



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Staat van de Gezondheidszorg

2012

Preventie in de curatieve en
langdurige zorg: noodzaak
voor kwetsbare groepen

Inhoud

Voorwoord	5
Managementsamenvatting	7
1 Inspectie bevordert naleving effectieve preventie door toezicht	9
2 Leefstijlgebonden aandoeningen: ziektelast deels vermijdbaar	11
3 Instellingen verantwoordelijk om gezonde leefstijl te ondersteunen in de langdurige zorg	13
4 Preventie noodzaak als dat op korte termijn ernstige gezondheidsschade voorkomt	15
5 Leefstijlondersteuning in achterstandswijken kansrijk door integrale zorg	17
6 Handhaving door de inspectie	18
7 Aanbevelingen: leefstijlbegeleiding noodzakelijk voor meer doelgroepen	19
7.1 Ontwikkeling en implementatie normen en richtlijnen voor andere kwetsbare groepen	19
7.2 Zorginstellingen: leefstijlbegeleiding opnemen in beleid en individuele zorgplannen	19
7.3 Mogelijkheid verkennen van een certificaat 'Gezonde instelling'	20
Hoofdrapport	21
1 Verantwoording van de zes deelprojecten	23
1.1 Selectie van onderwerpen	23
1.2 Doel van de Staat van de Gezondheidszorg 2012	24
1.3 Opzet van de deelprojecten verschilt	24
1.4 Uitgebreidere informatie over de deelonderzoeken	25
2 Hartrevalidatie: geen vanzelfsprekendheid na een hartinfarct	27
2.1 Aanleiding en belang	27
2.2 Doel en onderzoeksvraag	28
2.3 Onderzoeksmethode	28
2.4 Resultaten	29
2.5 Conclusies	35
2.6 Toezicht en vervolgacties	35
3 Verloskundigen: begeleiding stoppen met roken aanzienlijk verbeterd	37
3.1 Aanleiding en belang	37
3.2 Doel en onderzoeksvraag	38
3.3 Onderzoeksmethode	38

3.4	Resultaten	39
3.5	Conclusie	44
3.6	Toezicht en vervolgacties	46
4	Leefstijlbegeleiding nodig bij langdurig gebruik antipsychotica om somatische complicaties te voorkomen	47
4.1	Aanleiding en belang	47
4.2	Doel en onderzoeksvraag	47
4.3	Onderzoeksmethode	48
4.4	Resultaten	48
4.5	Conclusies	54
4.6	Toezicht en vervolgacties	55
5	Gezonde leefgewoonten stimuleren bij jongeren met een licht verstandelijke beperking: taak voor OBC's	57
5.1	Aanleiding en belang	57
5.2	Doel en onderzoeksvragen	57
5.3	Onderzoeksmethode	58
5.4	Resultaten	59
5.5	Conclusies	64
5.6	Toezicht en vervolgacties	65
6	Ouderen in instellingen meer zelfredzaam door bewegen structureel te stimuleren	67
6.1	Aanleiding en belang	67
6.2	Doel en onderzoeksvraag	68
6.3	Onderzoeksmethode	68
6.4	Resultaten	69
6.5	Conclusies	75
6.6	Toezicht en vervolgacties	75
7	Integrale aanpak leefstijlbegeleiding in achterstandswijken nodig	79
7.1	Aanleiding en belang	79
7.2	Doel en onderzoeksvraag	80
7.3	Onderzoeksmethode	80
7.4	Resultaten	81
7.5	Conclusies	86
7.6	Toezicht en vervolgacties	86
	Executive summary	87
	Literatuur	101

Voorwoord

De volksgezondheid in Nederland zou er veel beter voor staan als minder mensen roken en overgewicht hebben en iedereen voldoende beweegt. Een ongezonde leefstijl veroorzaakt ongeveer een kwart van de ziektelast in ons land. Hoewel er geen discussie is dat leefstijlverandering grote gezondheidswinst met zich meebrengt, komt ondersteuning hierbij van patiënten en cliënten door zorgverleners moeizaam van de grond. Het lijkt ook minder prioriteit te hebben. Deels omdat het accent de laatste jaren steeds meer komt te liggen op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. En deels omdat initiatieven om preventie in de somatische zorg te verankeren, weinig opleverden. Kwetsbare groepen zijn hiervan de dupe; de gezonde keuze ligt voor hen vaak buiten hun bereik.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg vindt effectievere preventie zo belangrijk dat het één van de vijf permanente aandachtspunten is in het meerjarenbeleid. In deze Staat van de Gezondheidszorg geeft de inspectie hier vorm aan met zes voorbeeldprojecten in de curatieve en langdurige zorg. De inspectie stimuleerde – als richtlijnen ontbraken – de totstandkoming van beroepsnormen of bouwstenen daarvoor. Dit is een noodzakelijke stap om de naleving ervan te kunnen toetsen.

De inspectie ziet positieve ontwikkelingen op het gebied van structurele preventie voor kwetsbare groepen. Het is verheugend dat beroeps- en brancheorganisaties zich hiervoor inmiddels ook vaker hard maken. Lang was preventie een onderwerp van een beperkt aantal enthousiaste zorgverleners. Zij zijn belangrijk als aanjagers en hebben in de praktijk bewezen dat leefstijlbegeleiding haalbaar is voor instellingen. Inmiddels is het stadium van vrijblijvendheid voorbij. De inspectie verwacht dat deze Staat van de Gezondheidszorg zorgverleners stimuleert leefstijlondersteuning ook voor andere kwetsbare doelgroepen te implementeren.

Mr. J.W. Weck,
Wvd. inspecteur-generaal voor de Gezondheidszorg

Management- samenvatting

Lang was preventie een onderwerp van een beperkt aantal enthousiaste zorgverleners. Zij zijn belangrijk als aanjagers en hebben in de praktijk bewezen dat leefstijlbegeleiding haalbaar is voor instellingen. Inmiddels is het stadium van vrijblijvendheid voorbij.

1 Inspectie bevordert naleving effectieve preventie door toezicht

Leefstijlbegeleiding voor kwetsbare groepen hoort bij verantwoorde zorg

Effectievere preventie is een permanent aandachtspunt van de Inspectie voor de Gezondheidszorg. In het bijzonder het bevorderen en ondersteunen van een gezonde leefstijl kan veel gezondheidsschade voorkomen. Dit is des te belangrijker omdat we steeds ouder worden en we graag zo veel mogelijk jaren in goede gezondheid willen doorbrengen.

De vraag is of bevordering en ondersteuning van een gezonde leefstijl ook onderdeel moet zijn van de zorg: hebben hulpverleners hierbij een rol in de zorg voor hun patiënten en cliënten? Hoewel velen deze vraag intuïtief bevestigend zullen beantwoorden, weten we dat de praktijk weerbarstig is. Initiatieven om aan leefstijl gerelateerde preventie standaard onderdeel uit te laten maken van de somatische zorg, leverden weinig op. Bovendien ligt – met name de laatste jaren – sterk de nadruk op de keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de burgers.

Echter: niet iedereen is in staat zelf verantwoorde keuzes te maken en gezondheidsproblemen te voorkomen. De inspectie vindt het de taak van zorgverleners om kwetsbare groepen te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. In alle zorgsectoren zijn omstandigheden die het noodzakelijk maken dat leefstijlbegeleiding onderdeel vormt van de verantwoorde zorg. Dan is leefstijlbegeleiding geen luxe, maar een noodzakelijk onderdeel van verantwoorde zorg. Die omstandigheden zijn bijvoorbeeld:

- *Een ongezonde leefstijl is zeer schadelijk voor anderen.* Zwangere vrouwen die roken, kunnen hun ongeboren kind ernstig schaden. Verloskundigen moeten hen daarom ondersteunen om te stoppen met roken.
- *Een ongezonde leefstijl heeft op korte termijn grote gezondheidsschade tot gevolg.* Dit geldt onder meer voor patiënten na een hartinfarct, waar het volgen van hartrevalidatie het risico op vroegtijdig overlijden sterk verkleint.
- *Mensen die zonder hulp onvoldoende in staat zijn om de noodzakelijke keuzes te maken voor een gezonde leefstijl.* Dit geldt onder meer voor mensen die voor hun leefpatroon afhankelijk zijn van een zorginstelling. Ook in achterstandswijken waar relatief veel mensen een (zeer) ongezonde leefstijl hebben, ligt er een taak voor zorgverleners om leefstijlondersteuning makkelijk toegankelijk te maken.

Zes voorbeelden als stimulans voor zorgverleners

De inspectie selecteerde voor deze Staat van de Gezondheidszorg 2012 zes doelgroepen (zie tabel 1). Voor al deze doelgroepen verwacht de inspectie van de betrokken zorginstellingen en zorgverleners een redelijke inspanning om een gezonde leefstijl te bevorderen. Wat een redelijke inspanning is, legde de inspectie met onder meer betrokken beroeps- en brancheorganisaties vast. Tevens toetste de inspectie de haalbaarheid, met het

oog op toezicht op naleving. Voor twee onderwerpen waarvoor al richtlijnen bestonden, geeft dit rapport ook het resultaat van het onderzoek naar de naleving.

Preventie in de zorg is niet vrijblijvend. Daarom zal de inspectie door handhaving bevorderen en desnoods afdwingen dat zorginstellingen deze redelijke inspanning ook daadwerkelijk leveren. De inspectie verwacht dat zorgaanbieders met deze voorbeelden in de hand ook andere doelgroepen die hiervoor in aanmerking komen, structureel ondersteunen bij een gezonde leefstijl.

Tabel 1.1
Zes doelgroepen die centraal staan in de Staat van de Gezondheidszorg 2012

Doelgroep	Doel: structureel verankeren leefstijlbegeleiding in de zorg
Patiënten na een hartinfarct	Hartrevalidatie met leefstijlbegeleiding (niet roken, gezond gewicht en meer bewegen)
Zwangere vrouwen die roken bij eerstelijnsverloskundigenpraktijken	Begeleiding bij stoppen met roken
Patiënten in GGZ-instellingen die langdurig antipsychotica gebruiken	Somatische screening en leefstijlbegeleiding om somatische complicaties te voorkomen
Jongeren met een licht verstandelijke beperking in orthopedagogische behandelcentra	Leefstijlbegeleiding (niet roken, gezond gewicht en meer bewegen)
Ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen	Begeleiding gericht op meer bewegen
Bewoners in achterstandswijken	Leefstijlbegeleiding in de buurt

2 Leefstijlgebonden aandoeningen: ziektelast deels vermijdbaar

Belang van preventie: grote risico's van ongezonde leefstijl voor volksgezondheid

Waarom is preventie van leefstijlgebonden aandoeningen belangrijk? Roken en overgewicht zijn de voornaamste oorzaken van ziekte en sterfte in Nederland. Tezamen zorgen zij voor ongeveer een kwart van de ziektelast van de Nederlandse bevolking, door ziekten als longkanker, COPD, hart- en vaatziekten en diabetes. Ook de sterfte rond de geboorte is in Nederland relatief hoog. Zwangere vrouwen die blijven roken, kunnen de gezondheid van hun kind ernstig schaden. Het leidt tot een grotere kans dat de baby rond de geboorte overlijdt, een te laag geboortegewicht heeft en chronische gezondheidsproblemen ontwikkelt.

Verontrustend zijn de cijfers over het gezondheidsverschil tussen mensen met een hoge opleiding (hbo of hoger) en een lage opleiding (lagere school). Gemiddeld leven lager opgeleiden 6 tot 7 jaar korter dan hoog opgeleiden. Daarvan brengen zij 16 tot 19 jaar langer door met ernstige gezondheidsproblemen, veelal veroorzaakt door een ongezonde leefstijl.

Positief is dat leefstijlgebonden aandoeningen deels vermijdbaar zijn^[1]. Overstappen van ongezonde naar gezonde leefgewoonten heeft aantoonbaar effect op de gezondheid en gezonde levensduur. Iemand die stopt met roken verlengt zijn of haar resterende gezonde levensverwachting met 4,6 jaar. Bij mensen die van overgewicht naar een gezond gewicht afvallen stijgt de gezonde levensverwachting met 2,1 jaar, wie een leefpatroon van lichamelijke inactiviteit doorbreekt door meer te bewegen krijgt er 1,2 jaar in gezondheid bij. Mensen leven niet alleen langer, maar blijven ook langer vrij van ernstige gezondheidsproblemen.

Gewoonten doorbreken is lastig...

Het blijkt echter moeilijk om leefgewoonten te veranderen. Soms ontbreekt de kennis dat bepaalde leefgewoonten schadelijk kunnen zijn; daarom is voorlichting belangrijk. Maar kennis is meestal niet voldoende voor een blijvende gedragsverandering. Dat weet iedereen die ervaring heeft met stoppen met roken, afvallen, gezonder eten of meer sporten. We nemen het ons voor, maar om het ook te dóen en vol te houden vraagt veel wilskracht – wat we niet allemaal in dezelfde mate hebben^[2]. Waar veel mensen zelf de keuze kunnen maken om ondersteuning te zoeken bijvoorbeeld om af te vallen of te stoppen met roken, geldt dit niet voor groepen die minder zelfredzaam zijn. Als mensen in een omgeving verkeren waar roken, ongezond eten en weinig bewegen de norm is, is het doorbreken van dat patroon extra moeilijk; sociale invloed is zeer bepalend voor ons gedrag^[3]. Dit geldt zeker voor mensen die afhankelijk zijn van een zorginstelling; de instelling bepaalt in belangrijke mate wat bewoners eten, of ze gestimuleerd worden om te bewegen of te stoppen met roken.

...ook voor zorgverleners

Ingesleten gedragspatronen van zorgverleners kunnen het ook moeilijk maken voor cliënten en patiënten om er gezonde leefgewoonten op na te houden. In de GGZ is bijvoorbeeld weinig aandacht voor stoppen met roken. Medewerkers roken hier ook veelal en zij willen patiënten niet 'hun laatste pleziertje' afnemen. In de zorg voor jongeren met een verstandelijke beperking waar roken ook gedoogd werd, is inmiddels een nieuwe norm afgesproken. Medewerkers roken niet meer in het zicht van de jongeren.

Dergelijk voorbeeldgedrag verdient navolging. Uit diverse onderzoeken voor deze Staat van de Gezondheidszorg bleek dat zorgverleners zich lang niet altijd bewust zijn van hun invloed op het leefgedrag van cliënten en patiënten. Voorbeeldgedrag, maar ook de autoriteit die zorgverleners als deskundige hebben, maken dat hun adviezen en voorlichting impact hebben.

