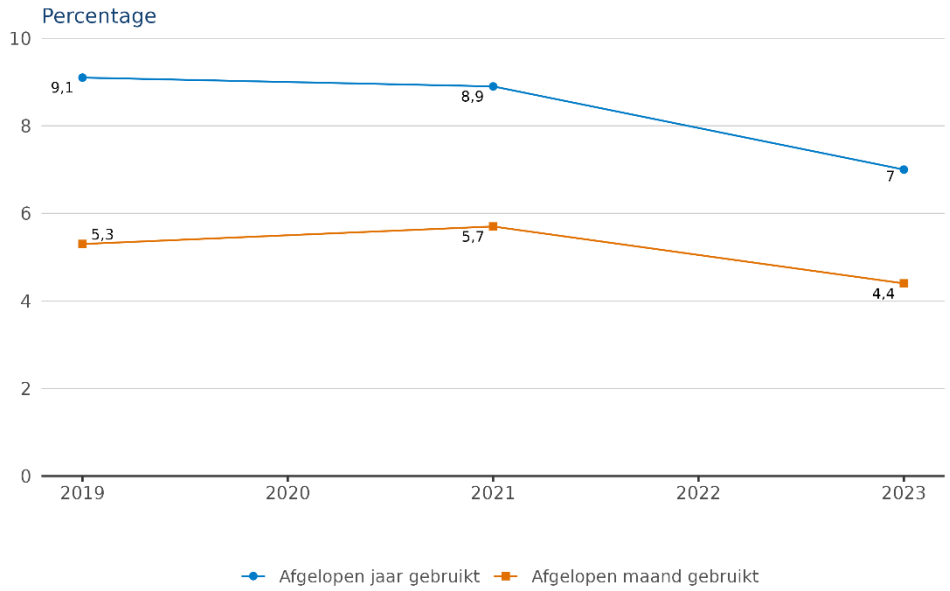
Naleving leeftijdsgrens bij verstrekking van alcohol
In het NPA zijn verschillende afspraken gemaakt om de naleving van de leeftijdsgrens bij het verstrekken van alcohol en het niet-verstrekken van alcohol bij dronkenschap te verbeteren. Hieraan zijn drie doelstellingen gekoppeld, waarvan er één in het GALA is opgenomen. Bij dit doel is het streven om 100 procent naleving van de leeftijdsgrens bij verstrekking van alcohol te bereiken vanaf 2030. Bureau Objectief heeft de mate waarin de leeftijdsgrens wordt nageleefd, onderzocht voor allerlei soorten verkooppunten, zoals horecagelegenheden, supermarkten, bezorgdiensten en webshops. Er is een totaalcijfer berekend over alle soorten verkooppunten. In 2022 lag het percentage verkooppunten dat de leeftijdsgrens naleeft op 39,4 procent (Figuur 6.11) [77]. In 2018 was dit 37,7 procent.



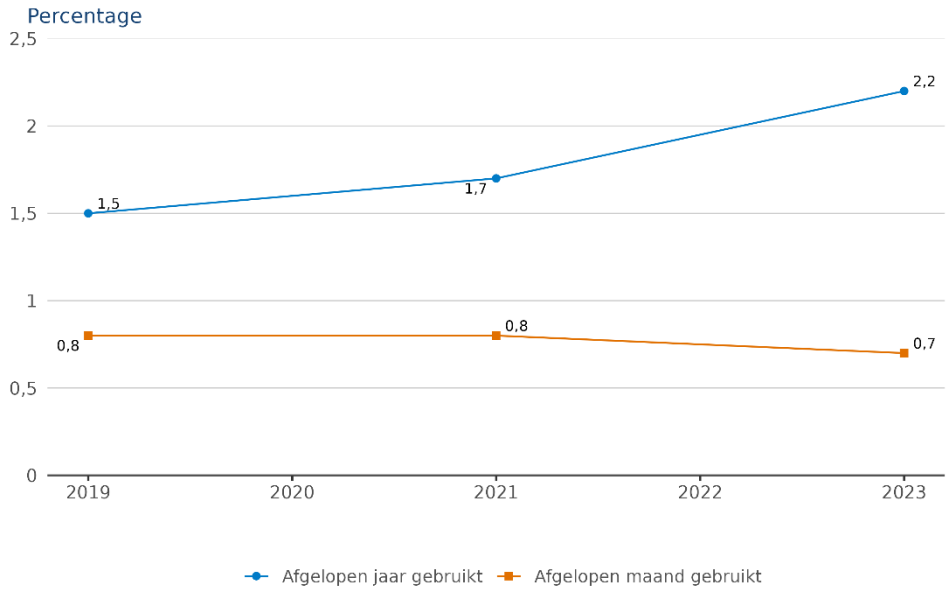
Bron: Landelijk onderzoek naleving leeftijdsgrens bij de verkoop van alcohol en tabak [77].
Figuur 6.11 Totale gewogen nalevingscijfer. Situatie 2018-2022 en de ambitie voor 2040 in het Nationaal Preventieakkoord.

6.2.5 *Drugsgebruik onder jongeren*

In 2023 heeft 7,0 procent van de jongeren in het afgelopen jaar cannabis gebruikt. Dat percentage lijkt de afgelopen jaren weinig veranderd te zijn (Figuur 6.12). Het gebruik van xtc onder jongeren ligt lager (Figuur 6.13). In 2023 heeft 2,2 procent in het afgelopen jaar xtc gebruikt.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren en HBSC/Leefstijlmonitor [78].
Figuur 6.12 Percentage leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 16 jaar) dat cannabis heeft gebruikt in de afgelopen maand en/of het afgelopen jaar.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren en HBSC/Leefstijlmonitor [79].
Figuur 6.13 Percentage leerlingen in het voortgezet onderwijs (12 tot en met 16 jaar) dat xtc heeft gebruikt in de afgelopen maand en/of het afgelopen jaar.

6.3 Bevindingen beoogde resultaten uit het GALA

Deze paragraaf gaat over de beoogde resultaten op het gebied van het voorkomen en de vroegsignalering van middelengebruik en over de beoogde resultaten op het gebied van sport- en beweegparticipatie die in het GALA staan. In het GALA worden ook beoogde resultaten genoemd op het gebied van overgewicht en obesitas.
De hoofdstukken over de ketenaanpak GLI (hoofdstuk 11) en de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (hoofdstuk 10) gaan in op de activiteiten op dit vlak.

Voorkomen en vroegsignalering middelengebruik
Rondom het voorkomen en de vroegsignalering van middelengebruik (roken, alcohol en drugs) zijn de volgende beoogde resultaten geformuleerd:

- Er wordt actief ingezet op het voorkomen van het gebruik van alcohol, tabak en drugs door jongeren.
- Er is netwerksamenwerking voor vroegsignalering alcoholproblematiek.

Het eerste beoogde resultaat op het gebied van middelengebruik is breed geformuleerd en lastig te kwantificeren. Inspanningen op dit gebied staan beschreven in de Kamerbrief bij de doorrekening van het NPA [65]. Uit een analyse van de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden bleek dat veel gemeenten de intentie hebben om activiteiten of programma's in te richten om roken, problematisch alcoholgebruik en drugsgebruik terug te dringen [3]. Veel van deze activiteiten of programma's zijn gericht op jongeren. Zo geven meerdere gemeenten in de plannen aan dat ze in 2024 aan de slag gaan met Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO): een aanpak waarbij

gemeenten in samenwerking met lokale partners, zoals GDD, verslavingszorg, welzijnswerk en onderwijs, werken aan het terugdringen van roken, alcohol- en drugsgebruik onder jongeren. Volgens het Trimbos-instituut werkten in februari 2024 46 gemeenten met de aanpak OKO [80]. Gemeenten lijken dus op dit beoogde resultaat in te zetten, vaak als voortzetting van bestaande preventieakkoorden of andere lokale of regionale plannen.

Over het tweede beoogde resultaat rondom middelengebruik doet het Nivel vanuit de monitor Vroegsignalering alcoholproblematiek 2023-2024 onderzoek. Dit onderzoek gaat over het signaleringsgedrag naar riskant alcoholgebruik van eerste- en tweedelijnszorgverleners en studentenpsychologen [81]. Deze monitor gaat echter niet in op eventuele netwerksamenwerkingen voor vroegsignalering. Uit de plannen van aanpak blijkt dat gemeenten hierbij nog in de verkenningsfase zaten [3].

Sport- en beweegparticipatie
Over sport- en beweegparticipatie zijn de volgende beoogde resultaten geformuleerd in het GALA:

- Gemeenten zetten lokaal extra in op de verbinding tussen sport & bewegen, cultuur, gezondheid & preventie en de sociale basis.
- Zo veel mogelijk Nederlanders bereiken met het sport- en beweegaanbod, met als doel sporten en bewegen een vanzelfsprekend onderdeel uit te laten maken van het leven van iedere Nederlander.

Uit verschillende onderzoeken van het Mulier Instituut blijkt dat op lokaal niveau over het algemeen de verbinding tussen sport en bewegen en andere thema's van het GALA en de SPUK-regeling gemaakt lijkt te worden [82-84]. Zo namen in 2023 alle 342 gemeenten deel aan de Brede Regeling Combinatiefuncties (BRC), ten opzichte van 99 procent in voorgaande jaren [82]. Een belangrijk doel van deze regeling is een sterke verbinding tussen sport, bewegen en cultuur met andere domeinen en programma's (onderwijs, gezondheid, zorg, welzijn en sociale zaken/armoede en schulden) [85]. In alle gemeenten blijken BRC-functionarissen inderdaad de verbinding te hebben gemaakt met één of meerdere domeinen, voornamelijk met primair onderwijs (99%), sportaanbieders (99%), welzijn (95%), gezondheidszorg (93%) en de buurt (90%), maar ook domeinen als armoede/schulden en fysieke leefomgeving [82]. Het aandeel BRC-functionarissen dat de verbinding maakt met de domeinen Welzijn, Gezondheidszorg en De buurt is toegenomen ten opzichte van 2022.

Eén van de functieprofielen binnen de BRC-functionarissen betreft de coördinator sport en preventie (CSP). De opdracht van de CSP is onder andere om de verbinding te maken tussen het lokale netwerk van sport en de bredere ambitie voor sport, bewegen, gezondheid, preventie en sociale basis [86]. CSP's blijken zich in te zetten voor vele GALA-doelstellingen: 75 procent zet zich in voor drie of meer GALA-doelstellingen en 28 procent voor alle zes de GALA-doelstellingen. CSP's zetten zich voornamelijk in voor een gezonde leefstijl (79%) en vitaal ouder worden (71%) [83]. Door CSP's wordt op lokaal niveau op

verschillende manieren invulling gegeven aan de verbinding tussen sport en preventie en andere domeinen. Dit gebeurt onder andere door het aansluiten bij en organiseren van overleggen of contact te zoeken met beleidsadviseurs van andere domeinen of werkgroepen als GALA, SPUK-regeling of preventie en gezondheid [23].

Het is nog onduidelijk in hoeverre het tweede beoogde resultaat (het bereiken van zoveel mogelijk Nederlanders) is behaald. Vanuit het Mulier Instituut zijn wel gegevens beschikbaar over de inzet van buurtsportcoaches en de mate waarin door BRC-functionarissen op bepaalde leeftijdsgroepen en andere doelgroepen wordt ingezet. De BRC heeft namelijk ook als doel om meer kinderen, jongeren en volwassenen te laten sporten, bewegen en mee te laten doen aan cultuur [85]. BRC-functionarissen blijken vooral ingezet te worden voor kinderen (93%), jongeren (81%) en ouderen (80%) [82]. Daarnaast blijkt dat de meeste BRC-functionarissen zich inzetten voor specifieke doelgroepen. Dat zijn voornamelijk mensen met een achterstand in sport- en beweegdeelname (79%), mensen met een beperking, chronische aandoening of gedragsproblematiek (77%) en mensen met laag inkomen/lage sociaaleconomische status/armoede (72%). Ten opzichte van 2022 wordt meer ingezet op mensen met een laag inkomen/lage sociaaleconomische status/armoede.

6.4 Beschouwing en vervolg

Ontwikkeling in leefstijl tot nu toe
Kijkend naar de periode 2018-2023, lijkt roken onder volwassenen gestaag te zijn afgenomen, evenals alcoholgebruik onder jongeren en zwangeren. Ook alcoholgebruik (overmatig drinken) onder volwassenen lijkt iets te zijn afgenomen. Bij overgewicht en obesitas is geen daling te zien. Ook het percentage jongeren dat rookt is vanaf 2018 niet afgenomen. Drugsgebruik onder jongeren is de afgelopen jaren stabiel.

Als de huidige cijfers over leefstijlkenmerken afgezet worden tegen de streefcijfers (ambities) die voor het NPA zijn opgesteld [59], is te zien dat er de komende vijftien jaar nog een grote afname in roken, overgewicht/obesitas en problematisch alcoholgebruik moet plaatsvinden om de doelen voor 2040 te halen. Wanneer we naar verschillende opleidingsgroepen kijken, zien we dat bij mensen met een po-/vmbo-/mbo1-opleiding grotere afnames moeten plaatsvinden om de ambities te halen. Bij alcoholgebruik onder zwangeren ligt het cijfer voor 2023 (1,9%) rond het streefcijfer (2%).

Overigens is het goed om te beseffen dat de cijfers over leefstijl uit vragenlijstonderzoek schattingen zijn van de werkelijke situatie. Daarom kunnen cijfers ook wat fluctueren zonder dat het om echte veranderingen gaat. Een andere opmerking bij de cijfers is dat de coronapandemie de cijfers van 2020 en 2021 (mogelijk) heeft beïnvloed. De corona-epidemie kan tot veranderingen in gedrag hebben geleid, maar de coronamaatregelen hebben ook de dataverzameling zelf beïnvloed.

Toekomstige ontwikkeling leefstijl
Het RIVM bracht begin 2024 een rapportage uit met doorrekeningen om de invloed van de NPA-afspraken op de drie leefstijlkenmerken te bepalen [63]. Bij deze doorrekeningen zijn de cijfers over leefstijlkenmerken doorgetrokken naar het jaar 2040 en daarbij is de verwachte invloed van het NPA berekend. De doorrekening laat zien dat de NPA-afspraken over het algemeen in gunstige richting invloed hebben op de leefstijlkenmerken, maar dat de ambities van het NPA voor 2040 niet worden bereikt.

Volgens de doorrekening van het RIVM is er de komende jaren een afname in roken te verwachten, deels door de NPA-afspraken [63]. In de berekening is vapen[23] onder jongeren echter niet meegenomen. Toen het NPA werd afgesloten was vapen nog niet zo bekend en zijn er geen afspraken over gemaakt in het NPA. Maar inmiddels gebruikte in 2023 10,3 procent van de 12-25-jarigen maandelijks een e-sigaret [87]. Mogelijk blijft een deel van de jongeren die vapen dit ook op de langere termijn doen en is er kans dat zij overstappen naar echte sigaretten [33].

Uit de doorrekening kwam ook naar voren dat overgewicht en obesitas in de komende jaren zullen toenemen, maar als gevolg van NPA-afspraken zal die toename bij volwassenen wel wat afgeremd kunnen worden [63]. Uit de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 komt naar voren dat overgewicht en obesitas het meest zullen toenemen onder jongeren. Dat terwijl er onder jongeren van nu ook al meer overgewicht voorkomt dan bij eerdere generaties toen die dezelfde leeftijd hadden. En de toename van overgewicht onder jongeren werkt in de toekomst door in de oudere cohorten [33].

Volgens de doorrekening zal problematisch alcoholgebruik in 2040 wat minder voorkomen dan nu het geval is, maar het NPA is op die afname nauwelijks van invloed [63]. Voor alcoholgebruik onder zwangeren is in de doorrekening een kwalitatieve inschatting gemaakt.[24] Deze inschatting was dat de ambitie dat maximaal 2 procent van de zwangere vrouwen alcohol gebruikt, mogelijk gehaald zou worden. Daarbij werd opgemerkt dat niet te bepalen is of de afname van alcoholgebruik onder zwangeren het gevolg is van de NPA-afspraken [63]. Zoals hierboven aangegeven is, ligt het meest recente cijfer inmiddels rond het streefcijfer.

Ingezette ontwikkelingen
Bij de doorrekening van het NPA is het RIVM uitgegaan van de acties die tot en met eind 2022 waren uitgevoerd [63]. Daarna zijn voor de verschillende leefstijlkenmerken aanvullende acties aangekondigd (en inmiddels uitgevoerd) met als doel om de ambities uit het NPA dichterbij te brengen [88-91]. Voorbeelden zijn de oprichting van de Beweegalliantie en inspanningen van zorgpartijen om de zorg rookvrij te maken in het kader van de Rookvrije Zorg. Verder zijn er de afgelopen jaren naast het GALA andere akkoorden afgesloten waarbij een gezonde

[23] Het roken van elektronische sigaretten.
[24] Omdat er onvoldoende leefstijlgegevens beschikbaar waren om een modelmatige doorrekening van het NPA uit te voeren.

leefstijl een belangrijk doel is. Denk hierbij aan het IZA, het Programma Wonen en Zorg voor Ouderen en het Sportakkoord II.

De (voorgenomen) inzet van gemeenten op gezonde leefstijl is zichtbaar bij de beoogde resultaten op het gebied van leefstijl vanuit het GALA. Door de afspraken uit het Sportakkoord II en de SPUK-regeling wordt in alle gemeenten de verbinding gemaakt tussen sport en bewegen en andere domeinen, zoals zorg, welzijn en fysieke leefomgeving. Ook wordt via BRC-functionarissen ingezet op verschillende leeftijds- en doelgroepen, zoals mensen met een lage sociaaleconomische status. Daarnaast hebben veel gemeenten de intentie om in te zetten op het voorkomen van middelengebruik onder jongeren. De uitvoering hiervan is in veel gemeenten echter nog niet begonnen. In hoeverre netwerksamenwerkingen voor de vroegsignalering van alcoholproblematiek worden opgezet, is onduidelijk.

Over een tijd moet blijken of deze inspanningen en opbrengsten leiden tot een verbetering van de leefstijl. De in dit hoofdstuk beschreven cijfers over roken, overgewicht en alcoholgebruik zijn 'outcomes' in het logic model zoals gepresenteerd in paragraaf 1.3. Het heeft tijd nodig voordat verbeteringen zichtbaar zijn, ook al is het NPA al een aantal jaren onderweg.

Vooruitblik monitoring
In dit hoofdstuk is nagegaan welke inspanningen en eerste opbrengsten er op lokaal niveau zijn geweest bij de beoogde resultaten op het thema gezonde leefstijl. Welke inspanningen er verder op lokaal niveau zijn gedaan op dit thema in het kader van het GALA hebben we in deze rapportage niet onderzocht. We weten bijvoorbeeld niet of domeinoverstijgende samenwerking (verder) op gang is gekomen op het gebied van leefstijl.

Het eerste deel van dit hoofdstuk presenteerde cijfers over roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Voor deze thema's zijn vanuit het NPA doelen voor 2040 opgesteld die in het GALA zijn overgenomen. Voor één van die doelen zijn in dit hoofdstuk geen cijfers gegeven. Het gaat om 'de Nederlandse bevolking eet en drinkt op een wijze die bijdraagt aan een gezond gewicht en een gezond voedingspatroon, met de Schijf van Vijf als criterium'. Dit doel is niet concreet en daardoor niet direct meetbaar [60]. In het vervolg van de GALA-monitor wordt verkend of er inmiddels geschikte cijfers voor handen zijn waarmee in beeld kan worden gebracht in hoeverre mensen in Nederland gezond eten.

7 Mentale gezondheid

7.1 Inleiding

Er bestaan al langer zorgen over de mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking. De Volksgezondheidstoekomstverkenning van 2020 noemde de druk op de mentale gezondheid een van de grootste gezondheidsrisico's voor de toekomst. En volgens de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024 [33] zal de mentale gezondheid van de inwoners van Nederland in 2050 nog meer onder druk staan dan nu. Volgens deze recente VTV zijn er twee leeftijdsgroepen die (in de toekomst) extra aandacht behoeven. Als eerste de jongeren en jongvolwassenen, die veel (maatschappelijke) druk en stress ervaren door onder andere werk- en prestatiedruk, bestaansonzekerheid en klimaatverandering. En de 75-plussers, met hogere kans op eenzaamheid en stress en overbelasting door het geven van mantelzorg.

De Rijksoverheid zet zich sinds juni 2022 in voor de Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal', samen met onder andere gemeenten [92]. Speciale aandacht gaat uit naar jongeren en jongvolwassenen, werkenden en inwoners in een kwetsbare positie. De doelen van de aanpak zijn: het bespreekbaar en zichtbaar maken van het belang van mentaal gezond zijn en blijven, het inzetten op preventie, en het bieden van handvatten om met de eigen mentale gezondheid aan de slag te gaan én oog te hebben voor de mentale gezondheid van een ander. Deze drie doelen zijn ook onderdeel van het GALA. Vanuit het GALA gaat VWS deze doelen met de doelgroep zelf en de partners uit het veld verder concretiseren en uitwerken, vanuit het perspectief dat de uitvoering op lokaal niveau plaatsvindt. Dit moet leiden tot handvatten waarmee inwoners van Nederland aan de slag kunnen met hun mentale gezondheid en oog kunnen hebben voor de mentale gezondheid van anderen. Met het GALA worden gemeenten gestimuleerd om het beleid voor mentale gezondheidsbevordering samen met hun partners en inwoners verder uit te werken.

In december 2023 heeft het ministerie van VWS de eerste voortgangsrapportage over de Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal' gepubliceerd [93]. Daaruit blijkt dat bijna alle voorgenomen activiteiten in gang zijn gezet. De staatssecretaris schrijft in zijn brief aan de Tweede Kamer echter wel dat het een kwestie is van lange adem en dat de aanpak in 2024 wordt geactualiseerd [94]. Eind 2024 staat de volgende voortgangsrapportage gepland.

Ondertussen wordt via de monitor Mentale Gezondheid zicht gehouden op de (ontwikkelingen in de) mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking [95]. De website presenteert actuele cijfers per deelpopulatie. Eind 2025 wordt een rapport verwacht dat de huidige stand van zaken en belangrijke ontwikkelingen beschrijft en duidt. Ook wordt er gekeken naar welke determinanten (zowel beschermend als risicofactoren) van mentale gezondheid hierin een rol spelen.

Om inzicht te geven in de ontwikkelingen in mentale gezondheid en de stand van zaken van de beoogde resultaten maakt dit hoofdstuk gebruik van bestaande databronnen en rapportages. Over het thema Mentale gezondheid is voor deze eerste rapportage van de GALA-monitor nog geen informatie beschikbaar uit de vragenlijsten onder gemeenten en verzekeraars en de interviews onder gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en en andere partijen en experts.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beschrijft hoe het staat met de beoogde resultaten over mentale gezondheid, zoals afgesproken in het GALA (paragraaf 7.2). Ook worden kerncijfers over mentale gezondheid gepresenteerd (paragraaf 7.3). Afgesloten wordt met een vooruitblik op het vervolg (paragraaf 7.4).

7.2 Stand van zaken beoogde resultaten in het GALA

Doel E van het GALA is versterking van de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid. Voor dit thema staan in het GALA de volgende beoogde resultaten beschreven:

Gemeenten integreren mentale gezondheid in hun bredere aanpak gezondheid/ preventie, waardoor:
- alle inwoners van Nederland beter weten waar ze binnen hun gemeente laagdrempelige ondersteuning kunnen vinden;
- het voor alle inwoners van Nederland gebruikelijker is om te praten over hun mentale gezondheid. Onder meer door cultuur;
- alle inwoners van Nederland weten welke handvatten er zijn om met hun mentale gezondheid aan de slag te gaan.

Hieronder wordt op deze beoogde resultaten ingegaan.

Voor het integreren van mentale gezondheid in de bredere aanpak van gemeenten, zagen we in de analyse op de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden dat alle zestig ondergezochte gemeenten inzetten op het bevorderen van mentale gezondheid [3]. Daarbij wordt vaak de verbinding gezocht met andere hoofdthema's, zoals sport en bewegen en cultuur. Er waren wel verschillen tussen gemeenten: hoewel veel gemeenten concrete plannen hadden, moest een deel deze nog uitwerken. En bij een deel van de onderzochte gemeenten was mentale gezondheid al langere tijd een prioriteit, terwijl andere gemeenten nog bezig waren met beleidsontwikkeling.

Een ander beoogd resultaat gaat over de laagdrempelige ondersteuning die voor inwoners van een gemeente beter vindbaar moet worden. Eén van de maatregelen uit de landelijke aanpak Mentale gezondheid gaat over deze ondersteuning: 'Versterken, verbeteren en opschalen van inzet van laagdrempelige inloopmogelijkheden'. Volgens de eerder genoemde voortgangsrapportage van VWS zijn er in dat kader verschillende stappen gezet [94]. Bijvoorbeeld op het gebied van inloopmogelijkheden voor jongeren. Ook de laagdrempelige steunpunten die volgens de IZA-afspraken in het hele land beschikbaar komen, kunnen bijdragen aan laagdrempelige toegang. De Galan Groep brengt informatie over de steunpunten in het kader van IZA in beeld, maar die

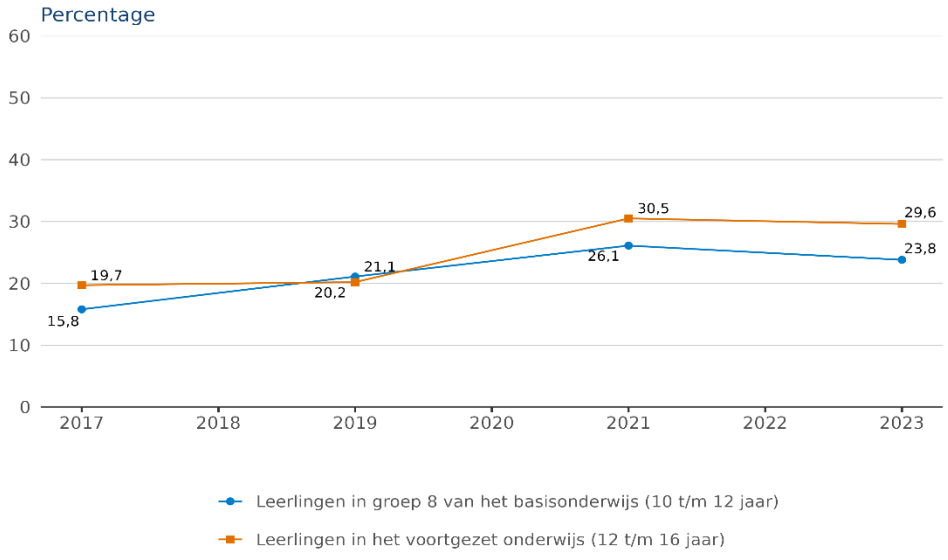
is op het moment van schrijven nog niet gepubliceerd. Het zetten van stappen en beschikbaar maken van steunpunten zegt echter nog niet dat het voor inwoners ook beter vindbaar wordt.

Ook de andere beoogde resultaten gaan over merkbare resultaten bij de inwoners zelf. Het gaat erover dat het voor alle inwoners gebruikelijker is om te praten over hun mentale gezondheid en dat ze weten welke handvatten er zijn om met hun mentale gezondheid aan de slag te gaan. Voor zover bekend, zijn hier geen bestaande dataverzamelingen voor en tot op heden zijn er in het kader van de GALA-monitor ook nog geen data verzameld onder inwoners zelf.

7.3 Kerncijfers over mentale gezondheid

Deze paragraaf presenteert cijfers die inzicht geven in de mentale gezondheid en de ontwikkeling in de afgelopen jaren van de inwoners van Nederland. Het cijfer van het meest recente jaar (soms is er maar één cijfer) wordt gezien als nulmeting voor het GALA. Er worden verschillende leeftijdsgroepen beschreven. De cijfers zijn afkomstig uit de eerdergenoemde monitor Mentale Gezondheid. In die monitor zijn nog meer cijfers over mentale gezondheid te vinden. In bijlage 1 staat de selectie van de kerncijfers voor de GALA-monitor beschreven.

Voor zowel kinderen in groep 8 van het basisonderwijs als voor leerlingen in het voortgezet onderwijs is het percentage met mentale problemen tussen 2017 en 2023 toegenomen (Figuur 7.1). Met een piek in 2021 (tijdens de coronapandemie). De toename was groter bij meisjes dan bij jongens: het percentage meisjes met mentale problemen steeg tussen 2017 en 2023, van 15,4 naar 26,6 procent. Het percentage jongens met mentale problemen steeg van 16,2 naar 20,7 procent. Ook bij leerlingen in het voortgezet onderwijs was er een grotere toename bij meisjes dan bij jongens: het percentage meisjes met mentale problemen steeg tussen 2017 en 2023, van 23,2 naar 38,3 procent. Bij jongens steeg dit percentage van 16,4 naar 20,9 procent.



Bron: Peilstationsonderzoek Scholieren/HBSC [56, 96].

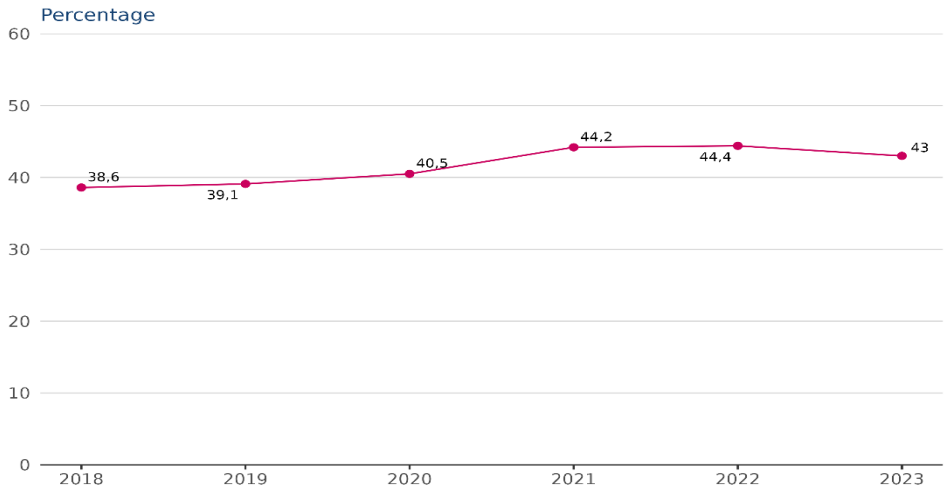
Figuur 7.1 Percentage kinderen en jongeren met mentale problemen.

De gemiddelde score op mentaal welbevinden van leerlingen in groep 8 van het basisonderwijs is 17,2 in 2021. De gemiddelde score van leerlingen in het voortgezet onderwijs van 12 t/m 16 jaar is 14,6. Hierbij gaat het om het mentaal welbevinden in de afgelopen 2 weken. De schaal loopt van 0 t/m 25, waarbij een hogere score beter is [96].

