

Vergaderjaar 2012–2013

33 400 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2013

Nr. 22

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 november 2012

Hierbij sturen wij u het IGZ-rapport Staat van de Gezondheidszorg 2012 *Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen* (Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer). Tevens ontvangt u onze reactie op dit rapport.

In mei 2011 heeft het vorige kabinet de landelijke nota gezondheidsbeleid *Gezondheid dichtbij* naar uw kamer gestuurd. Daarin zijn de principes voor het landelijk gezondheidsbeleid voor vier jaar beschreven. De vijf inhoudelijke speerpunten zijn: overgewicht, diabetes, depressie, roken en schadelijk alcoholgebruik. Daarbij ligt het accent op bewegen. Uitgangspunt van het beleid is dat gezondheid in eerste instantie iets van mensen zelf is. Onderzoek laat zien dat dat kan leiden tot effectievere vormen van preventie. Dit betekent niet dat mensen het zelf maar moeten uitzoeken. Ten aanzien van gezondheidsrisico's waar mensen zelf geen of weinig invloed op hebben of die niet door mensen zelf kunnen worden signaleerd, heeft de overheid een duidelijke verantwoordelijkheid. Gezondheidsbescherming omvat onder andere infectieziektebestrijding, product- en voedselveiligheid en veilige zorgverlening. Het accent in het gezondheidsbeleid ligt op het toegankelijk en aantrekkelijk maken van de gezonde keuze en het geven van betrouwbare en doelgerichte informatie over de risico's, zodat mensen op basis daarvan hun eigen besluiten kunnen nemen. Hierbij wordt aangesloten bij de directe leefwereld van mensen: de buurten waarin ze wonen, de scholen die ze bezoeken, de (sport)verenigingen waarvan ze lid zijn en het bedrijf waarin ze werken. Ook de zorg en ondersteuning, die dicht bij mensen wordt georganiseerd, is hiervoor van betekenis.

De zorg is dus een belangrijke plaats voor preventieve activiteiten. Het is dan ook relevant dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daar onderzoek naar verricht. Zorgverleners doen immers al veel aan

preventie. Ze zetten geneesmiddelen of medische hulpmiddelen in voor preventieve doeleinden en geven voorlichting en leefstijladvies. Het is dan ook niet de vraag of zorgverleners een rol hebben bij het bevorderen en ondersteunen van een gezonde leefstijl. Die hebben ze. Deze rol wordt steeds vaker opgepakt, ook al is dat niet overal op dezelfde manier en kan er het nodige worden verbeterd. De zorg biedt mogelijkheden om mensen met gezondheidsrisico's op te sporen en te benaderen. Zorgverleners kunnen als geen ander directe, op de persoon toegesneden, informatie en ondersteuning bieden aan mensen die tot een risicogroep behoren. In het geval dat mensen ziek zijn kan de verbinding worden gelegd tussen het gedrag en de effectiviteit van de medische behandeling. Preventie en aandacht voor leefstijl zijn inmiddels onderdeel van diverse zorgstandaarden, richtlijnen en andere kwaliteitsinstrumenten in de zorg. Ook zijn er diverse programma's, bijvoorbeeld binnen ZonMW en het RIVM, waarin preventieve activiteiten in de zorg worden ondersteund en onderbouwd.

De IGZ noemt drie omstandigheden die het, volgens haar, noodzakelijk maken dat leefstijlbegeleiding onderdeel is van verantwoorde zorg:

- wanneer een ongezond leefstijl schadelijk is voor anderen;
- wanneer er op korte termijn gezondheidsschade is te verwachten;
- wanneer mensen zonder hulp onvoldoende in staat zijn om de noodzakelijke keuzes te maken voor een gezonde leefstijl.

Zoals hierboven beschreven, zijn wij van mening dat leefstijladviezen ook in andere omstandigheden tot verantwoorde zorg kunnen worden gerekend. Dit geldt bijvoorbeeld in de tweede genoemde situatie: een ongezonde leefstijl die op korte termijn grote gezondheidsschade tot gevolg heeft. Het gaat hier niet zozeer over de lengte van de termijn maar meer om het feit dat mensen nog in een zorgtraject zijn en leefstijl de uitkomsten van de verleende zorg negatief kan beïnvloeden. De derde situatie is complexer. Het gaat niet zozeer om mensen die zonder hulp onvoldoende in staat zijn om de noodzakelijke keuzes te maken voor een gezonde leefstijl want ook mensen in zorginstellingen en achterstandswijken zijn in staat eigen keuzes te maken. Zij hebben echter minder invloed op de omstandigheden om deze keuzes te realiseren: de gezonde keuze is niet altijd de makkelijke of zelfs de mogelijke. Zorginstellingen waarin mensen langdurig wonen, kunnen die omstandigheden direct beïnvloeden. Vandaar dat bijvoorbeeld gezonde en gevarieerde voeding en aandacht voor bewegen onderdeel uitmaken van de door de zorgaanbieder geleverde zorg en ondersteuning. In achterstandswijken ligt dat anders omdat de zorgverleners geen directe invloed hebben op de leefomstandigheden. Hierbij spelen andere partijen, zoals woningcorporaties, scholen en gemeenten, een belangrijke rol. Gemeenten hebben de vrijheid om vanuit hun regierol in het lokaal gezondheidsbeleid eigen keuzes te maken en prioriteiten te stellen en in welke netwerken ze meer of minder participeren. De IGZ kan daarbij een stimulerende rol spelen.