De ouderenzorg kampt weer met andere ingesleten patronen. In verpleeg- en verzorgingshuizen schiet het er vaak uit tijdgebrek bij in om bewoners zo veel mogelijk zelf te laten doen bij dagelijkse handelingen zoals aankleden of eten. Dat vergroot de hulpbehoevendheid van de bewoners waardoor ze uiteindelijk nóg afhankelijker worden van de verzorging. Een patroon dat verzorgenden alleen niet kunnen doorbreken; dit vraagt ook om ondersteuning door het management.

3 Instellingen verantwoordelijk om gezonde leefstijl te ondersteunen in de langdurige zorg

Bewoners in zorginstellingen zijn extra afhankelijk van de instelling voor een gezonde leefstijl. Hetzelfde geldt voor mensen die intensieve begeleiding of dagbesteding krijgen. De inspectie selecteerde drie doelgroepen met heel uiteenlopende problematiek om te laten zien dat leefstijlbegeleiding in de dagelijkse zorg veel winst oplevert. Voor ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen en jongeren in een orthopedagogisch behandelcentrum ontbraken normen en richtlijnen voor leefstijlbegeleiding. Met beroepsorganisaties en deskundigen stelde de inspectie hiervoor bouwstenen op en toetste de haalbaarheid in de praktijk. Bij de GGZ waren in verschillende richtlijnen al normen vastgelegd die relevant zijn voor leefstijlondersteuning van patiënten die antipsychotica gebruiken.

GGZ-instellingen: somatische complicaties door langdurig gebruik antipsychotica verminderen

Mensen met een psychiatrische aandoening leven ongezonder dan de gemiddelde Nederlander; zo roken 9 van de 10 schizofreniepatiënten. Soms versterkt medicatie een ongezond leefpatroon en wordt het moeilijker om de leefgewoonten aan te passen. Dat geldt voor patiënten die langdurig antipsychotica slikken. Mede door de medicatie hebben zij twee keer zo vaak obesitas als de gemiddelde Nederlander en lijden zij vaker aan metabool syndroom (een aandoening die samenhangt met leefstijl), waardoor de kans op diabetes en hart- en vaatziekten sterk toeneemt. Somatische screening in combinatie met leefstijlbegeleiding kan helpen deze somatische complicaties te verminderen, wat voor deze patiënten gezondheidswinst oplevert.

De inspectie stelde op basis van bestaande richtlijnen vast welke inspanningen GGZ-instellingen moeten leveren om somatische complicaties te voorkomen bij intramurale patiënten die langdurig antipsychotica slikken. Dit leverde bouwstenen op voor leefstijlbegeleiding en randvoorwaarden voor structurele implementatie.

Bij 10 instellingen toetste de inspectie de haalbaarheid van deze bouwstenen. Het resultaat stemt positief: instellingen waren al op goed weg met een somatische screening, maar een integrale benadering voor de leefstijlbegeleiding was nog onvoldoende. Wel bracht elke instelling minstens één goed initiatief op het gebied van leefstijlbegeleiding in praktijk. Zo hadden ze bijvoorbeeld wel aandacht voor gezond eten en bewegen, maar nauwelijks voor ondersteuning bij stoppen met roken. Voor 2014 moeten alle GGZ-instellingen de bouwstenen volledig implementeren en toetst de inspectie de naleving.

Gezonde leefstijl bevorderen bij licht verstandelijk beperkte jongeren in orthopedagogische behandelcentra

Ook jongeren met een licht verstandelijke beperking leven vaker ongezond: roken, overgewicht en te weinig bewegen komt bij hen meer voor dan gemiddeld. Een deel van deze groep is door complexe gedrags- en psychiatrische problemen extra kwetsbaar. Orthopedagogische behandelcentra (OBC's) begeleiden deze jongeren bij allerlei aspecten van hun leven. Begeleiding bij een gezonde leefstijl maakte hier nog geen structureel deel van uit toen de inspectie haar onderzoek begon.

Inspectie en veldpartijen formuleerden bouwstenen voor de OBC's om een gezonde leefstijl bij deze jongeren te bevorderen. Vervolgens toetste de inspectie de huidige stand van zaken bij alle OBC's in een nulmeting. Daaruit bleek dat leefstijlbegeleiding wel aandacht heeft, maar de implementatie nog aan het begin staat. De OBC's willen de verbeteringen voortvarend aanpakken. In 2013 toetst de inspectie de naleving opnieuw; dan moeten alle OBC's aan de bouwstenen voldoen.

Bewegen stimuleren bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen

Ouderen die in een instelling wonen, bewegen veel te weinig. Van de bewoners van verzorgingshuizen is driekwart inactief, in verpleeghuizen geldt dit zelfs voor 9 van de 10 bewoners. Dat bleek uit onderzoek dat de inspectie voor deze Staat van de Gezondheidszorg liet uitvoeren. Inactiviteit vergroot onder meer de kans op incontinentie, botontkalking en valincidenten. Instellingen gebruiken de mogelijkheden van beweegstimulering als preventiemiddel onvoldoende. Meer bewegen is voor ouderen belangrijk, want het vergroot de zelfredzaamheid en vertraagt verdere achteruitgang in de kwaliteit van leven.

Instellingen zien het belang om bewegen bij ouderen te stimuleren, maar dit heeft in de praktijk geen prioriteit. De inspectie vindt het noodzakelijk dat dit wel een structureel onderdeel van de zorg voor ouderen in instellingen wordt. Met het veld en op basis van literatuuronderzoek stelde de inspectie bouwstenen voor beweegstimulering op en toetste de haalbaarheid bij 10 instellingen. Instellingen en veldpartijen vinden de bouwstenen zinvol en haalbaar. In 2015 moeten alle verpleeg- en verzorgingshuizen de bouwstenen geïmplementeerd hebben en gaat de inspectie de naleving toetsen.

4 Preventie noodzaak als dat op korte termijn ernstige gezondheidsschade voorkomt

Als leefstijlverandering op korte termijn aantoonbaar ernstige gezondheidsschade kan voorkomen, hebben zorgverleners de verantwoordelijkheid om patiënten en cliënten hier structureel bij te begeleiden. Deze begeleiding is soms al in richtlijnen verankerd. Dit geldt voor de richtlijn Hartrevalidatie voor hartpatiënten, en voor de V-MIS waarmee verloskundigen zwangere vrouwen helpen te stoppen met roken. De inspectie toetste de naleving van deze normen en richtlijnen.

Hartrevalidatie: helft patiënten kreeg geen hartrevalidatie na een hartinfarct en richtlijn onvoldoende nageleefd

Van de Nederlandse hartpatiënten blijft 15 procent na de diagnose roken, 80 procent is te zwaar en 27 procent heeft obesitas. In de periode 2007-2010 hadden hartpatiënten die een hartrevalidatieprogramma volgden, een 32 procent lagere kans voortijdig te overlijden ten opzichte van vergelijkbare patiënten die geen hartrevalidatie hadden gehad. Hartrevalidatie omvat een op de persoon afgestemde aanpak om de leefstijlfactoren te inventariseren die een risico vormen voor een nieuw hartinfarct, en de patiënt te begeleiden bij een gezonde leefstijl. Volgens de richtlijn Hartrevalidatie komen alle patiënten na een hartinfarct hiervoor in aanmerking.

Onderzoek toonde aan dat in 2003 slechts een derde van de patiënten met een indicatie daadwerkelijk hartrevalidatie kreeg en instellingen de hartrevalidatieprogramma's niet volgens de richtlijn uitvoerden. In 2010 voerde de inspectie een toezichtonderzoek uit waaruit bleek dat slechts de helft van de patiënten na een hartinfarct daadwerkelijk hartrevalidatie volgde. Ook toen voerden veel instellingen de leefstijlbegeleiding niet conform de richtlijn uit. Van de instellingen inventariseerde 80 procent het risicogedrag van patiënten niet en was de deelname aan concrete activiteiten om te stoppen met roken en af te vallen onder de maat. Wel namen bij een kleine meerderheid van de instellingen voldoende hartpatiënten deel aan activiteiten om meer te bewegen. De inspectie informeerde alle instellingen over de resultaten en merkt dat instellingen aan verbetering werken. Eind 2012 toetst de inspectie de naleving van de richtlijn opnieuw en treedt waar nodig handhavend op.

Verloskunde: aanzienlijke verbeteringen in begeleiding stoppen met roken

Roken tijdens de zwangerschap is zeer schadelijk voor het ongeboren kind. Volgens de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte bepalen vroeggeboorte en een laag geboortegewicht tweederde van de sterfte rondom de geboorte. Roken draagt hier in belangrijke mate aan bij. Bovendien kan roken leiden tot blijvende gezondheidsschade voor het kind.

Laagopgeleide vrouwen blijven 6 keer zo vaak roken tijdens de zwangerschap (13,8 procent) als hoogopgeleide vrouwen (2,4 procent). Als geen enkele zwangere vrouw tijdens de zwangerschap zou roken, zou de sterfte rond de geboorte en een laag geboortegewicht met 10 procent dalen.

In 2004 paste 45 procent van de verloskundigen de V-MIS toe om vrouwen te begeleiden bij het stoppen met roken. De V-MIS is een bewezen effectieve interventie, speciaal ontwikkeld voor verloskundigen. Met de V-MIS lukt het 12 procent van de rokende zwangeren om te stoppen, terwijl dat op eigen kracht slechts 3 procent lukt. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) berekende dat – in de meest ideale situatie – zo’n 4.100 vrouwen per jaar extra zouden kunnen stoppen met roken als alle verloskundigen de V-MIS gebruiken.

De inspectie toetste in 2010 de implementatie van de V-MIS bij een kwart van de eerstelijns-verloskundigenpraktijken. Toen was het beeld niet erg rooskleurig. Praktijken hadden geen beleid om stoppen met roken te stimuleren, en medewerkers waren hiervoor onvoldoende geschoold. Ze registreerden rookgedrag wel bij de intake, maar vervolgstappen bleven vaak uit. De inspectie informeerde daarop alle verloskundigenpraktijken over de uitkomsten en gaf aan dat zij op 1 januari 2012 aan de richtlijnen moesten voldoen.

Met resultaat. De begeleiding bij stoppen met roken is in 2012 aanzienlijk beter verankerd dan bij het inspectieonderzoek in 2010. De 21 praktijken die de inspectie in 2012 als steekproef bezocht, gebruiken op één na de bewezen effectieve V-MIS en hebben zich op veel punten goed verbeterd.

De inspectie richt zich in 2012 ook op de verantwoordelijkheden van de gynaecologen en tweedelijnsverloskundigen om zwangere vrouwen te begeleiden bij stoppen met roken.

5 Leefstijlondersteuning in achterstandswijken kansrijk door integrale zorg

Veel mensen willen zelf gezonder leven, maar redden dat niet op eigen kracht. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zegt in de landelijke gezondheidsnota *Gezondheid dichtbij*^[4] dat mensen die gezond willen leven hierbij zo min mogelijk drempels moeten tegenkomen. Ondersteuning bij een gezonde leefstijl moet dicht bij huis toegankelijk zijn. Berekeningen laten zien dat leefstijlbegeleiding op buurtniveau veel gezondheidswinst kan opleveren als het grootschalig van de grond komt. Het kan per 1000 inwoners 8 tot 17 gevallen van diabetes en 5 tot 13 gevallen van hart- en vaatziekten voorkomen^[5].

De meeste gezondheidswinst is te halen in achterstandswijken. Daar komt een ongezonde leefstijl veel voor en zijn mensen minder weerbaar en minder goed in staat zelf gezonde keuzes te maken. Leefstijlondersteuning en maatregelen om de gezonde keuze de makkelijkste keuze te maken, zijn voor hen daarom extra belangrijk. GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid om leefstijlbegeleiding in de buurt laagdrempelig toegankelijk te maken.

De inspectie formuleerde met deskundigen en beroeps- en brancheorganisaties randvoorwaarden voor deze integrale zorg en onderzocht de haalbaarheid in 9 wijken verspreid over het land. Hieruit blijkt dat integrale zorg in deze wijken vaak nog in de kinderschoenen staat, maar er wel veel positieve initiatieven voor samenwerking zijn. Betrokkenen vinden de randvoorwaarden zinvol en haalbaar. Naast zorgverleners zijn gemeenten en verzekeraars vaak betrokken bij de samenwerking. Zij spelen een essentiële rol bij het structureel borgen van initiatieven op buurtniveau. De inspectie toetst in 2013 de implementatie van de randvoorwaarden in 20 achterstandswijken.

6 Handhaving door de inspectie

Voor de onderwerpen uit deze Staat van de Gezondheidszorg toetst de inspectie de komende jaren de naleving van de richtlijnen, randvoorwaarden of bouwstenen. De betrokken instellingen en zorgverleners moeten dan aan de hierin vastgelegde normen voldoen.

Tabel 6.1
Geplande toezichtactiviteiten door de inspectie

Jaar	Toezicht
2012	Naleving richtlijn Hartrevalidatie Naleving begeleiding stoppen met roken door tweedelijnsverloskundigen en gynaecologen
2013	Naleving bouwstenen leefstijlbegeleiding in orthopedagogische behandelcentra Naleving randvoorwaarden integrale aanpak leefstijlbegeleiding in achterstandswijken
2014	Naleving bouwstenen leefstijlbegeleiding voor patiënten die antipsychotica gebruiken in GGZ-instellingen
2015	Naleving bouwstenen voor beweegstimulering in verpleeg- en verzorgingshuizen

7 Aanbevelingen: leefstijlbegeleiding noodzakelijk voor meer doelgroepen

7.1 Ontwikkeling en implementatie normen en richtlijnen voor andere kwetsbare groepen

Deze Staat van de Gezondheidszorg laat zien dat leefstijlbegeleiding voor kwetsbare groepen geen luxe, maar noodzaak is. Hoewel er voor allerlei doelgroepen goede initiatieven zijn, komt structurele verankering van leefstijlbegeleiding moeilijk van de grond.

Voor veel meer doelgroepen dan de zes die centraal staan in dit rapport, is structurele leefstijlbegeleiding vanuit de zorg noodzakelijk. Dit geldt bijvoorbeeld voor:

- COPD-patiënten: begeleiding om te stoppen met roken en meer te bewegen.
- Intramurale gehandicaptenzorg: begeleiding bij een gezonde leefstijl.
- Patiënten met orthopedische klachten: begeleiding bij afvallen.

De inspectie verwacht dat, in alle sectoren van de zorg, zowel zorgverleners als beroeps- en brancheorganisaties voor hun doelgroepen nagaan in hoeverre actieve leefstijlbegeleiding nodig is. Zij moeten leefstijlbegeleiding structureel verankeren door richtlijnen te (ontwikkelen en te) implementeren. De voorbeelden in dit rapport kunnen daarbij dienen als inspiratiebron.