Het percentage jongvolwassenen van 16 t/m 25 jaar dat voldoende weerbaar is, is in 2022 81,1 procent [97]. Voldoende weerbaar zijn, wordt gemeten aan de hand van acht uitspraken over het opkomen voor jezelf en het maken van keuzes.

De veerkracht onder jongvolwassenen wordt uitgedrukt in twee indicatoren [97]. Het percentage jongvolwassenen dat na een moeilijke periode meestal weer snel herstelt, was in 2022 52,8 procent. Het percentage jongvolwassenen dat het moeilijk vindt om stressvolle gebeurtenissen te doorstaan, was 31,4 procent.

Het percentage volwassenen van 18 jaar en ouder met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen vier weken is licht toegenomen tussen 2018 en 2023 (Figuur 7.2). In 2018 had 38,6 procent van de volwassenen angst- of depressiegevoelens. In 2022 is dit gestegen naar 44,4 procent en in 2023 was het percentage 43,0 procent. Binnen de groep volwassenen zijn er wel verschillen te zien. Zo hebben volwassenen van 25 jaar en ouder met po-/vmbo-/mbo1-opleiding vaker angst- of depressiegevoelens dan die met hbo-/wo-opleiding (47,3 versus 40,1%) (NB. op deze cijfers zijn niet de correcties toegepast, zoals in hoofdstuk 3). Ook zijn er verschillen in leeftijd. Zo hebben 20-30-jarigen het vaakst angst- of depressiegevoelens (54,4%). Bij 75-plussers is dit 41,3 procent.



Bron: Gezondheidsenquête [98].
Figuur 7.2 Percentage volwassenen van 18 jaar en ouder met angst- of depressiegevoelens in de afgelopen vier weken (MHI-5≤76[25]).

[25] In 2024 is er een nieuwe afkapwaarde voor de MHI-5 bepaald. De nieuwe afkapwaarde van 76 geeft een inschatting van het voorkomen van angst- of depressiegevoelens in de afgelopen vier weken. Voor meer informatie over deze wijziging, zie de Factsheet Herijking afkapwaarden MHI-5 op Trimbos.nl. Link naar factsheet: https://www.trimbos.nl/aanbod/webwinkel/tri-32-001-factsheet-herijking-afkapwaarden-mhi-5/

7.4 Vervolg

De gepresenteerde cijfers laten zien dat de mentale gezondheid in de afgelopen jaren minder is geworden, met een dip in de coronajaren. Dat geldt zowel voor jongeren en jongvolwassenen als voor volwassenen. Er is daarom de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekomen voor mentale gezondheid. Met de landelijke aanpak zetten onder andere het Rijk en gemeenten zich in voor een mentaal gezond Nederland. Uit de analyse van de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden bleek dat alle zestig onderzochte gemeenten inzetten op het bevorderen van mentale gezondheid [3]. Het GALA en bijbehorende SPUK-gelden lijken gemeenten daarmee een extra impuls te geven om aan de slag te gaan. We verwachten daarbij dat niet alleen de directe inzet op mentale gezondheid zelf, maar ook de inzet op andere thema's een positief effect hebben op de mentale gezondheid. Voorbeelden zijn een gezonde leefstijl met bewegen, een gezonde leefomgeving en een sterke sociale basis.

Ook binnen het IZA is mentale gezondheid een prioritair thema en worden structureel middelen beschikbaar gesteld om te investeren in gezondheid en preventie, inclusief mentale gezondheid en de sociale basis [4]. Daarnaast zijn in het IZA afspraken gemaakt over het inrichten van een regionale preventie-infrastructuur rondom mentale gezondheid. Ook wordt in het kader van het IZA gewerkt aan meer samenwerking tussen de eerste lijn, het sociaal domein, en de GGZ, bijvoorbeeld door het oprichten van mentale gezondheidscentra.

De komende jaren moet blijken of deze plannen en inspanningen leiden tot betere handvatten voor en een betere mentale gezondheid van de inwoners van Nederland. Wat merken zij ervan?

Het GALA beoogt als eerste stap dat gemeenten mentale gezondheid integreren in hun bredere aanpak rondom gezondheid en preventie. In de GALA-monitor kan de komende jaren verder onderzocht worden in hoeverre gemeenten dat inderdaad in hun beleidsplannen laten terugkomen en tot welke activiteiten dat leidt. Verder beoogt het GALA dat de vindbaarheid van laagdrempelige ondersteuning beter wordt, dat alle inwoners van Nederland het gebruikelijker vinden om te praten over hun mentale gezondheid en handvatten hebben om er mee aan de slag te gaan. Om deze doelen/resultaten te volgen zou uitgezocht moeten worden of hierover vraagstellingen opgenomen kunnen worden in bestaande enquêtes of panelonderzoek (landelijk of lokaal). Mogelijk kunnen gemeenten ook bevraagd worden of ze hierin verbeteringen zien. In de GALA-monitor worden de cijfers over mentale gezondheid over een aantal jaren opnieuw bekeken. Het is een kwestie van de lange adem, voordat er verbeteringen zichtbaar worden.

8 Vitaal ouder worden

8.1 Inleiding

In het GALA is opgenomen dat vitaal ouder worden gaat over lichamelijke vitaliteit, waaraan voldoende bewegen en goede voeding bijdragen, en het vitaal blijven op sociaal en mentaal gebied. In het GALA zijn hierover afspraken gemaakt voor preventie en het versterken van de sociale basis. Deze afspraken zijn een aanvulling op het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) [99] en de Nationale Dementiestrategie [100]. In het WOZO-programma is vitaal ouder worden een belangrijke pijler. Hierin wordt ingezet op het versterken van de eigen regie van ouderen, omzien naar elkaar en passende ondersteuning als dat nodig is. Daarnaast wordt er ingezet op het stimuleren van mensen om zich tijdig voor te bereiden op het ouder worden. En is er een stimuleringsregeling gericht op het samen wonen tussen jong en oud. In de Nationale Dementiestrategie is vitaliteit en het langer meedoen van mensen met dementie een belangrijk speerpunt. Hierop wordt ingezet door het versterken van het aanbod van zinvolle dagactiviteiten.

Wat er precies onder vitaliteit verstaan wordt, blijft vaak onduidelijk. Ook in de literatuur wordt daaraan verschillend invulling gegeven. Vitaal ouder worden kan gaan over zowel lichamelijke vitaliteit als sociale en mentale vitaliteit. In de literatuur wordt vitaliteit ook wel omschreven als een meer psychologisch concept dat wordt gekenmerkt door drie dimensies: 1) jezelf energiek voelen (energie), 2) het stellen van doelen in je leven en moeite doen om deze te behalen (motivatie), en: 3) de persoonlijke kracht hebben om elke dag met goede en slechte momenten om te gaan (veerkracht) [101]. Belangrijke factoren die hieraan bijdragen, zijn voldoende beweging, goede voeding en sociaal actief zijn.

In de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden noemen veel gemeenten de onderwerpen Valpreventie en Eenzaamheid bij het thema Vitaal ouder worden [3]. Gemeenten zetten voor het behouden en versterken van vitaliteit bij ouderen in op het uitbreiden van ouderenverenigingen, sport- en cultuurverenigingen en buurtsportcoaches die ouderen stimuleren te bewegen.

Beoogde resultaten uit het GALA
Doel F van het GALA is vitaal ouder worden en daarvoor formuleert het GALA onderstaande beoogde resultaten:

- Versterkte uitvoeringspraktijk van artikel 5a van de Wet PG, wat bijdraagt aan het preventiebeleid rond het verminderen van kwetsbaarheid bij ouderen.
- Ondervoeding bij ouderen wordt vroegtijdiger gesignaleerd door zorgprofessionals en professionals in het sociaal domein.
- Er is aandacht voor de specifieke behoeften van ouderen rond bewegen en dat wordt ondersteund met een passend beweegaanbod.

- Het risico op vallen bij ouderen wordt vroegtijdig gesignaleerd in zowel zorgdomein als gemeentelijk domein en wordt ondersteund door laagdrempelige toegang tot valpreventief aanbod.
- Jaarlijks komen er minder ouderen (65+) op de spoedeisende hulp naar aanleiding van een val.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de op dit moment beschikbare informatie over de eerste drie beoogde resultaten voor vitaal ouder worden uit het GALA. Paragraaf 8.2 gaat in op het versterken van artikel 5a van de Wet PG. Paragraaf 8.3 gaat over ondervoeding bij ouderen. Paragraaf 8.4 behandelt het beoogde resultaat bij bewegen bij ouderen. De laatste twee beoogde resultaten gaan over de ketenaanpak Valpreventie. Hier is een apart hoofdstuk over (hoofdstuk 13). In paragraaf 8.5 staat een aantal cijfers over voeding en bewegen bij ouderen. Het hoofdstuk sluit af met een vooruitblik op het vervolg (paragraaf 8.6).

In Tekstbox 8.1 staat de gebruikte methode voor dit hoofdstuk beschreven.

Tekstbox 8.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)
- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over voeding zijn door 330 deelnemers ingevuld (99%).

8.2 Versterken van artikel 5a van de Wet PG

Achtergrond artikel 5a van de Wet PG
Om onder andere de zelfredzaamheid en vitaliteit van ouderen te behouden, wordt er in Nederland invulling gegeven aan preventieve ouderengezondheidszorg. Er kan vanuit verschillende wetten gewerkt worden aan de ouderengezondheidszorg. Eén van deze wetten is de Wet publieke gezondheid (Wpg).

In de Wpg stelt artikel 5a dat er zorg dient te worden gedragen voor het:
- op systematische wijzen volgen en signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;
- inzicht hebben in de zorgbehoeften;
- vroegtijdig opsporen en preventie van specifieke stoornissen;
- voorlichten, adviseren, instructie en begeleiding geven;
- formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsdreigingen.

Artikel 5a van de Wpg heeft beperkt effect op preventieve ouderengezondheidszorg
Artikel 5a van de Wpg geeft gemeenten opdracht om zorg te dragen voor de uitvoering van de preventieve ouderengezondheidszorg. In zowel 2017 als 2024 heeft AEF een onderzoek uitgevoerd onder gemeenten naar de invulling van artikel 5a [102, 103]. Beide onderzoeken laten een vergelijkbaar beeld zien. Daaruit is af te leiden

dat er in de tussentijd nog weinig veranderd is. Beide onderzoeken laten zien dat gemeenten op verschillende manieren invulling geven aan de zorg en ondersteuning van ouderen. Zo kunnen gemeenten kiezen voor een meer informerende, verwijzende of juist signalerende aanpak.

Uit het onderzoek van AEF blijkt dat preventieve ouderengezondheidszorg niet zozeer vanuit artikel 5a van de Wpg wordt ingevuld, maar primair vanuit de Wmo wordt bekostigd [103]. In sommige gevallen wordt de bekostiging aangevuld door middelen uit de SPUK-regeling. Dit heeft er mee te maken dat er met de komst van artikel 5a van de Wpg geen extra geld is vrijgekomen voor de uitvoering hiervan en dat er weinig duiding en richting is gegeven in het wetsartikel.

Tot slot is in het onderzoek te lezen dat artikel 5a van de Wpg een beperkt en in de meeste gevallen zelfs geen effect heeft op de uitvoering van preventieve ouderengezondheidszorg [103]. Wel wordt er gerapporteerd dat gemeenten in toenemende mate inzetten op preventieve ouderengezondheidszorg. Dit komt met name door de komst van de verschillende akkoorden; IZA, GALA, WOZO en Nationale Dementiestrategie. Er lijkt dus een versterking te zijn geweest van het preventiebeleid rond het behouden van zelfredzaamheid en vitaliteit onder ouderen, maar dit is in geringe mate te danken aan de inzet van artikel 5a van Wpg.

8.3 Gezond voedingspatroon bij ouderen

Lichamelijke vitaliteit is een belangrijk onderdeel van Vitaal ouder worden in het GALA. Gezonde voeding is een belangrijke motor om vitaal te blijven. Een gezond voedingspatroon bestaat uit de inname van de juiste voedingsstoffen in de juiste mate [104, 105]. Te weinig of te veel voedingstoffen binnenkrijgen, kan leiden tot ondervoeding en overgewicht. Een verminderde inname of opname van voeding leidt tot verandering van de lichaamssamenstelling, met name afname van spiermassa. Gezonde voeding met voldoende eiwitten en energie en voldoende beweging dragen bij aan het behoud van spiermassa [106]. Wanneer dit niet geval is, kan dit leiden tot een hogere ziektelast, verhoogde kans op vallen en lagere kwaliteit van leven.

In 58 procent van de gemeenten is er aandacht voor een gezond voedingspatroon en in 12 procent is er aandacht voor ondervoeding
In het GALA wordt als beoogd resultaat aangegeven dat ondervoeding bij ouderen vroegtijdiger gesignaleerd moet worden door zorgprofessionals en professionals in het sociaal domein. Over dit resultaat zijn geen specifieke gegevens te vinden. Als benadering is in de GALA-vragenlijst nagevraagd in hoeverre er binnen de gemeente aandacht is voor gezonde voeding en een gezond voedingspatroon bij ouderen. In totaal hebben 330 gemeenten deze vragen beantwoord. Zie ook Tekstbox 8.1.

Uit de reacties op de vragenlijst blijkt dat in 58 procent van de gemeenten aandacht is voor gezonde voeding en een gezond voedingspatroon bij ouderen. In 12 procent van gemeenten wordt aangegeven dat er aandacht is voor ondervoeding. De belangrijkste

redenen die worden genoemd voor het (nog) niet aandacht hebben voor gezonde voeding en/of ondervoeding is dat er te weinig kennis is over hoe deze aandacht is te realiseren (36%), dat er te weinig handvatten (vaardigheden, instrumenten) zijn (30%), en dat er te weinig financiële middelen zijn om hierop in te zetten (29%).

De helft van de gemeenten geeft aan dat aandacht aan gezonde voeding en een gezond voedingspatroon is opgenomen in de lokale nota Gezondheidsbeleid of preventieakkoord. Daarnaast besteden gemeenten aandacht door ouderen en mantelzorgers bewust te maken, bijvoorbeeld door het organiseren van buurttafels waar gezamenlijk gegeten wordt of informatiebijeenkomsten (45%). In iets mindere mate wordt genoemd dat medewerkers in het sociaal domein worden gestimuleerd om aandacht te besteden aan een gezond voedingspatroon (25%). Enkele respondenten geven aan dat interventies worden aangeboden waarvan voeding onderdeel uitmaakt, zoals valpreventie (n=7) en 'Goed gevoed ouder worden' (n=2).

De gemeenten die aandacht besteden aan ondervoeding geven aan dit voornamelijk te doen door ouderen en mantelzorgers bewust te maken. Ook hiervoor worden bijvoorbeeld buurttafels waar gezamenlijk gegeten wordt of informatiebijeenkomsten (38%) georganiseerd. Ook worden medewerkers in het sociaal domein gestimuleerd aandacht te besteden aan het signaleren van ondervoeding, bijvoorbeeld door dit thema vast te leggen in de afspraken met aanbieders (33%). In mindere mate wordt genoemd dat ondervoeding is opgenomen in de lokale nota Gezondheidsbeleid of het lokale preventieakkoord (28%), of dat het geagendeerd wordt in regionale overleggen over (kwetsbare) ouderen (25%). Daarnaast geven enkele gemeenten aan dat er door de inzet van verschillende interventies, zoals valpreventie (n=5), Goed gevoed ouder worden (n=4) en tafeltjedekje (n=1), aandacht is voor ondervoeding.

8.4 Bewegen door ouderen

In het GALA is het beoogde resultaat bij bewegen door ouderen dat er aandacht is voor specifieke behoeften van ouderen en dat dit ondersteund wordt met een passend beweegaanbod. Vanuit de GALA-monitor is hier geen direct zicht op. Als benadering van het resultaat is gekeken naar uitkomsten van de BRC-monitor van het Mulier Instituut [107], specifiek op de mate waarop functionarissen sport en bewegen ouderen als doelgroep hebben.

Functionarissen sport en bewegen worden onder andere ingezet op de doelgroep ouderen
De BRC-monitor over 2023 laat zien dat gemeenten functionarissen sport en bewegen vooral inzetten bij de doelgroepen kinderen (93%), jongeren (81%) en ouderen (80%). Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de vorige BRC-monitor uit 2022. Het zijn vooral buurtsportcoaches en beweegcoaches die binnen de BRC worden ingezet op de doelgroep ouderen [107]. Vanaf 2021 is een lichte toename te zien in de totale inzet van gemeenten binnen de BRC op de doelgroep ouderen. In 2022 werd er 323 fte ingezet op ouderen en in 2023 is dit 342 fte.

Bijna de helft van de buurtsportcoaches richt zich niet op een specifieke groep ouderen
In een uitvraag onder het buurtsportcoachespanel van het Mulier Instituut in 2024 zien we dat de helft van de buurtsportcoaches (50%) zich niet op een specifieke groep ouderen richt. Ongeveer een derde richt zich op ouderen met een valrisico (37%) en/of vitale ouderen (29%). Ook is de buurtsportcoaches gevraagd wat voor hen de drie belangrijkste doelen zijn bij het aanbod voor ouderen. Hier kwam uit dat 92 procent als voornaamste doel het sociaal samenzijn heeft, 71 procent gezondheidsbevordering, 58 procent plezier hebben en 45 procent vallen voorkomen. Deze bevindingen uit het buurtsportcoachespanel zullen naar verwachting eind 2024 gepubliceerd worden door het Mulier Instituut [107].

8.5 Cijfers over voeding en bewegen bij ouderen

Deze paragraaf presenteert een aantal cijfers die inzicht geven in de vitaliteit van ouderen, namelijk op het gebied van voeding en bewegen.

Uit de laatste voedselconsumptie peiling (2019-2021) kwam naar voren dat er in Nederland gezonder wordt gegeten en gedronken, maar dat sommige voedingsstoffen nog te veel of te weinig worden geconsumeerd. In 2023 voldeed 25 procent van de 65-plussers aan de richtlijn van voldoende groente, voor fruit was dit 28 procent, voor vis was dit 39 procent en 55 procent van de ouderen voldeed aan de richtlijn voor alcoholgebruik [69]. Een recente studie naar de prevalentie van ondervoeding laat zien dat er sprake is van ondervoeding bij één op de twaalf thuiswonende ouderen [108]. De prevalentie is het hoogst onder 85-plussers, namelijk ruim 19 procent.

Het beweegadvies voor ouderen is om minstens 150 minuten per week matig intensief te bewegen, verspreid over meerdere dagen. Daarnaast wordt geadviseerd om twee keer per week spier- en botversterkende activiteiten en balansoefeningen te doen [109]. In de periode 2018-2023 is het percentage 65-plussers dat voldoet aan de beweegrichtlijnen gestegen van 37 naar 40 procent. Zie hoofdstuk 6 voor cijfers over de bevolking van 4 jaar en ouder dat aan de beweegrichtlijnen voldoet.

8.6 Vervolg

De bevindingen uit de analyse van de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden en de inzet van de ketenaanpak Valpreventie laten zien dat er op veel plekken in Nederland aandacht is voor de doelgroep ouderen (65+) [3]. Dit blijkt ook uit het onderzoek van AEF naar de uitvoering van het artikel 5a van de Wet PG. Er worden over het hele land allerlei activiteiten en interventies aangeboden die relevant zijn voor deze doelgroep [103]. Er is in de afgelopen jaren meer aandacht gekomen voor vitaal ouder worden [110]. Met de komst van het GALA geven gemeenten en zorgverzekeraars hieraan extra invulling [3]. De komende jaren moet blijken of de beoogde resultaten worden bereikt en of die bijdragen aan het vitaal ouder worden. Belangrijk hierbij is dat er in de komende tijd gewerkt moet worden aan het overkomen van knelpunten, zoals het meer onder de aandacht brengen van ondervoeding bij ouderen. Daarnaast is het wenselijk om sport en bewegen dat passend is voor ouderen en aansluit bij hun behoeften in

kaart te brengen. Om te weten of ondernomen acties ook bijdragen aan vitaal ouder worden zullen de resultaten van de verschillende beleidsprogramma's gemonitord en gebundeld moeten worden.

Sinds 2022 bestaat het programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO) dat onder meer gericht is op het voorbereiden van Nederland op een ouder wordende bevolking. Een van de actielijnen binnen het WOZO is het samen vitaal ouder worden. In deze actielijn worden onder meer mensen gestimuleerd om eerder na te denken over later en het stimuleren van samenwonen tussen jong en oud. Naar verwachting zal in 2025 de eerste monitor WOZO over de brede maatschappelijke beweging (niveau 3; zelf als het kan, thuis als het kan, digitaal als het kan) worden opgeleverd. Deze monitor kan relevante informatie opleveren voor de GALA-monitor [99].

Omdat het hoofdstuk Vitaal ouder worden zich richt op de beoogde resultaten die zijn opgesteld in het GALA zijn niet alle elementen van vitaliteit meegenomen. Het GALA heeft zich voornamelijk gericht op lichamelijke vitaliteit. De cijfers laten zien dat de helft van de gemeenten aangeeft aandacht te hebben voor gezonde voeding. Bij ondervoeding ligt dit percentage beduidend lager op 12 procent. Hierbij moet in ogenschouw genomen worden dat het hebben van aandacht niet betekent dat dat ondervoeding ook vroegtijdiger wordt gesignaleerd.

9 Ketenaanpak Kansrijke Start

9.1 Achtergrond

Het GALA beschrijft de ketenaanpak Kansrijke Start als onderdeel van het terugdringen van gezondheidsachterstanden (zie ook hoofdstuk 3). Het GALA zet in op het verder versterken, uitbouwen en structureel verankeren van de lokale ketenaanpak Kansrijke Start. Het beoogde resultaat is dat iedere gemeente een lokale ketenaanpak Kansrijke Start heeft, inclusief interventies, waarin samenwerkingsafspraken worden gemaakt over de eerste duizend dagen van het leven (vanaf preconceptie tot 2 jaar). Om uiteindelijk tot een ketenaanpak te komen, is het vormen van een coalitie een van de eerste stappen. Vanuit deze lokale coalitie kunnen samenwerkingsafspraken en een plan van aanpak worden opgesteld. Voor sommige onderdelen van de ketenaanpak Kansrijke Start is een regionale coalitie nodig om samenwerkingsafspraken te maken op regionaal niveau [111]. Er is geen blauwdruk voor de precieze inrichting van een ketenaanpak Kansrijke Start. In het GALA staat ook genoemd dat gemeenten inwoners in staat stellen om voldoende regie over hun kinderwens te nemen en dat er laagdrempelig aanbod is van preconceptievoorlichting.

In 2018 lanceerde het ministerie van VWS het landelijk actieprogramma Kansrijke Start, met aansluitend de vervolgaanpak Kansrijke Start 2022-2025 [112, 113]. Het actieprogramma heeft als doel om ieder kind de best mogelijke start te geven tijdens de eerste duizend dagen. Het programma is gericht op het tijdig signaleren en waar nodig ondersteunen van (aanstaande) ouders in een kwetsbare situatie bij het bewust en gezond zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap. In 2019 en 2020 konden gemeenten impulsgelden aanvragen om lokale coalities te vormen en maatregelen voor Kansrijke Start in te zetten [114]. In deze coalities werken gemeenten, zorg- en hulpverleners vanuit sociaal en medisch domein samen aan een effectieve aanpak die aansluit op de behoeften en hulpvragen van (aanstaande) ouders. Vanaf september 2022 ontvingen alle gemeenten aanvullende middelen voor Kansrijke Start. Sinds 2023 loopt de financiering via een SPUK-regeling. In 2023 hebben alle gemeenten SPUK-gelden aangevraagd voor Kansrijke Start. De middelen kunnen worden ingezet om een lokale coalitie Kansrijke Start te vormen, versterken of behouden, interventies in te zetten (bij voorkeur erkende interventies uit de interventiedatabase van het Loket Gezond Leven van het RIVM[26]) en regionale samenwerkingsafspraken rondom Kansrijke Start te maken. Daarnaast zijn er ook verschillende onderdelen binnen de ketenaanpak Kansrijke Start die onder verzekerde aanspraken van de Zorgverzekeringswet vallen. Voorbeelden hiervan zijn het preconceptieconsult, vroegsignalering, kraamzorg en interactief prenatale groepszorg.

Monitor Kansrijke Start
Om inzicht te geven in de ketenaanpak Kansrijke Start maakt dit hoofdstuk gebruik van verschillende methoden (zie Tekstbox 9.1). In de

[26] https://www.loketgezondleven.nl/leefstijlinterventies/interventies-zoeken-algemeen

vragenlijsten binnen de GALA-monitor is een beperkte uitvraag opgenomen over de ketenaanpak Kansrijke Start, omdat een deel van de vragen al aan de orde kwam in de monitor Kansrijke Start. Binnen de monitor Kansrijke Start volgt het RIVM sinds 2019 op landelijk en lokaal niveau de voortgang van het actieprogramma Kansrijke Start, met kwantitatieve (indicatoren) en kwalitatieve (ervaringen) onderdelen. Zie de RIVM-webpagina over Kansrijke Start voor meer informatie over de indicatoren binnen de monitor Kansrijke Start [115].

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen rondom de ketenaanpak Kansrijke Start (paragraaf 9.2). In hoofdstuk 14 worden de bevindingen van alle ketenaanpakken beschouwd.

De gebruikte methoden voor dit hoofdstuk staan beschreven in Tekstbox 9.1.

Tekstbox 9.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over de ketenaanpak Kansrijke Start zijn ingevuld door 330 gemeenten (99%).
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.
- Interviews over regionale en lokale samenwerking, afgenomen in mei tot en met augustus 2024 bij 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders van zorg en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en experts vanuit koepelorganisaties).

Aanvullende methode: monitor Kansrijke Start 2024

- In het kader van de monitor Kansrijke Start hebben in oktober 2023 267 gemeenten (78% van alle Nederlandse gemeenten) een vragenlijst ingevuld. Vanuit het meest recente rapport, zoals gepubliceerd in april 2024 worden enkele relevante resultaten in dit hoofdstuk uitgelicht [116].

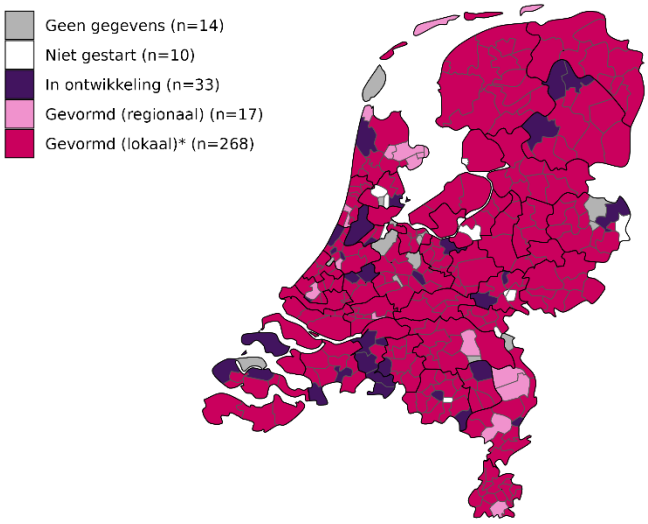
9.2 Bevindingen ketenaanpak Kansrijke Start

Minimaal 287 gemeenten werken in een lokale of regionale coalitie aan het inrichten van de ketenaanpak Kansrijke Start
Van alle 330 gemeenten die vragen beantwoordden over Kansrijke Start in de GALA-monitor hebben 287 gemeenten (87%) een lokale en/of regionale coalitie Kansrijke Start. Tijdens het meetmoment in oktober 2023 binnen de monitor Kansrijke Start waren dit ten minste 212 gemeenten.

Van de 287 gemeenten met een coalitie hebben 270 gemeenten een lokale coalitie en zeventien gemeenten zijn aangesloten bij een regionale coalitie. Daarnaast hebben 33 gemeenten (10%) een coalitie in voorbereiding of zijn hierover in gesprek. Tien gemeenten (3%) geven aan geen lokale of regionale coalitie te hebben gevormd. De

voornaamste redenen die gemeenten hiervoor noemen, zijn personeels- en capaciteitstekort, te weinig tijd binnen de gemeente en het hebben van andere prioriteiten.

Aantal coalities Kansrijke Start afgelopen jaren sterk toegenomen
De eerste gemeente startte in 2015 met de vorming van een coalitie Kansrijke Start. Sindsdien is het aantal toegenomen tot 287 gemeenten op het meetmoment in april tot en met juni 2024. Figuur 9.1 toont van elke gemeente de status in het vormen van een lokale of regionale coalitie. Figuur 9.2 laat de ontwikkeling over de afgelopen jaren zien.

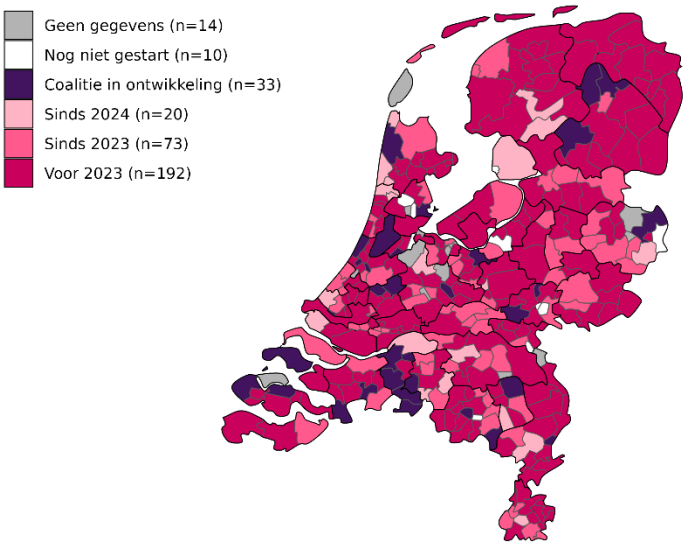


Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 9.1 Status per gemeente met betrekking tot de vorming van of betrokkenheid bij een lokale of regionale coalitie Kansrijke Start. [27]
**Gemeenten met een lokale coalitie kunnen ook onderdeel zijn van een regionale coalitie.*

Start GALA en beschikbaarheid SPUK-regeling volgens 1 op 5 gemeenten van invloed op Kansrijke Start
Voor 37 van de 182 responderende gemeenten die voor 2023 startten met een lokale coalitie (20%) heeft de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot andere keuzes geleid wat betreft de vorming van een coalitie Kansrijke Start. Gemeenten noemen hierbij als voorbeeld het professionaliseren, formaliseren, versterken, uitbreiden, verbinden en versterken van de coalitie en aanpak. Het inzetten van (extra) interventies zoals Nu Niet Zwanger en CenteringZwangerschap (groepsgewijze verloskundige zorg) is ook meerdere keren genoemd. Daarnaast geven gemeenten aan dat er meer continuïteit en politiek draagvlak is ontstaan, en dat de vrijblijvendheid is afgenomen. In een aantal interviews werd ook genoemd dat het GALA en de SPUK-gelden bijdragen aan activiteiten, bijvoorbeeld doordat de kosten voor een begeleider van de coalitie kunnen worden gedekt.