In de SGZ heeft de IGZ onderzoek gedaan naar de inspanningen van zorgverleners om gezonde leefstijl bij zes kwetsbare groepen te bevorderen. In twee van de onderzochte situaties bestonden er al professionele normen en richtlijnen waarop de inspectie concreet kon toetsen. De richtlijn *Hartrevalidatie*, met daarin leefstijlbegeleiding, werd onvoldoende nageleefd. De IGZ gaat hier eind 2012 weer op toetsen. Bij *de begeleiding van zwangere vrouwen bij het stoppen met roken door verloskundigen* is aanzienlijke vooruitgang geboekt maar zijn nog verbeteringen nodig. IGZ heeft hierover afspraken gemaakt met de beroepsorganisaties. In de vier andere situaties heeft de Inspectie met betrokken veldpartijen vastgesteld welke redelijke inspanning van zorgverleners verwacht mag

worden (bouwstenen) en onderzoek gedaan naar de haalbaarheid en implementatie daarvan. Het ging om:

- Leefstijlbegeleiding van patiënten die langdurig in GGZ-instellingen verblijven en antipsychotica gebruiken;
- Leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking in orthopedische behandelcentra (OBC's);
- Begeleiding bij het meer bewegen door ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen;
- Integrale aanpak van leefstijlbegeleiding van bewoners in achterstandswijken.

De IGZ heeft ook in deze situaties een vervolgtraject bepaald.

De IGZ komt met drie concrete aanbevelingen waarop wij kort reageren.

1. Ontwikkeling en implementatie van normen en richtlijnen voor andere kwetsbare groepen.
2. Zorgstellingen moeten leefstijlbegeleiding opnemen in beleid en individuele zorgplannen
3. Mogelijkheid verkennen van een certificaat «Gezonde instelling».

Wij delen de conclusie dat leefstijlbegeleiding voor meer groepen in de zorg belangrijk is dan de groepen die in het rapport zijn genoemd. Leefstijlbegeleiding vanuit de zorg kan ook voor bepaalde risicogroepen relevant zijn. Hiervoor is ook in het veld steeds meer draagvlak. Veldpartijen hebben in De agenda voor de zorg aangegeven zich meer te willen richten op gezondheid en gezond gedrag in plaats van ziekte en zorg. Daarbij hebben ze ook het voornemen uitgesproken cliënten aan te spreken op hun leefstijl en gezond gedrag te stimuleren. Wij hebben er dan ook het vertrouwen dat deze voornemens samen met de stimulerende en toezichthoudende rol van de inspectie leiden tot effectievere leefstijlondersteuning in de zorg.

Het idee van een vignettensysteem voor zorginstellingen laten wij over aan de veldpartijen. Dit zijn zorginstellingen, maar zeker zo belangrijk zijn in dit verband, de consumenten- en cliëntenorganisaties. Zij kunnen beoordelen of een dergelijk instrument nuttig is. Daarbij moet worden meegenomen wat de meerwaarde is ten opzichte van de kwaliteitsinstrumenten die al bestaan: zorginstellingen behoren zorg te leveren conform hun taak en de richtlijnen.

Conclusie

De bevindingen van de inspectie laten zien dat er vooruitgang wordt geboekt om preventie en leefstijladvisering onderdeel te maken van het zorgverleningproces. De mate van implementatie varieert tussen maar ook binnen de verschillende sectoren. Het is vooral een zaak van de veldpartijen om dit verder uit te werken en in praktijk te brengen. Wij gaan er vanuit dat dit rapport een belangrijke aanzet geeft om dit verder op te pakken. De inspectie ziet hierop toe en heeft een aantal concrete stappen gedefinieerd om de voortgang te toetsen. Daarnaast zijn er ontwikkelingen in het beleid die dit kunnen stimuleren. Daarbij kan worden gedacht aan onze beleidsvoornemens in het kader van zorg en ondersteuning dichtbij, het convenant dat we sluiten met verzekeraars over preventie en leefstijl, de kwaliteitsprogramma's in de zorg, de ondersteuning van gemeenten bij hun lokaal gezondheidsbeleid en de uitwerking van het programma sport- en bewegen in de buurt.

Wij hopen u met deze brief voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. J. van Rijn