7.2 Zorginstellingen: leefstijlbegeleiding opnemen in beleid en individuele zorgplannen

Waar leefstijlbegeleiding voor kwetsbare groepen ernstige gezondheidsschade kan voorkomen of de zelfredzaamheid bevordert, hebben zorginstellingen de verantwoordelijkheid dit structureel aan te bieden. Ook als richtlijnen nog ontbreken, mogen zorginstellingen hun patiënten en cliënten begeleiding bij een gezonde leefstijl niet onthouden. Zij moeten leefstijldoelen en (doorverwijzing naar) begeleiding om deze te realiseren, opnemen in individuele zorg- en behandelplannen.

Instellingen moeten leefstijlbegeleiding voor kwetsbare doelgroepen verankeren in hun beleid. In intramurale zorginstellingen is het bovendien belangrijk de leefomgeving zo in te richten dat de gezonde keus voor de bewoners de makkelijkste keus wordt, en de omgeving hen stimuleert om actief te zijn.

7.3 **Mogelijkheid verkennen van een certificaat 'Gezonde instelling'**

Een certificaat voor gezonde zorginstellingen kan instellingen stimuleren om een gezonde leefomgeving te creëren voor patiënten en cliënten die langdurig in een instelling verblijven. Bij scholen is hiermee ervaring opgedaan met het Vignet Gezonde School. De inspectie vraagt de minister van VWS de mogelijkheden van een dergelijk certificaat voor zorginstellingen te onderzoeken.

Hoofdrapport

De inspectie selecteerde zes doelgroepen voor wie actieve begeleiding vanuit de zorg nodig is ter preventie van leefstijlgebonden aandoeningen.

1 Verantwoording van de zes deelprojecten

1.1 Selectie van onderwerpen

Naleving bevorderen van effectieve preventie is een van de permanente aandachtspunten uit het meerjarenbeleidsplan 2011-2015 van de inspectie^[6]. Ter voorbereiding op deze Staat van de Gezondheidszorg inventariseerde het Nivel effectieve preventieve interventies in de curatieve en langdurige zorg^[7]. Het Nivel onderzocht tevens in hoeverre de inspectie met toezicht de uitvoering van preventieve activiteiten in de zorg zou kunnen bevorderen. Dit leidde tot de keuze voor leefstijlbegeleiding als gemeenschappelijk onderwerp voor alle sectoren in de zorg, met specifieke aandacht voor het stoppen met roken, vermindering van overgewicht en stimuleren van lichamelijke activiteit.

Voor de Staat van de Gezondheidszorg 2012 selecteerde de inspectie zes doelgroepen voor wie actieve begeleiding vanuit de zorg nodig is ter preventie van leefstijlgebonden aandoeningen. De gezondheidswinst kan bij deze kwetsbare groepen bestaan uit minder kans op chronische ziekten en vroegtijdig overlijden, maar ook uit een grotere zelfredzaamheid waardoor mensen minder afhankelijk zijn van zorg.

Zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid voor mensen die geheel van hen afhankelijk zijn, zoals in de intramurale zorg. Daarom selecteerde de inspectie drie voorbeelden in verschillende sectoren: ouderen in een verpleeg- of verzorgingshuis, mensen die anti-psychoptica slikken en langdurig in een GGZ-instelling verblijven, en jongeren met een licht verstandelijke beperking in orthopedagogische behandelcentra.

Een andere situatie waarin preventie door zorgverleners noodzakelijk is, is als leefstijlverandering de kans op (verdere) gezondheidsschade op de korte termijn vermindert. Dat geldt bijvoorbeeld voor hartrevalidatie, waar leefstijlbegeleiding naast medicatie en andere ondersteuning direct bijdraagt aan de overlevingskans. Zorgverleners hebben ook een verantwoordelijkheid als een ongezonde leefstijl leidt tot ernstige gezondheidsschade voor anderen, zoals het ongeboren kind dat grote gezondheidsrisico's loopt als de moeder rookt.

Tot slot is gezonder leven voor veel mensen ook een vrije keuze. De landelijke nota *Gezondheid dichtbij* van het ministerie van VWS geeft aan dat mensen zo weinig mogelijk drempels moeten tegenkomen als ze ervoor kiezen om gezond te leven^[4]. Zorg en preventie moet dicht bij mensen, dus in de buurt, te vinden zijn. Extra inspanningen zijn vereist in achterstandswijken waar veel mensen wonen met een ongezonde leefstijl, die bovendien weinig weerbaar zijn. De inspectie wil stimuleren dat GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties in deze wijken samenwerken om bewoners zo goed mogelijk te ondersteunen bij een gezonde leefstijl.

1.2 Doel van de Staat van de Gezondheidszorg 2012

Het doel van deze Staat van de Gezondheidszorg is naleving van (beroeps)normen en richtlijnen voor leefstijlbegeleiding te bevorderen. Voor zes doelgroepen stimuleerde de inspectie dit rechtstreeks door toezicht en door met het veld (bouwstenen voor) normen op te stellen. Deze voorbeelden dienen ter inspiratie voor andere zorgverleners om preventie waar nodig en zinvol op te nemen in de normen en richtlijnen en leefstijlbegeleiding daadwerkelijk uit te voeren.

De inspectie wil dat leefstijlbegeleiding voor kwetsbare groepen structureel deel uitmaakt van de zorg omdat hiermee ernstige gezondheidsproblemen voorkomen kunnen worden. Door haar toezicht op naleving van de richtlijnen verwacht de inspectie dat het aantal mensen met een ongezonde leefstijl daalt, met als resultaat minder ziekte en sterfte door leefstijlgebonden aandoeningen en meer kwaliteit van leven.

1.3 Opzet van de deelprojecten verschilt

Het doel van de inspectie is bij alle deelprojecten gelijk: de inspectie wil de naleving van normen en richtlijnen voor leefstijlbegeleiding bij kwetsbare groepen bevorderen. Echter, niet overal waren hiervoor veldnormen vastgelegd. De inspectie investeerde daarom in de ontwikkeling van veldnormen in samenwerking met beroeps- en brancheorganisaties en deskundigen. Na een redelijke implementatietermijn houdt de inspectie toezicht op de naleving.

De werkwijze verschilt per deelproject. Dat heeft onder meer te maken met de fase waarin de implementatie van leefstijlbegeleiding verkeert. Soms was er al een norm of richtlijn, zoals de V-MIS waarmee verloskundigen zwangere vrouwen ondersteunen bij het stoppen met roken, of de richtlijn Hartrevalidatie. In deze Staat van de Gezondheidszorg toetst de inspectie in hoeverre de zorgverleners deze normen en richtlijnen naleven.

In de andere sectoren stond leefstijlbegeleiding voor groepen met een hoog gezondheidsrisico door een ongezonde leefstijl nog in de kinderschoenen toen de inspectie dit onderzoek startte. Dat gold voor de intramurale ouderenzorg, licht verstandelijk beperkte jongeren in orthopedagogische behandelcentra, voor mensen in GGZ-instellingen die langdurig antipsychotica gebruiken en voor leefstijlbegeleiding in achterstandswijken. Daar stelde de inspectie samen met veldpartijen vast welke redelijke inspanning van zorgverleners verwacht mag worden om leefstijlbegeleiding structureel te implementeren. Daardoor verschilt de terminologie ook per hoofdstuk: soms wordt de redelijke inspanning vertaald in bouwstenen, soms in randvoorwaarden. De inspectie toetste de haalbaarheid in de praktijk, en waar dat mogelijk was ook de mate van implementatie.

1.4 Uitgebreidere informatie over de deelonderzoeken

Elk deelonderzoek is samengevat in een afzonderlijk hoofdstuk. Uitgebreidere informatie staat op de website van de inspectie, www.igz.nl. Per onderwerp zijn op de website onder meer opgenomen de gebruikte toetsingskaders, bouwstenen of randvoorwaarden voor een gezonde leefstijl. Verder zijn er voor deze Staat van de Gezondheidszorg achtergrondstudies uitgevoerd; deze staan ook op de website, evenals publicaties over de deelonderzoeken in de vakpers.



Hans Kazàn, entertainer,
kreeg in 2010 een hartaanval in de auto
op de snelweg bij Utrecht.

“Voor mijn hartinfarct leefde ik al niet ongezond. Ik eet gezond, let op mijn gewicht en het roken mag geen naam hebben. Wat ik wel meer doe dan vroeger is bewegen; in Spanje waar ik vlak bij de duinen woon, ga ik vaker een stuk met de honden lopen. Ik ben blij dat ik gedotterd ben en na een week al weer op het podium stond. Daar geniet ik enorm van; ik ben door mijn hartinfarct niet bang geworden. Bij collega’s heb ik dat wel eens anders meegemaakt; zij werden angstig en hadden veel tijd nodig om te herstellen. Het is een goede zaak dat er in Nederland hartrevalidatieprogramma’s zijn. Met die begeleiding is het makkelijker om je aan nieuwe leefregels te houden.”

2 Hartrevalidatie: geen vanzelfsprekendheid na een hartinfarct

2.1 Aanleiding en belang

Roken, overgewicht en een inactieve leefstijl zijn, naast hoge bloeddruk, belangrijke risicofactoren voor hart- en vaatziekten^[8]. Afhankelijk van hun leeftijd hebben rokers een 1,1 tot 4,6 keer grotere kans op een hartinfarct in vergelijking met niet-rokers. Van de Nederlandse hartpatiënten rookt gemiddeld 15 procent; deze patiënten blijven roken of zijn weer gaan roken na de diagnose. Bijna 80 procent is te zwaar en 21 procent lijdt aan obesitas.

Een gezonde leefstijl draagt bij aan het beperken van de ziektelast van hart- en vaatziekten^[9,10]. Zo is wetenschappelijk aangetoond dat het stoppen met roken de kans op een nieuw hartinfarct vermindert en dat een blijvend actieve leefstijl het overlijdensrisico verlaagt^[11]. Dat vraagt echter om goede begeleiding. Revalidatieprogramma’s in ziekenhuizen en revalidatiecentra kunnen hartpatiënten helpen om op korte termijn verdere gezondheidsschade te voorkomen door hen te begeleiden bij het stoppen met roken, afvallen tot een gezond gewicht en bewegen. Recent onderzoek onder 36.000 Nederlandse hartpatiënten onderstreept het belang van hartrevalidatie^[12]. In de periode 2007-2010 hadden hartpatiënten die een hartrevalidatieprogramma volgden, 32 procent minder kans voortijdig te overlijden ten opzichte van vergelijkbare patiënten die geen hartrevalidatie hadden gehad.

De aandacht voor hartrevalidatie is de afgelopen jaren toegenomen. Sinds 2004 geldt de richtlijn Hartrevalidatie, die in 2011 werd herzien^[13,14]. Een hulpmiddel hierbij is de Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie om te beoordelen welke patiënten voor hartrevalidatie in aanmerking komen^[15]. De richtlijn Hartrevalidatie is een goed voorbeeld van zorg op maat voor de patiënt. Tijdens de intake inventariseert meestal de gespecialiseerde verpleegkundige het risicogedrag van de patiënt. Dat is de basis voor een op de patiënt toegesneden modulair behandelplan met duidelijke evaluatiemomenten in een multidisciplinair team.

Jaarlijks belanden in Nederland meer dan 100.000 mensen in het ziekenhuis na een hartinfarct, of voor een hartoperatie of een preventieve dotterbehandeling^[16]. In een onderzoek bleek dat in 2003 de hartrevalidatieprogramma’s niet altijd volgens de richtlijn worden aangeboden^[17]. Driekwart van de patiënten (73,5 procent) kreeg tijdens de hartrevalidatie geen leefstijlbegeleiding terwijl ze hiervoor wel geïndiceerd waren^[18]. Uit later onderzoek bleek dat in 2007 minder dan een derde van de geïndiceerde patiënten hartrevalidatie kreeg^[19]. De uitvoering van de hartrevalidatie had daardoor nog niet het beoogde effect.

2.2 Doel en onderzoeksvraag

De inspectie wil met dit thematoezichtonderzoek de naleving van leefstijlbegeleiding conform de richtlijn Hartrevalidatie bevorderen. Daardoor moet onder meer het aantal hartinfarcten verminderen. Het doel van dit onderzoek is te toetsen of de leefstijlbegeleiding van hartpatiënten structureel is ingebed en plaatsvindt conform de richtlijn. Leefstijlbegeleiding is gericht op stoppen met roken, de aanpak van overgewicht en meer bewegen.

De onderzoeksvraag is:

In hoeverre leven instellingen (ziekenhuizen en hartrevalidatiecentra) de richtlijn Hartrevalidatie en randvoorwaarden voor structurele implementatie na, bij het begeleiden van patiënten om te stoppen met roken, en de aanpak van overgewicht en lichamelijke inactiviteit?

Het inspectieonderzoek richtte zich op de zorg voor patiënten die hartrevalidatie kregen. Om zicht te krijgen op de instroom in hartrevalidatieprogramma's beperkte de inspectie zich tot patiënten na een hartinfarct omdat zij altijd een indicatie voor hartrevalidatie moeten krijgen, ongeacht of ze gedotterd zijn.

2.3 Onderzoeksmethode

De inspectie vroeg in 2010 alle ziekenhuizen en revalidatiecentra die hartrevalidatie aanboden een digitale vragenlijst in te vullen over de situatie in 2009. Van de 91 instellingen (79 ziekenhuizen en 12 revalidatiecentra) vulden 90 de vragenlijst in. Het ene ziekenhuis dat dit niet deed, bezocht de inspectie, waarmee de respons op 100 procent kwam. Naast dit ziekenhuis bezocht de inspectie in 2010 nog vijf andere instellingen om de antwoorden van de vragenlijst te bespreken en nadere informatie te verzamelen over de lokale organisatie van het hartrevalidatieprogramma, de rol van de coördinator en de cardioloog, en de ervaren knelpunten. Dit waren instellingen met ofwel een maximale ofwel een minimale score op de vragenlijst. De inspectie sprak met het management van het revalidatieprogramma en de cardiologen.

Alle instellingen ontvingen na dit onderzoek een individueel inspectierapport met de resultaten en verbeteringen die de inspectie verwachtte. De inspectie informeerde veldpartijen over het onderzoek, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), het Landelijk Multidisciplinair Overleg Hartrevalidatie (LMDO-H), de Vereniging van Revalidatieartsen (VRA), Revalidatie Nederland (RN), de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en de patiëntenvereniging Hart- & Vaatgroep.