[27] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geven vaker dan gemeenten (46%) aan dat de start van het GALA en de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes hebben geleid. Zij noemen hierbij onder andere meer



regionale afstemming en het instellen van een regionale coördinator en werkgroep.
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 9.2 Startjaar van vorming lokale of regionale coalitie Kansrijke Start.[28]

Bijna alle gemeenten werken regionaal samen op Kansrijke Start
De meerderheid van de gemeenten met een coalitie of een coalitie in voorbereiding werken op regionaal gebied samen (93% van de 320 gemeenten). Dat doen zij met de directe buurgemeenten (49%) en/of met de IZA-regio van het regioplan (64%).[29] In de open antwoorden geven gemeenten veelvuldig aan dat zij binnen de GGD-regio samenwerken.

Samenwerkingsafspraken zorgverzekeraars en gemeenten voor de ketenaanpak Kansrijke Start in ontwikkeling
In de uitvraag onder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geeft ruim de helft aan samenwerkingsafspraken in de eigen regio te hebben voor de ketenaanpak Kansrijke Start. Daarnaast zijn de samenwerkingsafspraken bij ten minste vijf vertegenwoordigers van zorgverzekeraars in ontwikkeling. In de meeste gevallen zijn er samenwerkingsafspraken op regionaal niveau met de gemandateerde gemeente. De samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraar en gemeenten gaan het vaakst over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (coördinatie). In totaal geven negen vertegenwoordigers van zorgverzekeraars aan (nog) geen regionale samenwerkingsafspraken te hebben. Een aantal vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geeft aan wel afspraken te hebben, maar niet met alle

[28] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom zijn er kleine verschillen in aantallen tussen de figuren met landkaartjes en de andere figuren.
[29] Deze percentages zijn gebaseerd op een meerkeuzevraag waarbij meerdere antwoorden mogelijk waren. De percentages tellen daarom niet op tot 100.

gemeenten. De voornaamste redenen die zij noemen voor het niet hebben van samenwerkingsafspraken met (alle) gemeenten zijn andere prioriteiten en te weinig tijd binnen de gemeente(n).

Ongeveer vier op de vijf vertegenwoordigers van zorgverzekeraars schatten in dat het huidige aanbod van Kansrijke Start voldoende is (vraag en aanbod in balans).

Meerderheid van gemeenten stelde doelstellingen vast
In de vragenlijst van de monitor Kansrijke Start in oktober 2023 gaf ruim de helft van de gemeenten (n=267) aan dat er met samenwerkingspartners gezamenlijke ambities (58%) waren geformuleerd. Ook waren er binnen responderende gemeenten doelstellingen op Kansrijke Start vastgesteld (46%) of in ontwikkeling (41%). Een op de drie gemeenten met doelstellingen richtte deze op een langere tijdsperiode (kinderen tot vier jaar of achttien jaar) dan de focus van Kansrijke Start (kinderen tot twee jaar).

Bijna twee op de drie responderende gemeenten had een plan van aanpak opgesteld, of hiermee een begin gemaakt. Bijna driekwart van de gemeenten (71%) maakte samenwerkingsafspraken over een aanpak rondom de eerste duizend dagen op uitvoeringsniveau, beleidsniveau en/of bestuurlijk niveau. Deze afspraken gingen bijvoorbeeld over interventies, prenatale voorlichting of preconceptionele gezondheid.

Verschillende samenwerkingspartners binnen het medisch en sociaal domein
Uit de vragenlijst van de monitor Kansrijke Start in oktober 2023 bleek dat gemeenten voor Kansrijke Start samenwerken met veel verschillende partijen vanuit het medisch en sociaal domein. Veelgenoemde partijen binnen het sociaal domein zijn de jeugdgezondheidszorg, welzijnsorganisaties en wijkteams. In het medisch domein werden verloskundigen en kraamzorg het vaakst genoemd. Gemeenten gaven aan ook te overleggen met regionale partijen zoals het regionale Centrum voor Jeugd en Gezin of het verloskundig samenwerkingsverband en in mindere mate het management van het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de regionale ondersteuningsstructuur (ROS).

Interventie 'Nu Niet Zwanger' door gemeenten het vaakst genoemd
Steeds meer gemeenten bieden (erkende) interventies Kansrijke Start aan over de gehele eerste 1000 dagen. Deze interventies zijn te vinden in de interventiedatabase van het Loket Gezond Leven van het RIVM. De top-6 van meest ingezette interventies binnen gemeenten zijn: Nu Niet Zwanger, BoekStart/BoekenPret, CenteringZwangerschap, Stevig Ouderschap, VoorZorg en Home-Start. De interventie Nu Niet Zwanger ondersteunt mannen en vrouwen in kwetsbare omstandigheden om na te denken over hun kinderwens, seksualiteit en anticonceptie, zodat zij niet onbedoeld zwanger raken. In oktober 2024 voeren alle 25 GGD-regio's de interventie Nu Niet Zwanger uit in 291 gemeenten (85%) [117].

Gemeenten met een lokale of regionale coalitie zetten vaker interventies in dan gemeenten zonder lokale coalitie (54 versus 26%). Twee op de

drie responderende gemeenten hebben samenwerkingsafspraken gemaakt over (beschikbare) interventies op uitvoeringsniveau, beleidsniveau en/of bestuurlijk niveau.

Van lokaal naar regionaal
Vanuit de interviews in het kader van de GALA-monitor komt ook naar voren dat de beweging Kansrijke Start al langer loopt (in vergelijking met sommige andere ketenaanpakken), en de structuren daarmee meer ingericht zijn. Dat geldt met name op lokaal niveau. In een aantal interviews kwam naar voren dat de rol en invloed van de zorgverzekeraar bij Kansrijke Start nog niet altijd als duidelijk wordt ervaren. Geïnterviewden geven aan dat de samenwerking op regionaal niveau en vanuit zorgverzekeraars verder versterkt mag worden, om de ketenaanpak Kansrijke Start verder uit te bouwen.

10 Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht)

10.1 Achtergrond

Een van de beoogde resultaten die in het GALA voor overgewicht beschreven staat, is dat voor kinderen en volwassenen met overgewicht of obesitas passende ondersteuning, begeleiding en zorg toegankelijk is. Verder bestaan de beoogde resultaten uit het streven dat alle gemeenten in 2025 een netwerkaanpak voor kinderen met obesitas hebben en dat er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen gemeenten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

In het GALA staat onder de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen de uitvoering van het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas [118, 119] beschreven. De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht [120] is de praktische vertaling van dit Landelijk model. De implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht is al sinds 2018/2019 gaande onder leiding van JOGG (Gezonde Jeugd, Gezonde Toekomst). Daarnaast staan in het GALA ook andere acties benoemd onder de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen. Bijvoorbeeld het inrichten van een gezonde omgeving of programma's zoals de JOGG-aanpak, Gezonde School, Gezonde Buurten, et cetera. Deze maken geen deel uit van de (keten)aanpak Kind naar Gezonder Gewicht en worden daarom niet meegenomen in dit hoofdstuk.

De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht streeft naar het bieden van passende ondersteuning en zorg aan kinderen met overgewicht of obesitas en hun gezin [118, 119]. De aanpak kenmerkt zich door een brede blik en de samenwerking tussen het medisch en sociaal domein. De aanpak richt zich niet alleen op de verbetering van de fysieke gezondheid en leefstijl van het kind en het gezin, maar ook op opvoedondersteuning, eventuele schuldhulpverlening, verbetering van de mentale gezondheid en kwaliteit van leven. Een Gecombineerde Leefstijl Interventie (GLI) gericht op kinderen (de zogenaamde Kinder-GLI) kan onderdeel zijn van de passende ondersteuning en zorg. De lokale projectleider is de trekker van de implementatie en van de netwerkvorming met de verschillende organisaties die betrokken zijn bij de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. De centrale zorgverlener heeft een cruciale rol in de uitvoering van de aanpak. De centrale zorgverlener is de coördinator van het begeleidingstraject, de vertrouwenspersoon van het kind en gezin, en aanspreekpunt voor de andere betrokken professionals [119, 120].

De situatie rondom de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht is veranderd ten opzichte van 2018/2019. Toen was de financiering van de aanpak vooral op projectbasis in een beperkt aantal gemeenten. In de periode 2023-2025 is een deel van de financiering van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht in principe voor álle gemeenten beschikbaar door de afspraken in het GALA en de SPUK-gelden. Daarnaast is sinds 1 januari 2024 een deel van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht via wet- en regelgeving opgenomen als vergoede

zorg onder bepaalde voorwaarden.[30] Zowel de GLI als de centrale zorgverlener worden vergoed, als een Kinder-GLI deel uitmaakt van het plan van aanpak bij kinderen met een matig verhoogd of hoger gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR). Zorgverzekeraars geven aan dat het voor hen tot nu toe nog niet mogelijk is om deze zogenoemde kinder-GLI's in te kopen. De kinder-GLI's dienen eerst nog getoetst te worden op effectiviteit en op verzekerde zorg. Daarnaast dient een kwaliteitsregister ontwikkeld te worden voor de borging van de kwaliteit van de centrale zorgverlener en de kinderleefstijlcoach.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beschrijft de bevindingen rondom de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht sinds de invoering van GALA en de belemmerende en bevorderende factoren in die implementatie (paragraaf 10.2). In hoofdstuk 14 worden de bevindingen van alle ketenaanpakken beschouwd.

De gebruikte methoden voor dit hoofdstuk staan beschreven in Tekstbox 10.1.

Tekstbox 10.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht zijn ingevuld door 325 gemeenten (97%).
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.
- Interviews over regionale en lokale samenwerking, afgenomen in mei tot en met augustus 2024 bij 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders zorg en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en experts vanuit koepelorganisaties).

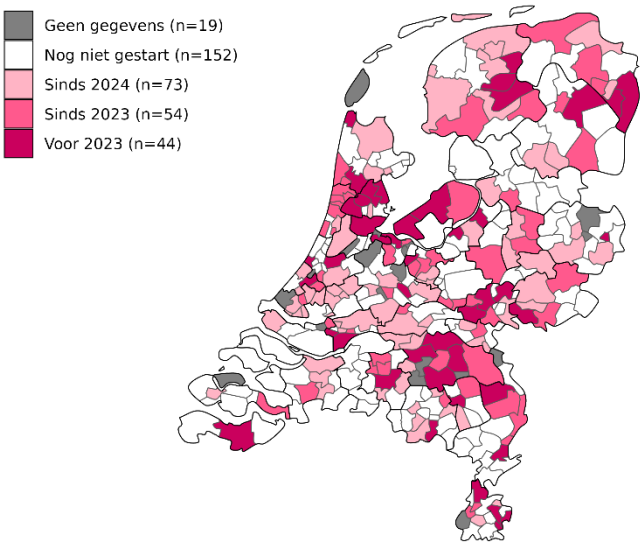
Aanvullende methode: JOGG-monitor 2023, vragenlijst Kind naar Gezonder Gewicht

- De JOGG-monitor voor Kind naar Gezonder Gewicht is door 41 van de 43 ondervraagde gemeenten ingevuld (95%).[31] Het Mulier Instituut voert deze monitor uit in opdracht van JOGG. De doelgroep zijn gemeenten die werken met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht en een projectleider hebben. De vragenlijst is ingevuld door de betreffende projectleiders. Bijna de helft van de projectleiders (49%) is in dienst bij de GGD en bijna een kwart (24%) is werkzaam bij de gemeente. Bijna 44 procent van de deelnemende projectleiders is 1 tot 2 jaar werkzaam als projectleider en 15 procent is 3 jaar of meer werkzaam.

[30] Kinderen met een gematigd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR) of hoger komen in aanmerking.
[31] De vragenlijst over Kind naar Gezonder Gewicht van de JOGG-monitor is eind 2023 verstuurd. Toen waren er 43 gemeenten met een projectleider Kind naar Gezonder Gewicht. In de loop van 2024 is dit aantal gestegen naar 108 gemeenten. Daarnaast zijn er 33 Kind naar Gezonder Gewicht-regio coördinatoren bijgekomen in 2024. De bevindingen van de JOGG-monitor gepresenteerd in deze rapportage geven dus alleen een beeld over 2023.

10.2 Bevindingen Kind naar Gezonder Gewicht

GALA geeft impuls aan gemeenten om te starten met de (implementatie van) aanpak Kind naar Gezonder Gewicht
In 13 procent van de 325 gemeenten is al vóór 2023 begonnen met de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht, 17 procent sinds 2023 en 23 procent sinds 2024. Bijna de helft (47%) van de gemeenten is nog niet begonnen. Figuur 10.1 laat per gemeente het startjaar van implementatie zien. Onder gestart met de implementatie van de aanpak verstaan we dat er minimaal afspraken hierover zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente.



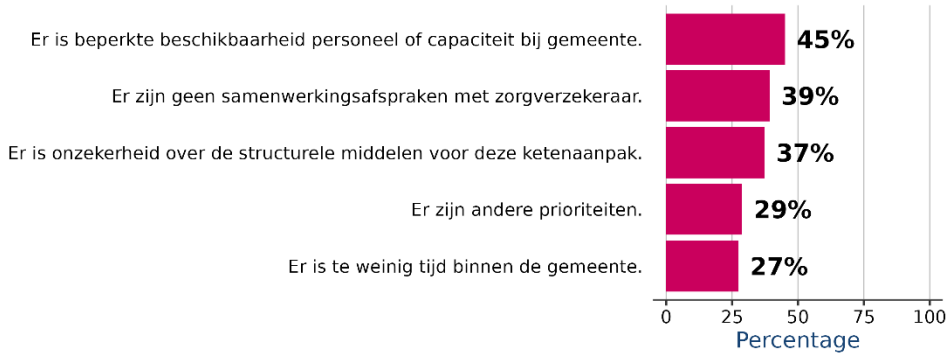
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 10.1 Startjaar van implementatie van aanpak Kind naar Gezonder Gewicht per gemeente.[32]

Op de vraag of de start van het GALA wezenlijk invloed heeft gehad, geeft ongeveer een derde (34%) van de 44 gemeenten die vóór 2023 begonnen zijn met de inrichting van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht een bevestigend antwoord. Voor deze gemeenten betekent het GALA bijvoorbeeld de mogelijkheid tot uitbreiding van het aanbod en/of inzet op bredere samenwerking. Volgens bijna de helft van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars heeft de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes geleid wat betreft de (implementatie van de) aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.

Beperkte beschikbaarheid personeel en capaciteit belangrijke reden voor niet starten
Gemeenten die nog niet gestart zijn met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht noemen het vaakst (45%) als reden hiervoor dat er beperkte beschikbaarheid is van personeel of capaciteit bij de gemeente (Figuur

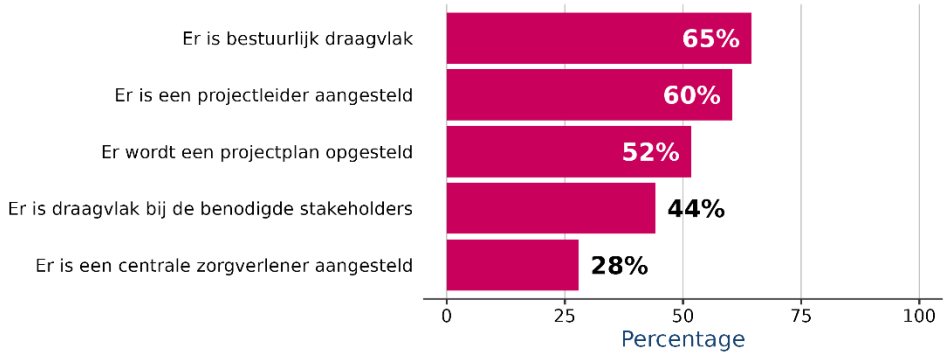
[32] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

10.2). Bij de reden ‘andere prioriteiten’ (29%) gaat het bijvoorbeeld om keuze voor slechts een ketenaanpak omdat de SPUK-gelden op zichzelf voor sommige gemeenten niet toereikend zijn om een ketenaanpak te implementeren (zie ook hoofdstuk 14).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 10.2 Top vijf redenen van gemeenten die nog niet zijn gestart met de implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (n=153, meerdere antwoorden mogelijk).

Bestuurlijk draagvlak en aanstellen projectleider belangrijke eerste stappen
De implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht verloopt in verschillende stappen en fasen. In totaal geeft 65 procent van de gemeenten aan dat er bestuurlijk draagvlak is om de aanpak te realiseren en in 60 procent van de gemeenten is een projectleider aangesteld om het projectplan uit te voeren (Figuur 10.3).



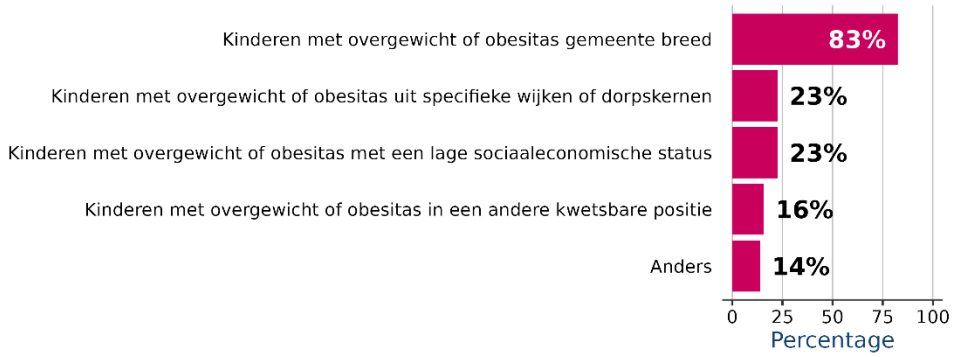
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 10.3 Top vijf van stappen die gezet zijn door gemeenten die zijn gestart met de implementatie van Kind naar Gezonder Gewicht (n=172, meerdere antwoorden mogelijk).

Daarnaast geeft 13 procent van de gemeenten aan dat er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen de gemeente en de zorgverzekeraar.[33] Deze afspraken gaan vooral over voldoende beschikbare middelen (75%) en inzet van personeel (65%) en bij ongeveer de helft van de gemeenten ook over de planning (55%). 17 procent van de responderende gemeenten geeft aan ook afspraken te

[33] Dit lijkt niet helemaal consistent met de definitie van start met de implementatie aanpak Kind naar Gezonder Gewicht die in de GALA-vragenlijst is gehanteerd (ten minste afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar). Naast deze GALA-definitie definieert JOGG/KnGG de start als aanstelling van de projectleider. Mogelijk zorgt dit voor verwarring en inconsistentie in de beantwoording van de vragenlijst.

hebben met organisaties die een deel van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht uitvoeren (GGD en/of welzijnsorganisaties). Van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geeft ongeveer een kwart aan dat er met name afspraken zijn met individuele contractanten en nog niet met samenwerkingsverbanden van zorgprofessionals. Ook geeft twee derde van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars aan dat er nog geen afspraken zijn, deels omdat men wacht op definitieve landelijke afspraken rondom de erkenning van de GLI, gericht op kinderen.

Doelgroep vooral hele gemeente
De meeste gemeenten die gestart zijn met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht richten zich op kinderen met overgewicht of obesitas in de gehele gemeente (Figuur 10.4). Hetzelfde beeld komt naar voren uit de vragenlijst van de JOGG-monitor onder projectleiders Kind naar Gezonder Gewicht.

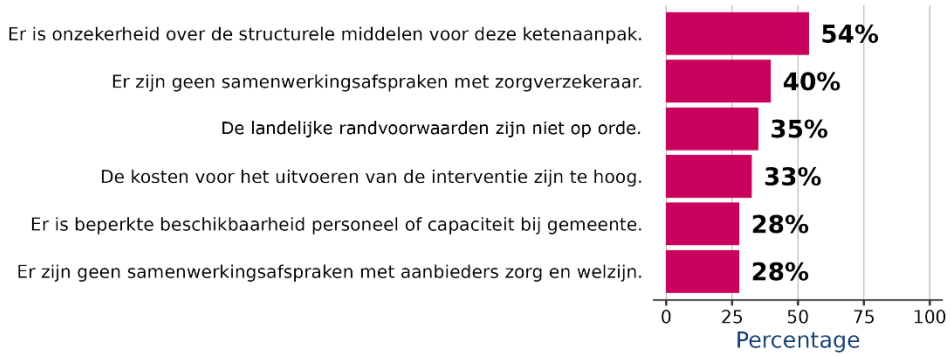


Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 10.4 Doelgroep van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht binnen gemeenten die gestart zijn met implementatie van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (n=172, meerdere antwoorden mogelijk).

Meningen verdeeld over huidige aanbod aanpak Kind naar Gezonder Gewicht
Ongeveer de helft van de gemeenten die gestart zijn met de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht ervaart het huidige aanbod[34] als onvoldoende. Een gelijk aandeel gemeenten vindt dat er voldoende aanbod is. Waaruit het huidige aanbod bestaat, is in de GALA-vragenlijst niet verder gespecificeerd. Het huidige aanbod van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht wordt door het overgrote deel van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars als 'onvoldoende' beoordeeld. De overige 10 procent vindt het aanbod toereikend.

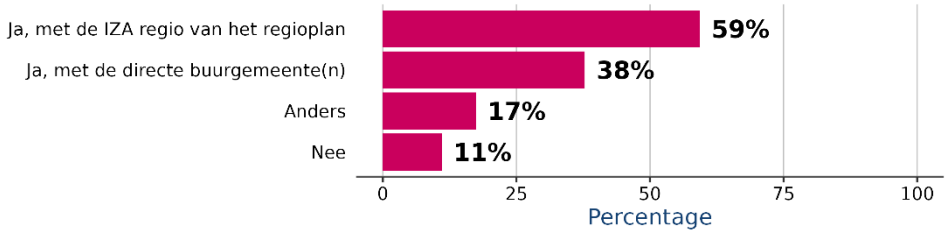
Gemeenten die aangeven dat het aanbod onvoldoende is, noemen hiervoor redenen als 'onzekerheid over structurele middelen voor de aanpak' (54%), 'afwezigheid van samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar' (40%) en 'het niet op orde zijn van landelijke randvoorwaarden' (35%) (Figuur 10.5).

[34] Dit is ter indicatie uitgevraagd en betreft een inschatting. Bij voldoende aanbod is er voor iedereen die dat nodig heeft een plek.



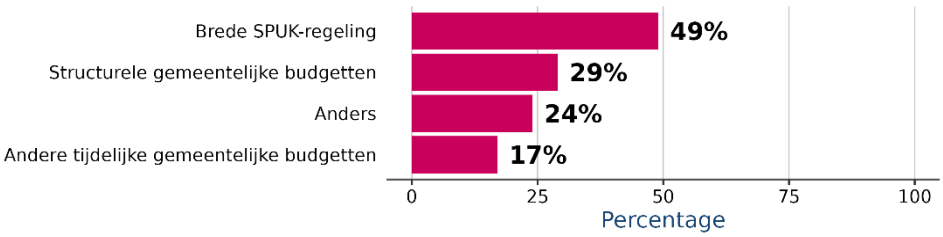
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 10.5 Top vijf van de vaakst genoemde redenen door gemeenten die aanbod aanpak Kind naar Gezonder Gewicht als onvoldoende ervaren (n=83, meerdere antwoorden mogelijk).

Regionale samenwerking in gang gezet
Voor bijna 60 procent van de gemeenten die de GALA-vragenlijst hebben ingevuld en die al gestart zijn met de inrichting van de aanpak is er sprake van samenwerking met de IZA-regio van het regioplan (Figuur 10.6). Hetzelfde beeld komt naar voren uit de vragenlijst van de JOGG-monitor onder projectleiders Kind naar Gezonder Gewicht. De projectleiders geven aan dat er regionale samenwerking is op het gebied van implementatie van de aanpak (66%), op het gebied van monitoring en evaluatie (49%) en bij inkoop (37%). Uit de GALA-vragenlijst onder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars blijkt dat een kwart samenwerkingsafspraken heeft op regionaal niveau met de gemandateerde gemeente voor de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht.



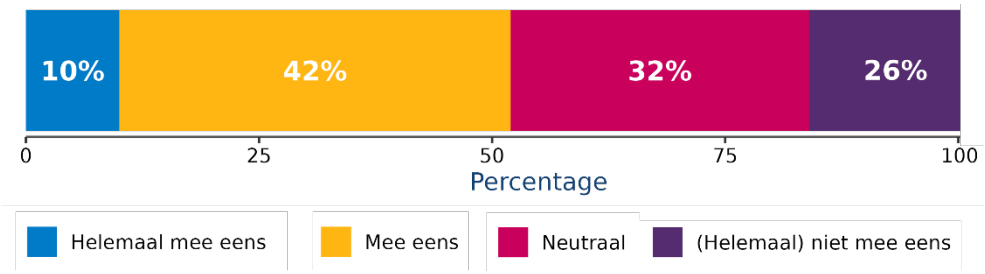
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 10.6 Regionale samenwerking aanpak Kind naar Gezonder Gewicht (n=83, meerdere antwoorden mogelijk).

Bijna de helft van projectleiders gefinancierd vanuit SPUK-gelden
Uit de JOGG-monitor 2023 blijkt dat de rol van projectleider voor ongeveer de helft van de gemeenten wordt gefinancierd door de SPUK-regeling (Figuur 10.7). Bijna een derde van de gemeenten geeft aan dat de financiën geregeld zijn door structurele gemeentelijke budgetten (bijvoorbeeld opgenomen in meerjarenbegroting, in aanvullend pakket jeugdgezondheidszorg). Iets meer dan de helft van de projectleiders (51%) is het er (helemaal) mee eens dat ze voldoende uren hebben om de werkzaamheden uit te voeren en 27 procent is het hier (helemaal) niet mee eens. De rest is hier neutraal over (22%). Projectleiders hebben gemiddeld 8 uur per week voor deze rol.



Bron: JOGG-monitor 2023, vragenlijst Kind naar Gezonder Gewicht.
Figuur 10.7 Middelen waar vanuit de rol van projectleider wordt gefinancierd (n=41, meerdere antwoorden mogelijk).

Zorgen over beschikbare uren en budget
Uit de JOGG-monitor blijkt dat in 90 procent van de gemeenten een jeugdverpleegkundige de rol van centrale zorgverlener vervult. Deze jeugdverpleegkundigen werken meestal bij de jeugdgezondheidszorg. In 10 procent van de gemeenten ligt de rol van centrale zorgverlener bij een wijkteamprofessional of een pedagogisch adviseur. Van de 41 deelnemende projectleiders is 26 procent ontevreden over het aantal beschikbare uren voor de centrale zorgverlener, 42 procent vindt het aantal uur voldoende en 32 procent is hier neutraal over (Figuur 10.8). Het aantal aangestelde centrale zorgverleners varieert per gemeente en hangt onder andere af van de grootte van de gemeente en de grootte van de groep kinderen met overgewicht en obesitas. Uit de antwoorden op de vragenlijst van de JOGG-monitor blijkt dat er in 2023 gemiddeld twee centrale zorgverleners per gemeente zijn en dat zij samen gemiddeld 12,5 uur per week (gemiddeld ruim 6 uur per week per centrale zorgverlener) aan deze rol besteden.



Bron: JOGG-monitor 2023, vragenlijst Kind naar Gezonder Gewicht.
Figuur 10.8 Voldoende uren voor centrale zorgverlener(s), volgens projectleiders (n=41).

Ook uit de interviews over regionale en lokale samenwerking komen zorgen naar voren over onzekerheid rondom structurele middelen en de gevolgen hiervan voor de implementatie van Kind naar Gezonder Gewicht. In een aantal regio's geven geïnterviewde vertegenwoordigers van zorgverzekeraars aan dat zij hun deel van de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht nog niet kunnen financieren, omdat het erkenningstraject van de kinder-GLI's nog niet is afgerond. Dit zorgt voor complexiteit bij het financieren van de gehele aanpak vanuit medisch en sociaal domein gezamenlijk.[35] Ook geeft een aantal gemeenten expliciet aan dat de SPUK-gelden niet voldoende budget bieden om de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht op te zetten. Met de

[35] In de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht staat integrale, domeinoverstijgende samenwerking centraal. Zo lang de kinder-GLI nog niet vergoed wordt is het moeilijker om de onderdelen van de aanpak die behoren bij het sociale domein te organiseren en vice versa.

beschikbare SPUK-gelden kunnen zij als individuele gemeente bijvoorbeeld geen centrale zorgverlener aanstellen.[36]

"Vooral als je kijkt naar Kind op Gezonder Gewicht, daar hebben wij gewoon echt niet voldoende middelen om die keten in te richten. Dus daar zijn we wel, maar dat zal bij jullie bekend zijn, dat is ook voor andere gemeenten een uitdaging. De middelen voldoen gewoon niet om die centrale hulpverlener in te zetten. Dus daar lopen we nog wel in vast." (gemeente 3, regio 1)

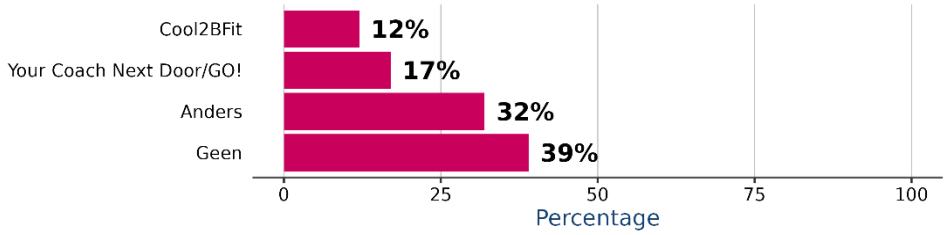
Uit de interviews komen ook zorgen naar voren over of er nog voldoende tijd is om de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht op te zetten als de financiering in 2025 wel van de grond komt. Er is onzekerheid over wat er na afloop van het GALA en het IZA met de aanpakken zal gebeuren.

Samenwerking met partners in zorg en in de wijk van belang
De jeugdverpleegkundige en de jeugdarts binnen de jeugdgezondheidszorg worden door alle projectleiders van de 41 deelnemende gemeenten aan de JOGG-monitor genoemd als partners die een rol spelen in de *signalering* van overgewicht en obesitas en *toeleiding* naar de centrale zorgverlener. Voor een groot deel van de gemeenten spelen de kinderarts of de verpleegkundige kindergeneeskunde (95%) en de huisarts/POH (78%) ook een rol. Van de gespecialiseerde partners spelen vooral fysiotherapeuten en diëtisten hierin een rol (80%). Van partners in de wijk spelen vooral de combinatiefunctionaris/buurtsportcoach (66%), partners in het onderwijs (bijvoorbeeld leerkracht, mentor) (63%) en de jeugdhulpverlener (51%) een rol in de signalering.