2.4 Resultaten

2.4.1 Beoordelingsaspecten uit het toetsingskader

De inspectie beoordeelde de instellingen op 19 aspecten: dit waren deels elementen uit de richtlijn Hartrevalidatie gericht op verandering van leefstijl, deels randvoorwaarden voor structurele implementatie van de richtlijn (zie tabel 2.1). Het uitgebreide toetsingskader staat op www.igz.nl.

Tabel 2.1

Beoordelingsaspecten voor structurele implementatie van leefstijlbegeleiding in hartrevalidatieprogramma's

	Beoordelingsaspecten hartrevalidatie
Randvoorwaarden	Beleid
	Scholing
	Coördinator hartrevalidatie
	Multidisciplinair team
	Registratie op groepsniveau
Revalidatieprogramma	Inventariseren rookgedrag
	Inventariseren overgewicht en lichamelijke inactiviteit
	Intake
	Revalidatieplan
	Aanbod verschillende onderdelen hartrevalidatie
	Specifieke modules
	Informatieprogramma
	Roken – motiveren om te stoppen
	Roken – activiteiten om te stoppen
	Overgewicht – activiteiten
	Lichamelijke inactiviteit – activiteiten
	Monitoring op individueel niveau
	Afstemming andere zorgverleners
	Follow-up



Wie na een hartinfarct een hartrevalidatieprogramma volgt, heeft veel minder kans om opnieuw een hartinfarct te krijgen. De hartrevalidatie helpt mensen hun leefstijl te verbeteren, onder andere door begeleiding bij het stoppen met roken en met voedingsadvies. Bewegen is een belangrijk onderdeel van het programma. Volgens de richtlijn Hartrevalidatie komt iedereen na een hartinfarct voor hartrevalidatie in aanmerking.

2.4.2 Instroom in hartrevalidatieprogramma's voor patiënten met een hartinfarct

De inspectie onderzocht de instroom in hartrevalidatieprogramma's door te vragen naar het aantal patiënten dat na een hartinfarct deelnam. Zij hebben altijd de indicatie voor hartrevalidatie. In 2009 werden per ziekenhuis gemiddeld 344 patiënten na een hartinfarct opgenomen. Van hen startten gemiddeld 177 patiënten met hartrevalidatie. Bijna de helft van de geïndiceerde patiënten volgde de hartrevalidatie dus niet.

Instellingen gaven tijdens de inspectiebezoeken verschillende verklaringen voor de lage instroom in de hartrevalidatieprogramma's.

- De korte opnameduur op de afdeling was een veelgenoemde verklaring: er is minder tijd om patiënten naar de hartrevalidatie toe te leiden omdat mensen kort op de afdeling verblijven.
- Het gebrek aan motivatie van patiënten om hartrevalidatie te volgen. De leeftijd van de patiënten kon van invloed zijn. Zorgverleners onderkenden bij ouderen de noodzaak van hartrevalidatie niet altijd. De afstand, bereikbaarheid of logistieke problemen belemmerden ouderen soms om hartrevalidatie te volgen. Of zij vonden het niet meer nodig op hun leeftijd.
- Een instelling gaf aan dat een zorgverzekeraar vond dat niet elke patiënt in aanmerking hoefde te komen voor hartrevalidatie.
- Tijdens de bezoeken bleek tevens dat zorgverleners niet altijd de DBC's (diagnose-behandelcombinaties) openden waardoor patiënten geen verwijzing kregen naar de hartrevalidatie.

Sommige instellingen realiseerden een grotere instroom in de hartrevalidatieprogramma's door gespecialiseerd verpleegkundigen of een coördinator. Ook een klinisch zorgpad waar bij de indicatie voor hartrevalidatie duidelijk omschreven was, bevorderde de deelname.

2.4.3 Mate waarin leefstijlbegeleiding structureel verankerd is in hartrevalidatieprogramma's

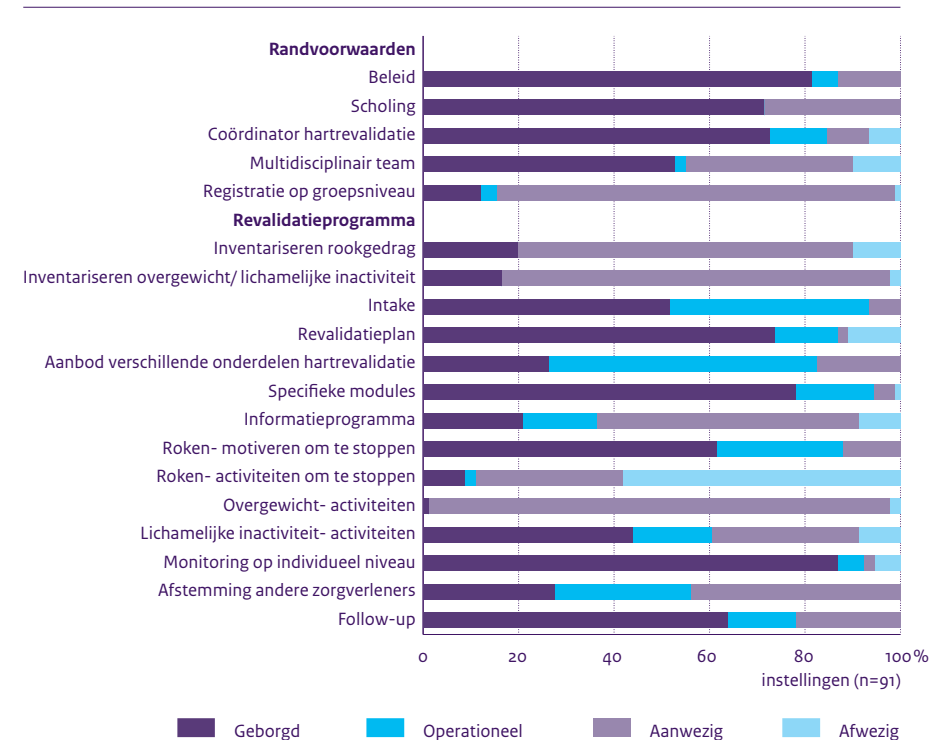
Mate waarin instellingen voldoen aan beoordelingsaspecten

De inspectie beoordeelde de mate waarin leefstijlbegeleiding was verankerd in de hartrevalidatieprogramma's. Figuur 2.1 geeft de scores van alle instellingen per beoordelingsaspect weer.

De randvoorwaarden beleid, scholing en organisatie (aanwezigheid coördinator en multidisciplinair team) waren in 55 tot 84 procent van de instellingen voldoende gewaarborgd (score 'geborgd' of 'operationeel'). Van de instellingen hield 15 procent een registratie op groepsniveau bij.

Bij de inhoud van het revalidatieprogramma valt op dat instellingen ruim voldoende scoorden (tussen de 80 en 93 procent) op de intake, het revalidatieplan, het integrale aanbod met alle verschillende onderdelen van hartrevalidatie, het aanbod van specifieke modules (over leefstijl, over bewegen en een module met algemene informatie) en monitoring op individueel niveau.

Figuur 2.1
Mate waarin de instellingen aan de beoordelingsaspecten voldoen



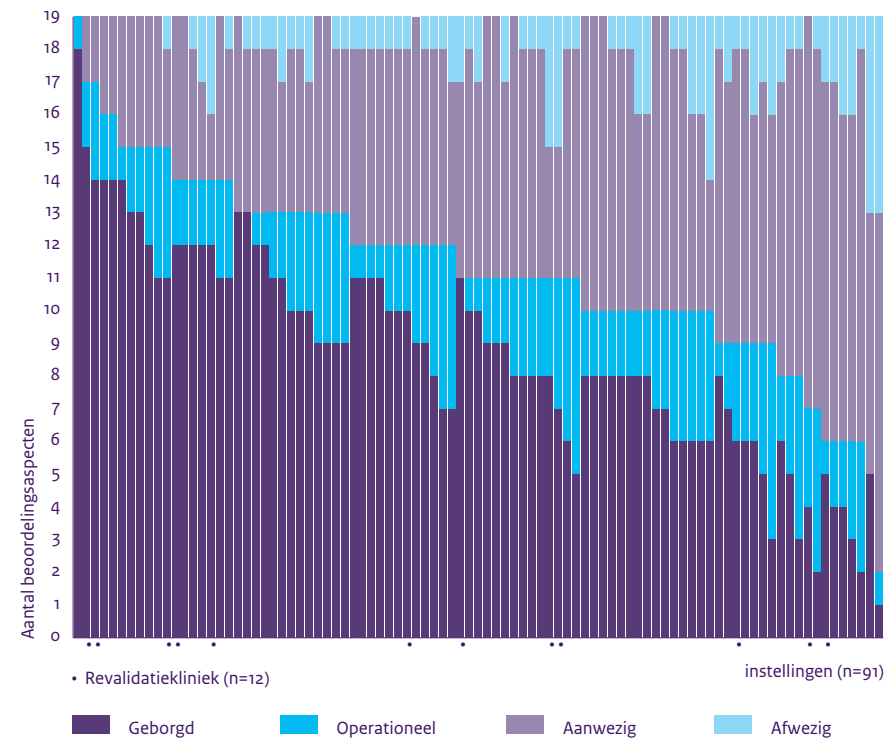
Minder goed scoorden instellingen op het inventariseren van risicogedrag (roken en overgewicht/lichamelijke inactiviteit) en het aantal mensen dat deelneemt aan activiteiten om het risicogedrag te verminderen. Eén op de vijf instellingen (20 procent) inventariseerde het rookgedrag structureel, 88 procent gaf aan dat zij patiënten motiveerden om te stoppen met roken. De deelname aan concrete activiteiten was bij 11 procent voldoende (deelname van 90 procent of meer). Van de instellingen inventariseerde 16 procent het overgewicht en de lichamelijke inactiviteit. Bij één instelling was de deelname aan activiteiten voor het verminderen van overgewicht hoger dan 90 procent. Bij een derde van de instellingen nam meer dan 90 procent van de patiënten deel aan een informatieprogramma.

De deelname aan beweegactiviteiten was bij 60 procent van de instellingen op goed niveau; minstens 90 procent van de patiënten deed hieraan mee.

Totaalscore per instelling

De verschillen tussen de instellingen die hartrevalidatieprogramma's aanboden waren groot. Figuur 2.2 laat zien dat één instelling op alle 19 beoordelingsaspecten voldoende (operationeel of geborgd) scoorde. De slechtst scorende instelling scoorde op 2 aspecten voldoende.

Figuur 2.2
Totaalscores op de beoordelingsaspecten per instelling



2.5 Conclusies

Instroom hartrevalidatie is te laag en uitvoering hartrevalidatieprogramma's nog onvoldoende

Slechts de helft van de geïndiceerde patiënten volgt na een hartinfarct een hartrevalidatieprogramma. De inspectie vindt de geringe vooruitgang sinds 2003 teleurstellend, zeker nu steeds duidelijker wordt dat hartrevalidatie de kans op een nieuw hartinfarct en de kans hieraan te overlijden sterk verkleint. Cardiologen moeten alle geïndiceerde patiënten doorverwijzen naar de hartrevalidatie, zoals de richtlijn Hartrevalidatie en de bijbehorende beslisboom voorschrijven.

De gezondheidswinst voor mensen na een hartinfarct blijft achter bij wat mogelijk en wenselijk is, omdat instellingen de richtlijn onvoldoende naleven. Patiënten die wel een hartrevalidatieprogramma volgen, krijgen vaak niet de juiste ondersteuning om hun leefstijl te veranderen. Instellingen inventariseren het risicogedrag van hun patiënten meestal niet. Zij stimuleren patiënten onvoldoende om mee te doen aan concrete activiteiten om te stoppen met roken en af te vallen, zoals de richtlijn voorschrijft. Instellingen stimuleren patiënten wel om meer te bewegen.

Aggregatie van gegevens op groepsniveau moet verbeteren

Aggregatie van gegevens op groepsniveau gebeurt te weinig. Instellingen maken onvoldoende gebruik van registratiesystemen als CARDSS of een registratieprogramma van zorgpaden. Hierdoor kunnen zij de effecten van de hartrevalidatie niet goed vastleggen en desgewenst bijsturen.

2.6 Toezicht en vervolgacties

Toezicht en handhaving

De inspectie toetst eind 2012 opnieuw of alle hartrevalidatieprogramma's voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg voor leefstijlbegeleiding conform de richtlijn Hartrevalidatie en de randvoorwaarden voor implementatie. Daar waar onderdelen niet op orde zijn, treedt de inspectie handhavend op. Daarnaast gaat de inspectie na of sprake is van systematische indicatiestelling en verwijzing door de cardioloog.

Vervolgacties door andere partijen

De inspectie merkt dat het veld in beweging is. De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) maakt zich sterk voor het vergroten van de instroom in hartrevalidatieprogramma's. Zo is de NVVC samen met de patiëntenvereniging Hart- & Vaatgroep een intensief voorlichtingsprogramma gestart voor zowel patiënten als hulpverleners om de instroom te verhogen. Daarnaast spannen de Commissie Cardiovasculaire Preventie van de NVVC en het CARDSS-projectteam zich in om de hartrevalidatiezorg verder te verbeteren.



“Voor ik zwanger werd rookte ik. Ik wist wel dat het slecht was, maar het was toch moeilijk om alleen voor mezelf te stoppen. Zodra ik wist dat ik zwanger was, kostte stoppen me geen moeite. Ik wist waarvoor ik het deed: je wilt niet dat je kind de dupe wordt van je verslaving. Als je dat niet op eigen kracht kunt, moet je hulp zoeken bij bijvoorbeeld de verloskundige. Ook met voorlichting over de echte risico's – dat je kindje kan overlijden, of later gedragsproblemen kan krijgen. En niet te vaak roepen dat ze bij de geboorte te klein zijn. Er zijn altijd vrouwen die dan denken: 'da's lekker makkelijk voor de bevalling!'”

Waarom komen er geen campagnes die roken echt *uncool* maken? Wellicht ligt er ook een rol voor tv-makers; niet steeds de 'spannende' personages laten roken. Ik ga in ieder geval niet roken voor een rol.”

Tanja Jess, actrice en presentatrice,
en moeder van twee zoons.

3 Verloskundigen: begeleiding stoppen met roken aanzienlijk verbeterd

3.1 Aanleiding en belang

Roken is een belangrijke risicofactor voor zwangere vrouwen en hun (ongeboren) kind. Voor vrouwen vermindert de vruchtbaarheid, is de kans op een spontane abortus verhoogd en roken verdubbelt de kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Voor het kind verhoogt een rokende moeder het risico op vroeggeboorte, een laag geboortegewicht en de kans om rond de geboorte te overlijden^[20,21]. In de periode 2001-2010 daalde het aantal rokers gedurende de hele zwangerschap van 13 procent naar 6,3 procent. Het aantal rokers onder laagopgeleiden is echter zes keer zo groot (13,8 procent) als onder hoogopgeleiden (2,4 procent)^[22].

Volgens *Een goed begin*, het advies van de Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, zijn vroeggeboorte en een laag geboortegewicht verantwoordelijk voor respectievelijk 58 en 9 procent van de sterfte rond de geboorte^[23]. Als geen enkele zwangere vrouw tijdens de zwangerschap zou roken, daalt de sterfte rond de geboorte en een laag geboortegewicht met 10 procent^[24].

Eerstelijnsverloskundigen spelen een belangrijke rol in de ondersteuning van zwangere vrouwen bij het stoppen met roken. De verloskundige ziet 80 procent van de vrouwen vroeg in de zwangerschap en geeft adviezen over een veilige en gezonde zwangerschap. Hieronder vallen ook adviezen over leefstijl waaronder stoppen met roken en de begeleiding daarbij. Vrouwen zijn juist vanwege hun zwangerschap beter te motiveren om niet meer te roken.

Speciaal voor de verloskundigenpraktijk ontwikkelde Stivoro de V-MIS, de 'Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk'^[25]. De V-MIS is gebaseerd op de CBO-richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en is een bewezen effectief instrument^[26]. Op eigen kracht lukt het 3 procent van de rokende zwangeren om te stoppen; met behulp van de V-MIS is dit 12 procent. Het RIVM berekende dat – in de meest ideale situatie – zo'n 4.100 vrouwen extra per jaar zouden kunnen stoppen met roken als alle verloskundigen de V-MIS gebruiken^[27].

De inspectie vindt het belangrijk dat verloskundigen zwangere vrouwen begeleiden bij het stoppen met roken, vanwege de genoemde gezondheidsrisico's voor moeder en kind. Dat zij hiervoor de bewezen effectieve V-MIS toepassen, ligt voor de hand. Uit onderzoek in 2004 bleek echter dat slechts 45 procent van de verloskundigenpraktijken de V-MIS toepaste; dit waren vooral de grote praktijken. Van alle verloskundigen in Nederland voerde slechts 29 procent de V-MIS goed en volledig uit^[28]. Dit was aanleiding voor de inspectie om te toetsen in hoeverre verloskundigen inmiddels de V-MIS gebruiken en zwangere rokers structureel ondersteunen om te stoppen met roken.

3.2 Doel en onderzoeksvraag

De inspectie wil met dit thematoezichtonderzoek bevorderen dat eerstelijnsverloskundigenpraktijken structureel de V-MIS richtlijn implementeren en naleven om zwangere vrouwen te begeleiden bij het stoppen met roken. Dit verkleint de risico's op gezondheidsproblemen voor de moeder en haar ongeboren kind.

De onderzoeksvraag is:

In welke mate leven eerstelijnsverloskundigenpraktijken de V-MIS en randvoorwaarden voor structurele implementatie na, bij de begeleiding van zwangere vrouwen om te stoppen met roken?

3.3 Onderzoeksmethode

Op basis van de beschikbare richtlijnen en veldnormen stelde de inspectie een toetsingskader op dat de basis vormde voor het onderzoek. Het toetsingskader beschreef aan welke eisen de verloskundigenpraktijken moesten voldoen, waarna de inspectie toetste in hoeverre deze 'afwezig', 'aanwezig', 'operationeel' of 'geborgd' waren. De inspectie acht het onderdeel voldoende wanneer 'operationeel' of 'geborgd' is gescoord. Het toetsingskader bevatte 13 beoordelingsaspecten: 4 randvoorwaarden (beleid, scholing, doorverwijzing en registratie) en 9 specifieke V-MIS-stappen.

Een aselechte steekproef van een kwart (120) van de eerstelijnsverloskundigenpraktijken ontving een digitale vragenlijst over de begeleiding van zwangere vrouwen om te stoppen met roken. Deze vragenlijst was gebaseerd op het toetsingskader. 113 praktijken vulden de vragenlijst in augustus 2010 in. Daarnaast bezocht de inspectie 10 praktijken voor aanvullende informatie in september 2010.

De praktijken uit de steekproef kregen een individueel rapport met hun resultaten en de verbeteringen die de inspectie verwachtte. Alle verloskundigenpraktijken ontvingen in april 2011 de uitkomsten van het landelijk onderzoek en een vooraankondiging van vervolgonderzoek in 2012. Op 1 januari 2012 moesten alle verloskundigenpraktijken aan de eisen uit het toetsingskader voldoen. De inspectie publiceerde de resultaten ook in het Tijdschrift voor Verloskunde^[29].

Het vervolgonderzoek in 2012 bestond uit bezoeken aan 21 verloskundigenpraktijken om na te gaan of er voldoende verbetering in de stoppen-met-roken-begeleiding was opgetreden. Leidraad voor de gesprekken met de verloskundigen was een vereenvoudigde versie van de vragenlijst die de inspectie bij haar onderzoek in 2010 gebruikte.

3.4 Resultaten

3.4.1 Toetsingskader begeleiding stoppen met roken

Het toetsingskader van de inspectie bestond uit randvoorwaarden voor een structurele implementatie en beoordelingsaspecten die zijn afgeleid van de V-MIS. Het schema in tabel 3.1 is een samenvatting; het uitgebreide toetsingskader staat op www.igz.nl.

Tabel 3.1
Beoordelingsaspecten voor structurele implementatie van de begeleiding van stoppen met roken in verloskundigenpraktijken

	Beoordelingsaspecten stoppen met roken
Randvoorwaarden	Beleid
	Scholing
	Doorverwijzen naar andere zorgverleners
	Registratie rookgedrag op individueel niveau
V-MIS -stappen	Inventariseren rookgedrag zwangere vrouw
	Inventariseren rookgedrag partner
	Inventariseren motivatie
	Verhogen motivatie
	Bespreken barrières en mobiliseren sociale steun
	Wegnemen barrières
	Stopdatum afspreken
	Ondersteunen stoppoging
	Nazorg

3.4.2 Implementatie van randvoorwaarden en V-MIS in 2010

Resultaten vragenlijstonderzoek 2010

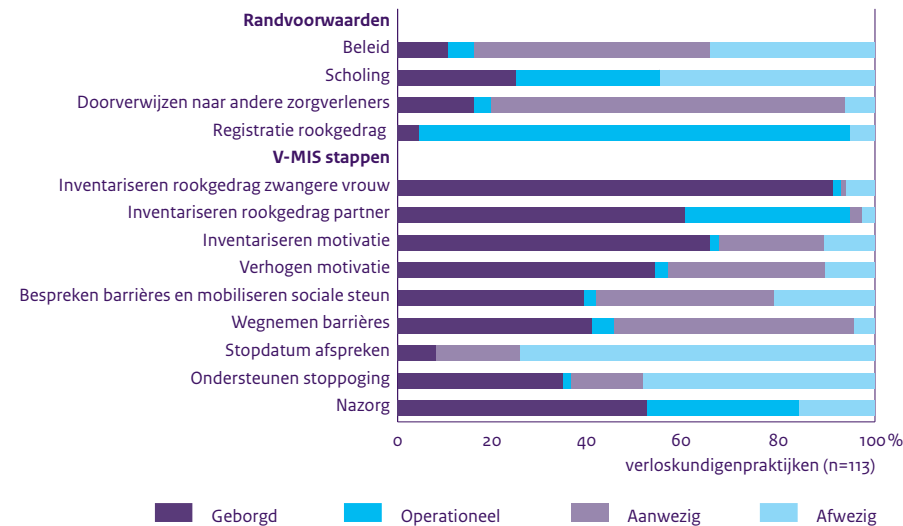
In 2010 scoorden de verloskundigenpraktijken op het ene beoordelingsaspect aanzienlijk beter dan op het andere (zie figuur 3.1).



Verloskundigen helpen zwangere vrouwen die roken om te stoppen. Roken is zeer schadelijk voor het ongeboren kind, en daarmee een van de belangrijke oorzaken voor sterfte rond de geboorte. De handleiding V-MIS ondersteunt verloskundigen om hun rokende cliënten te motiveren en de juiste hulp te bieden aan vrouwen die niet op eigen kracht met roken kunnen stoppen.



Figuur 3.1
Mate waarin verloskundigenpraktijken de randvoorwaarden en V-MIS stappen hadden geïmplementeerd in 2010



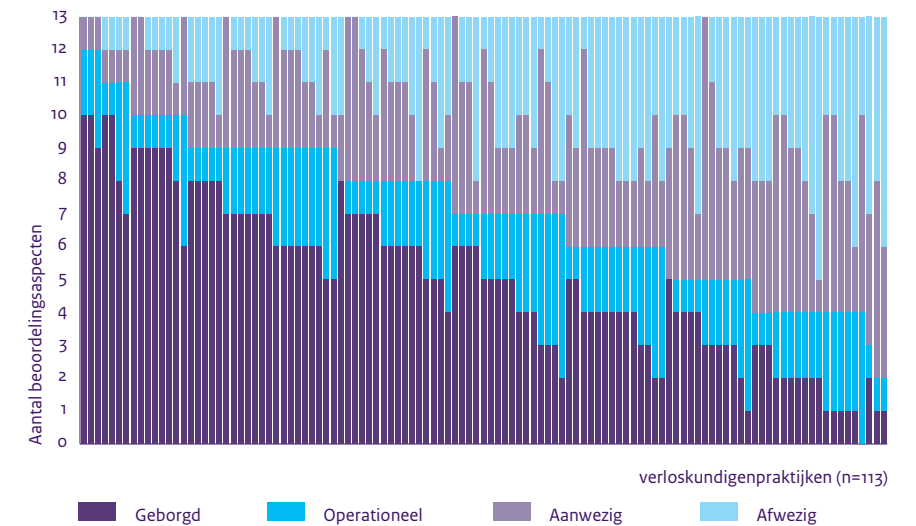
Van de randvoorwaarden was de registratie het beste op orde: de overgrote meerderheid registreerde het rookgedrag van hun cliënten op individueel niveau. In de gesprekken kwam naar voren dat het niet mogelijk was om met het beschikbare informatiesysteem gegevens op groepsniveau te verzamelen.

Aan de andere randvoorwaarden voldeden de praktijken minder goed. De meeste verloskundigenpraktijken (84 procent) hadden geen beleid voor de begeleiding bij stoppen met roken of dit beleid was niet vastgelegd. Van de praktijken was 80 procent niet op de hoogte van alle doorverwijsmogelijkheden naar andere hulpverleners in hun regio. Daarnaast was scholing niet vanzelfsprekend. Iets meer dan de helft van de verloskundigenpraktijken had scholing in de begeleiding bij stoppen met roken gevolgd. In 45 procent van de praktijken was geen enkele verloskundige geschoold.

Geen enkele verloskundigenpraktijk uit de steekproef paste alle stappen van V-MIS volledig toe. De eerste stappen van de V-MIS, zoals het inventariseren van het rookgedrag bij de intake en op andere momenten, voerden bijna alle praktijken uit. Dat gold niet voor de vervolgstappen; vooral het afspreken van een stopdatum was geen routine. De laatste stap, de nazorg, gebeurde vaak weer wel.

De verschillen tussen de verloskundigenpraktijken waren groot (zie figuur 3.2). De best scorende praktijken scoorden op 12 van de 13 beoordelingsaspecten 'voldoende' (dat wil zeggen operationeel of geborgd); bij de slechtst scorende waren slechts 2 beoordelingsaspecten voldoende.

Figuur 3.2
Totalscore van het aantal beoordelingsaspecten per verloskundigenpraktijk in 2010



3.4.3 Vervolgonderzoek: implementatie van randvoorwaarden en V-MIS in 2012

In 2012 bezocht de inspectie 21 verloskundigenpraktijken, met als leidraad voor de gesprekken een beknopte versie van de vragenlijst uit 2010.

Structurele implementatie van de V-MIS

De randvoorwaarden voor structurele implementatie van de stoppen-met-roken-begeleiding waren bij veel praktijken geïmplementeerd. Met name scholing was sterk verbeterd: 18 praktijken hadden (een deel van) de verloskundigen voor dit doel geschoold. Tweederde (14) van de bezochte praktijken had beleid geformuleerd.

De registratie van het rookgedrag op groepsniveau was nog geen gemeengoed: 7 praktijken hielden dit (handmatig) bij. De meeste praktijken hadden geen geaggregeerde informatie op praktijkniveau. Hierdoor ontbrak het de verloskundigen aan inzicht in het aantal rokende zwangere vrouwen en het effect van hun activiteiten om de vrouwen te laten stoppen. Ook was vergelijking met andere praktijken niet mogelijk.

De grootste verbetering zag de inspectie bij de toepassing van de V-MIS. Op één na gebruikten alle praktijken dit instrument, en alle praktijken legden het rookgedrag en de begeleiding om te stoppen vast in het patiëntendossier. Ook beschikten 20 van de 21 praktijken over een sociale kaart, zodat ze wisten naar welke andere zorgverleners ze hun cliënten konden doorverwijzen als ze de vertrouwensrelatie niet op het spel wilden zetten.

Ervaren knelpunten in 2010 en 2012

De bezoeken in 2010 en 2012 gaven meer inzicht in de knelpunten die verloskundigen ervaren. In 2010 was het verschil tussen de goed geïmplementeerde eerste stap van de V-MIS (registratie rookgedrag) en het feitelijk ondersteunen om te stoppen groot. Uit de gesprekken bleek dat verloskundigen dit lastig vonden. Ze wisten niet goed hoe je mensen kunt motiveren als ze zelf niet willen stoppen met roken, of hoe zij hen daarbij zouden kunnen begeleiden. Een complicerende factor is dat bij vrouwen die blijven roken tijdens de zwangerschap vaak meer problemen tegelijkertijd spelen, zoals een andere verslaving en psychiatrische of sociale problematiek. Ook culturele verschillen kunnen begeleiding moeilijker maken. In 2012 wisten veel verloskundigen dat ze hun cliënten voor begeleiding konden doorverwijzen, en ze wisten dankzij de sociale kaart ook naar wie. Zo konden ze de vrouwen helpen, zonder de vertrouwensband te schaden.