Fysiotherapeuten en diëtisten zijn in de meeste gemeenten de partners waarmee de centrale zorgverleners veelal samenwerken in de ondersteuning en zorg voor kinderen met overgewicht (90%). Verder werkt de centrale zorgverlener vooral samen met de jeugdverpleegkundige (80%), jeugdarts (73%) of de kinderarts/verpleegkundige kindergeneeskunde (73%). Iets minder dan de helft van de centrale zorgverleners werkt samen met de huisarts (49%). Van partners in de wijk werkt de centrale zorgverlener samen met de combinatiefunctionaris/buurtsportcoach (68%) en partners in het onderwijs (zoals leerkracht, mentor) (73%).

GLI voor kinderen nog weinig beschikbaar
Een GLI gericht op kinderen kan deel uitmaken van de benodigde ondersteuning en zorg binnen de aanpak Kind naar Gezonder Gewicht. Uit de JOGG-monitor blijkt dat 39 procent van de deelnemende gemeenten (nog) geen GLI speciaal voor kinderen beschikbaar heeft (Figuur 10.9). Als gemeenten een GLI voor kinderen beschikbaar hebben, dan komen verschillende namen voorbij. Hierbij worden de interventies Your Coach Next Door/GO! en Cool2BFit genoemd.

[36] Terwijl dit wel nodig is voor kinderen zonder matig verhoogd GGR. Die krijgen een centrale zorgverlener vanuit gemeente.



Bron: JOGG-monitor 2023, vragenlijst Kind naar Gezonder Gewicht.

Figuur 10.9 Beschikbare GLI voor kinderen per gemeente (n=41).

11 Ketenaanpak Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI)

11.1 Achtergrond

Een van de beoogde resultaten die in het GALA voor overgewicht beschreven staat, is dat er voor kinderen en volwassenen met overgewicht of obesitas passende ondersteuning, begeleiding en zorg toegankelijk is. Verder wordt in het GALA de aanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas beschreven als het uitvoeren van de ketenaanpak Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI). Het gaat daarbij om het goed inbedden van een GLI als leefstijlinterventie bij overgewicht en obesitas (medisch domein) in het ondersteunende aanbod binnen een gemeente (onder andere sociaal domein). Bijvoorbeeld door gemeentelijk aanbod gericht op bewegen of ondersteuning bij eenzaamheid. Voor een goede inbedding is netwerkvorming en samenwerking tussen medisch en sociaal domein nodig. Verschillende GLI-programma's voor volwassenen zijn erkend effectief en komen sinds 2019 in aanmerking voor vergoeding vanuit de zorgverzekering. Vergoeding is alleen mogelijk voor volwassenen met overgewicht die voldoen aan een aantal voorwaarden[37] en voor volwassenen met obesitas. Uit de GLI-monitor van het RIVM blijkt dat GLI-programma's in steeds meer gemeenten aangeboden worden [121].

Leefstijl is een van de vele factoren die samenhangen met het ontstaan van overgewicht en obesitas. Andere factoren zoals schulden, eenzaamheid en mentale problemen kunnen ook een rol spelen [122]. Om die reden is het belangrijk dat een GLI-programma goed aansluit op het aanbod van activiteiten vanuit andere domeinen binnen de gemeente. En dat er een goede samenwerking is tussen het medisch en sociaal domein. Ook beschikbaarheid van beweegaanbod maakt hiervan deel uit. Deze zorg- en ondersteuningsonderdelen worden ook beschreven in het basismodel van de netwerkaanpak Overgewicht en obesitas volwassenen dat is ontwikkeld door het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) [123]. Gemeenten kunnen een aantal stappen zetten om te werken aan deze netwerkaanpak, maar dit is optioneel. De focus in het GALA ligt op een goede inbedding van de GLI binnen gemeentelijke activiteiten voor volwassenen met overgewicht en obesitas.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk gaat over de inbedding van GLI-programma's sinds de invoering van het GALA en over de belemmerende en bevorderende factoren in die inbedding (paragraaf 11.2). In hoofdstuk 14 worden de bevindingen van alle ketenaanpakken beschouwd.

De gebruikte methoden voor dit hoofdstuk staan beschreven in Tekstbox 11.1.

[37] Alleen voor personen met overgewicht in combinatie met een vergrote buikomvang en/of aanwezigheid van een andere risicofactor en/of ziekte of obesitas.

Tekstbox 11.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

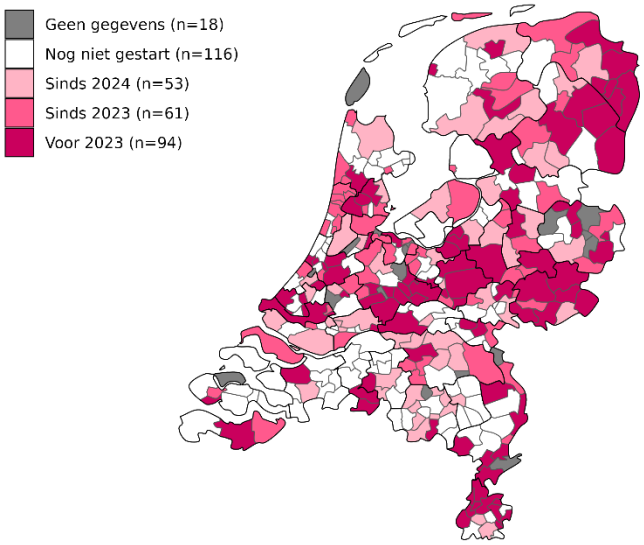
- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over de ketenaanpak GLI zijn ingevuld door 326 gemeenten (97%).
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.

Aanvullende methode: GLI-monitor 2024

- Het RIVM monitort de landelijke implementatie van GLI-programma's. Deze zogenoemde GLI-monitor maakt gebruik van landelijke declaratiegegevens via Vektis en van gegevens uit het GLI-register [121]. Voor dit hoofdstuk worden gegevens gebruikt die tot en met 31 mei 2024 bekend waren. Dit betreft gegevens die vanuit de GLI-monitor eind november 2024 gepubliceerd zijn [28].

11.2 Bevindingen ketenaanpak GLI

In 2024 is in 17 procent van de gemeenten gestart met inbedding
Voor 29 procent van de 326 gemeenten ligt het startjaar van de inbedding al vóór 2023. Voor 18 procent is het startjaar 2023 en voor 17 procent van de gemeenten is dat 2024 (Figuur 11.1). Iets meer dan een derde van de gemeenten (36%) is nog niet gestart met de inbedding van de ketenaanpak GLI. Onder gestart met inbedding verstaan we dat er minimaal afspraken zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente.

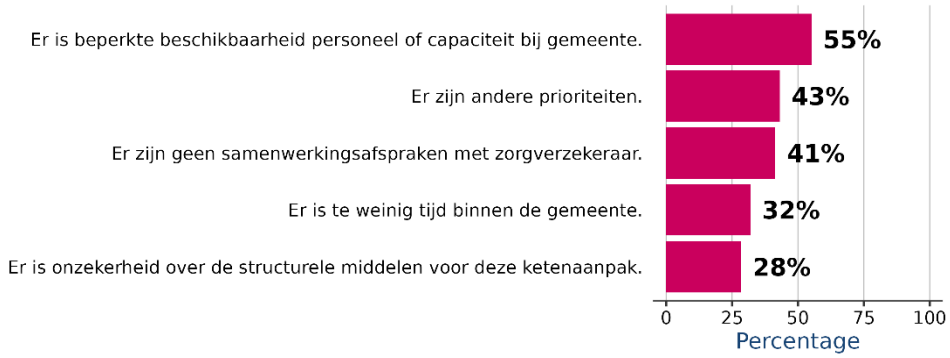


Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 11.1 Startjaar van inbedding ketenaanpak GLI per gemeente[38].

[38] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

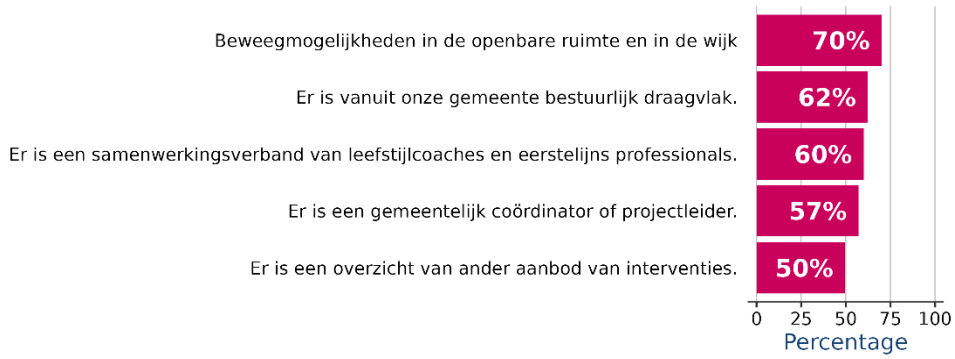
Op de vraag of de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling wezenlijk invloed hebben gehad op de inbedding geeft 32 procent van de gemeenten waarin vóór 2023 is begonnen met de inbedding van de ketenaanpak GLI een positief antwoord. Zij noemen vooral de mogelijkheid van SPUK-gelden om het aanbod van de GLI uit te breiden of verbinding te krijgen met andere ketenaanpakken. Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars lijken hierover hetzelfde te denken.

Beperkte beschikbaarheid personeel en capaciteit belangrijke reden voor niet starten
Gemeenten die nog niet begonnen zijn met de ketenaanpak GLI noemen het vaakst (55%) als reden hiervoor dat er beperkte beschikbaarheid is van personeel of capaciteit bij de gemeente (Figuur 11.2).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 11.2 Top vijf redenen van gemeenten waarin nog niet gestart is met de inbedding van ketenaanpak Gezonde leefstijlinterventie (n=116, meerdere antwoorden mogelijk).

Merendeel gemeenten start met overzicht van aanbod beweegmogelijkheden in openbare ruimte en wijk
De inbedding van de ketenaanpak GLI verloopt in verschillende stappen en fasen. In totaal heeft 70 procent van de gemeenten een overzicht van beweegmogelijkheden in de openbare ruimte en in de wijk (onder anderen buurtsportcoaches, sportverenigingen, lokale sportaanbieders). Daarnaast geeft 62 procent van de gemeenten aan dat er vanuit de gemeente bestuurlijk draagvlak is om (de inbedding van) de ketenaanpak GLI te realiseren (Figuur 11.3). In ongeveer eenzelfde aandeel van gemeenten is er een samenwerkingsverband van leefstijlcoaches en eerstelijns professionals zoals huisartsen of regionale huisartsenorganisatie en paramedici (bijvoorbeeld fysiotherapeuten, diëtisten, psychologen).



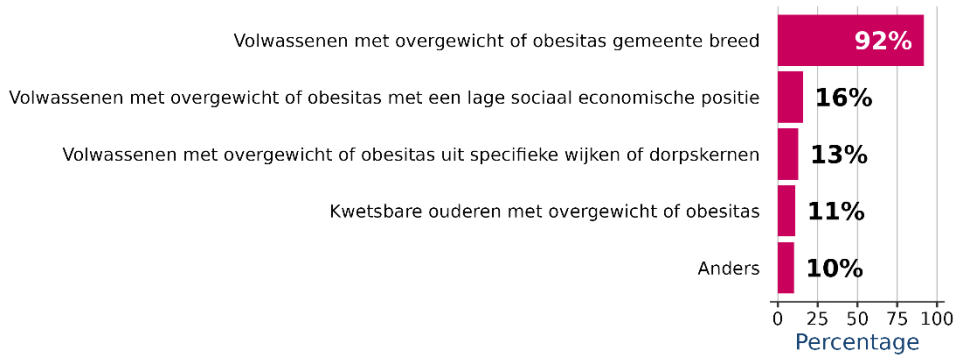
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 11.3 Top vijf van de stappen die het vaakst gezet zijn door gemeenten waarin gestart is met de inbedding van de ketenaanpak GLI (n=210, meerdere antwoorden mogelijk).

Van de gemeenten waarin gestart is met de inbedding van de ketenaanpak GLI geeft 21 procent aan dat er samenwerkingsafspraken zijn gemaakt tussen gemeente en zorgverzekeraar.[39] Een iets groter aandeel van gemeenten (bijna 26%) heeft samenwerkingsafspraken tussen gemeente en zorgverzekeraars uitgebreid met afspraken met aanbieders van GLI-programma's. De samenwerkingsafspraken gaan vooral over voldoende beschikbare middelen en de planning van activiteiten die nodig zijn om de ketenaanpak van de grond te krijgen.

Afspraken zorgverzekeraars vooral met bestaande samenwerkingsverbanden
Meer dan de helft (54%) van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geeft aan dat de afspraken voor de ketenaanpak GLI met name zijn georganiseerd met bestaande samenwerkingsverbanden van bijvoorbeeld fysiotherapeuten of zorggroepen. Bij bijna een derde (28%) van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars zijn dit met name afspraken met individuele contractanten, bijvoorbeeld aanbieders van GLI-programma's.

Doelgroep vooral hele gemeente
Van gemeenten waarin al gestart is met de inbedding van de ketenaanpak GLI richt het overgrote deel zich op volwassenen met overgewicht of obesitas in de hele gemeente. Overgewicht komt vaker voor bij mensen met lagere sociaaleconomische status. Zo'n 16 procent van de gemeenten richt zich (ook) op volwassenen met overgewicht of obesitas met een lage sociaaleconomische status (Figuur 11.4). Zie voor meer informatie ook hoofdstuk 3 Gezondheidsachterstanden.

[39] Dit lijkt niet helemaal consistent met de definitie van start met de inbedding van de ketenaanpak GLI die in de GALA vragenlijst is gehanteerd (ten minste afspraken tussen gemeente en zorgverzekeraar). Het is onduidelijk waardoor deze inconsistentie is ontstaan.



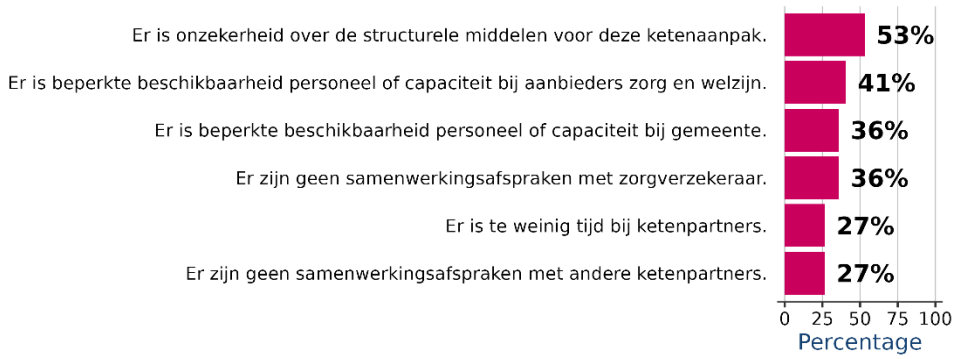
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 11.4 Doelgroep van de ketenaanpak GLI (n=210, meerdere antwoorden mogelijk).

Meeste starters bij GLI-programma Cool
In 2023 zijn er in totaal 37.060 personen gestart met een GLI-programma en in de eerste maanden van 2024 (tot en met mei) waren dit er 13.925. De meeste mensen begonnen in 2023 met het GLI-programma Cool (n=18.660) en de Beweegkuur (n=9.290). In de periode januari tot en met mei 2024 startten 6.270 mensen met het GLI-programma Cool en 3.985 met de Beweegkuur. Deze gegevens zijn afkomstig uit de meest recente GLI-monitor van november 2024 [28].

Meerderheid gemeenten vindt aanbod van de ketenaanpak GLI toereikend
Van de gemeenten waar gestart is met inbedding van de ketenaanpak GLI geeft 68 procent aan dat het huidige aanbod[40] van de ketenaanpak GLI voldoende is (vraag en aanbod in balans). Daarentegen geeft 31 procent aan dat het aanbod onvoldoende is. Onder vertegenwoordigers van zorgverzekeraars wordt het aanbod ongeveer op dezelfde manier ingeschat: 82 procent beschouwt het aanbod als voldoende en vindt dat vraag en aanbod in balans is. De overige 18 procent vindt het aanbod onvoldoende.

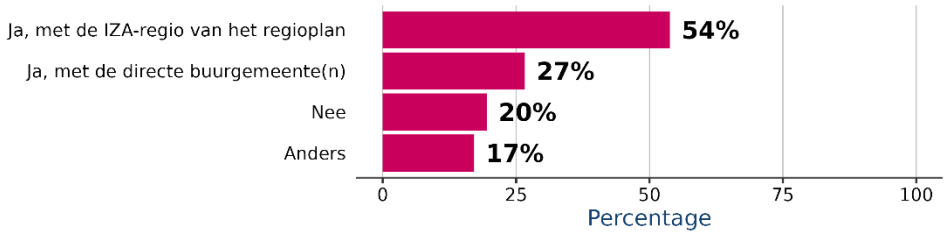
Gemeenten die het aanbod onvoldoende vinden, geven hiervoor als redenen onder andere onzekerheid over structurele middelen voor deze ketenaanpak (53%) en beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij aanbieders van zorg en welzijn (41%) (Figuur 11.5).

[40] Dit is ter indicatie uitgevraagd en betreft een inschatting. Bij voldoende aanbod is er voor iedereen die dat nodig heeft een plek.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 11.5 Redenen onvoldoende aanbod ketenaanpak GLI (n=64, meerdere antwoorden mogelijk).

Regionale samenwerking vooral met buurgemeenten en binnen IZA-regio
Gemeenten werken voor de ketenaanpak GLI regionaal samen met directe buurgemeente(n) (27%) en/of de IZA-regio van het regioplan (54%; Figuur 11.6). Van de gemeenten die gestart zijn, werkt 20 procent niet regionaal samen voor de ketenaanpak GLI. Een aantal gemeenten geeft aan dat ze nog geen regionaal samenwerkingsverband hebben, maar dat wel willen of er mee bezig zijn. Van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars heeft 31 procent samenwerkingsafspraken op regionaal niveau met de gemandateerde gemeente voor de ketenaanpak GLI. Ongeveer een kwart van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (26%) heeft nog geen samenwerkingsafspraken gemaakt.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 11.6 Regionale samenwerking ketenaanpak GLI (n=210, meerdere antwoorden mogelijk).

12 Aanpak Sociaal verwijzen

12.1 Achtergrond

Als onderdeel van het versterken van de sociale basis (zie ook hoofdstuk 5) is in het GALA de aanpak voor mensen met psychosociale klachten of problemen beschreven. Psychosociale problemen zijn een combinatie van psychische problemen die te maken hebben met gevoelens en gedachten enerzijds en sociale problemen die te maken hebben met andere mensen of instanties anderzijds [124]. Deze problemen kunnen gepaard gaan met lichamelijke klachten.

Om mensen met psychosociale klachten te helpen, zet het GALA in op een gezamenlijke werkwijze tussen eerstelijnszorgverleners, welzijn en het sociaal domein [1]. Deze werkwijze betreft doorverwijzing van eerstelijnszorgverleners naar een brugfunctionaris. De brugfunctionaris leidt mensen waar nodig naar ondersteuning door welzijn of het sociaal domein. Gemeenten kunnen, in samenwerking met zorgverzekeraars en relevante (zorg)professionals, de SPUK-gelden inzetten voor inrichting van deze werkwijze.

Een voorbeeld van deze werkwijze is de erkende interventie Welzijn op Recept, waarbij een welzijnscoach de rol van brugfunctionaris vervult. In het GALA staat beschreven dat de werkwijze voor mensen met psychosociale klachten ruim wordt opgevat, breder dan de erkende interventie. Andere varianten van de wijze waarop invulling wordt gegeven aan de rol van brugfunctionaris zijn binnen de opdracht voor de GALA-monitor verkend, omdat de aanpak Sociaal verwijzen geen eigen monitor kent.

Om verwarring tussen de erkende interventie Welzijn op Recept en de werkwijze te vermijden, spreken we in dit rapport over de aanpak Sociaal verwijzen. Sociaal verwijzen is de Nederlandse vertaling van ‘social prescribing’, de internationale term voor doorverwijzing van het medisch naar het sociaal domein [8].

Leeswijzer
Dit hoofdstuk beschrijft in paragraaf 12.2 de stand van zaken rondom de aanpak Sociaal verwijzen. Vervolgens beschrijft paragraaf 12.3 enkele voorbeelden van de invulling van de brugfunctie tussen het medisch en sociaal domein. In hoofdstuk 14 worden de bevindingen van alle ketenaanpakken beschouwd.

De gebruikte methoden voor dit hoofdstuk staan beschreven in Tekstbox 12.1.

Tekstbox 12.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

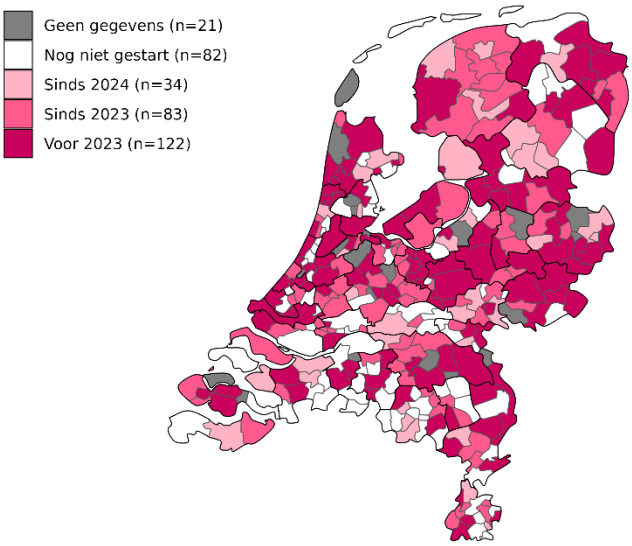
- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over de aanpak Sociaal verwijzen zijn ingevuld door 323 gemeenten (96%).
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.
- Interviews over regionale en lokale samenwerking, afgenomen in mei tot en met augustus 2024 bij 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders zorg en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en experts vanuit koepelorganisaties).

Aanvullende methode: verdiepende interviews GALA-monitor 2024

- Interviews over de invulling van de brugfunctie tussen het medisch en sociaal domein, afgenomen in juli en augustus 2024 bij 6 deelnemers (beleidsmedewerkers en brugfunctionarissen).

12.2 Bevindingen aanpak Sociaal verwijzen

Inrichting aanpak Sociaal verwijzen gestart in driekwart gemeenten
In 75 procent van de responderende gemeenten is gestart met de inrichting van de aanpak Sociaal verwijzen (n=241). Onder 'gestart met de inrichting van de aanpak' verstaan we dat er minimaal afspraken hierover zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente. In ruim een derde van de gemeenten (37%) is er vanaf 2023 (nadat de SPUK-gelden beschikbaar kwamen) gestart met de aanpak Sociaal verwijzen. Figuur 12.1 laat de ontwikkeling zien van het aantal gemeenten waarin gestart is met de inrichting van de aanpak Sociaal verwijzen.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 12.1 Startjaar van inrichting van de aanpak Sociaal verwijzen[41].

[41] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

Gemeenten waarin nog niet gestart is (n=82), noemen als voornaamste redenen dat er nog geen samenwerkingsafspraken zijn met zorgverzekeraars en/of dat er beperkte beschikbaarheid is van personeel of capaciteit. Vanuit de interviews over regionale en lokale samenwerking blijkt dat onvoldoende financiering en capaciteit een goede inrichting en structurele inbedding van de aanpak Sociaal verwijzen belemmeren. De SPUK-gelden die ter beschikking zijn gesteld, zijn niet in alle gemeenten toereikend om de aanpak Sociaal verwijzen te realiseren.

Van de gemeenten waarin voor 2023 gestart is, geeft iets minder dan de helft (42%) aan dat de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes heeft geleid bij de inrichting van de aanpak Sociaal verwijzen. Genoemde veranderingen zijn onder andere opschaling en/of intensivering van de aanpak Sociaal verwijzen, meer lokale en regionale afstemming en samenwerking en doorontwikkeling van de aanpak.

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars zijn iets vaker (49%) van mening dat de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes hebben geleid. Ze benoemen hierbij onder andere regionale afstemming en extra inzet voor de aanpak Sociaal verwijzen.

Driekwart van de gemeenten (77%) waarin gestart is met de aanpak Sociaal verwijzen geeft aan dat er bestuurlijk draagvlak is om de aanpak te realiseren. Daarnaast zijn er in zeven op de tien gestarte gemeenten brugfunctionarissen ofwel welzijnscoaches aangesteld.

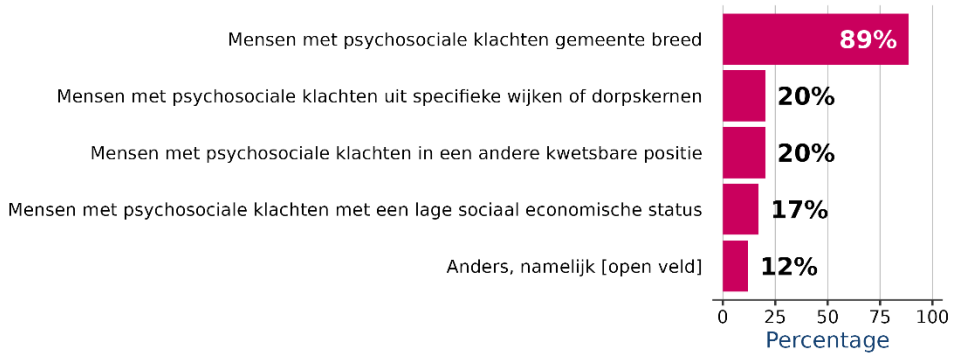
Merendeel zorgverzekeraars heeft afspraken met (deel van) gemeenten
Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars hebben samenwerkingsafspraken gemaakt op regionaal niveau met de gemandateerde gemeente (31%), met alle gemeenten in de regio afzonderlijk (5%) of met enkele gemeenten binnen de regio (23%). Iets minder dan één op de drie vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (21%) heeft (nog) geen samenwerkingsafspraken gemaakt met gemeenten in hun regio, vaak omdat er andere prioriteiten zijn. Bij de overige vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (21%) zijn afspraken in ontwikkeling of op een ander regionaal niveau vormgegeven.

De samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraars en gemeenten gaan volgens vertegenwoordigers van zorgverzekeraars voornamelijk over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (coördinatie; 83%). Daarnaast kunnen de afspraken ook gaan over wanneer taken worden uitgevoerd (planning; 35%), de hoogte van beschikbare middelen (30%) of de inzet van voldoende personeel (17%).

Helft van gemeenten werkt regionaal samen in de IZA-regio
De helft van de gemeenten (52%) waarin gestart is met de aanpak Sociaal verwijzen geeft aan dat zij regionaal samenwerken met de IZA-regio van het regioplan. Een kwart van de gemeenten (26%) geeft aan (ook) samen te werken met directe buurgemeente(n), 22 procent werkt (nog) niet regionaal samen en 15 procent geeft aan (ook) in een ander

regionaal verband samen te werken of dat de samenwerking nog in ontwikkeling is.

Doelgroep vooral mensen met psychosociale klachten in hele gemeente
De meerderheid van de gemeenten (89%) waarin gestart is met de aanpak Sociaal verwijzen richt zich op de doelgroep van mensen met psychosociale klachten in de hele gemeente (Figuur 12.2). In ongeveer één op de vijf gemeenten richt de aanpak Sociaal verwijzen zich (ook) op specifieke wijken of dorpskernen, mensen met een lage sociaaleconomische status en/of mensen in een andere kwetsbare positie (zie ook hoofdstuk 3).



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 12.2 Doelgroep van de aanpak Sociaal verwijzen (n=241, meerdere antwoorden mogelijk).

Ervaring huidig aanbod aanpak Sociaal verwijzen
Zeven op de tien gemeenten (71%) waarin gestart is met de aanpak Sociaal verwijzen ervaren dat het huidige aanbod[42] voldoende is. Vraag en aanbod zijn volgens deze gemeenten in balans. Acht gemeenten (3%) ervaren een overschot in aanbod en een kwart (26%) ervaart een gebrek aan aanbod. Gemeenten die een gebrek aan aanbod ervaren, noemen hiervoor als reden vooral de beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij aanbieders zorg en welzijn en onzekerheid over de structurele middelen voor deze aanpak.

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars ervaren vaker dan gemeenten een gebrek aan aanbod voor de aanpak Sociaal verwijzen (59 versus 26%). Een minderheid van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (41%) ervaart dat vraag en aanbod in balans is voor de aanpak Sociaal verwijzen.

Afspraken met eerstelijnszorgverleners
In gemeenten waar is gestart met de aanpak Sociaal verwijzen, zijn afspraken gemaakt met diverse typen eerstelijnszorgverleners. Het (exacte dan wel geschatte) aantal eerstelijnszorgpraktijken of gezondheidscentra waarmee gemeenten afspraken hebben, is bekend in drie op de vijf gemeenten. Het aantal welzijnsorganisaties waarmee gemeenten afspraken hebben is (exact dan wel geschat) bekend in 71 procent van de gemeenten. Veel gemeenten hebben afspraken met huisartsen (95%), praktijkondersteuners (POH's; 87%) en/of

[42] Dit is ter indicatie uitgevraagd en betreft een inschatting. Bij voldoende aanbod is er voor iedereen die dat nodig heeft een plek.

maatschappelijk of sociaal werkers (70%). Een klein deel van de gemeenten heeft (ook) afspraken met wijkverpleegkundigen (27%), fysiotherapeuten (22%), ergotherapeuten (7%) en/of apothekers (5%).

Alle vertegenwoordigers van zorgverzekeraars hebben afspraken met huisartsen of de regionale huisartsenorganisatie om de aanpak Sociaal verwijzen mogelijk te maken. Deze afspraken zijn veelal gemaakt als onderdeel van het regionale plan voor 'Meer tijd voor de Patiënt' (59%), als onderdeel van reguliere afspraken (26%) en/of als onderdeel van een transformatieplan (15%).

Invulling aanpak Sociaal verwijzen
In het merendeel van de gemeenten (81%) waar is gestart met de aanpak Sociaal verwijzen wordt de aanpak ingevuld met de erkende interventie Welzijn op Recept (zie toelichting in paragraaf 12.3). In een derde van de gemeenten (33%) is gekozen voor een andere aanpak en in een deel van de gemeenten (14%) wordt zowel de erkende interventie als een andere aanpak aangeboden.