Opvallend was dat verloskundigen zich niet altijd bewust zijn van hun invloed op zwangere vrouwen. Ze zijn de deskundige en wat zij zeggen heeft vaak veel impact. Tot slot kwam aan de orde dat eerstelijnsverloskundigen de aansluiting met de tweedelijns misten. In de tweedelijns kreeg de stoppen-met-roken-begeleiding volgens hen vaak minder aandacht.

3.5 Conclusie

Aanzienlijke verbetering, maar meer winst mogelijk

Eerstelijnsverloskundigenpraktijken verbeterden de begeleiding van zwangere vrouwen om te stoppen met roken aanzienlijk. De V-MIS werd in het vervolgonderzoek in 2012 door vrijwel alle bezochte praktijken gebruikt. In een korte periode zijn veel verloskundigen geschoold, dankzij de extra opleidingsmogelijkheden die Stivoro bood.

Toch is er volgens de inspectie nog winst te behalen, met name op de randvoorwaarden voor structurele implementatie. Alle bezochte praktijken registreerden het rookgedrag van hun cliënten, maar registratie op groepsniveau ontbrak vaak, mede omdat niet alle softwarepakketten dit ondersteunden. In 2010 had een derde van de praktijken beleid geformuleerd, in 2012 tweederde. De inspectie had een grotere stijging verwacht, omdat de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) met Stivoro naar aanleiding van het inspectieonderzoek een handreiking voor dit beleid had opgesteld^[30].

3.6 Toezicht en vervolgacties

Toezicht en handhaving

De inspectie verwacht dat de eerstelijnsverloskundigenpraktijken in 2013 de randvoorwaarden verder verbeteren. Met name het opstellen van beleid en het verbeteren van de geaggregeerde registratie zijn aandachtspunten, naast het systematisch toepassen van alle stappen van de V-MIS. De KNOV heeft toegezegd dat ze met de softwarefabrikanten naar praktische oplossingen voor de (geaggregeerde) registratie zoeken.

In 2012 richt de inspectie zich op de verantwoordelijkheden die de tweedelijns (met name tweedelijnsverloskundigen en gynaecologen) heeft om zwangere vrouwen te begeleiden bij het stoppen met roken. De inspectie agendeert dit bij de verloskundige samenwerkingsverbanden waarin eerste en tweede lijn overleggen; deze zijn inmiddels in het hele land gestart.

Onderzoek effectiviteit toezicht

Het Erasmus Medisch Centrum voert onafhankelijk onderzoek uit naar de effecten van onder andere dit toezichtproject. De inspectie wilde met het toezicht bevorderen dat eerstelijnsverloskundigen structureel de bewezen effectieve V-MIS methode gaan gebruiken om hun rokende cliënten te begeleiden bij het stoppen met roken. Het gewenste resultaat is dat minder zwangere vrouwen roken. De inspectie wil graag weten in welke mate het toezicht hieraan heeft bijgedragen.



“Zelf slik ik geen antipsychotica, maar ik zie wel om me heen dat het gebruik van medicijnen en andere middelen vaak samengaat met ongezonde leefgewoontes. Daar zouden patiënten veel beter over geïnformeerd en tegen beschermd moeten worden. GGZ-instellingen hebben zeker een taak om een gezonde leefstijl te stimuleren. Dat doen ze ook wel een beetje. Maar het probleem is dat veel verpleegkundigen en zelfs de psychiaters zelf ook ongezond leven. Er wordt bijvoorbeeld erg veel gerookt. Het zou mooi zijn als ze in de nabijheid van patiënten niet zouden roken en het goede voorbeeld geven.”

Wouter Kusters, taalkundige en auteur, publiceert onder meer over zijn ervaringen met psychoses en de psychiatrische zorg.

4 Leefstijlbegeleiding nodig bij langdurig gebruik antipsychotica om somatische complicaties te voorkomen

4.1 Aanleiding en belang

Patiënten in de GGZ die langdurig antipsychotica gebruiken, lopen grote risico's op somatische gezondheidsproblemen. Hun eetgedrag en cholesterolhuishouding veranderen door de medicatie^[31]. Obesitas komt twee keer zo vaak voor als bij de gemiddelde Nederlander. De combinatie van overgewicht en lichamelijke inactiviteit leidt ertoe dat deze patiënten een verhoogd risico hebben op metabool syndroom. Dit is een stofwisselingsziekte waardoor onder meer de kans op diabetes type 2 en hart- en vaatziekten sterk toeneemt. Psychiatrische patiënten roken bovendien twee tot drie keer zoveel als gemiddeld, wat leidt tot een grotere kans op onder andere longkanker en COPD^[32]. Van de schizofreniepatiënten rookt 9 op de 10^[33].

Het Nivel voerde in opdracht van de inspectie een literatuuronderzoek uit naar de effecten van leefstijlbegeleiding in de GGZ, en specifiek naar patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken^[34]. Over de effectiviteit van specifieke interventies gericht op deze groep is nog weinig bekend, vooral omdat gedegen onderzoek ontbreekt^[35].

De inspectie vindt dat er voldoende bewijs is dat patiënten die antipsychotica slikken, baat hebben bij leefstijlbegeleiding. Voor intramurale patiënten ligt er een taak voor GGZ-instellingen om dit structureel in de zorg te verankeren. Toen de inspectie haar onderzoek startte, stond de leefstijl van psychiatrische patiënten wel op de agenda van GGZ-instellingen maar ontbrak een integrale aanpak om de risico's op somatische complicaties te verminderen. Voor patiënten die langdurig antipsychotica slikken, is een periodieke somatische screening op metabool syndroom extra belangrijk. De screening biedt goede aanknopingspunten voor het bevorderen van een gezonde leefstijl. Deze aanpak sluit aan bij het speerpunt somatische comorbiditeit binnen het landelijke patiëntveiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg' voor de GGZ.

4.2 Doel en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om met het veld vast te stellen welke redelijke inspanning GGZ-instellingen moeten leveren om risico's op somatische complicaties te verminderen. Dit gebeurt in de vorm van bouwstenen waarvan de inspectie vervolgens de haalbaarheid toetst bij 10 instellingen. De inspectie verwacht dat GGZ-instellingen de bouwstenen implementeren, waarna de inspectie toezicht houdt op de naleving.

De onderzoeksvraag is:

Welke redelijke inspanning moeten GGZ-instellingen leveren om risico's op somatische complicaties te verminderen bij patiënten die antipsychotica gebruiken en langdurig in een GGZ-instelling verblijven?

4.3 Onderzoeksmethode

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag stelde de inspectie concept-bouwstenen op. Hiervoor putte de inspectie uit relevante richtlijnen voor de GGZ uit de periode 2001-2011. Ook gebruikte zij resultaten van eerdere inspectieonderzoeken in de GGZ over schizofrenie en ouderen^[36,37,38,39,40,41,42,43,44]. De bouwstenen ondersteunen GGZ-instellingen bij het ontwikkelen van een integrale aanpak waarmee risico's op somatische complicaties door medicatiegebruik verminderen. In 2010 organiseerde de inspectie een invitational conference en overlegde met GGZ Nederland en zorgverleners.

Daarnaast voerde de inspectie in het eerste halfjaar van 2012 onderzoek uit bij 10 GGZ-instellingen om zicht te krijgen op de haalbaarheid van de bouwstenen. De inspectie selecteerde instellingen verspreid over het land. Bij 6 instellingen wist de inspectie dat ze aandacht hadden voor leefstijlbegeleiding, bij 4 was dit onbekend. Tijdens de bezoeken sprak de inspectie met de (geneesheer) directeur, een somatisch arts, een psychiater en een verpleegkundige (specialist). De bouwstenen zijn naar aanleiding van de bezoeken bijgesteld.

4.4 Resultaten

4.4.1 Bouwstenen voor verminderen somatische complicaties door leefstijlbegeleiding

De 6 bouwstenen vormen een kader voor GGZ-instellingen om somatische monitoring en leefstijlbegeleiding structureel te verankeren in de organisatie (zie tabel 4.1). Meer informatie over de bouwstenen staat op de website van de inspectie, www.igz.nl.

Tabel 4.1

Bouwstenen voor preventie van somatische complicaties bij intramurale patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken

Bouwstenen preventie somatische complicaties	
Beleid	De GGZ-instelling heeft vastgesteld beleid voor de risicoreductie van somatische complicaties (door somatische screening en leefstijlbegeleiding in een 'gezonde' omgeving).
Somatische screening	De GGZ-instelling voert systematische somatische screening uit bij risicogroepen (antipsychoticagebruik) volgens een protocol en multidisciplinaire richtlijnen.
Voorlichting	De psychiater en/of verpleegkundige (specialist) geeft voorlichting aan patiënten over risico's op somatische comorbiditeit, en geeft voorlichting over leefstijl-interventies.
Leefstijlbegeleiding	De psychiater en/of verpleegkundige (specialist) inventariseert samen met de patiënt leefstijldoelen van de patiënt en biedt begeleiding bij de afgesproken meest haalbare interventies.
Dossiers	In het dossier van de patiënt staan de specifieke somatische risico's benoemd en zijn follow-up afspraken/wijze van monitoring vastgelegd.
Scholing	De GGZ-instelling ziet erop toe dat medici, verpleegkundigen en paramedici voldoende geschoold zijn op het gebied van somatische screening en leefstijlbegeleiding.

4.4.2 Resultaten per bouwsteen bij 10 bezochte instellingen

De inspectie beoordeelde tijdens het bezoek in hoeverre de bouwstenen geïmplementeerd waren (zie figuur 4.1). Daartoe was elke bouwsteen onderverdeeld in een aantal beoordelingsaspecten (in totaal 20). De scores zijn aangevuld met observaties van wat de inspectie aantrof tijdens de bezoeken.

Beleid

Hun visie op somatische zorg hadden 8 van de 10 bezochte instellingen uitgewerkt in een beleidsplan. De instellingen formaliseerden ook de afspraken over de taakverdeling van de somatische zorg tussen de psychiater, somatisch arts en de verpleegkundige (specialist). Beleid voor het uitwisselen van gegevens tussen de verschillende disciplines was bij 8 van de 10 instellingen wel vastgelegd, maar in praktijk niet altijd goed georganiseerd.

Somatische screening

Van de 10 instellingen gebruikten er 7 een protocol voor de somatische screening; 9 van de 10 instellingen voerden de screening periodiek uit. De uitkomsten waren aantoonbaar terug te vinden in de dossiers.



Soms versterkt medicatie een ongezond leefpatroon. Dat geldt bijvoorbeeld voor mensen die langdurig antipsychotica slikken. Mede door de medicijnen hebben zij twee keer zo vaak ernstig overgewicht en een grotere kans op hart- en vaatziekten en diabetes. Verandering van leefstijl helpt om deze gezondheidsproblemen te verminderen.

Patiënten die langere tijd in een GGZ-instelling wonen, zijn voor hun leefpatroon afhankelijk van de instelling. Het is daarom belangrijk dat GGZ-instellingen hen voldoende mogelijkheden bieden om te bewegen, gezond te eten en ontmoedigen om te roken.

Alle instellingen keken bij de screenings ook naar leefstijl en klachten gerelateerd aan metabool syndroom. Bij een enkele bezochte locatie ontbrak een adequate follow-up bij afwijkingen, onder meer doordat de instelling patiënten onvoldoende volgden.

Voorlichting

De meeste bezochte instellingen spanden zich weinig in om patiënten goed voor te lichten over een gezonde leefstijl. Wel gaven 9 van de 10 instellingen voorlichting over bijwerkingen van voorgeschreven medicatie. Eén instelling gebruikte een checklist waarmee patiënten zelf bijwerkingen van hun medicatie konden vaststellen. Voorlichting over stoppen met roken was voor bijna alle instellingen een lastig punt: 4 instellingen gaven aan dit te doen. Van de 10 instellingen noteerden er 2 niet in het dossier of een patiënt voorlichting had gekregen.

Leefstijlbegeleiding

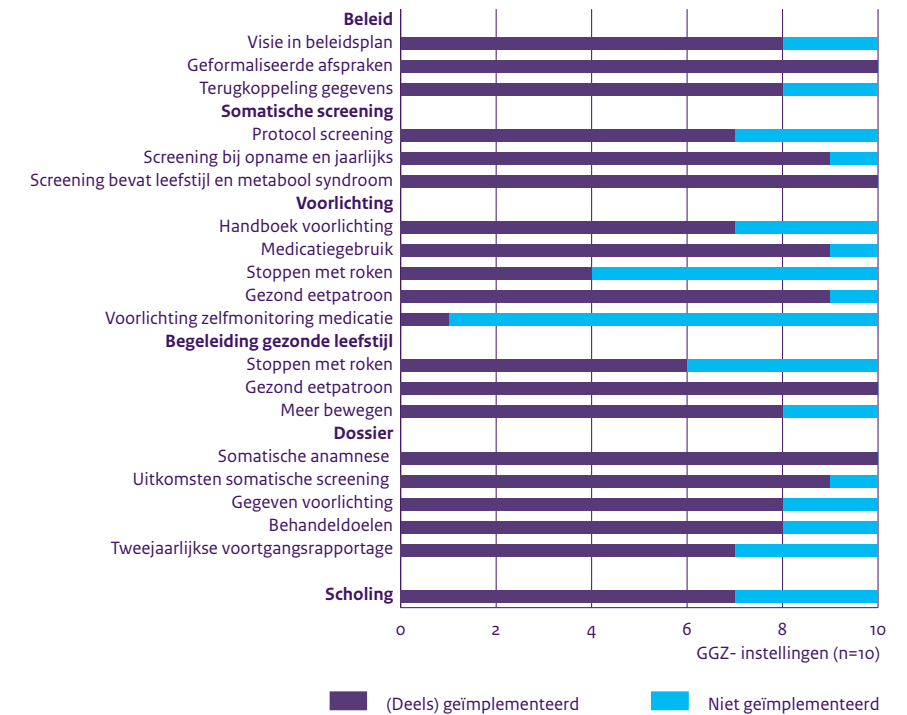
De uitkomsten van de periodieke somatische screenings gebruikten de instellingen voor een follow-up ter voorkoming van ernstig overgewicht en inactiviteit. Alle instellingen hadden aandacht voor gezonde voeding, meestal door patiënten te verwijzen naar een diëtist. Begeleiding bij het stoppen met roken en stimuleren om meer te bewegen zat bij respectievelijk 6 en 8 instellingen in het programma. Instellingen voerden in de praktijk begeleiding bij het stoppen met roken weinig uit. Mede omdat adequate voorlichting hierover vaak ontbrak, vroegen patiënten hier zelf niet om.

De leefstijlbegeleiding kende vele variaties. Van beweegprogramma's zoals fitness en hardlooptochten, tot gezond eten met fruit, gezonde snacks en zelf koken op de afdelingen. De leefstijlbegeleiding was meestal door de instelling zelf opgezet en vooral gericht op individuele patiënten. Uit de bezoeken kwam naar voren dat met name de verpleegkundigen het leven rond de patiënt zo gezond mogelijk inrichtten.

Lastiger was het om de omgeving van de patiënt bij een leefstijlprogramma te betrekken. Als het eten uit een centrale keuken komt, heeft een patiënt daar geen invloed op. Soms was het niet mogelijk een patiënt een cursus aan te bieden omdat die buiten de locatie werd gegeven waar de patiënt woonde. Ook de cultuur in de instellingen belemmerde een gezonde leefstijl: zorgverleners op de afdeling realiseerden zich niet altijd hoe belangrijk het is dat zij het goede voorbeeld geven (met eten, bewegen en niet roken).

Figuur 4.1

Mate van implementatie van de bouwstenen per beoordelingsaspect voor 10 bezochte GGZ-instellingen



Dossier

De uitkomsten van de somatische screening legden 9 instellingen in het dossier vast. Die instellingen registreerden in het dossier de somatische anamnese inclusief de aandoeningen die veel in de familie voorkwamen. 8 instellingen namen in het behandelplan doelen op voor het terugdringen van somatische complicaties. Bij 7 instellingen was tenminste tweejaarlijks een voortgangsrapportage over de somatische behandeldoelen in het dossier terug te vinden.

De uitwisseling van gegevens met de somatisch arts was vaak een knelpunt. Hoewel instellingen allemaal werkten met een integraal patiëntendossier, maakten de somatisch artsen hier niet altijd gebruik van. Als zij het dossier niet raadplegen en (tijdig) aanvullen, zijn niet alle behandelaars op de hoogte van bijvoorbeeld doelen en activiteiten voor leefstijlbegeleiding. Een compleet en actueel dossier is van groot belang voor de behandeling van de patiënt.

Scholing

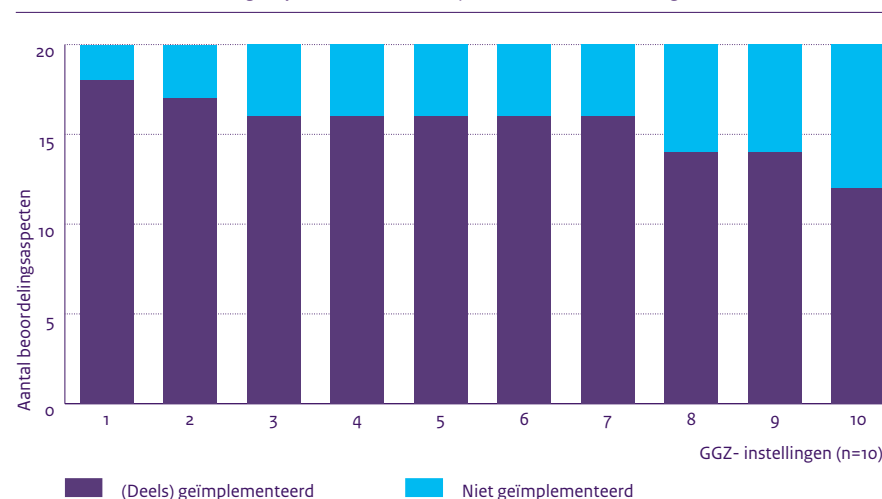
Van de 10 instellingen zorgden 7 voor scholing, specifiek op het gebied van somatische zorg. Er is nauwelijks cursusaanbod voor het bevorderen van een gezonde leefstijl; wel zijn er trainingen gericht op het motiveren van patiënten (motivational interviewing).

Opvallend was dat bij 4 instellingen wetenschappelijk onderzoek naar somatische zorg in relatie tot leefstijl plaatsvond. De instellingen gebruikten de resultaten om de cultuur positief te beïnvloeden en de kwaliteit van leven van de patiënten te verbeteren.

4.4.3 Haalbaarheid van de bouwstenen voor GGZ-instellingen

De 10 bezochte instellingen hadden minimaal 12 en maximaal 18 van de 20 beoordelingsaspecten (deels) geïmplementeerd (zie figuur 4.2).

Figuur 4.2
Mate waarin de bouwstenen geïmplementeerd waren bij 10 bezochte GGZ-instellingen



4.5 Conclusies

Bouwstenen zijn haalbaar voor GGZ-instellingen

De bouwstenen voor het verminderen van somatische complicaties als gevolg van langdurig antipsychotica-gebruik zijn haalbaar in de praktijk. De meerderheid van de bezochte GGZ-instellingen had 80 procent van de bouwstenen (deels) geïmplementeerd. Omdat bestaande richtlijnen de basis vormen voor de bouwstenen, verwacht de inspectie dat alle GGZ-instellingen in staat zijn de bouwstenen voor 2014 volledig te implementeren.

Bezochte instellingen zijn op de goede weg met somatische screening en deels met ondersteuning gezonde leefstijl

De bezochte instellingen werken actief aan het reduceren van risico's voor hun patiënten door een periodieke somatische screening, waarbij ze onder meer leefstijl en metabool-syndroom betrekken. Instellingen koppelen vervolgcacties aan de uitkomsten van deze screening en bieden activiteiten aan om patiënten gezonder te laten eten en te laten bewegen. De ondersteuning om te stoppen met roken moet verbeteren: dit is nauwelijks geïmplementeerd.

Integrale aanpak nodig die ook de leefomgeving van de patiënt omvat

Het onderzoek laat zien dat de omgeving van de patiënt een belemmerende factor kan zijn bij leefstijlverandering. De cultuur binnen een deel van de bezochte GGZ-instellingen is nog onvoldoende gericht op het ondersteunen van een gezonde leefstijl. Dat stelt bijvoorbeeld eisen aan de voeding uit de centrale keuken en het voorbeeldgedrag van de zorgverleners in de woonomgeving (niet roken in het bijzijn van patiënten). Maar ook aan het mogelijk maken dat een patiënt activiteiten volgt, ook al is dat op een andere locatie. Voor een duurzame leefstijlverandering bij GGZ-patiënten die langdurig antipsychotica gebruiken, is een integrale aanpak nodig. De somatische screening, leefstijlbegeleiding en een omgeving die een gezonde leefstijl stimuleert, maken hier deel van uit.

4.6 Toezicht en vervolgcacties

Toezicht en handhaving

De inspectie toetst vanaf 2014 of GGZ-instellingen de bouwstenen naleven, waarbij de focus ligt op een integrale aanpak van de leefstijlbegeleiding. Tevens toetst de inspectie of GGZ-instellingen somatische incidenten systematisch registreren in het veiligheidsmanagement-systeem (VMS), en of de incidenten volgens een vastgestelde methode werden geanalyseerd en opgevolgd door toetsbare verbetermaatregelen. Indien nodig treedt de inspectie handhavend op.

Vervolgacties door andere partijen

GGZ Nederland onderkent het belang van somatische monitoring en het belang van een gezonde leefstijl om somatische complicaties te voorkomen en zal haar leden informeren over de bouwstenen. Somatische complicaties is één van de onderwerpen in het patiënt-veiligheidsprogramma 'Veilige zorg, ieders zorg' dat GGZ Nederland coördineert.



“Bij AZ waren Louis en Klaas mijn trouwste fans. Zij hielpen om beurten bij de trainingen. Klaas wist de sfeer er altijd goed in te houden, ook als we verloren hadden. Hij kwam dan binnen met een grijns van oor tot oor, beide duimen omhoog en zei glunderend dat winnen met 7-1 wel erg goed was! Dan is het moeilijk om in mineur aan de training te beginnen. Het ophalen van alle ballen vraagt aardig wat energie en is natuurlijk beter dan op de bank hangen. Ook het schoonmaken van het stadion gebeurde door een ploeg gehandicapt. Bewegen is dan geen issue; ze doen het gewoon.” Voor Van Hanegem is het vanzelfsprekend dat hij mensen met een beperking betreft bij allerlei activiteiten. “Ze kunnen veel meer dan mensen denken; het vraagt alleen iets meer geduld.”

Willem van Hanegem,
oud-voetbalinternational en trainer,
werkt graag met mensen met een
beperking.

5 Gezonde leefgewoonten stimuleren bij jongeren met een licht verstandelijke beperking: taak voor OBC's

5.1 Aanleiding en belang

Ook onder jongeren met een licht verstandelijke beperking zorgen roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit voor veel vermijdbare gezondheidsproblemen. Deze jongeren hebben een ongezondere leefstijl dan de gemiddelde Nederlander en zijn meestal niet zelfstandig in staat hun leefstijl aan te passen vanwege de beperkingen in hun intellectuele vermogens, verminderde sociale redzaamheid en hun leeftijd^[45].

Over de mate waarin een ongezonde leefstijl voorkomt bij deze jongeren, zijn nauwelijks Nederlandse cijfers bekend^[46,47,48,49]. Internationaal onderzoek naar licht verstandelijk beperkte volwassenen en jongeren geeft een indicatie van de ernst van het probleem^[50,51,52,53,54,55]. Zo heeft 23 procent van licht verstandelijk beperkte Franse jongeren overgewicht of obesitas. Dit percentage is veel hoger dan bij jongeren zonder verstandelijke beperking. In Nederland heeft 15 procent van de niet verstandelijk beperkte jongeren uit deze leeftijdsgroep overgewicht of obesitas. Zorgverleners bevestigen het beeld dat de leefstijl van jongeren met een licht verstandelijke beperking ongezonder is dan gemiddeld in Nederland.

In Nederland komen jaarlijks ongeveer 10.000 kinderen en jongeren in ernstige problemen omdat ze op een lager intellectueel niveau functioneren en beperkt sociaal redzaam zijn. Zij kampen met meervoudige problematiek: leer- en opvoedingsproblemen, ernstige gedragsproblemen of psychiatrische stoornis, vaak in combinatie met problemen in de gezinssituatie zoals mishandeling, verwaarlozing, verslaving of seksueel misbruik. Orthopedagogische behandelcentra (OBC's) in Nederland bieden een gespecialiseerd aanbod van behandeling en begeleiding voor deze jongeren. De behandeling kan variëren van enkele uren ambulante begeleiding per week, tot intensieve begeleiding met verblijf in een behandelgroep. De inspectie constateerde dat OBC's zich niet systematisch bezighielden met leefstijlbegeleiding en normen en richtlijnen nog ontbraken.

5.2 Doel en onderzoeksvragen

De inspectie wil bevorderen dat OBC's een redelijke inspanning leveren om licht verstandelijk beperkte jongeren gezond te houden door leefstijlbegeleiding. Het doel van dit onderzoek is in de eerste plaats om met het veld vast te stellen welke inspanning van OBC's verwacht mag worden om niet roken en een gezond gewicht en bewegen te bevorderen. Dit levert bouwstenen op die de inspectie in haar toetsingskader zal gebruiken. In de tweede plaats wil de inspectie toetsen hoe ver de OBC's in 2011 zijn met de implementatie van deze bouwstenen door het uitvoeren van een nulmeting. Op basis van de uitkomsten van dit

onderzoek stelt de inspectie een redelijke implementatietermijn vast, waarna de inspectie naleving van de bouwstenen zal handhaven.

De onderzoeksvragen zijn:

- 1 Welke redelijke inspanning moeten OBC's leveren om een gezonde leefstijl te bevorderen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking?
- 2 In hoeverre leveren de OBC's in 2011 deze redelijke inspanning al?

5.3 Onderzoeksmethode

Voor de beantwoording van de eerste vraag sprak de inspectie met relevante organisaties in het veld en voerde zij literatuuronderzoek uit. De inspectie verwerkte de resultaten in concept-bouwstenen voor leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking. Tijdens een invitational conference op 24 juni 2010 discussieerden inhoudelijk deskundigen en vertegenwoordigers van de orthopedagogische behandelcentra, de Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) en beroepsorganisaties over de bouwstenen en het belang van de bevordering van een gezonde leefstijl. De inspectie stelde de bouwstenen bij en publiceerde deze in november 2010.

Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden voerde de inspectie in 2011 een nulmeting onder alle OBC's uit. De 19 instellingen kregen een vragenlijst over de mate waarin zij voldeden aan de bouwstenen. De inspectie bezocht vervolgens 5 OBC's om aanvullende informatie te krijgen; dit waren de best en de slechtst scorende instellingen en één instelling van wie de inspectie de vragenlijst niet op tijd had ontvangen.

De bouwstenen zijn ingedeeld in 3 categorieën: instellingsniveau (beleid en organisatorische randvoorwaarden), individueel niveau (registratie en behandelplan per jongere) en uitvoeringsniveau (rol begeleiders en omgeving om de gezonde keus makkelijker te maken). Bij de nulmeting inventariseerde de inspectie bij elke categorie hoe ver de implementatie van de bouwstenen gevorderd was. Dit is gescoord als 'bij de eindstreep' (vergelijkbaar met 'geborgd'), 'flink eind gevorderd' (operationeel), 'op weg' (aanwezig) of 'in de startblokken' (afwezig). De OBC's verrichtten een redelijke inspanning als de instelling op alle drie de niveaus 'een flink eind gevorderd' of 'bij de eindstreep' was.

Tijdens een tweede invitational conference op 19 april 2012 heeft de inspectie de resultaten van de nulmeting gepresenteerd en samen met het veld de bouwstenen opnieuw besproken. In overleg met de VOBC zijn de bouwstenen waar nodig nog iets bijgesteld. In juni 2012 ontvingen alle OBC's de definitieve bouwstenen.

5.4 Resultaten

5.4.1 Bouwstenen: redelijke inspanning voor leefstijlbegeleiding door OBC's

In afstemming met het veld kwamen bouwstenen voor leefstijlbegeleiding tot stand (zie tabel 5.1). De meeste bouwstenen zijn generiek voor zowel roken, overgewicht als inactieve leefstijl, twee zijn specifiek. Op de website van de inspectie, www.igz.nl, staat een gedetailleerd overzicht van de bouwstenen.