Voorbeelden van een andere aanpak zijn ondersteuning vanuit het sociaal domein (buurt- of wijkteams, sociaal/ maatschappelijk / welzijnswerk), voor een specifieke doelgroep (jeugd, ouderen of licht verstandelijke beperking) of een aanpassing op Welzijn op Recept (bredere insteek qua verwijzers, problematiek en vervolgaanbod). Daarnaast is er in sommige gemeenten gekozen voor een meer leefstijlgerichte aanpak (beweegmakelaar, beweegcoach, leefstijlspreekuur) of het faciliteren van digitale verbinding (ZorgDomein). Van de genoemde voorbeelden zijn er drie benaderd voor verdiepende interviews over de invulling van de aanpak Sociaal verwijzen (paragraaf 12.3).

Vanuit de interviews over regionale en lokale samenwerking in het kader van de GALA-monitor blijkt dat de invulling van de aanpak Sociaal verwijzen verschilt per wijk of gemeente en vaak afhankelijk is van afspraken of projecten die al lopen. Ook de inrichting van het welzijnswerk of sociaal domein zelf verschilt per gemeente. Waar op sommige plekken juist gestreefd wordt naar intensieve begeleiding van een selecte groep cliënten kiezen andere gemeenten voor kortdurend contact met zoveel mogelijk cliënten. Daarnaast hangt de invulling van de aanpak Sociaal verwijzen sterk samen met de financiering van de aanpak en capaciteit binnen de gemeente.

12.3 Enkele voorbeelden aanpak Sociaal verwijzen

De aanpak Sociaal verwijzen kan op verschillende manieren worden ingevuld, bijvoorbeeld met de interventie Welzijn op Recept.

Welzijn op Recept
Welzijn op Recept[43] is het meest bekende voorbeeld van Sociaal verwijzen in Nederland en ook benoemd in het GALA. Bij Welzijn op Recept vervult een welzijnscoach de rol van brugfunctionaris. Deze brugfunctionaris is meestal in dienst van de welzijnsorganisatie of de gemeente. Vanuit het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept zijn

[43] Op de website https://welzijnoprecept.nl/ is meer informatie over Welzijn op Recept te vinden.

praktijkverhalen beschreven en is het bereik en de kwaliteit van de uitvoering van Welzijn op Recept onderzocht vanuit het perspectief van welzijnsorganisaties [125, 126]. Deze interventie werd in 2023 uitgevoerd in 170 gemeenten [125]. Vrouwen en 65-plussers worden het vaakst verwezen binnen Welzijn op Recept en de meest genoemde redenen voor deze verwijzing zijn eenzaamheid, psychische klachten of vastlopen in het leven.

Andere voorbeelden
Andere varianten op de invulling van de brugfunctie zijn met verdiepende interviews verkend. Dit betreft een aanvullende opdracht binnen de GALA-monitor, omdat de aanpak Sociaal verwijzen geen eigen monitor kent. Voor deze interviews spraken we met beleidsmedewerkers en brugfunctionarissen die betrokken zijn bij drie varianten van de brugfunctie: consulent welzijn, toegang tot het sociaal domein en jeugdhulp bij de huisarts. De interviews zijn samengevat tot beschrijvingen van deze varianten en deze geven onder andere inzicht in de invulling van de brugfunctie, doelgroep, werkwijze en samenwerking met diverse partijen. Deze beschrijvingen staan in bijlage 2.

Uit de verdiepende interviews blijkt dat de rol van brugfunctionaris op verschillende manieren kan worden ingevuld afhankelijk van de lokale context. Er lijkt niet één manier te zijn die overal passend is. De geïnterviewden adviseren om aan te sluiten bij wat er al is en te luisteren naar wat de inwoner nodig heeft.

13 Ketenaanpak Valpreventie

13.1 Achtergrond

Valongevallen zijn een toenemend probleem. Het aantal ouderen dat na een val op de spoedeisende hulp terechtkomt, steeg in de afgelopen jaren van 103.000 in 2020 naar 112.000 in 2023 [127, 128]. Een val kan grote gevolgen hebben voor de oudere zelf, maar ook voor maatschappelijke (zorg) kosten. De ketenaanpak Valpreventie is een bewezen effectieve aanpak om het risico op vallen te verminderen. Daarnaast kan de ketenaanpak mogelijk duurdere zorg voorkomen [129].

De ketenaanpak Valpreventie is gericht op thuiswonende ouderen van 65 jaar of ouder met een verhoogd valrisico [130]. De ketenaanpak bestaat uit verschillende onderdelen: 1) het opsporen van een verhoogd valrisico; 2) het screenen op de aanwezigheid van valrisicofactoren (valrisicobeoordeling); 3) het deelnemen aan een valpreventieve beweeginterventie; en: 4) het structureel sporten en bewegen [131].

Voor de ketenaanpak Valpreventie zijn in het GALA twee beoogde resultaten opgesteld. Het eerste is dat het risico op vallen bij ouderen vroegtijdig gesignaleerd wordt in het medisch en sociaal domein en ondersteund wordt door laagdrempelige toegang tot valpreventief aanbod. Het tweede beoogde resultaat is dat er jaarlijks minder ouderen (65+) op de spoedeisende hulp komen naar aanleiding van een val.

Om de beoogde resultaten te realiseren, zijn binnen het GALA afspraken gemaakt over de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie door gemeenten en zorgverzekeraars. Hierbij is als doel gesteld dat vanaf 2023 jaarlijks:

- 14 procent van alle thuiswonende ouderen een valrisico-inschatting krijgt.
- 3 procent van alle thuiswonende ouderen een erkende valpreventieve beweeginterventie krijgt.

Monitor Valpreventie
Om inzicht te krijgen in het proces, de voortgang en de opbrengsten van de ketenaanpak Valpreventie is de monitor Valpreventie ontwikkeld [132, 133]. De monitor Valpreventie heeft een eigen rapportage [134]. Dit hoofdstuk gaat op hoofdlijnen in op de stand van zaken rondom de ketenaanpak Valpreventie op basis van die monitor. De monitor Valpreventie en de GALA-monitor trekken gezamenlijk op bij het uitzetten van de vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars.

Leeswijzer
Dit hoofdstuk gaat over de stand van zaken van de implementatie van de ketenaanpak Valpreventie (paragraaf 13.2). In hoofdstuk 14 worden de bevindingen van alle ketenaanpakken beschouwd.
De methoden die voor dit hoofdstuk gebruikt zijn, staan in Tekstbox 13.1.

Tekstbox 13.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor 2024 (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten. De vragen over de ketenaanpak Valpreventie zijn ingevuld door 329 gemeenten (98%).
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.

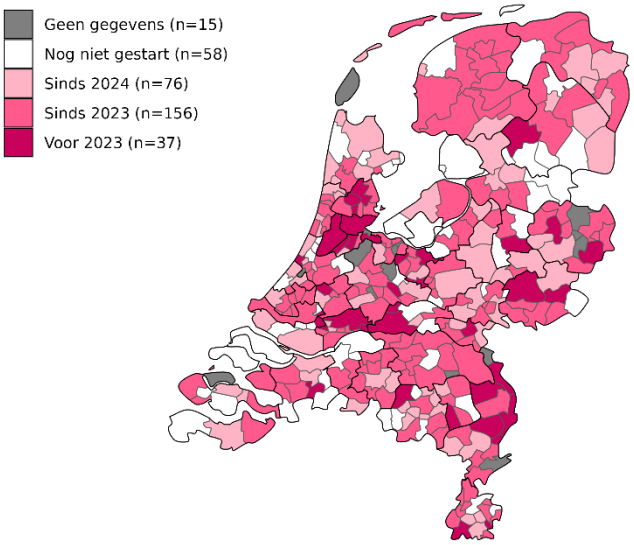
Aanvullende methoden: monitor Valpreventie 2024 [134]

- Interviews voor de monitor Valpreventie, afgenomen in februari tot en met juni 2024 bij 37 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, medewerkers zorg en welzijn). Inzichten die relevant zijn voor de beoogde resultaten uit het GALA, zijn in deze rapportage meegenomen.
- Cijfers over letselongevallen voor de monitor Valpreventie, afkomstig uit het Letsel informatiesysteem (LIS), beheerd door VeiligheidNL, de Landelijke Basisregistratie Ziekenhuiszorg (LBZ) en CBS.

13.2 Bevindingen ketenaanpak Valpreventie

Er is in 82 procent van de gemeenten gestart met de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie
In 82 procent van de responderende gemeenten is gestart met de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie. Onder gestart met de inrichting van de aanpak verstaan we dat hierover minimaal afspraken zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente.

In bijna drie kwart van de gemeenten (71%) is er vanaf 2023 (nadat de SPUK-gelden beschikbaar kwamen) gestart met de ketenaanpak Valpreventie. Figuur 13.1 laat voor de afgelopen vier jaar zien dat het aantal gemeenten waar gestart is met de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie na 2022 snel is toegenomen. Gemeenten waarin nog niet gestart is, noemen als voornaamste redenen dat er nog geen samenwerkingsafspraken zijn met zorgverzekeraars en/of dat er beperkte beschikbaarheid is van personeel of capaciteit.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 13.1 Startjaar van de inrichting van de ketenaanpak Valpreventie[44].

Van de gemeenten die voor 2023 zijn gestart, geeft meer dan de helft (57%) aan dat de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes hebben geleid bij de inrichting van de ketenaanpak. Genoemde veranderingen zijn onder andere opschaling van de ketenaanpak Valpreventie, verbreding van de doelgroep, meer afstemming en verbetering van de samenwerking met betrokken partijen. Ook de meerderheid van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (82%) geeft aan dat de start van het GALA en de beschikbaarheid van SPUK-regeling tot andere keuzes hebben geleid.

In interviews voor de monitor Valpreventie is aangegeven dat de ketenaanpak Valpreventie nog in de opstartfase zit. Er is gestart met de aanpak, maar vaak zijn samenwerkingsafspraken met relevante partijen nog in de maak. Betrokkenen geven aan dat het maken van afspraken veel tijd vergt. Op veel plekken zijn nog niet alle onderdelen van de ketenaanpak ingericht.

Er is bestuurlijk draagvlak en er zijn coördinatoren aangesteld
De overgrote meerderheid van de gemeenten (80%) die gestart zijn met de inrichting van de ketenaanpak geeft aan dat er bestuurlijk draagvlak is voor de ketenaanpak. Daarnaast is er in 83 procent van de gestarte gemeenten een coördinator/projectleider aangesteld om de samenwerking tussen betrokken organisaties tot stand te brengen.

Zorgverzekeraar heeft voornamelijk samenwerkingsafspraken met de gemandateerde gemeente
Ruim de helft van de zorgverzekeraars (51%) geeft aan samenwerkingsafspraken te hebben gemaakt met de gemeenten uit de regio. Van de zorgverzekeraars geeft 41 procent aan

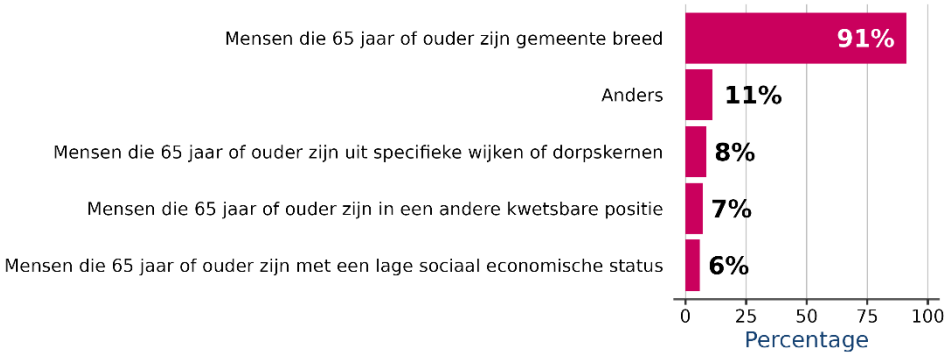
[44] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

samenwerkingsafspraken te maken met de gemandateerde gemeente, 8 procent maakt afspraken met een deel van de gemeenten en 3 procent heeft afspraken met alle gemeenten. Een deel van de zorgverzekeraars (13%) van de zorgverzekeraars geeft aan (nog) niet regionaal samen te werken. De voornaamste reden voor het (nog) niet samenwerken met alle gemeenten is dat er andere prioriteiten zijn.

De samenwerkingsafspraken tussen zorgverzekeraar en gemeenten hebben volgens de zorgverzekeraars voornamelijk betrekking op de verdeling van taken en verantwoordelijkheden (50%). Een kwart van de zorgverzekeraars (25%) geeft aan dat afspraken betrekking hebben op planning; wanneer taken worden uitgevoerd. De afspraken hebben geen betrekking op de inzet van personeel (0%) of de hoogte van beschikbare middelen (0%).

Meer dan de helft van de gemeenten werkt regionaal samen in de IZA-regio
Meer dan de helft van de gemeenten (64%) werkt regionaal samen met de IZA-regio van het regioplan voor de ketenaanpak Valpreventie. Iets meer dan een derde van de gemeenten (36%) werkt samen met directe buurgemeente(n), een tiende (10%) werkt (nog) niet regionaal samen en een tiende (10%) gaf aan op een andere manier samen te werken (bijvoorbeeld in de GGD-regio) of dat de samenwerking nog in ontwikkeling is.[45]

Doelgroep vooral 65-plusser in de hele gemeente
De meerderheid van de gemeenten (91%) richt zich met de ketenaanpak Valpreventie op mensen van 65 jaar of ouder in de hele gemeente (Figuur 13.2). Een klein deel van de gemeenten focust (ook) op bepaalde wijken of dorpskernen (8%), mensen met een lage sociaaleconomische status (6%) en/of andere groepen in een kwetsbare positie. Enkele gemeenten geven aan zich ook te richten op ouderen vanaf 55 jaar (en/of ouderen met een migratieachtergrond).



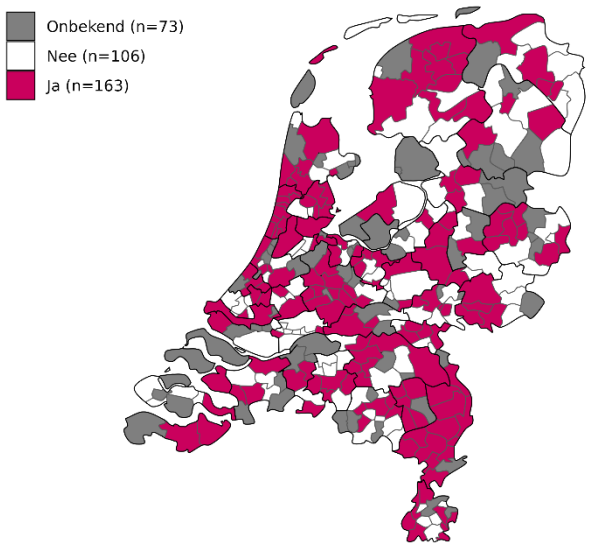
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 13.2 Doelgroep van de ketenaanpak Valpreventie (n=271, meerdere antwoorden mogelijk).

[45] De percentages tellen niet op tot 100 procent omdat er meerdere antwoorden mogelijk waren.

Aanbod ketenaanpak Valpreventie
In 56 procent van de gemeenten waar gestart is met de ketenaanpak Valpreventie ervaren gemeenten het huidige aanbod[46] aan de ketenaanpak Valpreventie als voldoende. Vraag en aanbod zijn volgens deze gemeenten in balans. Meer dan een derde van de gestarte gemeenten *(*42%) ervaart een gebrek aan aanbod en vier gemeenten (2%) ervaren een overschot in aanbod. Gemeenten die een gebrek aan aanbod ervaren, noemen hiervoor als reden vooral 'beperkte beschikbaarheid van personeel of capaciteit bij aanbieders van zorg en welzijn' en 'het gebrek aan samenwerkingsafspraken met de zorgverzekeraar'.

Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars ervaren vaker dan gemeenten een gebrek aan aanbod voor de ketenaanpak Valpreventie (82 versus 42%). Een klein deel van de zorgverzekeraars (18%) geeft aan dat het aanbod 'voldoende' is.

Valrisicotesten worden in gemeenten afgenomen
In gemeenten waar gestart is met de ketenaanpak Valpreventie geeft 61 procent aan dat de valrisicotest wordt afgenomen bij ouderen om een verhoogd valrisico op te sporen. Figuur 13.3 laat zien welke gemeenten de valrisicotest gebruiken om een verhoogd valrisico op te sporen bij thuiswonende ouderen (65+). Drie op de vijf (62%) van deze gemeenten houdt in 2023 (nog) niet bij voor hoeveel ouderen dit gebeurt. De voornaamste reden hiervoor is dat de ketenaanpak Valpreventie zich nog in de opstartfase bevindt. Een aantal gemeenten (n=63) kon ofwel exact of geschat aangeven bij hoeveel ouderen een valrisicotest is afgenomen in 2023.



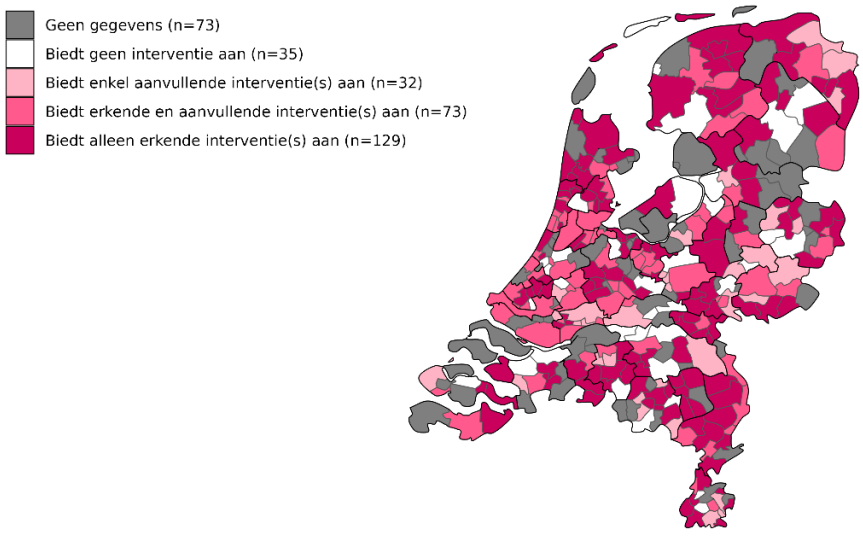
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 13.3 Afname valrisicotest bij thuiswonende ouderen (65+) per gemeente[47].

[46] Dit is ter indicatie uitgevraagd en betreft een inschatting. Bij voldoende aanbod is er voor iedereen die dat nodig heeft een plek.
[47] De categorie 'onbekend' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

Voor een groot deel van de gemeenten is geen informatie beschikbaar over het aantal ouderen waarbij een valrisicotest is afgenomen. Hierdoor is er onvoldoende informatie beschikbaar om te bepalen in hoeverre het landelijke GALA-doel van 14 procent wordt behaald. Om een idee te krijgen van de voortgang, is voor gemeenten die aantallen rapporteerden gekeken hoe deze aantallen zich verhouden tot de gestelde doelen. VeiligheidNL heeft eerder de landelijke doelen vertaald naar aantallen per gemeente [135]. De geschatte en exacte aantallen die zestig gemeenten hebben doorgegeven, zijn naast de beoogde aantallen van VeiligheidNL gelegd. Hieruit bleek dat 36 van de zestig gemeenten (60%) minder dan tien procent van het beoogde aantal ouderen bereikt. Aangezien er voor 2023 nog geen afspraken zijn gemaakt over het bijhouden van het bereikte aantal ouderen, ligt dit aantal in de praktijk waarschijnlijk hoger. Desondanks zal er een grote groep ouderen zijn waarbij de komende tijd een verhoogd valrisico kan worden opgespoord.

In meerderheid van gemeenten worden valpreventieve beweeginterventies aangeboden

Van gemeenten die met de ketenaanpak Valpreventie zijn gestart, biedt 62 procent de erkende valpreventieve beweeginterventie InBalans aan, 45 procent Vallen Verleden Tijd en 38 procent Otago. Tien gemeenten bieden het integraal valpreventieprogramma Thuis Onbezorgd Mobiel (TOM) aan. Gemiddeld bieden gemeenten twee valpreventieve beweeginterventies aan. Het merendeel (65%) van de gemeenten heeft in 2023 (nog) niet bijgehouden hoeveel trainingen van elke interventie zijn uitgevoerd. In een aantal gemeenten (36%) worden aanvullende valpreventie-interventies aangeboden; Zicht op Evenwicht (n=12), Zeker Bewegen (n=11), Doortrappen (n=8) en Powerful Ageing (n=3). Figuur 13.4 laat zien in welke gemeenten een erkende en/of aanvullende interventie wordt aangeboden.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.

Figuur 13.4 Aanbod valpreventieve beweeginterventies per gemeente[48].

[48] De categorie 'geen gegevens' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst.

De interventies die vanuit de Zorgverzekeringswet vergoed mogen worden, zijn Otago individueel en de groepsinterventies van Otago en InBalans die aangepast zijn voor kleine groepen van maximaal 6 personen. Over deze interventies waren tijdens de dataverzameling van de GALA-monitor nog geen gegevens bekend.

De meeste gemeenten houden in 2023 (nog) niet bij hoeveel ouderen deelnemen aan de interventies. Ongeveer een derde van de gemeenten (n=67) die valpreventie-interventies aanbieden, kon het aantal ouderen dat heeft deelgenomen aan een interventie in 2023 rapporteren. De voornaamste redenen voor het niet kunnen rapporteren zijn, dat er nog geen aanbod was van interventies in 2023, monitoring nog ingericht moet worden, of dat de gemeente zelf wacht op cijfers.

In de GALA-doelen is opgenomen dat vanaf 2023 jaarlijks 3 procent van de thuiswonende ouderen een erkende valpreventieve beweeginterventie krijgt. Voor 2023 is onvoldoende informatie beschikbaar over het aantal ouderen dat deelnam aan een valpreventieve beweeginterventie. Om een idee te krijgen van de voortgang, is voor gemeenten die aantallen rapporteerden gekeken hoe deze aantallen zich verhouden tot de gestelde doelen. VeiligheidNL heeft eerder de landelijke doelen vertaald naar aantallen per gemeente [135]. De geschatte en exacte aantallen die 67 gemeenten hebben doorgegeven, zijn naast de beoogde aantallen van VeiligheidNL gelegd. Hieruit bleek dat 61 procent van deze gemeenten minder dan twintig procent van het beoogde aantal ouderen bereikt voor deelname aan een valpreventieve beweeginterventie. Let wel, ook interventies in het medisch domein (ouderen met een hoog valrisicogroep en onderliggend lijden) moeten, naast interventies in het sociaal domein, bijdragen aan het bereiken van de landelijke doelen. Aantallen vanuit het medisch domein zijn nog niet bekend en konden daarom niet worden meegenomen in de berekening. Aangezien er voor 2023 nog geen afspraken zijn gemaakt over het bijhouden van het bereikte aantal ouderen, ligt het aantal ouderen dat deelneemt aan een valpreventieve interventie in de praktijk waarschijnlijk hoger. Desondanks zal er een grote groep ouderen zijn die mogelijk baat heeft bij een valpreventieve beweeginterventie.

Valpreventieve beweeginterventies in het medisch domein
De helft van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars (n=20) heeft valpreventieve beweeginterventies ingekocht voor ouderen met een hoog valrisico en onderliggend lijden. Daarnaast heeft iets minder dan de helft van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars afspraken gemaakt met één of meerdere aanbieders in de regio over het aanbod van valpreventieve beweeginterventies. Ruim een kwart van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars heeft hierover afspraken met gemeenten gemaakt, die vervolgens afspraken maken met aanbieders. Twee op de vijf vertegenwoordigers van zorgverzekeraars heeft geen afspraken gemaakt met aanbieders in de regio over het aanbod van valpreventieve beweeginterventies.

Uit declaratiegegevens van Vektis blijkt echter dat er in het eerste halfjaar van 2024 (nog) geen declaraties hebben plaatsgevonden voor valpreventieve beweeginterventies voor ouderen met een hoog valrisico

en onderliggend lijden. Doordat het Valpreventie-onderdeel screenen (valrisicobeoordeling) niet voldoende was ingericht, kon de screening van ouderen in het medisch domein en eventuele doorgeleiding naar een valpreventieve beweeginterventie niet of nauwelijks plaatsvinden. In de monitor Valpreventie staat een uitgebreide beschrijving van dit knelpunt.

Aantal spoedeisende hulp opnames na een val in 2023
In de monitor Valpreventie staat het aantal spoedeisende hulp (SEH) opnames na een val in 2023 [134]. Het aantal ouderen (65+) dat een bezoek heeft gebracht aan de SEH na een valongeval is ten opzichte van 2022 gedaald. In 2022 ging het om 117.000 ouderen en in 2023 waren het 112.000 ouderen. Ook de relatieve aantallen per 100.000 inwoners laten een daling zien van 3.300 in 2022 naar 3.100 in 2023.

Valpreventie in een versnelling maar wel met knelpunten en zorgen
Uit de interviews voor de monitor Valpreventie blijkt dat er bij de start van de implementatie van de ketenaanpak veel enthousiasme en welwillendheid was bij verschillende partijen. De komst van de SPUK-gelden en het GALA hebben valpreventie in een versnelling gebracht. Er zijn echter ook knelpunten die in sommige gevallen leidden tot stagnatie van de implementatie. Met name het knelpunt rondom het screenen (valrisicobeoordeling) van ouderen met een hoog valrisico is een belemmering voor de voortgang van de ketenaanpak.

Volgens het Zorginstituut Nederland is een medisch generalistische blik nodig voor de screening. Daarmee zou de screening door huisartsen en praktijkondersteuners uitgevoerd kunnen worden. Huisartsen geven echter aan dat zij geen tijd hiervoor hebben en deze taak niet kunnen oppakken. Daarentegen gaven fysiotherapeuten aan dat zij deze taak kunnen oppakken, maar zij beschikken, conform de criteria van het Zorginstituut Nederland, niet over de vereiste competenties. In het afgelopen jaar waren zowel gemeenten als zorgverzekeraars in afwachting van een landelijke oplossing voor de uitvoering van de screening.

Uit de interviews blijken zorgen over de te bereiken doelgroep. Gemeenten, GGD’en en medewerkers in zorg en welzijn geven aan dat zij zich ervan bewust moeten zijn dat vaak de meest kwetsbaren niet worden bereikt. Daarnaast klinkt er kritiek op de snelheid waarmee de implementatie van de ketenaanpak plaatsvindt. Men is positief dat er op veel plekken is gestart met Valpreventie, maar er moeten nog veel stappen worden genomen voordat de ketenaanpak en uitvoering volledig staan.

14 Overkoepelend beeld inrichting ketenaanpakken

14.1 Achtergrond

Het GALA beschrijft het gemeenschappelijke doel van een domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur. Dit gemeenschappelijke doel is uitgewerkt in twee onderdelen: 1) bouwstenen voor een regionale preventie-infrastructuur (onderdeel I) en 2) de werkagenda Inrichting ketenaanpakken (onderdeel II). Onderdeel I is behandeld in hoofdstuk 2. Dit hoofdstuk richt zich op onderdeel II.

Het beoogde resultaat bij de werkagenda Inrichting ketenaanpakken is een landelijk dekkend aanbod van de vijf ketenaanpakken: Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht[49], de Gecombineerde Leefstijlinterventie (GLI), Sociaal verwijzen[50] en Valpreventie. Om tot dit landelijk dekkend aanbod te komen, zou elke regio uiterlijk 1 januari 2024 starten met inrichting van de vijf ketenaanpakken in zoveel mogelijk gemeenten. Hiertoe zijn afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars gemaakt in de werkagenda Inrichting ketenaanpakken.

In hoofdstuk 9 tot en met 13 zijn de individuele ketenaanpakken besproken. Dit hoofdstuk schetst een overkoepelend beeld van de vijf ketenaanpakken door de voortgang te vergelijken en verschillen in belemmeringen uit te diepen. Daarnaast komen ervaringen rondom de implementatie en coördinatie van ketenaanpakken aan bod. De gebruikte methoden staan in Tekstbox 14.1. Gegevens worden voornamelijk gepresenteerd op gemeentelijk niveau, maar gemeenten en zorgverzekeraars werken samen aan de inrichting van de ketenaanpakken en zijn gezamenlijk verantwoordelijk.

Leeswijzer
Paragraaf 14.2 beschrijft de voortgang van de inrichting van de ketenaanpakken en de verschillen tussen de ketenaanpakken. In paragraaf 14.3 volgen ervaringen rondom de inrichting van de ketenaanpakken.

De gebruikte methoden voor dit hoofdstuk staan beschreven in Tekstbox 14.1.

[49] In het GALA staat onder de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen de uitvoering van het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas beschreven. De aanpak Kind naar Gezonder Gewicht is de praktische vertaling van dit Landelijk model. Om die reden is in deze rapportage naar deze aanpak gekeken (zie ook hoofdstuk 10).
[50] In dit rapport staat Sociaal verwijzen in plaats van Welzijn op Recept. In het GALA staat Welzijn op Recept, maar wordt gedoeld op aanpakken, zoals Welzijn op Recept, die het medisch en sociaal domein verbinden middels een brugfunctie. In de internationale literatuur wordt hiervoor de term 'social prescribing' gebruikt, vertaald naar het Nederlands is dat Sociaal verwijzen (zie ook hoofdstuk 12 voor toelichting).

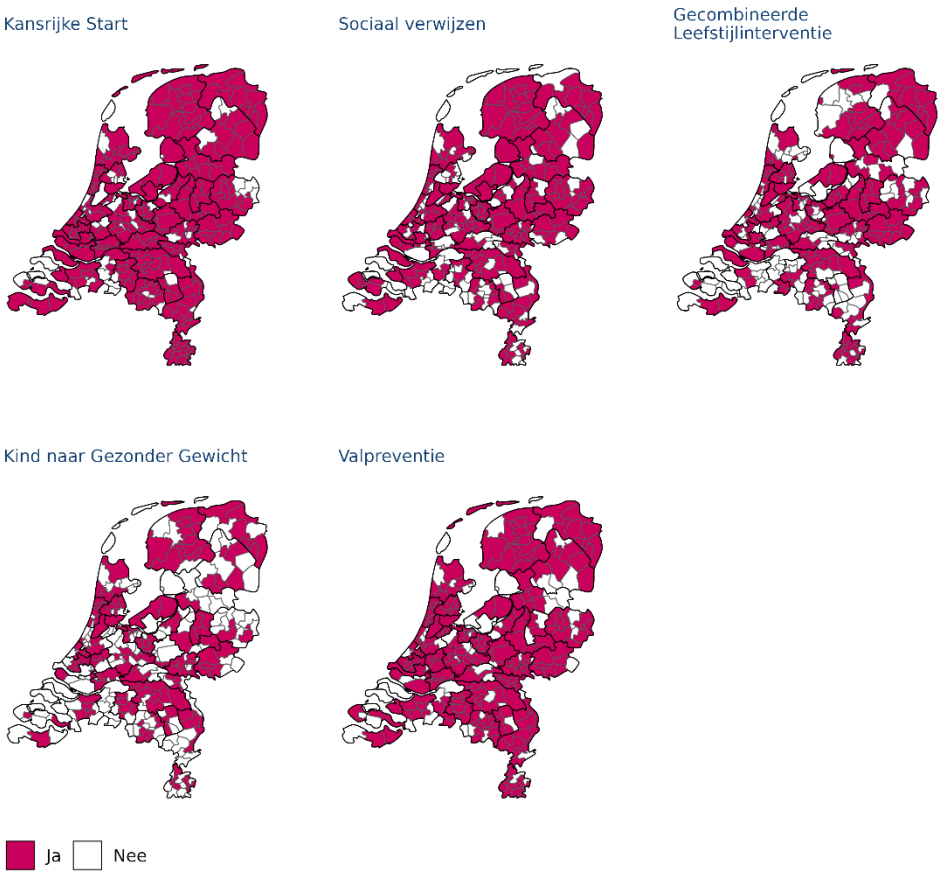
Tekstbox 14.1 Gebruikte methoden:
Dataverzameling GALA-monitor (zie bijlage 1)

- Vragenlijst onder gemeenten, ingevuld in april tot en met juni 2024 door 335 gemeenten.
- Vragenlijst onder zorgverzekeraars, ingevuld in juli en augustus 2024 door vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een IZA-regioplan is opgesteld.
- Interviews over regionale en lokale samenwerking, afgenomen in mei tot en met augustus 2024 bij 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders zorg en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en experts vanuit koepelorganisaties).

14.2 Voortgang inrichting ketenaanpakken

Tempoverschillen tussen de ketenaanpakken
Gemeenten hebben in de vragenlijst voor iedere ketenaanpak aangegeven of er gestart is met de inrichting. Onder 'gestart' wordt verstaan dat er minimaal afspraken over de ketenaanpak zijn gemaakt tussen zorgverzekeraar en gemeente. Voor Kansrijke Start is dit anders geformuleerd: daar wordt bedoeld dat er gestart is met de vorming van een lokale of regionale coalitie. Figuur 14.1 laat zien dat er verschillen zijn tussen de vijf ketenaanpakken qua aantal gemeenten waarin gestart is met inrichting van de ketenaanpakken. De ketenaanpakken Kansrijke Start, Valpreventie en Sociaal verwijzen zijn in meer gemeenten opgestart dan GLI en Kind naar Gezonder Gewicht. Zo is in 82 procent van de gemeenten gestart met inrichting van de ketenaanpak Valpreventie ten opzichte van 53 procent van de gemeenten waarin gestart is met inrichting van Kind naar Gezonder Gewicht.

Bovendien verschillen de ketenaanpakken waarmee in gemeenten is gestart. In sommige gemeenten is bijvoorbeeld gestart met Sociaal verwijzen en niet met GLI, terwijl dat in andere gemeenten andersom is. Ook zijn er verschillen binnen een regio: niet in alle gemeenten binnen een regio is gestart met dezelfde ketenaanpak(ken).

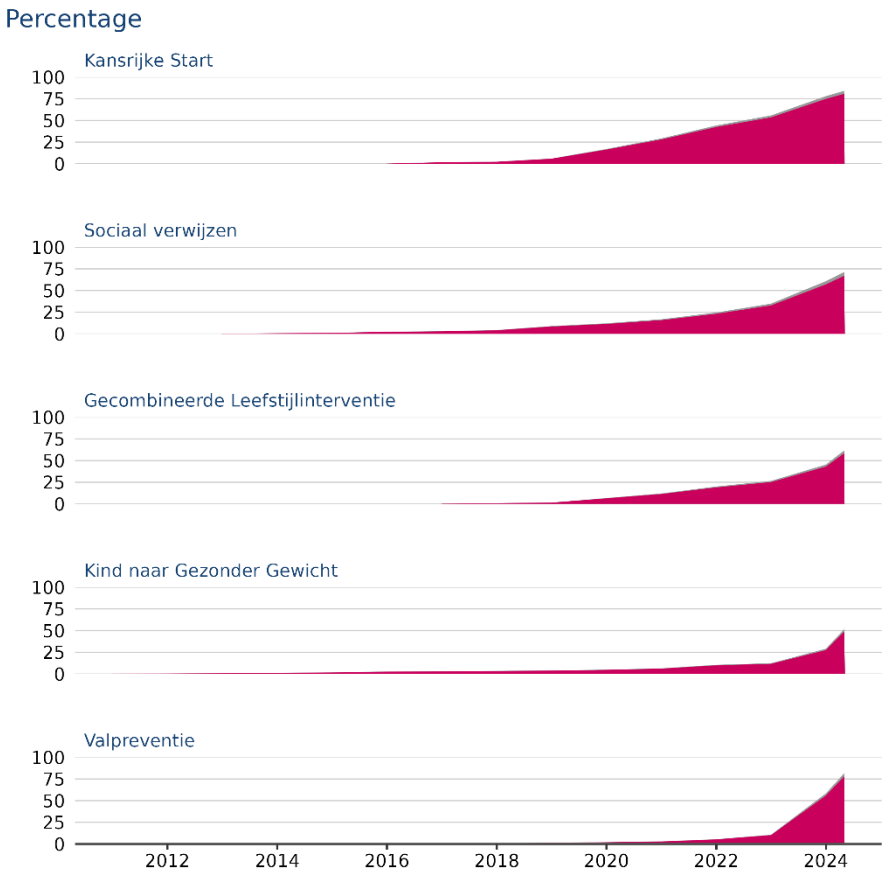


Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.

Figuur 14.1 Gemeenten die aangeven gestart te zijn met inrichting van ketenaanpakken[51].

Verschillen tussen de vijf ketenaanpakken in het aantal gemeenten waarin is gestart staan ook in Figuur 14.2. Deze figuur geeft weer dat het moment waarop in de eerste gemeenten met de inrichting is gestart, verschilt per ketenaanpak, net als het tijdsbeloop sinds de start. Voor alle ketenaanpakken is een (sterkere) stijging zichtbaar rond de start van het GALA.

[51] De categorie 'Nee' is een combinatie van gemeenten die de vragenlijst niet hebben ingevuld en een klein aantal respondenten die door een technische fout niet aan een gemeente zijn toe te wijzen. Daarom kunnen de aantallen in de figuren met landkaartjes afwijken van die in andere figuren en de tekst. Voor Kansrijke Start is gevraagd in welke gemeenten gestart is met de vorming van een lokale of regionale coalitie.

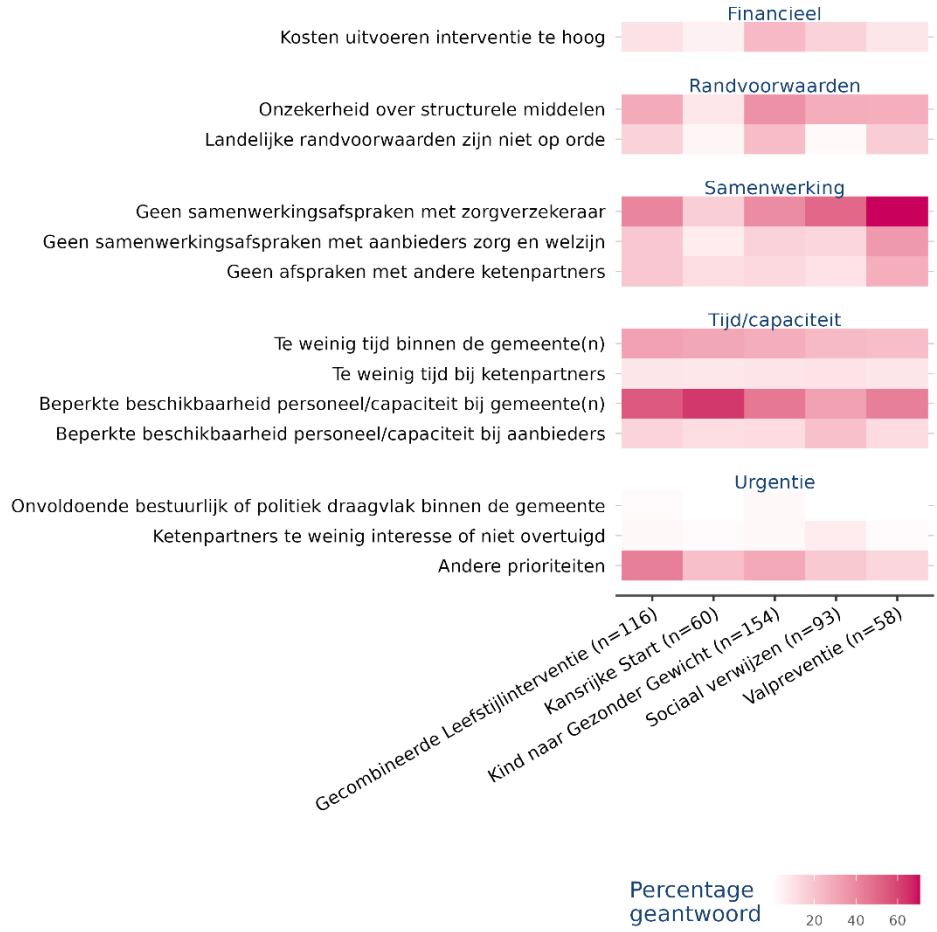


Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 14.2 Aandeel gemeenten waarin is gestart met inrichting van ketenaanpak over de tijd.

Gebrek aan capaciteit en samenwerkingsafspraken belangrijke redenen om niet te starten met ketenaanpakken
Niet in alle gemeenten is tijdens de dataverzameling van de GALA-monitor gestart met de vijf ketenaanpakken. Indien van toepassing is per ketenaanpak gevraagd wat de redenen zijn voor het niet starten van een ketenaanpak. Met een raadpleging onder experts zijn mogelijke redenen opgesteld die zijn voorgelegd in de vragenlijst. Hierbij konden meerdere redenen worden aangekruist. Voor Kansrijke Start gaat het hierbij om het (nog) niet vormen van een lokale coalitie Kansrijke Start.

Figuur 14.3 geeft de meest genoemde redenen per ketenaanpak weer. De redenen om niet te starten, komen deels overeen tussen de ketenaanpakken, zoals de beperkte beschikbaarheid van personeel/capaciteit bij gemeenten en het ontbreken van samenwerkingsafspraken met zorgverzekeraars. Tegelijkertijd zijn er ook verschillen zichtbaar tussen de ketenaanpakken. Voor Kansrijke Start is beperkte beschikbaarheid van personeel/capaciteit bij gemeenten veruit de meest genoemde reden, maar voor andere ketenaanpakken spelen meerdere redenen een grote rol. Bij Valpreventie en Sociaal verwijzen is het gebrek aan

samenwerkingsafspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraar de meest genoemde reden. Onvoldoende bestuurlijk of politiek draagvlak of te weinig interesse of overtuiging vanuit de ketenpartners lijken voor geen van de ketenaanpakken redenen te zijn om niet te starten. Voor de redenen is aanzienlijke spreiding zichtbaar binnen de ketenaanpakken. Redenen om (nog) niet te starten met de inrichting van een van de ketenaanpakken verschillen dus ook deels per gemeente. Later in dit hoofdstuk gaan we verder hierop in via informatie uit interviews.



Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.
Figuur 14.3 Meest genoemde redenen waarom gemeenten niet gestart zijn met de inrichting van ketenaanpakken[52].

Regionale samenwerking vooral in gemeenten die gestart zijn met inrichting ketenaanpakken

Het merendeel van de gemeenten waarin gestart is met de inrichting van een ketenaanpak werkt regionaal samen met de IZA-regio van het regioplan. Dit aandeel wisselt per ketenaanpak van 52 procent voor Sociaal verwijzen tot 64 procent voor Kansrijke Start en Valpreventie. Een kwart tot de helft van de gemeenten werkt (ook) samen met de directe buurgemeente(n). Dit geldt voornamelijk voor Kansrijke Start (49%) en in mindere mate voor de GLI (27%) en Sociaal verwijzen (26%).

[52] Voor Kansrijke Start is gevraagd waarom gemeenten niet gestart zijn met de vorming van een lokale coalitie.

Gemeenten waarin nog niet is gestart met de inrichting van een ketenaanpak geven zelden aan dat dit komt omdat ze (ook) gebruikmaken van het aanbod in buurgemeenten. Bij Kind naar Gezonder Gewicht wordt dit slechts door negen gemeenten genoemd en bij Valpreventie door drie gemeenten. Buurgemeenten lijken dus weinig betrokken wanneer in een gemeente zelf niet met de inrichting van een ketenaanpak is gestart.

Perspectief op voldoende aanbod verschilt per ketenaanpak en partij
Om een indicatie te krijgen van de status van de ketenaanpakken in gemeenten en regio's waarin gestart is, is gevraagd of het huidige aanbod[53] volgens gemeenten en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars voldoende is. Het merendeel van de gemeenten heeft het idee dat het aanbod van de vijf ketenaanpakken in de regio (meer dan) voldoende is. Dit wisselt van 52 procent voor Kind naar Gezonder Gewicht tot 74 procent voor Sociaal verwijzen. Voor Kansrijke Start zijn geen gegevens van gemeenten beschikbaar. Acht op de tien vertegenwoordigers van zorgverzekeraars hebben het idee dat het huidige aanbod in de regio voldoende is voor de ketenaanpakken GLI en Kansrijke Start. Voor de overige ketenaanpakken hebben vertegenwoordigers van zorgverzekeraars, in vergelijking met gemeenten, minder vaak het idee dat het huidige aanbod in de regio voldoende is.

Verschillen tussen gemeenten en zorgverzekeraars worden mogelijk verklaard doordat beide partijen een eigen perspectief hebben. De zorgverzekeraar zal meer naar het aanbod binnen de Zorgverzekeringswet kijken, waar de gemeente meer naar de implicaties voor de Wet maatschappelijke ondersteuning kijkt. Bovendien was de vraag voor gemeenten gericht op het aanbod in de gemeente en die voor vertegenwoordigers van zorgverzekeraars op de IZA-regio. Tot slot moet vermeld worden dat deze vraag een inschatting betreft.

Invloed van start GALA en SPUK-regeling op keuzes rondom ketenaanpakken
Aan gemeenten waarin vóór 2023 is gestart met inrichting van ketenaanpakken en aan vertegenwoordigers van zorgverzekeraars is gevraagd of de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes hebben geleid wat betreft de invulling van de ketenaanpak (Tabel 14.1). Voor Valpreventie is dit volgens het merendeel van gemeenten en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars het geval, hoewel in grotere mate voor vertegenwoordigers van zorgverzekeraars. Voor Kansrijke Start, Kind naar Gezonder Gewicht en Sociaal verwijzen, beaamt ongeveer de helft van de vertegenwoordigers van zorgverzekeraars dat de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling hebben geleid tot andere keuzes. Dit geldt in mindere mate voor gemeenten. Ongeveer een derde van de gemeenten en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars geeft aan dat hierdoor andere keuzes voor de GLI zijn gemaakt.

[53] Dit is ter indicatie uitgevraagd en betreft een inschatting. Bij voldoende aanbod is er voor iedereen die dat nodig heeft een plek.

Bij de toelichting op deze vraag benoemen gemeenten onder andere dat er andere keuzes zijn gemaakt rondom het uitbreiden van het aanbod van de ketenaanpakken en dat er meer is ingezet op lokale en regionale afstemming en samenwerking. Ook vertegenwoordigers van zorgverzekeraars benoemen onder andere de toename van regionale coördinatie en samenwerking.

Tabel 14.1 Aandeel gemeenten en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars dat aangeeft dat de start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes hebben geleid wat betreft de invulling van de ketenaanpak.

Ketenaanpak	**Gemeenten***	**Vertegenwoordigers van zorgverzekeraars**
Kansrijke Start	20%**	46%
Kind naar Gezonder Gewicht	34%	54%
GLI	32%	31%
Sociaal verwijzen	42%	51%
Valpreventie	57%	82%

*Van de gemeenten waarin vóór 2023 is gestart.
**Voor Kansrijke Start is aan gemeenten gevraagd of de start van het GALA en de SPUK-regeling tot wezenlijk andere keuzes hebben geleid wat betreft de vorming van een lokale coalitie.
Bron: vragenlijst onder gemeenten 2024.

Verschillen binnen en tussen regio's bij inrichting ketenaanpakken
Naast de genoemde verschillen tussen de ketenaanpakken zijn er ook verschillen binnen en tussen regio's zichtbaar: ketenaanpakken worden gestart in verschillende volgordes. In de interviews zijn mogelijke verklaringen voor deze verschillen genoemd, zoals de lokale historie. Sommige gemeenten hadden voor de start van het GALA al een ketenaanpak staan binnen hun regio, omdat zij eerder een bepaald thema als speerpunt hadden of andere specifieke uitkeringen of subsidies kregen (bijvoorbeeld GIDS-gelden).

"Gemeenten hebben al veel eerder dingen ingericht. Als zij een bepaald thema als speerpunt al hadden in hun vorige plannen, of in hun vorige begroting hadden opgenomen. De ene gemeente heeft veel meer al geïnvesteerd in bepaalde doelgroepen en thema's. Dat is de politieke kleur per gemeente." (GGD, regio 4)

Daarnaast kunnen regionale randvoorwaarden bepalend zijn, zoals het (nog) ontbreken van afspraken tussen zorgverzekeraar en (gemandateerde) gemeente over de inrichting van een ketenaanpak of afspraken over de inzet van huisartsen. Soms wachten gemeenten hierop, voordat ze met een ketenaanpak starten. Terwijl andere gemeenten juist al aan de slag zijn of willen en het te lang vinden duren, voordat er regionale afspraken zijn of alleen behoefte hebben aan regionale afspraken over bijvoorbeeld tarieven.

"Dus bijvoorbeeld, [buurgemeente X] heeft nog geen ketenaanpak Welzijn op Recept. Nou, we zijn daar al tien jaar mee bezig, dus er zit best wel veel verschil in de gemeenten ook. Wat ook maakt dat het in

mijn beleving wat lastiger is om regionale afspraken te maken, omdat we lokaal al best wel veel hebben staan en andere gemeenten juist weer de andere ketenaanpakken en in andere ketenaanpakken verder zijn." (Gemeente 3, regio 1)

14.3 Coördinatie en ervaring met inrichting van ketenaanpakken

Ketenaanpakken worden op verschillende niveaus door verschillende partijen gecoördineerd
De interviews laten zien dat de coördinatie van de ketenaanpakken op verschillende niveaus plaatsvindt. Ketenaanpakken worden zowel lokaal (binnen de gemeente) als regionaal (binnen de IZA-regio) gecoördineerd. Zo geven partijen aan dat zij voor de ketenaanpakken regionale overkoepelende afspraken willen maken, met ruimte voor lokaal maatwerk. Regionale coördinatoren van individuele ketenaanpakken worden in sommige regio's weer aangestuurd door een overkoepelende regionale coördinator, die de vijf ketenaanpakken met elkaar verbindt en bijvoorbeeld afspraken maakt met de zorgverzekeraar.

Binnen een regio kan sprake zijn van een verdere onderverdeling in subregio's en daarmee ook van subregionale coördinatie. Vaak zijn dit de grotere regio's waarbinnen van oudsher bijvoorbeeld al een samenwerking was rondom de Wet maatschappelijke ondersteuning tussen een aantal gemeenten. Zo zijn er regio's met op subregionaal niveau ketencoördinatoren, die op hun beurt afstemmen met de regionale coördinator van het IZA-regioplan. Een andere regio is nog zoekende hoe regionale afstemming van de ketenaanpakken vorm te geven, omdat de ontwikkeling van de ketenaanpakken tussen de gemeenten veel van elkaar verschilt.

De GGD kan zowel lokaal als (sub)regionaal de rol van coördinator van ketenaanpakken vervullen. En in sommige regio's doet de GGD dat op beide niveaus. Naast de GGD vervullen andere partijen, zoals een regionale ondersteuningsstructuur (ROS), regionale huisartsenorganisatie (RHO), een welzijnsorganisatie of iemand vanuit de gemeente zelf een coördinerende rol.

"En we hebben ook de opdracht gekregen vanuit de mandaatgemeente om de preventie-infrastructuur op te zetten en om de vijf ketenaanpakken die ook in het GALA zitten te implementeren." (GGD, regio 2)

Verschil in grootte budgetten leidt tot keuzes
In de interviews is meermaals genoemd dat gemeenten verbaasd zijn over de grote verschillen in budgetten voor de vijf verschillende ketenaanpakken. Met name de SPUK-gelden voor de ketenaanpak Valpreventie waren omvangrijker dan verwacht. Terwijl een aantal gemeenten voor Sociaal verwijzen of Kind naar Gezonder Gewicht budget te kort heeft. Door deze grote verschillen moeten sommige gemeenten hun beleidsplannen aanpassen of prioriteren welke gezondheidsthema's wel of juist niet worden opgepakt. Dat is door partijen als 'te sturend' ervaren.

"Eigenlijk wil je gewoon zeggen als gemeente van: wij zien hier drie opgaven, daar besteden we deze middelen aan en dat gaan we op deze manier doen. En nu is het echt per potje van: oh, oké, voor Mentaal Welbevinden hebben we 5.000 euro. Nou, wat kunnen we daarvoor doen? Is niet zo heel gek veel. Oké, voor Valpreventie hebben we veel meer. Waar we op dit moment veel minder aan besteden, dus dat maakt het niet makkelijker. Je moet wel, als gemeente, vind ik, ook echt wel keuzes kunnen maken en het lokaal af kunnen stemmen: van waar heb je de middelen voor nodig? En dat is nu eigenlijk, die keuze is al gemaakt." (Gemeente 3, regio 1)

15 Beschouwing

Deze GALA-monitor volgt de voortgang rondom het GALA op de zeven gezondheidsthema's[54] en over de vijf ketenaanpakken[55]. Het geeft daarbij inzicht in de beweging naar domeinoverstijgende samenwerking, met name tussen gemeenten en zorgverzekeraars, en de ondersteunende preventie-infrastructuur. In het huidige rapport zijn de uitkomsten van de eerste meting gerapporteerd.

Deze beschouwing start met een reflectie op de eerste 1,5 jaar GALA. Vervolgens wordt ingegaan op de reikwijdte van monitoring, die deels wordt bepaald door de opzet van het GALA zelf, maar ook door de inrichting van de GALA-monitor. We sluiten af met een vooruitblik naar de volgende rapportage van de monitor.

15.1 Anderhalf jaar GALA

Uit de GALA-monitor blijkt dat het GALA een impuls heeft gegeven aan domeinoverstijgend samenwerken. Het heeft de samenwerking tussen gemeente en zorgverzekeraar minder vrijblijvend gemaakt en het werken aan gezondheid meer urgent en vanzelfsprekend. Ook geeft het GALA focus om tot lokale en regionale plannen te komen, maar het gedeeld eigenaarschap van de gezondheidsdoelen en aanpakken uit het GALA kan in sommige gevallen nog sterker. De start van het GALA en de beschikbaarheid van de SPUK-gelden hebben volgens zorgverzekeraars geleid tot een toename van regionale coördinatie en samenwerking. Gemeenten benoemen dat door het GALA meer is ingezet op lokale en regionale afstemming. Het aantal gemeenten waarin een of meerdere van de vijf ketenaanpakken worden aangeboden, is sinds de start van het GALA toegenomen. Het beoogde resultaat van een landelijk dekkend aanbod is echter nog niet gehaald.

Hoewel integraal werken een van de overkoepelende doelen is van het GALA, is het de vraag of het GALA integraal beleid heeft gestimuleerd. Op de afzonderlijke thema's zijn allerlei activiteiten te zien, maar de vraag speelt of de thema's voldoende integraal worden opgepakt of dat thema's voldoende in samenhang worden verbonden. Enerzijds belemmeren de eerdergenoemde schotten in de financiën de verbinding tussen de verschillende gezondheidsthema's. Anderzijds wordt er in de plannen van aanpak voor de aanvraag van SPUK-gelden wel verbinding gelegd tussen thema's. Vooral bij mentale gezondheid wordt de verbinding gelegd met andere thema's, zoals sociale basis, vitaal ouder worden en sport en bewegen. En bij gezonde leefomgeving wordt er verbinding gelegd tussen het fysieke en sociaal domein. Het GALA lijkt er op lokaal niveau wel aan bij te dragen dat het vanzelfsprekender wordt dat gezondheid in andere domeinen een plek krijgt ('Health in All Policies'). Op landelijk niveau heeft het ministerie van VWS de rol om gezondheid te agenderen bij andere departementen. In december 2024

[54] Gezondheidsachterstanden, gezonde leefomgeving, sociale basis, gezonde leefstijl, mentale weerbaarheid en mentale gezondheid, vitaal ouder worden, domeinoverstijgende inzet vanuit een regionale preventie-infrastructuur.
[55] Kansrijke Start, Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen (Kind naar Gezonder Gewicht), Gecombineerde Leefstijlinterventie, Sociaal Verwijzen, Valpreventie.

wordt er een interdepartementale werkagenda over Health in All Policies gepubliceerd, die richting kan geven aan (het monitoren van) integraal werken en de verbinding van thema's met andere domeinen, zowel op landelijk als lokaal niveau.

De verschillende partijen zijn uit de startblokken. Toch is er wel een aantal aandachtspunten te benoemen. Op veel plekken zijn er gesprekken gevoerd om de benodigde samenwerking rondom het GALA op te starten. De resultaten bevestigen dat partijen elkaar eerst (beter) leren kennen. Vervolgens is het dan wel zaak dat het leren kennen omgezet wordt naar actie. Een ander aandachtspunt is 'zorgen over de financiën'. Die gaan onder andere over de tijdelijkheid van een gedeelte van de SPUK-gelden. Bij preventie draait het vaak om incidenteel geld voor structurele verandering. Met de tijdelijkheid blijft dit knelpunt bestaan. Daarnaast missen gemeenten de ruimte om tussen de verschillende GALA-onderdelen te schuiven, terwijl ze soms een tekort hebben op het ene onderdeel en een overschot op het andere. Deze bevindingen sluiten goed aan bij die van de Uitvoeringstoets van het GALA onder gemeenten [136]. In de rapportage daarover wordt aanbevolen om de financiering van het GALA te ontschotten en vooruit te plannen. Ook zijn in sommige gevallen de landelijke randvoorwaarden nog niet op orde. Zo is er bij de Aanpak Overgewicht en Obesitas Kinderen nog geen erkende leefstijlinterventie die zorgverzekeraars mogen inkopen.

Er zijn ook zorgen over de houdbaarheid van het sociaal domein. Door de implementatie van het GALA en ook IZA wordt een grote instroom van cliënten in het sociaal domein verwacht. Het sociaal domein kampt echter nu al met capaciteitstekorten en structureel te weinig financiering en daarbovenop komen nog de aangekondigde bezuinigingen.

De rol van de GGD varieert sterk tussen gemeenten; van adviserend op plannen of onderzoeken tot het coördineren van de regionale afspraken. De verschillen tussen gemeenten maken het voor de GGD lastig om op regionaal niveau thema's te formuleren. Daarnaast is de GGD grotendeels afhankelijk van de hulpvraag die door de gemeente wordt gesteld. Volgens het GALA heeft de GGD, samen met het RIVM Gezond Leven, een belangrijke rol in de kennisinfrastructuur. Omdat deze kennisinfrastructuur in het GALA niet als beoogd resultaat is benoemd, heeft dat in deze rapportage geen aandacht gekregen.

15.2 Reikwijdte/ uitdagingen van monitoring

Doelen uit het GALA soms lastig te meten
De doelen en de beoogde resultaten zoals die in het GALA staan beschreven, zijn niet altijd op een meetbare manier opgesteld. Ook zijn de thema's verschillend uitgewerkt in het GALA en zijn de beoogde resultaten andersoortig van aard. Of er zijn geen gegevens over beschikbaar. Dat maakt het lastig om de monitor op een uniforme manier in te richten.

De stip op de horizon van het GALA is de gezonde generatie 2040. De precieze definitie hiervan wordt in het GALA niet gegeven. Aan de ene kant wordt dat omschreven als *weerbare, gezonde mensen die*

opgroeien, leven, werken en wonen in een gezonde leefomgeving en waarin sprake is van een sterke sociale basis. Aan de andere kant wordt genoemd dat de Nederlandse jeugd in 2040 de gezondste van de wereld moet zijn. Het is mogelijk dat dit vergezicht bedoeld is als wenkend perspectief dat partijen verbindt om gezamenlijk op te trekken en niet als meetbaar doel. In de komende jaren is hier nog geen effect van het GALA te verwachten. In de GALA-monitor is bij de keuze van indicatoren (kerncijfers) de gezonde generatie 2040 wel meegewogen, maar ligt de focus op uitkomsten die passen bij de zeven gezondheidsthema's. Temeer omdat het GALA de gezonde generatie wil bereiken via de doelen en beoogde afspraken op deze zeven thema's. Daarnaast is het de verwachting dat we op deze thema's eerder veranderingen gaan zien. Het is wel belangrijk dat deze grotere ambitie in de gaten wordt gehouden, maar daarvoor kunnen producten als de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) of VZinfo[56] gebruikt worden. Daarnaast volgen de samenwerkende gezondheidsfondsen de ontwikkelingen richting een gezonde generatie 2040[57].

Bij de geselecteerde uitkomstmaten (outcome) voor de thema's in het GALA speelt tot slot de vraag wanneer er sprake is van succes. Zijn we tevreden als bepaalde uitkomsten, zoals mentale ongezondheid of eenzaamheid, stabiel blijven en dus niet erger worden? Of moet er een daling in gang worden gezet? In het GALA is het niet altijd duidelijk uitgewerkt wat er precies wordt beoogd en in welke periode. Dit verschilt vervolgens ook per thema.

Reflectie op de GALA-monitor
Dit rapport bevat de eerste bevindingen van de GALA-monitor. Deze monitor raakt aan een groot deel van de doelen en beoogde resultaten van het GALA, maar is niet compleet. Er is zoveel mogelijk gebruikgemaakt van bestaande gegevens en in de vragenlijst voor gemeenten en zorgverzekeraars is een selectieve uitvraag op onderdelen van het GALA gedaan om het voor de respondent behapbaar te houden. Ook in de interviews is een selectie van de GALA thema's aan bod gekomen en is met name ingegaan op de domeinoverstijgende samenwerking vanuit een preventie-infrastructuur.

In de GALA-monitor worden verschillende methoden gebruikt om tot de eerdergenoemde inzichten te komen. Onder gemeenten en zorgverzekeraars hebben we een vragenlijst uitgezet voor deze GALA-monitor. De data die hierbij verzameld zijn, geeft een indruk van wat er bij gemeenten en zorgverzekeraars leeft. Het is geen objectieve blauwdruk en we weten niet of degene die de vragenlijst invulde, heeft afgestemd met collega's. Verder was het de bedoeling dat de verschillende onderdelen van de vragenlijst werden ingevuld door inhoudelijk betrokkenen. Mogelijk is de hele vragenlijst door één persoon ingevuld, die niet direct inhoudelijk bij alle onderwerpen van de vragenlijst betrokken was.

Verder zijn er interviews gehouden die GALA-breed waren ingestoken. Dit gebeurde met beleidsadviseurs en coördinatoren, die vanwege hun functie een wat meer overkoepelende blik hadden en daardoor niet altijd

[56] https://www.vzinfo.nl/
[57] https://www.gezondegeneratie.nl/

de details van bepaalde thema's wisten. Daarom hebben we naast de zes regio's vijf koepelorganisaties gesproken, om te toetsen of de beelden uit de vragenlijst en interviews door hen herkend werden.

Voor veel van de dataverzamelingen die gebruikt zijn voor de uitkomstmaten gaat het om zelf-rapportage, bijvoorbeeld voor overgewicht. Hoewel dat waarschijnlijk andere uitkomsten geeft (een onderschatting), is niet te verwachten dat dat verstorend werkt als je naar veranderingen over de tijd kijkt. Voor de uitkomstmaten waarvoor cijfers vanaf 2018 worden gepresenteerd, moet rekening worden gehouden met de coronapandemie en de bijkomende maatregelen die mogelijk invloed hadden op het gedrag en de gezondheid. Daarnaast is door de coronapandemie de dataverzameling soms op een aangepaste manier gedaan.

Met een monitor worden ontwikkelingen over de tijd in beeld gebracht. Zo kan bekeken worden of de gewenste resultaten worden bereikt. Het is echter niet mogelijk om te bepalen of deze (alleen) aan het GALA zijn toe te schrijven. Er lopen immers ook andere akkoorden (zoals IZA) en programma's (zoals WOZO) die hun bijdrage leveren. Maar ook bijvoorbeeld urgente lokale vraagstukken en lokale activiteiten hebben invloed. Door de GALA-monitor hebben we wel inzichten gekregen van de eerste opbrengsten van het GALA door in de vragenlijst en de interviews expliciet te vragen wat het GALA tot nu toe heeft gebracht.

15.3 Volgende rapportage GALA-monitor

Voor de volgende rapportage van de monitor wordt bekeken welke informatie nodig is om het GALA en de bijbehorende beweging verder te brengen. Dit kan betekenen dat de accenten op andere onderdelen worden gelegd. De vragenlijst voor gemeenten en zorgverzekeraars zal verder worden aangescherpt en mogelijk aangevuld naar aanleiding van de bevindingen van de huidige monitor. Mogelijk geeft de aankomende interdepartementale werkagenda over Health in All Policies richting voor het monitoren van integraal beleid. Waar nodig of wenselijk kunnen bepaalde onderwerpen verder uitgediept worden in interviews of het leernetwerk (zie verderop in deze paragraaf). Er zal minder aandacht zijn voor de uitkomstindicatoren (kerncijfers) voor de gezondheidsthema's.

Voor deze rapportage is informatie verzameld onder professionals die aan het GALA werken. Uiteindelijk zijn het de inwoners die er wat van moeten gaan merken. Het perspectief van de inwoner is in dit rapport nog niet meegenomen. Voor de volgende rapportage van de monitor is het de bedoeling om ook in gesprek te gaan met inwoners. Om hen bijvoorbeeld te vragen wat zij nodig hebben om gezond en actief te leven.

Het rapport verwijst op verschillende plekken naar (voortgangs)rapportages die in de komende maanden gepubliceerd worden. Deze worden verwerkt in de volgende rapportage van de GALA-monitor. Ook worden de monitors van het IZA en WOZO gevolgd en wordt relevante informatie meegenomen in de volgende rapportage van de GALA-monitor.

Deze rapportage geeft een landelijk beeld van lokale verschillen en presenteert cijfers over gezondheidsuitkomsten op landelijk niveau. Voor regionale cijfers verwijzen we naar de website van Regiobeeld.nl. Voor het vervolg is het interessant om verder te verdiepen in de regionale en lokale verschillen. Welke verschillen zien we bijvoorbeeld tussen regio's en gemeenten waar de samenwerking rondom de ketenaanpakken al langer loopt ten opzichte van regio's of gemeenten die net gestart zijn? Verder kan verkend worden of de lokale en nationale monitoring beter op elkaar zijn af te stemmen.

Onderdeel van de GALA-monitor is een leernetwerk met gemeenten, dat in november 2024 van start gaat en tot en met eind 2026 actief zal zijn. Het doel 'van ambitie naar actie' staat in eerste instantie centraal; hoe bereik je als gemeente de GALA-doelen? Hoe pak je die samen op, waar zitten de knelpunten en hoe ga je daarmee om? Het leernetwerk biedt een platform om elkaar te ontmoeten en kennis en ervaringen uit te wisselen. Geleerde lessen en goede voorbeelden worden tussentijds gedeeld en gemeenten brengen opgedane kennis weer terug naar de lokale en regionale context. Daarbij worden experts, zoals de GGD, welzijns- en zorgorganisaties, en kennisinstituten aangehaakt om het leerproces te bevorderen. Ook wordt er actief verbinding gezocht met andere leernetwerken die actief zijn op dit vlak, bijvoorbeeld op specifieke ketenaanpakken, regionale samenwerking of het Programma Gezonde leefomgeving. De opgehaalde informatie wordt in de volgende rapportage van de monitor opgenomen.

15.4 Tot slot: GALA heeft tijd nodig

Het GALA is begin 2023 ondertekend en de gegevens voor deze rapportage zijn eind 2023 en in de eerste helft van 2024 verzameld. Dat betekent dat het GALA tijdens de metingen nog niet zo lang onderweg was. Het was dan ook niet te verwachten dat er al grote opbrengsten te zien zouden zijn. Toch zien we dat het GALA al een impuls heeft gegeven aan de samenwerking en dat de partijen uit de startblokken zijn. Tegelijk komen bekende knelpunten terug, ondanks dat het GALA mede gesloten is om deze punten op te lossen. Te denken valt aan de schotten tussen de thema's (thematische verkokering), de stap van ambitie naar actie en de onzekerheid voor structurele financiering. Omdat er toch nog zorgen over deze knelpunten worden ervaren, is het belangrijk om daarvoor extra aandacht te hebben.

Hoewel er ook de afgelopen jaren al aandacht voor preventie en samenwerking was, moeten we ons realiseren dat het tijd kost om bepaalde structuren op te zetten en om te leren en uit te wisselen met anderen. Het GALA is hier ondersteunend aan en het is belangrijk om hiermee door te gaan, ook als het GALA in 2026 stopt. En vervolgens moet er bewustwording optreden bij de inwoners. Gaan zij hun gedrag veranderen en heeft dat effecten op de gezondheid? Verbetering van gezondheid vergt dus langdurige investeringen. De VTV roept daarom ook op tot een langetermijnaanpak [33]. Robuust voorspelbaar gezondheidsbeleid, dat programma's, akkoorden en regeerperiodes overstijgt, is belangrijk om uiteindelijk effecten te zien op de volksgezondheid. Bij een volgende meting van de GALA-monitor zal

blijken of partijen verder op weg zijn richting de doelen en beoogde resultaten uit het GALA.

Dankwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met medewerking van vele anderen.

Allereerst willen we de overige leden van ons onderzoeksteam bedanken voor hun hulp en bijdrage aan de realisatie van dit rapport: Agatha van Meijeren, Cathy Rompelberg, Sarah Vader, Natascha van Vooren en Laurens Zwakhals.

Daarnaast zijn we dank verschuldigd aan de deelnemers van de vragenlijsten en de mensen die we mochten interviewen. Ook danken we de leden van het kernteam met de ondertekenaars van het GALA voor hun bijdrage.

We danken verder de experts die we hebben geraadpleegd bij het schrijven van het rapport: Roos Scherpenzeel (Movisie) voor haar bijdrage aan hoofdstuk 5, Marloes van Gorp (Mulier Instituut) voor de analyses van de gegevens van de JOGG-monitor/ vragenlijst Kind naar Gezonder Gewicht (voor hoofdstuk 10) en Wikke Stam (Mulier Instituut) voor het delen van hun rapportages. En, tot slot, onze collega's Ankie de Bekker, Fons van der Lucht, Margien van Rooij, Ardine de Wit (allen RIVM).

Bronnen

1. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *GALA Gezond en Actief Leven Akkoord. Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zeten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
2. van den Brink, C., et al., *Advies voor monitor Gezond Actief Leven Akkoord*. 2023, RIVM: Bilthoven.
3. Beijer, M., et al., *GALA in de gemeentelijke plannen. Een eerste blik op de plannen van aanpak voor de Brede SPUK-regeling*. 2024.
4. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Integraal Zorg Akkoord, Samen werken aan gezonde zorg*. 2022, Rijksoverheid: Den Haag.
5. Lakenvelt-Verbree, H. and F. van der Lucht, *Gezamenlijke aanpak valpreventie bij ouderen. Lerende evaluatie valpreventie 'Met vallen en opstaan'*. 2023, RIVM: Bilthoven.
6. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Zevende voortgangsrapportage Kansrijke Start april 2024*. 2024, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
7. van Gorp, M., et al., *Sport en bewegen voor behalen GALA-doelen*. 2024, Mulier Instituut: Utrecht.
8. Kemper, P., et al., *Duurzaam borgen van Welzijn op Recept. Lessen uit de literatuur en actieonderzoek*. 2024, RIVM, TNO: Bilthoven, Leiden.
9. Kemper, P.F., L.C. Lemmens, and A. de Bekker, *Eindevaluatie Preventie in het Zorgstelsel. Ontwikkelingen en ervaringen 2016-2022*. 2022, RIVM: Bilthoven.
10. Kemper, P.F., et al., *Evaluatie Preventie in het Zorgstelsel. Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van preventie in 2021*. 2022, RIVM: Bilthoven.
11. De Bekker, A., et al., *Sustainable prevention infrastructure in the healthcare system: Developments in The Netherlands.* International Journal of Integrated Care, 2023. 23: p. 90.
12. VNG. *Werkwijze & structuur van de samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars*. 2017 [cited 2024 16 oktober]; Available from: https://vng.nl/artikelen/werkwijze-structuur-van-de-samenwerking-gemeenten-en-zorgverzekeraars#:~:text=Samenwerken%20met%20zorgverzekeraars%20(en%20zorgkantoren)%20is%20voor%20gemeenten
13. Keij, B., et al., *IZA-deelmonitor. Naar meer regionale samenwerking. Nulmeting*. 2024, RIVM: Bilthoven.
14. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Voortgang Integraal Zorgakkoord. Bekostiging domeinoverstijgende en sectoroverstijgende samenwerking: patiëntengroepsgebonden afstemming van zorg voor specifieke categorieën verzekerden*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
15. Nederlandse Zorgautoriteit, *Van regiobeelden naar doelgerichte regioplannen. Reflecties en aandachtspunten*. 2023, Nederlandse Zorgautoriteit: Utrecht.

16. Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving, *Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning*. 2023, RVS: Den Haag.
17. Zorginstituut Nederland, *Verzekerd van een Kansrijke Start. Een eerste verduidelijking van de zorg rondom Kansrijke Start*. 2024, Zorginstituut Nederland.
18. Hilhorst, P. and M. van den Wijngaart, *Samenwerking sociaal en medisch domein. Een verkenning*. 2024, E:M+MA: Den Haag.
19. Jansen-van Eijndt, T., et al., *Kennisbeeld "Health in All Policies": verkenning vanuit internationaal, nationaal en lokaal perspectief.* 2023.
20. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Mid-term review IZA*. 2024, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
21. Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving, *Van overleven naar bloeien. Bestaansonderzekerheid voorkomen en verminderen*. 2024, RVS: Den Haag.
22. Peeters, R., et al., *Wie, wat, waar? De invloed van het Integraal ZorgAkkoord op bestaande regionale netwerken in de zorg.* TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 2024. 102(2): p. 59-66.
23. Mulier Instituut, *De coördinator sport en preventie, 2024*. 2024, Mulier Instituut: Utrecht.
24. CBS. *Gezonde levensverwachting; vanaf 1981*. 2024 [cited 2024 21 augustus]; Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/71950ned/line?ts=1720526474856.
25. CBS. *Gezonde levensverwachting; geslacht, leeftijd en onderwijsniveau*. 2023 [cited 2024 21 augustus]; Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84842NED/table?ts=1724235657478.
26. RIVM. *Informatie over Volksgezondheid en Zorg (VZinfo), Gezondheidsverschillen | Leefstijl, persoonsgebonden kenmerken en omgeving*. 2022 [cited 2024 21 augustus]; Available from: https://www.vzinfo.nl/gezondheidsverschillen/leefstijl-en-persoonsgebonden-kenmerken.
27. RIVM. *Informatie over Volksgezondheid en Zorg (VZinfo), Gezondheidsverschillen | Sterfte, levensverwachting, gezondheid en participatie*. 2022 [cited 2024 21 augustus]; Available from: https://www.vzinfo.nl/gezondheidsverschillen/sterfte-levensverwachting-gezondheid.
28. de Weerdt, A., et al., *Jaarrapportage monitor gecombineerde leefstijl interventie (GLI) 2024*. 2024, RIVM: Bilthoven.
29. Broeders, D., et al., *Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. 2018, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid: Den Haag.
30. Mackenbach, J.P., *Persistence of social inequalities in modern welfare states: explanation of a paradox.* Scandinavian Journal of Public Health, 2017. 45(2): p. 113-120.
31. Haker, F., K. Hosper, and T. van Loenen, *Gezondheidsverschillen duurzaam aanpakken. De negen principes voor een succesvolle strategie*. 2019, Pharos: Utrecht.

32. Marmot, M., P. Goldblatt, J. Allen, T. Boyce, D. McNeish, M. Grady en I. Geddes, *Fair society, healthy lives*. 2010, The Marmot Review: Londen.
33. Broeder, L.d., et al., *Kiezen voor een gezonde toekomst. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2024*. 2024, RIVM: Bilthoven.
34. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Nationaal programma leefbaarheid en veiligheid*. 2022, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties: Den Haag.
35. Lemmens, L., et al., *Het toepassen van brede gezondheidsconcepten: inspirerend en uitdagend voor de praktijk. Ervaringen uit drie regio's*. 2022, RIVM: Bilthoven.
36. Kruize, H., et al., *De maatschappelijke waarde van een gezonde en groene leefomgeving - een verkenning*. 2023, RIVM: Bilthoven.
37. RIVM, *Gezondheid in Ruimte*. in voorbereiding, RIVM: Bilthoven.
38. de Jongh, D., et al., *LEGO; Bouwstenen voor Leefomgeving en Gezondheid*. 2021, RIVM: Bilthoven.
39. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Voorontwerp Nota Ruimte*. 2024, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties: Den Haag.
40. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, *Programma Mooi Nederland*. 2022, Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties: Den Haag.
41. Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat. *Nationaal MilieuProgramma*. 2024 [cited 2024 7 oktober]; Available from: https://nationaalmilieuprogramma.nl/default.aspx.
42. Ministerie van Landbouw, N.e.V., *Handreiking Groen in en om de stad. Systematiek en richtlijnen voor de borging van Groen in en om de stad*. 2024, Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit: Den Haag.
43. Ministerie van Landbouw Natuur en Voedselkwaliteit, *De eerste agenda Natuurinclusief*. 2022, Ministerie van Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit: Den Haag.
44. Andrew Britt, M.K., Freek de Meere, Leyla Reches, Ines Schell, Nienke de Wit, Peter Rensen, Radboud Engbersen, Onno de Zwart, Marije Voorwinden, Loes Kok, *Leren, sturen en verantwoorden in de sociale basis*. 2022, Verwey Jonker Instituut: Utrecht.
45. Verwey-Jonker Instituut, *Kernboodschap en position paper Sociale Basis*. 2023, Verwey Jonker Instituut: Utrecht.
46. Movisie. *Wat rekenen we wel tot de sociale basis en wat niet?* 2024 [cited 2024 17 oktober]; Available from: https://www.movisie.nl/publicatie/wat-rekenen-we-wel-tot-sociale-basis-wat-niet.
47. Movisie. *Wat is sociale basis precies?* 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/wat-sociale-basis-precies.
48. Movisie. *Aan de slag met een gebiedsgerichte uitvoering*. 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.movisie.nl/artikel/aan-slag-gebiedsgerichte-uitvoering.
49. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Voortgangsrapportage Eén tegen eenzaamheid 2023*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.

50. Een tegen eenzaamheid. *Voor gemeenten*. 2024 [cited 2024 17 oktober]; Available from: https://www.eentegeneenzaamheid.nl/mijn-gemeente/.
51. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Aanpak Sociale Basis inclusief Mantelzorgagenda 2023-2026*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
52. Britt, A., et al., *De sociale basis versterken, investeren in de toekomst*. 2024, Movisie en Verwey-Jonker Instituut.
53. Hoornweg, V., et al., *Benchmark één tegen eenzaamheid. Overzichtsrapportage 2023*. 2023, Significant Public.
54. Een tegen eenzaamheid. *Vragenlijst jaarlijkse benchmark staat open*. 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.eentegeneenzaamheid.nl/lokale-aanpak/vragenlijst-jaarlijkse-benchmark-staat-open/.
55. CBS. *Eenzaamheid; persoonskenmerken*. 2023 [cited 2024 2 oktober]; Available from: https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85766NED/table?dl=9C37E.
56. Rombouts, M., et al., *Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Mentale gezondheid*. 2023, Trimbos: Utrecht.
57. Movisie. *Lerende praktijken versterken sociale basis*. 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.movisie.nl/lerende-praktijken
58. Movisie. *Aan de slag met GALA*. 2024 [cited 2024 10 oktober]; Available from: https://www.movisie.nl/gala.
59. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland*. 2018, Ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
60. Boer, J., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2021*. 2022, RIVM: Bilthoven.
61. van Giessen, A., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2019*. 2020, RIVM: Bilthoven.
62. van Giessen, A., et al., *Voortgangsrapportage Nationaal Preventieakkoord 2020*. 2021, RIVM: Bilthoven.
63. RIVM, *Samenvatting van de resultaten van de doorrekening. Impact van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik*. 2024, RIVM: Bilthoven.
64. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamerstuk 32011-97*. 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
65. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamerbrief Doorrekening RIVM acties Nationaal Preventieakkoord*. 2024, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
66. Rombouts, M., et al., *Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Mentale gezondheid Cijfers in tabellen*. 2023, Trimbos: Utrecht.
67. Rombouts, M., et al. *Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Roken*. 2023 [cited 2024 22 oktober]; Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/roken/samenvatting-roken/.
68. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. *Roken, volwassenen*. 2024 [cited 2024 3 oktober]; Available from: https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/roken.

69. RIVM. *Gezondheidsenquête/Leefstijlmonitor, persoonskenmerken*. 2024 [cited 2024 17 september]; Available from: https://statline.rivm.nl/#/RIVM/nl/dataset/50080NED/table?ts=1724251531790.
70. Scheffers-van Schayk, T., et al., *Monitor Middelengebruik en Zwangerschap 2023. Middelengebruik van vrouwen en hun partners vóór, tijdens en na de zwangerschap*. 2024, Trimbos Instituut: Utrecht.
71. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamerstuk 32793-647*. 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
72. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamerstuk 27565-183*. 2022, Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
73. RIVM. *Informatie over Volksgezondheid en Zorg (VZinfo), Alcoholgebruik, jongeren*. 2024 [cited 2024 22 oktober]; Available from: https://www.vzinfo.nl/alcoholgebruik/jongeren.
74. Rombouts, M., et al. *Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Alcohol*. 2023 [cited 2024 22 oktober]; Available from: https://cijfers.trimbos.nl/scholierenmonitor/alcohol/samenvatting-alcohol/.
75. De Staat van Volksgezondheid en Zorg. *Alcohol: zwaar drinken*. 2024 [cited 2024 3 oktober]; Available from: https://www.staatvenz.nl/kerncijfers/alcohol-zwaar-drinken.
76. Rombouts, M., M. Tuithof, and C. Voogt, *Kennismonitor Alcohol 2022. Onderzoek naar bewustzijn over alcoholschade bij volwassenen*. 2023, Trimbos Instituut: Utrecht.
77. Bureau Objectief, *Landelijk onderzoek naar de naleving van de leeftijdsgrens bij alcohol- en tabaksverkoop in 2022*. 2022, Bureau Objectief: Nijmegen.
78. Rombouts, M., et al., *Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Cannabis*. 2023, Trimbos: Utrecht.
79. Rombouts, M., et al., *Peilstationsonderzoek Scholieren 2023. Andere drugs*. 2023, Trimbos: Utrecht.
80. Trimbos Instituut. *Steeds meer gemeenten starten met Opgroeien in een Kansrijke Omgeving (OKO)*. 2024 [cited 2024 3 oktober]; Available from: https://www.trimbos.nl/actueel/nieuws/steeds-meer-gemeenten-starten-met-opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving-oko/.
81. Leemrijse, C., et al., *Monitor (vroeg)signalering alcoholproblematiek. Eerste meting in de eerstelijns- en tweedelijnszorg*. 2024, Nivel.
82. Mulier Instituut, *Monitor BRC 2023*. nog niet gepubliceerd, Mulier Instituut: Utrecht.
83. Mulier Instituut, *De coördinator sport en preventie, 2024*. nog niet gepubliceerd, Mulier Instituut: Utrecht.
84. Hoogendam, A., A. Kusters, and K. Gutter, *Werken aan het fundament. Monitor Sportakkoord II: Voortgangsrapportage juni 2024*. 2024, Mulier Instituut: Utrecht.
85. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Bestuurlijke afspraken Brede Regeling Combinatiefuncties 2023-2026* 2023, Ministerie van volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.

86. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Hoofdlijnen Sportakkoord II, sport versterkt*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
87. Garritsen, H., et al., *Jongerenmonitor tabaks- en nicotineproducten. Het gebruik van tabaks- en nicotineproducten door jongeren en jongvolwassenen van 12 tot en met 25 jaar (herziene versie)*. 2023, Trimbos Instituut: Utrecht.
88. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S., *Kamerstuk 32011-97*. 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
89. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S., *Kamerstuk 32793-647*. 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
90. Ministerie van Volksgezondheid, W.e.S., *Kamerstuk 27565-183*. 2022, Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
91. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamerstuk 32793-711*. 2024, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
92. Rijksoverheid, *Aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'*. 2022, Rijksoverheid: Den Haag.
93. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Kamserstuk 25424-677*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
94. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Voortgangsrapportage aanpak 'Mentale gezondheid: van ons allemaal'*. 2023, Rijksoverheid.
95. RIVM. *Monitor mentale gezondheid*. 2024 [cited 2024 13 september]; Available from: https://www.rivm.nl/mentale-gezondheid/monitor.
96. Trimbos Instituut. *Gezondheid en welzijn van scholieren: HBSC*. 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.trimbos.nl/kennis/hbsc-gezondheid-welzijn-scholieren/.
97. RIVM. *Corona Gezondheidsmonitor Jongvolwassenen 2022*. 2024 [cited 2024 27 september]; Available from: https://www.monitorgezondheid.nl/gezondheidsmonitor-jongvolwassenen/2022.
98. CBS. *Gezondheid en zorggebruik; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken*. 2024 [cited 2024 10 oktober]; Available from: https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85463NED/table?ts=1728552820805.
99. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
100. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Programmastructuur Nationale Dementiestrategie 2021-2030*. 2021, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
101. Strijk, J.E., et al., *Wat is vitaliteit en hoe is het te meten? Kerndimensies van vitaliteit en de Nederlandse Vitaliteitsmeter.* Tsg Tijdschr Gezondheidswet, 2015. **93**(1).

102. Cebeon, *Evaluatie preventieve ouderengezondheidszorg*. 2017, Cebeon.
103. Jorna, F., et al., *Rapport Preventieve ouderengezondheidszorg. Artikel 5a Wet publieke gezondheid en de relatie tot de preventieve ouderengezondheidszorg*. 2024, AEF: Utrecht.
104. Gezondheidsraad, *Richtlijnen goede voeding 2015*. 2015, Gezondheidsraad: Den Haag.
105. Voedingscentrum. *Gezond en duurzaam eten met de Schijf van Vijf*. 2024 [cited 2024 17 september]; Available from: https://www.voedingscentrum.nl/nl/gezond-eten-met-de-schijf-van-vijf.aspx.
106. Kenniscentrum ondervoeding, *Goed gevoed ouder worden. Ondervoeding bij ouderen*. 2024, Kenniscentrum ondervoeding,.
107. Mulier Instituut, *Monitor BRC 2023*. 2024, Mulier Instituut: Utrecht.
108. Zügül, Y., C. van Rossum, and M. Visser, *Prevalence of Undernutrition in Community-Dwelling Older Adults in The Netherlands: Application of the SNAQ65+ Screening Tool and GLIM Consensus Criteria.* Nutrients, 2023. **15**(18): p. 3917.
109. Kenniscentrum sport & bewegen. *Beweegrichtlijnen*. 2024 [cited 2024 17 september]; Available from: https://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl/beweegrichtlijnen/.
110. Vilans and W.e.S. Ministerie van Volksgezondheid. *Waardigheid en trots; Toekomstbeeld 'Ouder Worden 2040'*. 2022 [cited 2024 10 oktober]; Available from: https://www.waardigheidentrots.nl/tools/ouder-worden-2040.
111. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Handreiking Ketenaanpak Kansrijke Start. GALA Gezond en Actief Leven Akkoord*. 2023, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
112. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Actieprogramma Kansrijke Start*. 2018, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
113. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, *Vervolgaanpak Kansrijke Start 2022-2025. Sterke ouders, gezonde kinderen!* 2022, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport: Den Haag.
114. Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. *Kansrijke start, Impuls Kansrijke Start*. 2020 [cited 2024 10 oktober]; Available from: https://www.kansrijkestartnl.nl/lokale-coalities/impuls-kansrijke-start#:~:text=Met%20de%20Impuls%20Kansrijke%20Start%20kan%20uw%20gemeente,de%20zwangerschap%20en%20daar%20gezamenlijk%20afspraken%20over%20maken.
115. RIVM. *Indicatoren Monitor Kansrijke Start*. 2019 [cited 2024 16 oktober]; Available from: https://www.rivm.nl/monitoren-zwangerschap-en-geboorte/kansrijke-start/indicatoren-kansrijke-start.
116. van Meijeren-van Lunteren, A.W., et al., *Monitor Kansrijke Start 2023*. 2024, RIVM: Bilthoven.
117. GGD GHOR Nederland. *Nu Niet Zwanger op de kaart*. 2024 [cited 2024 17 oktober]; Available from: https://www.nunietzwanger.nl/#op-de-kaart.

118. Halberstadt, J., et al., *The development of the Dutch "National model integrated care for childhood overweight and obesity".* BMC Health Serv Res, 2023. **23**(1): p. 359.
119. Sijben, M., et al., *Landelijk model Ketenaanpak voor Kinderen met Overgewicht en Obesitas*. 2018, Vrije Universiteit Amsterdam: Amsterdam.
120. Sijben, M., J. Koehoorn, and J. Halberstadt, *Realisatie lokale aanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas; een handreiking voor initiatiefnemers, projectleiders en netwerkregisseurs*. 2021, Vrije Universiteit Amsterdam: Amsterdam.
121. Oosterhoff, M., et al., *Jaarrapportage monitor gecombineerde leefstijl interventie (GLI) 2023*. 2023, RIVM: Bilthoven.
122. van der Valk, E.S., et al., *A comprehensive diagnostic approach to detect underlying causes of obesity in adults.* Obesity Reviews, 2019. **20**(6): p. 795-804.
123. Sijben, M., C. Bolleurs, and K. Freijen, *Basismodel netwerkaanpak voor volwassenen met overgewicht en obesitas*. 2023, Erasmus MC, Partnerschap Overgewicht Nederland, project Netwerkaanpak: Rotterdam.
124. Thuisarts. *Ik heb een psychosociaal probleem*. 2017 [cited 2024 14 oktober]; Available from: https://www.thuisarts.nl/psychosociale-problemen/ik-heb-psychosociaal-probleem.
125. Heijnders, M., R. Mesman, and J. Cruijsberg, *Welzijn op Recept. Landelijke monitor 2023*. 2023, Welzijn op Recept, Landelijk kennisnetwerk, Radboud Universiteit Nijmegen: Nieuwegein, Nijmegen.
126. Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept, *Pareltjes van Welzijn op Recept. Praktijkverhalen en meer*. 2024, Landelijk kennisnetwerk Welzijn op Recept.
127. VeiligheidNL, *Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2020*. 2020, VeiligheidNL: Amsterdam.
128. VeiligheidNL, *Feiten en cijfers valongevallen 65-plussers 2023*. 2023, VeiligheidNL: Amsterdam.
129. van Vugt, V., *Valpreventie werkt, maar de beste vorm is onduidelijk.* Huisarts en wetenschap, 2019.
130. VeiligheidNL. *Ketenaanpak Valpreventie*. 2023 [cited 2024 16 oktober]; Available from: https://www.veiligheid.nl/ketenaanpak-valpreventie.
131. Loket Gezond Leven. *Ketenaanpak valpreventie gemeente*. 2023 [cited 2024 16 oktober]; Available from: https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/gezond-en-vitaal-ouder-worden/valpreventie/ketenaanpak-valpreventie#:~:text=De%20ketenaanpak%20voor%20valpreventie%20is%20gericht%20op%20thuiswonende.
132. Baâdoudi, F., et al., *Monitor valpreventie - advies voor een plan van aanpak*, in *Monitor Falls prevention - advice for a plan of action*. 2023, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu RIVM.
133. Baâdoudi, F., et al., *Monitor Valpreventie 2020-2022. Terug- en vooruitblik*. 2023, RIVM.
134. Baâdoudi, F., et al., *Monitor Valpreventie. Stand van zaken ketenaanpak Valpreventie in 2023 en eerste half jaar 2024*. 2024, RIVM: Bilthoven.

135. VeiligheidNL. *Landelijke doelstelling valpreventie vertaald naar gemeente*. 2022 [cited 2024 16 oktober]; Available from: https://localfocuswidgets.net/654c92303b842.
136. Bückman, E., M. de Baaij, and M. van Dam, *Toets uitvoerbaarheid GALA. Eindrapport*. 2024, VNG realisatie: Den Haag.

Bijlage 1 Methoden GALA-monitor

Deze bijlage geeft een nadere beschrijving van de drie gebruikte onderzoeksmethoden die in het kader van de GALA-monitor zijn toegepast. Deze methoden zijn:

A. Vragenlijsten onder vertegenwoordigers van gemeenten (april-juni 2024) en de preferente zorgverzekeraars in de 39 regio's waarvoor een regioplan in het kader van het Integraal Zorgakkoord is opgesteld (juli-augustus 2024).
B. Interviews over regionale en lokale samenwerking (mei-augustus 2024) met 42 deelnemers (gemeenten, zorgverzekeraars, GGD'en, aanbieders zorg- en welzijn en overige partijen vanuit zes regio's en vijf experts vanuit koepelorganisaties).
C. Hergebruik (verwerking) van kwantitatieve gegevens uit bestaande bronnen over relevante uitkomstenindicatoren en verschillen daarin tussen sociaaleconomische groepen.

Overzicht van de methoden per hoofdstuk
De onderstaande tabel laat zien welke onderzoeksmethoden voor welk hoofdstuk zijn toegepast.

Tabel 1 Toegepaste onderzoeksmethoden per hoofdstuk

	2	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**
Vragenlijst:													
- gemeenten	X	X		X				X	X	X	X	X	X
- zorgverzekeraars	X							X	X	X	X	X	X
Interviews over regionale en lokale samenwerking	X	X						X	X	X	X	X	X
Verwerking van kwantitatieve data uit bestaande bronnen		X	X	X									

Het vervolg van deze bijlage beschrijft de drie onderzoeksmethoden afzonderlijk. Daaraan zijn – indien nodig – aanvullende details over de toepassing voor de specifieke hoofdstukken toegevoegd. Toegang tot de data (met uitzondering van vertrouwelijke of persoonsgegevens), bijbehorende code en documentatie is opvraagbaar (monitorGALA@rivm.nl).

A. Vragenlijst onder gemeenten en zorgverzekeraars

Dit eerste deel van de bijlage beschrijft de methoden van vragenlijstonderzoek onder vertegenwoordigers van gemeenten en (preferente) zorgverzekeraars in elke regio met een regioplan. De vragenlijsten voor gemeenten en zorgverzekeraars zijn tot stand gekomen in afstemming met interne (projectleiders ketenaanpakken en andere monitors) en externe adviseurs (ZN, VNG, GGD-GHOR NL,

VWS[58]). De vragen in de vragenlijst gaan over regionale afspraken over gezondheidsbevordering en preventie en over de implementatie van de ketenaanpakken. Hieronder komen de volgende punten aan de orde: 1) hoe de data is verzameld, 2) de respons, 3) de analyse van de gegeven antwoorden.

Dataverzameling
De VNG heeft een overzicht gemaakt van contactpersonen per gemeente en ZN van de vertegenwoordigers van de preferente zorgverzekeraar per IZA-regio. Vervolgens heeft het RIVM hen benaderd om de vragenlijst in te vullen. Voor het opzetten van de vragenlijsten en het versturen en verzamelen van de antwoorden is een digitaal platform (Formdesk) gebruikt. Binnen de vragenlijst voor gemeenten bestond de optie dat een deel van de vragenlijst – over specifieke ketenaanpakken – door een andere collega werd ingevuld. In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zat deze optie niet.

Voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst zijn alle deelnemers geïnformeerd over het doel en de procedures van het vragenlijstonderzoek. De antwoorden op de meeste vragen zijn beschikbaar per individuele gemeente of regio. Een deel van de vragen - bijvoorbeeld over het beoordelen van onderlinge samenwerkingsrelaties tussen (gemandateerde) gemeenten en (preferente) zorgverzekeraars – is gemarkeerd als 'vertrouwelijk'. De bevindingen op basis van deze vragen zijn niet per individuele gemeente of regio gepubliceerd en worden ook niet gedeeld.

Op de website van de GALA-monitor zijn de volledige vragenlijsten onder gemeenten en zorgverzekeraars te bekijken: https://www.rivm.nl/gala-monitor/vragenlijst.

Respons
De vragenlijst is door vertegenwoordigers van 335 (van de in totaal 342) gemeenten (gedeeltelijk) ingevuld (respons 98%).
De onderdelen over de ketenaanpakken zijn door iets minder gemeenten ingevuld: voor Kansrijke Start is dit 96 procent, voor Kind naar Gezonder Gewicht 95 procent, voor Gecombineerde Leefstijlinterventie 95 procent, voor Sociaal verwijzen 93 procent en voor Valpreventie 96 procent. De vragenlijst onder zorgverzekeraars is door alle 39 regio's ingevuld (respons 100%).
Door een technisch mankement is het bij twee ingevulde vragenlijsten niet bekend welke gemeenten het betreft. Voor deze gemeenten ontbreken de lokale resultaten. De antwoorden van deze gemeenten zijn wel meegenomen in de berekening van landelijke percentages.

Analyse
De data zijn geanalyseerd met het statistisch programma R (versie 4.4.1) en de 'packages' 'readxl', 'tidyverse 2.0.0', 'sf 1.0-15', 'janitor 2.2.0', 'naniar 1.1.0', 'ggVennDiagram 1.5.2'.

[58] ZN: Zorgverzekeraars Nederland, VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten, GGD-GHOR NL: Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst - Geneeskundige Hulpverleningsorganisatie in de Regio, VWS: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bevindingen op basis van de vragen zijn beschreven in aantallen en percentages. De percentages zijn berekend op basis van het aantal respondenten dat een antwoordoptie heeft gekozen in verhouding tot het aantal respondenten door wie de betreffende vraag is beantwoord. Het aantal respondenten dat een vraag beantwoordde, hangt mede af van of een vraag is gesteld, gegeven het antwoord op een eerdere vraag. De vragen konden niet worden opengelaten. Alleen het geven van toelichting op een gemaakte keuze in vrije tekst was niet verplicht.

Een deel van de bevindingen is gevisualiseerd in geografische kaartjes waarin de grenzen van gemeenten en regio's zijn weergegeven en het betreffende gebied op basis van de gegeven antwoorden is ingekleurd.

B. Interviews over regionale en lokale samenwerking

Hieronder beschrijven we de wijze waarop gegevens uit interviews verzameld en geanalyseerd zijn.

Dataverzameling
Er zijn interviews gehouden met vertegenwoordigers van zes regio's en vijf koepelorganisaties. Alle interviews zijn online gehouden door een of twee onderzoekers. In totaal hebben vier verschillende onderzoekers interviews uitgevoerd. De interviews zijn gehouden in de periode mei tot en met augustus 2024. In totaal zijn er 33 interviews gehouden, waarvan negen duo-interviews waren. In totaal zijn 42 respondenten geïnterviewd, 36 voor de regio's en zes experts.

De zes regio's zijn geselecteerd op basis van een aantal criteria: geografische spreiding over Nederland, preferente zorgverzekeraar en grootte (aantal gemeenten in regio/ eventuele subregio's). Per regio zijn gemeenten (gemandateerd en niet-gemandateerd), preferente zorgverzekeraar, GGD, aanbieders van zorg en welzijn en eventuele andere partijen (Regionale Ondersteuningsstructuur of Zorgbelang) geïnterviewd.

Respondenten zijn benaderd via de contactgegevens die vermeld zijn op het gepubliceerde regiobeeld of regioplan, via websites, zoals van een GGD of koepelorganisatie, of via (openbare) contactgegevens van personen uit het professionele netwerk van de onderzoekers. Als er geen contactpersonen of -gegevens voor handen waren, zijn respondenten van het interview gevraagd of zij de onderzoekers met de juiste personen binnen hun regio in contact konden brengen. Alle respondenten ontvingen eerst een uitnodiging per e-mail met daarbij een informatiebrief. Na geïnformeerde toestemming zijn de interviews opgenomen en getranscribeerd. Resultaten uit de interviews worden niet tot de persoon, regio of organisatie herleidbaar gerapporteerd.

De interviews waren half-gestructureerd. De respondenten uit de regio's zijn aan de hand van een leidraad gevraagd in hoeverre de plannen voor GALA al tot uitvoering zijn gekomen, welke onderdelen lokaal en regionaal worden opgepakt (hierbij is de link met de regioplannen/IZA gelegd), wat de ervaringen met de domeinoverstijgende samenwerking zijn, en wat zij als opbrengsten en knelpunten van het GALA zien. Daarnaast is ingegaan op de implementatie van de ketenaanpakken en

de geleerde lessen. Voor de vertegenwoordigers van de koepelorganisatie is een aparte leidraad ontwikkeld. Zij zijn gevraagd welke visie zij hebben op de ontwikkelingen rondom het GALA en welke geluiden zij opvangen uit hun achterban.

Analyse
Alle transcripten zijn in MaxQDA gecodeerd. Hierbij zijn enkele interviews door een tweede codeur gecheckt om te kijken of de onderzoekers op één lijn zaten met coderen. Bij discrepanties is consensus bereikt over de codering. De gebruikte codeboom is gemaakt aan de hand van de interviewleidraad. De hoofdcodes (eerste niveau) geven de thema's van de vragen weer en de sub-codes de doorvraagpunten (tweede niveau). Na het coderen van alle interviews is per (sub)code een puntsgewijze samenvatting van de resultaten gemaakt en zijn illustratieve citaten geselecteerd. Deze zijn anoniem verwerkt in het rapport.

C. Verwerking van kwantitatieve data uit bestaande bronnen

Beschrijven van uitkomstenindicatoren
Voor diverse hoofdstukken in deze eerste rapportage van de GALA-monitor zijn kwantitatieve uitkomstdata uit bestaande bronnen verwerkt tot een nulmeting met een selectie kerncijfers. Voor elk thema uit het GALA zijn enkele cijfers geselecteerd die een beeld geven van de stand van zaken op dat thema. Deze cijfers komen uit de bronnen die in de betreffende hoofdstukken zijn genoemd. Voor de figuren zijn deze gecontroleerd en gevisualiseerd met het 'tidyverse package ggplot2'.

Om tot een set van kerncijfers voor de GALA-monitor te komen, zijn de volgende stappen doorlopen.

Stap 1: Vaststellen onderwerpen
Allereerst hebben we onderwerpen vastgesteld die in de doelstelling van het GALA voor 2040 aan bod komen. Deze doelstelling is:

'De stip op de horizon is een gezonde generatie in 2040, met weerbare, gezonde mensen die kunnen opgroeien, leven, werken en wonen in een gezonde leefomgeving, en waarin sprake is van een sterke sociale basis. Waarin de fysieke en mentale gezondheid vanaf het prille begin, de eerste 1.000 dagen, wordt bevorderd en behouden en waar speciale aandacht uitgaat naar mensen in kwetsbare situaties'.

Vervolgens zijn we nagegaan of GALA zich op deze onderwerpen inzet. Op deze manier kwamen we tot de volgende onderwerpen, die sterk overeenkomen met de zeven gezondheidsthema's uit het GALA:

- Fysieke gezondheid
- Mentale gezondheid
- Gezonde leefomgeving
- Opgroeien
- Sociale basis
- Mensen in kwetsbare situaties

Stap 2: Van onderwerpen naar deelonderwerpen
Om invulling te geven aan de hierboven genoemde onderwerpen, is gekeken welke specifiekere deelonderwerpen het GALA noemt. Bij het onderwerp Sociale basis gaat het bijvoorbeeld over 'eenzaamheid'.

Stap 3: Van deelonderwerpen naar kerncijfers
Om kerncijfers te zoeken bij de deelonderwerpen is een lijst gemaakt van -veelgebruikte- cijfers, die in indicatorensets van andere monitors voorkomen, bijvoorbeeld in de monitor Mentale Gezondheid of de monitor van het Sportakkoord. Als er voor bepaalde deelonderwerpen geen cijfers in andere indicatorensets voorkwamen, hebben we gezocht naar cijfers in vragenlijstonderzoeken, zoals de Gezondheidsenquête van het CBS of het Peilstationsonderzoek van het Trimbos-instituut.

Uit de lijst met potentiële kerncijfers is een selectie van kerncijfers gemaakt. Bij de selectie van kerncijfers is rekening gehouden met specifieke doelgroepen die per deelonderwerp genoemd worden in het GALA. Zo gaat het bij het deelonderwerp Drugs over het voorkomen van drugsgebruik onder jongeren. In dat geval gaan de kerncijfers over dat thema ook specifiek over jongeren. En ook als er aparte dataverzameling voor jeugd is, is daarvoor een apart kerncijfer geselecteerd. Voor roken, overgewicht en alcoholgebruik zijn kerncijfers overgenomen die voor het monitoren van het Nationaal Preventieakkoord zijn gebruikt. Voor het onderwerp Opgroeien zijn geen kerncijfers opgenomen. Daarvoor verwijzen we naar de monitor Kansrijke Start. Ook voor het onderwerp Leefomgeving zijn geen kerncijfers opgenomen. De reden daarvoor is dat afgewacht wordt welke indicatoren opgenomen worden in het narratief 'Gezondheid in Ruimte' [59].

Om de gezonde generatie in kaart te brengen, zijn er in totaal 36 kerncijfers geselecteerd. Deze kerncijfers zijn ondergebracht in de hoofdstukken die over het betreffende onderwerp gaan (zie Tabel 2). Voor cijfers die worden gepresenteerd over een langere periode, inclusief de jaren van de coronapandemie, is een kanttekening bij de interpretatie van deze cijfers belangrijk. De coronapandemie heeft de cijfers van 2020 en 2021 mogelijk op twee manieren beïnvloed: 1) op de uitkomsten (bijvoorbeeld eenzaamheid) en op gedrag (bijvoorbeeld bewegen), en 2) de dataverzameling verliep anders dan normaal.

[59] RIVM. (in voorbereiding). *Gezondheid in Ruimte*.

Tabel 2 Geselecteerde kerncijfers per hoofdstuk

Hoofdstuk	**Kerncijfer**
Gezondheidsachterstanden (H3)	• Levensverwachting naar opleiding • Levensverwachting in als goed ervaren gezondheid naar opleiding • Overgewicht naar opleiding • Roken naar opleiding • (Zeer) goed ervaren gezondheid naar opleiding
Versterken sociale basis (H5)	• Eenzaamheid: mensen van 15 jaar en ouder • Eenzaamheid: jongeren • Eenzaamheid: jongvolwassenen • Eenzaamheid: ouderen
Gezonde leefstijl (H6)	• Roken: jongeren • Roken onder volwassenen • Roken onder zwangeren • Obesitas: kinderen en jongeren • Overgewicht (obesitas en matig overgewicht): kinderen en jongeren • Obesitas: volwassenen • Overgewicht (obesitas en matig overgewicht): volwassenen • Voldoen aan beweegrichtlijnen • Ooit alcohol gedronken: jongeren • Afgelopen maand alcohol gedronken: jongeren • Binge drinken: jongeren • Overmatig drinken: volwassenen • Zwaar drinken: volwassenen • Alcoholgebruik onder zwangeren • Kennis van effecten van alcoholgebruik • Naleving leeftijdsgrens bij verstrekking alcohol • Cannabisgebruik: jongeren • Xtc-gebruik: jongeren
Versterken mentale weerbaarheid en gezondheid (H7)	• Mentale problemen: kinderen en jongeren • Gemiddelde score op mentaal welbevinden: kinderen en jongeren • Weerbaarheid onder jongvolwassenen • Snel herstellen na een moeilijke periode (veerkracht): jongvolwassenen • Moeilijk stressvolle gebeurtenissen doorstaan (veerkracht): jongvolwassenen • Angst- of depressiegevoelens: volwassenen
Vitaal ouder worden (H8)	• Voldoen aan richtlijnen gezonde voeding: ouderen • Ondervoeding: ouderen • Voldoen aan beweegrichtlijnen: ouderen

Beschrijven van sociaaleconomische gezondheidsverschillen
Voor hoofdstuk 3 zijn op basis van een aantal kerncijfers aanvullende analyses uitgevoerd. Hierbij is geanalyseerd in hoeverre opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten veranderen over tijd. Om dit te toetsen, zijn de Relative Index of Inequality (RII)[60] en de Slope Index of Inequality (SII)[61] berekend.

De RII en SII zijn maten om vast te stellen in hoeverre een gezondheidsuitkomst verschilt tussen sociaaleconomische groepen in een hiërarchie (laag-midden-hoog). Daarbij wordt uitgegaan van een verband tussen sociaaleconomische status en de uitkomstmaat. Voor een groot deel van de gezondheidsuitkomsten is er inderdaad sprake van dit verband. Er is dan een gradiënt waarbij mensen op iedere stap hoger in de sociale hiërarchie betere gezondheidsuitkomsten hebben. De RII en SII houden rekening met de relatieve positie van iemand in een sociale hiërarchie en de grootte van de groepen. In dit geval gaat het om de relatieve opleidingspositie.

De RII geeft het relatieve verschil tussen de hoogst en laagst mogelijke groep in de sociale hiërarchie weer. Als de RII 1 is, is er geen verschil tussen opleidingsgroepen. Als de RII groter dan 1 is, zijn er verschillen waarbij de hoogste groep de beste uitkomst heeft. Als de RII kleiner dan 1 is, zijn er verschillen waarbij de laagste groep de beste uitkomst heeft. De interpretatie is als volgt: als de RII 1,4 is voor overgewicht naar opleidingsniveau, betekent dat dat de laagste opleidingsgroep een 1,4 keer grotere kans heeft om overgewicht te hebben vergeleken met de hoogste opleidingsgroep.

Om te kunnen bepalen of relatieve opleidingsverschillen over de tijd veranderen, is eerst de RII met een 95 procent betrouwbaarheidsinterval per jaar berekend met een regressiemodel, gebruik makend van een log-link-functie, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.[62] Om vast te stellen of relatieve opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten over de tijd veranderden (de trend), is de RII_{trend} berekend. Dat is gebeurd met een lineair regressiemodel, waarbij rekening is gehouden met een trendbreuk in de data voor het meten van opleiding en waar van toepassing voor de gezondheidsuitkomst.

De SII geeft het absolute verschil tussen de hoogst en laagst mogelijke groep in de sociale hiërarchie weer. Als de SII 0 is, is er geen verschil tussen opleidingsgroepen. Een SII boven de 0 betekent dat er verschillen zijn tussen de opleidingsgroepen in het nadeel van de laagste opleidingsgroep. Een negatieve SII betekent dat er een opleidingsverschil is in het nadeel van de hoogste opleidingsgroep. De interpretatie is als volgt: als de SII 0,40 is voor overgewicht naar opleidingsniveau, is de prevalentie van overgewicht in de laagste opleidingsgroep 40 procentpunt hoger dan de prevalentie in de hoogste opleidingsgroep.

[60] Mackenbach, J. P. (2017). Persistence of social inequalities in modern welfare states: explanation of a paradox. Scandinavian Journal of Public Health, 45(2), 113-120.
[61] Broeders, D., Das, D., Jennissen, R., Tiemeijer, W., & de Visser, M. (2018). Van verschil naar potentieel. Een realistisch perspectief op de sociaaleconomische gezondheidsverschillen.
[62] Moreno-Betancur, M., Latouche, A., Menvielle, G., Kunst, A. E., & Rey, G. (2015). Relative Index of Inequality and Slope Index of Inequality: A Structured Regression Framework for Estimation. Epidemiology, 26(4), 518-527. https://doi.org/10.1097/ede.0000000000000311.

Om te kunnen bepalen of absolute opleidingsverschillen over de tijd veranderen, is eerst de SII met een 95 procent betrouwbaarheidsinterval per jaar berekend met een regressiemodel, gebruik makend van een identity-link-functie, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Om vast te stellen of absolute opleidingsverschillen in gezondheidsuitkomsten over de tijd veranderden (de trend), is de SII_{trend} berekend. Dat is gebeurd met een lineair regressiemodel, waarbij rekening is gehouden met een trendbreuk in de data voor het meten van opleiding en waar van toepassing voor de gezondheidsuitkomst.

Bijlage 2 Voorbeelden Sociaal verwijzen

In deze bijlage worden drie voorbeelden van de uitvoering van Sociaal verwijzen gegeven ter achtergrond bij Hoofdstuk 12.

Voorbeeld 1: Consulent welzijn

Brugfunctie
In een niet-stedelijke gemeente wordt de aanpak Sociaal verwijzen ingevuld binnen de bestaande functie Consulent welzijn. Hiervoor is gekozen, omdat welzijnswerk slechts beperkt (3 uur per week) kon worden ingekocht met de SPUK-gelden. De financiering van de consulenten verloopt via het gemeentefonds en is nu uitgebreid met de SPUK-gelden. Deze consulenten werken samen met huisartsen en POH's. In het voorjaar van 2024 was er een bijeenkomst met huisartsen, waarbij de aanpak Sociaal verwijzen is opgefrist. Zowel huisartsen als de consulenten welzijn waren van mening dat er al sociaal wordt verwezen via de consulent welzijn.

"We hebben het vaak over het Welzijn op Recept. Dan denk ik van: dat doe ik al lang en ik doe nog veel meer. Voordat de mensen al überhaupt bij de huisarts komen, hebben we ze al gevangen eigenlijk en al naar de goede weg op kunnen sturen. En natuurlijk, er komen ook genoeg mensen bij de huisarts die we niet zien." (Consulent welzijn)

Doelgroep
De eerste consulent welzijn is in 2019 gestart en richt zich sinds anderhalf jaar op de doelgroep volwassenen en ouderen. Deze consulent werkt met name individueel en soms collectief, bijvoorbeeld door het organiseren van groepsbijeenkomsten over dementie of wandelgroepen voor mensen die niet veel kunnen wandelen. De tweede consulent welzijn is anderhalf jaar geleden aangesteld en richt zich op de doelgroep jeugd en jongvolwassenen tot 27 jaar. Deze consulent werkt zowel individueel als collectief, waarbij aanbod wordt opgezet voorvaker voorkomende problematiek. Zo is er bijvoorbeeld een thuiswerkklas opgezet voor kinderen die vanwege diverse redenen thuis moeite hebben met het maken van huiswerk. De consulenten welzijn trekken soms samen op als er zowel vanuit ouders als kinderen behoefte is aan een luisterend oor en/of passend aanbod.

Werkwijze
De functie Consulent welzijn heeft verschillende namen gehad, zoals beweegmakelaar, buurtcoach en participatiecoach. De consulent welzijn signaleert mensen die 'in de knoop zitten' en denkt vanuit positieve gezondheid. Samen met een cliënt kijkt de consulent welzijn naar wat diegene gelukkig maakt, in plaats van waarom diegene zich zo slecht voelt. Hierbij zijn consulenten welzijn geen begeleider of hulpverlener, maar adviseur en verbinder. Consulenten welzijn kijken in ongeveer vijf gesprekken samen met cliënten naar passend aanbod. Vanuit het idee dat niet alles geproblematiseerd moet worden, werken de consulenten welzijn aan normalisatie door waar mogelijk de verbinding met het voorliggend veld te maken, voordat er maatwerk wordt ingezet. De

consulenten welzijn geven aan dat zij de gemeente een gezicht geven. Zij komen bij cliënten thuis en krijgen zo ook een beeld van de woon- en leefsituatie. De consulenten ervaren dat zij door het leggen van goed menselijk contact de weg vrij maken tot professioneel aanbod.

Samenwerking
De betrokken beleidsadviseur geeft aan dat samenwerking tussen de consulent welzijn en beleid belangrijk is, door elkaar over en weer te voeden met ervaringen. Door samen te experimenteren met wat wel en niet werkt, heeft de functie vorm gekregen. De consulenten welzijn worden zowel intern als extern gevonden om mee te denken bij diverse vraagstukken. Beide consulenten hebben bij de start van hun functie geïnvesteerd in netwerkontwikkeling. Hun formele en informele netwerk wordt met de tijd steeds verder opgebouwd. Het formele netwerk bestaat onder andere uit interne collega's vanuit verschillende domeinen bij de gemeente (sociaal domein, domein veiligheid, wethouder), maar ook externen zoals de thuiszorgorganisatie, politie, leerplicht en Veilig Thuis. Het informele netwerk bestaat onder andere uit sleutelpersonen en vindplaatsen als huiskamers, kantines, supermarkten en de straat. De consulenten welzijn zitten wekelijks met het sociaal (wijk)team om aanmeldingen gezamenlijk door te nemen. Vervolgens wordt op basis van de complexiteit van een aanmelding besloten of deze aanmelding door de consulent welzijn, het Jeugd-team of het Wmo-team wordt opgepakt.

Verantwoording
De consulent welzijn houdt bij welke cliënten zijn gezien, op welke manier zij bij de consulent welzijn zijn terechtgekomen, welke hulpvragen er waren en welk maatwerk mogelijk voorkomen of uitgesteld is (opbrengst). Dit geeft inzicht in de meerwaarde van de functie en helpt bij de verantwoording richting de gemeente.

Voorbeeld 2: Toegang tot het sociaal domein

Brugfunctie
In een sterk stedelijke gemeente wordt de aanpak Sociaal verwijzen ingevuld vanuit de toegang tot het sociaal domein. De financiering van de toegang is geregeld via het gemeentefonds en de SPUK-gelden worden ingezet om het bereik te vergroten. De huisartsen in deze gemeente hebben elk hun eigen contactpersoon maatschappelijk werk. Voor de aanpak Sociaal verwijzen geeft de huisarts het centrale telefoonnummer mee aan de cliënt, zodat deze zelf contact kan opnemen. Mocht de cliënt geen contact opnemen met de toegang tot het sociaal domein, dan vindt er veelal natuurlijke controle plaats als een cliënt zich opnieuw meldt bij de huisarts. De huisarts zorgt er vervolgens voor dat het contact met de toegang wordt gelegd.

"En sommige mensen, die zijn wel wat twijfelachtig van: maar [toegang], is dat dan wel...? Dan ga ik ook wel eens naar een huisartsenpraktijk en dan gaan we, ga ik uitleggen wat we doen …"
(maatschappelijk werker)

Doelgroep
De toegang tot het sociaal domein is er voor alle inwoners en voor een breed scala aan hulpvragen, waaronder psychosociale problematiek. Afhankelijk van de problematiek wordt bepaald welke maatschappelijk werk organisatie de hulpvraag verder oppakt. Zo heeft de ene organisatie bijvoorbeeld expertise op het gebied van zorg en ondersteuning, de ander op het gebied van hulp aan ouderen en de derde op het gebied van schulden.

Werkwijze
De toegang tot het sociaal domein bestaat uit een centraal telefoonnummer en contactformulier op de website van de gemeente. Hierachter zitten mensen van drie maatschappelijk werkorganisaties. Maatschappelijk werkers gaan na triage (vanuit het eerste contact) in gesprek met een cliënt om de vraag te verhelderen en te kijken naar mogelijk geschikte oplossingen. Hierbij wordt bekeken wat de maatschappelijk werk organisatie kan bieden, maar ook wat bijvoorbeeld binnen de Wmo valt. Maatschappelijk werkers kunnen geen indicaties stellen voor de Wmo. Dat onderdeel is belegd bij klantmanagers Wmo. De duur van de ondersteuning varieert van een gesprek, tot maandelijks contact voor langere tijd.

Samenwerking
Maatschappelijk werkers hebben zelf een 'wijknetwerk' met partijen waarmee ze contact hebben, zoals huisartsen, wijkverpleegkundigen, wijkagenten en de GGZ. Ook komt het voor dat het servicepunt van de zorgverzekeraar signaleert dat rekeningen niet betaald kunnen worden. Evaluatie van de samenwerking vindt vaak plaats op het moment dat een partij start of stopt met de samenwerking of op het moment dat er iets niet loopt zoals gewenst.

Voorbeeld 3: Jeugdhulpmedewerker bij de huisarts

Brugfunctie
De huisarts is vaak het eerste aanspreekpunt als er zorgen zijn rondom een jeugdige. In dit geval wordt een jeugdige na contact met de huisarts verwezen naar een jeugdhulpmedewerker, die in dienst is bij de gemeente. De jeugdhulpmedewerker is fysiek in de huisartsenpraktijk aanwezig of bij een algemene plek, zoals het consultatiebureau. De inzet van jeugdhulpmedewerkers liep al voordat de SPUK-gelden beschikbaar waren. Bestuurders geven prioriteit aan deze werkwijze die wordt betaald vanuit de gemeente. De gemeente betaalt ook voor huisvestingskosten van de jeugdhulpmedewerker bij de huisarts. De SPUK-gelden zijn een aanvulling op het structurele budget, maar ze zijn niet toereikend om de aanpak uit te breiden voor volwassenen.

"Als je iemand bij de huisartsen neer kan zetten, echt in de huisartsen, onder verantwoordelijkheid van de huisartsen, dan zou dat altijd mijn voorkeur hebben. Want dan heb je letterlijk een brug geslagen tussen het medisch en het sociaal domein." (jeugdhulpmedewerker)

Doelgroep
Jeugdhulpmedewerkers ondersteunen huisartsen op het gebied van jeugd. Idealiter komen cliënten al eerder bij de jeugdhulpmedewerker

terecht. Soms wordt er ook vanuit het sociaal (wijk)team, een ergotherapeut, fysiotherapeut of scholen doorverwezen. De jeugdhulpmedewerker ziet jeugdigen met verschillende problematieken, zoals depressieve klachten, trauma of systemische problematiek bij een ingewikkelde gezinssituatie.

Werkwijze
De eerste stap is een intakegesprek om een jeugdige te leren kennen en inzicht te krijgen in de problematiek. Vervolgens ontstaat een plan voor het vervolg door bijvoorbeeld verbinding met voorliggende voorzieningen of sportverenigingen of kortdurende behandeling door de jeugdhulpmedewerker. Met kortdurende behandeling kan doorstroom naar duurdere zorg mogelijk worden voorkomen of uitgesteld.

Samenwerking
Er zijn korte lijntjes tussen jeugdhulpmedewerkers en huisartsen, zodat de verwijzingen goed verlopen. Daarbij zijn er ook evaluatiemomenten en functioneringsgesprekken onderling. De huisartsen zien deze opzet als toegevoegde waarde om kwaliteit van zorg te verbeteren. Ook is er een samenwerkingsovereenkomst met een POH-GGZ-organisatie in de regio waar de jeugdhulpmedewerker twee uur per maand ondersteuning krijgt bij de casuïstiek. Verder wordt er verbinding gezocht met het onderwijs en sluit de jeugdhulpmedewerker aan bij het jeugdveiligheidsoverleg en het sociaal team van de gemeente.

C. van den Brink | F. Baâdoudi | L. Bel | I. Brus | M. Buijs | C. Dinnissen |
P. Geuijen | T. Hazekamp | C. Hendriks | M. Huiberts | T. Jansen |
N. Koopman | H. Kruize | L. Lemmens | J. Molenaar | P. Reckman |
A. Spijkerman | E. Steenbergen | A. Verweij | M. Vugts | P. Kemper

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

november 2024

De zorg voor morgen begint vandaag

015924