Tabel 5.1

Bouwstenen voor leefstijlbegeleiding van jongeren met een licht verstandelijke beperking door orthopedagogische behandelcentra (OBC's)

Bouwstenen voor leefstijlbegeleiding door OBC's	
Instellingsniveau	Opstellen beleid
	Evalueren beleid
	Overige randvoorwaarden: scholing, registratie (op instellingsniveau), monitoring
Individueel niveau	Registratie van leefstijl als onderdeel van het behandelplan
	Leefstijlbegeleiding als onderdeel van het behandelplan
Uitvoeringsniveau	Rol van begeleiders: voorbeeldgedrag en gesprek aangaan
	Rol van de ouders
	Samenwerking met andere instanties
	Preventie inbouwen in het instellingsleven: de gezonde keus de makkelijke keus maken

5.4.2 Mate waarin OBC's voldeden aan de bouwstenen

Implementatie bouwstenen: uitvoeringsniveau scoort beter dan instellingsniveau

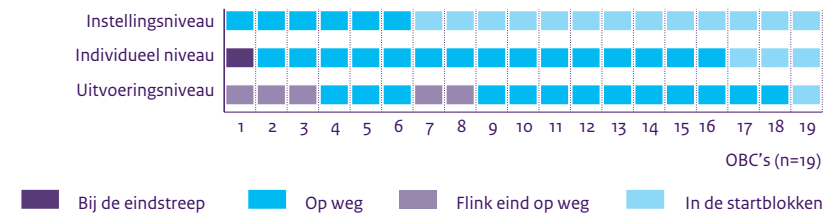
Als de scores van de bouwstenen per niveau worden opgeteld, blijkt dat er nog veel winst te behalen is in de ondersteuning van een gezonde leefstijl voor jongeren met een licht verstandelijke beperking (zie figuur 5.1). In 2011 hadden de OBC's de bouwstenen in beperkte mate geïmplementeerd. Bij alle OBC's waren verbeteringen nodig op instellingsniveau: dat stond bij 13 instellingen 'in de startblokken', de overige 6 scoorden hier 'op weg'. Op een na moesten de OBC's op minstens 2 niveaus verbeteringen doorvoeren. Bij 5 scoorde het uitvoeringsniveau in 2011 voldoende, waarvan 1 OBC de leefstijlbegeleiding ook op individueel niveau structureel had geborgd.



Overgewicht, roken en te weinig bewegen komt relatief veel voor bij jongeren met een licht verstandelijke beperking. Daardoor hebben ze meer kans op diabetes en hart- en vaatziekten. Orthopedagogische behandelcentra begeleiden extra kwetsbare jongeren uit deze groep met complexe gedrags- en psychiatrische stoornissen. Zij gaan deze jongeren structureel begeleiden bij een gezonde leefstijl.

Figuur 5.1

Mate waarin de bouwstenen bij OBC's op de verschillende niveaus in 2011 geïmplementeerd waren



Instellingsniveau: meeste aandacht voor anti-rookbeleid; scholing blijft achter

Van de OBC's voerden 13 beleid om roken te ontmoedigen. Voor leefstijlbegeleiding op het gebied van overgewicht en lichamelijke inactiviteit hadden respectievelijk 2 en 3 OBC's beleid geformuleerd. 5 instellingen evalueerden het beleid; 4 gebruikten registratiegegevens om het beleid te kunnen bijstellen. Begeleiders bij 13 OBC's waren niet specifiek geschoold voor leefstijlbegeleiding.

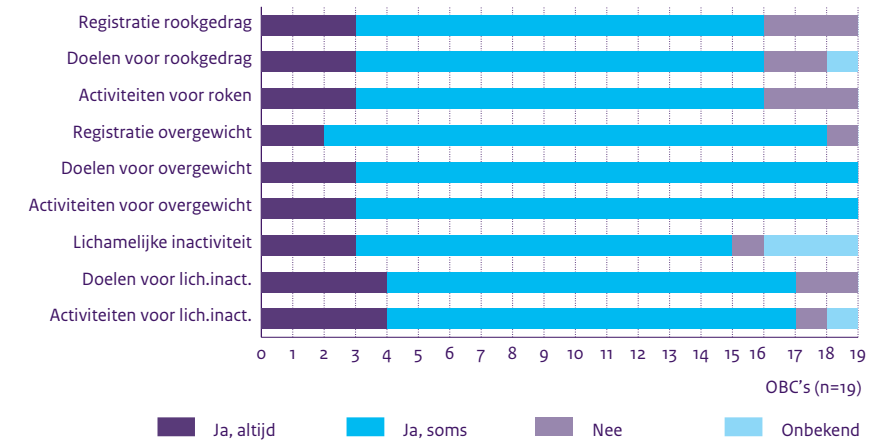
Individueel niveau: leefstijl nog nauwelijks structureel verankerd in behandelplan

In het individuele behandelplan van elke jongere hoort volgens de bouwstenen informatie te staan over diens leefstijl, doelen om indien nodig de leefstijl te veranderen en activiteiten om gezond gedrag te bevorderen. Dit gebeurde in de praktijk structureel door 2 OBC's voor zowel roken, overgewicht als lichamelijke inactiviteit (zie figuur 5.2).

Beter scoorden de OBC's op de evaluatie van periodiek gemaakte afspraken in het behandelplan (17 OBC's); 13 deden dit samen met de jongere, diens vertegenwoordiger en tenminste een andere hulpverlener. Bij 16 OBC's ging de arts altijd na of de cliënt na een verwijzing naar andere zorgverleners (onder meer voor leefstijlbegeleiding) daadwerkelijk was geweest.

Figuur 5.2

Mate waarin in het individuele behandelplan structureel aandacht is voor de aanpak van roken, overgewicht en een inactieve leefstijl bij alle OBC's in 2011



Uitvoeringsniveau: kwart OBC's was op weg

Van de 19 scholen 8 OBC's medewerkers om een voorbeeldfunctie voor gezond gedrag te vervullen; 12 OBC's bespraken het belang van de voorbeeldfunctie met de ouders. Afstemming met andere zorgverleners en organisaties (huisarts, sportvereniging) gebeurde door 8 OBC's om gezamenlijk een gezonde leefstijl voor de jongeren te bevorderen.

Bijna alle OBC's hadden aandacht voor het ontmoedigen van roken. Bij iets minder dan de helft (8) gold een rookverbod voor jongeren. Tijdens de instellingsbezoeken bleek echter dat de instellingen roken vaak gedoogden bij kinderen onder de 16 jaar.

De meest voorkomende maatregel om overgewicht tegen te gaan was aandacht voor gezonde voeding. Instellingen noemden tijdens de bezoeken vaak de HACCP-richtlijnen (gericht op voedselveiligheid), maar andere meer op gezondheid gerichte normen zoals de 'schijf van vijf' noemden zij niet. Om overgewicht te bestrijden, zetten 7 OBC's bewust beweegprogramma's in.

De OBC's besteedden relatief veel aandacht aan bewegen. In de gesprekken die de inspectie met medewerkers voerde, bleek dat hun eigen houding ten opzichte van bewegen veel invloed heeft op het aantal beweegactiviteiten die jongeren doen. Hetzelfde gold voor de aanwezigheid van een vrijetijdsafdeling of sportvoorzieningen. Eén OBC verwees jongeren door naar andere organisaties; de andere 18 boden zelf beweegactiviteiten aan en/of hadden een omgeving die uitdaagt tot bewegen. Tabel 5.2 geeft de verschillende maatregelen weer die de OBC's troffen om een gezonde leefstijl te bevorderen.

Tabel 5.2
Maatregelen die OBC's troffen voor een gezonde leefstijl in 2011

Leefstijlaspect	Maatregel	Aantal OBC's
Roken	Ontmoedigingsbeleid onder 16	17
	Rookverbod instelling	8
	Anders	5
Overgewicht	Aandacht voor gezonde voeding	13
	Beweegprogramma's	7
	Geen	4
	Anders	3
	Onbekend	1
Bewegen	Beweegactiviteiten in instelling	14
	Verwijzen naar beweegactiviteiten	14
	Omgeving daagt uit tot bewegen	11
	Anders	4

5.5 Conclusies

Leefstijlbegeleiding heeft aandacht, maar is nog niet structureel verankerd

De OBC's hebben aandacht voor het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de jongeren die onder hun zorg vallen. Maar ze doen dit nog niet systematisch. De bouwstenen die de inspectie met het veld ontwikkelde, vormen een impuls om leefstijlbegeleiding te verankeren in het beleid en dit voortvarend te implementeren.

Geen enkele OBC heeft in 2011 de bouwstenen op alle drie de niveaus al voldoende op orde. Op instellingsniveau ontbreken beleid en andere randvoorwaarden om leefstijlbegeleiding te verankeren. Op individueel niveau maakt leefstijlbegeleiding nog niet systematisch deel uit van de behandelplannen.

De uitvoeringspraktijk is het meest ver gevorderd. Hier is de invloed van individuele medewerkers groot op het bevorderen van een gezonde leefstijl bij de bewoners. Binnen een organisatie kunnen daardoor grote verschillen bestaan: de ene locatie stimuleert jongeren om gezonder te leven, terwijl een andere locatie jongeren die mogelijkheid onthoudt. Beleid is noodzakelijk om leefstijlbegeleiding voor alle jongeren toegankelijk te maken.

Grote verschillen in aanpak leefstijlfactoren; norm voor ontmoedigen roken vastgesteld

Roken wordt in veel instellingen gedoogd. Ondanks het ontmoedigingsbeleid gebeurt er in de praktijk te weinig als jongeren onder de 16 roken. De OBC's hebben nu een belangrijke

stap gezet door als norm te formuleren dat het niet verantwoord is als medewerkers in het zicht van jongeren roken.

De preventie van overgewicht vindt niet systematisch plaats. De meeste – maar niet alle – OBC's hebben wel aandacht voor gezonde voeding, maar individuele leefstijlbegeleiding bij overgewicht gebeurt op basis van een klinische blik en niet op basis van een objectieve meting. Niet alle OBC's bieden systematisch gezonde voeding aan. Alle OBC's bieden de jongeren voldoende mogelijkheden om te bewegen; dit gebeurt niet altijd gericht om overgewicht te verminderen.

5.6 Toezicht en vervolgacties

Toezicht en handhaving

In de tweede helft van 2013 voert de inspectie een thematoezichtonderzoek uit naar de implementatie van de bouwstenen bij de OBC's. De nulmeting dient als referentiemeting. Indien de resultaten daar aanleiding voor geven, treedt de inspectie handhavend op. De inspectie verwacht dat de OBC's aan de hand van de bouwstenen verdere vooruitgang kunnen boeken om jongeren met een licht verstandelijke beperking te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. De systematische toepassing van leefstijlbegeleiding past binnen andere kwaliteitsverbeteringen die OBC's doorvoeren op het gebied van verantwoorde zorg^[56,57,58]. In 2013 moeten de OBC's de bouwstenen geïmplementeerd hebben; de inspectie acht dit na overleg met de VOBC een realistische implementatietermijn.

Nieuwe initiatieven voor leefstijlbegeleiding in de gehandicaptenzorg

In de gehandicaptenzorg is steeds meer aandacht voor preventie en het bevorderen van een gezonde leefstijl. Zo zijn 'Gezondheid/Leefstijl' en 'LVB en verslaving' 2 van de 10 thema's van het Verbeterprogramma Gehandicaptenzorg. Voor het thema 'Gezondheid/Leefstijl' organiseren CBO, TNO en Vilans in samenwerking met de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland activiteiten om kennis over leefstijlbegeleiding te verspreiden. In het leernetwerk Gezondheid creëren zorgverleners binnen hun organisatie de goede voorwaarden voor een gezond leven van hun cliënten. Het project 'LVB en verslaving' is specifiek gericht op alcohol- en drugsgebruik onder licht verstandelijk beperkten.



“Mijn man had elke dag een programma waarin bewegen een vast onderdeel was. Twee keer per dag een wandelingetje, contact met vrienden en bekenden, bewegen op muziek etcetera. Daarnaast ging hij wekelijks naar een mensendiecktherapeut waar hij in spelvorm een aantal oefeningen deed. Het effect was dat zijn lichamelijke functies tot vrijwel het laatst (mijn man is in april overleden) goed zijn blijven functioneren. Door de inspanningen overdag was hij ‘s avonds ook echt moe, waardoor hij goed sliep.”

Maria van der Hoeven is directeur van het Internationaal Energieagentschap (IEA) in Parijs en oud-minister van Economische Zaken en Onderwijs.

Maria van der Hoeven over het belang van lichamelijk actief blijven, verzorgde haar echtgenoot met dementie.

6 Ouderen in instellingen meer zelfredzaam door bewegen structureel te stimuleren

6.1 Aanleiding en belang

Ouderen in instellingen bewegen veel te weinig. Driekwart van de bewoners van verzorgingshuizen en 9 van de 10 bewoners van verpleeghuizen is lichamelijk inactief. Hoewel cijfers ontbreken over de lichamelijke activiteit van ouderen in psychogeriatrische instellingen, is het gezien hun ziektebeeld aannemelijk dat zij nog minder bewegen^[59]. Dit is een onwenselijke situatie, want wie niet actief beweegt, heeft een grotere kans op incontinentie, botontkalking en valincidenten. Daarnaast heeft inactiviteit invloed op hoe mensen cognitief functioneren^[60].

Lichamelijke activiteit draagt bij aan de zelfredzaamheid van ouderen en kan de achteruitgang van de kwaliteit van leven vertragen. Elke extra lichaamsbeweging helpt, ongeacht de intensiteit, duur, frequentie en het type^[61]. De Vrije Universiteit (VU) verrichtte in opdracht van de inspectie literatuuronderzoek naar de effectiviteit van beweeginterventies^[60]. Hoewel voor veel interventies gedegen onderzoek ontbreekt, blijkt dat het loont voor instellingen om bewegen te stimuleren. Bijvoorbeeld door ouderen de algemene dagelijkse handelingen (ADL) zelfstandig(er) te laten uitvoeren. Dit zorgt er niet alleen voor dat ouderen meer bewegen maar bevordert ook aantoonbaar de zelfredzaamheid van ouderen met en zonder dementie.

Ouderen in een instelling vormen een kwetsbare groep. Als zij een indicatie krijgen voor een verzorgings- of verpleeghuis zijn ze meestal niet meer in staat om zelf gezonde keuzes te maken en deze uit te voeren. Zij zijn hiervoor afhankelijk van de instelling. Uit vragenlijstonderzoek dat TNO in 2010 in opdracht van de inspectie uitvoerde, blijkt dat instellingen bewegen belangrijk vinden en positief zijn over beweegstimulering. In de praktijk krijgt beweegstimulering als preventiemiddel echter weinig prioriteit. Instellingen benutten de mogelijkheden voor activering onvoldoende, bijvoorbeeld tijdens recreatie en zorgmomenten. Bij veel instellingen ontbreekt beleid, is er onvoldoende deskundigheid en neemt slechts een klein groepje bewoners deel aan het beweegaanbod. Instellingen geven aan dat gebrek aan tijd, personeel en/of financiën belemmerend werken^[62].

De inspectie vindt dat verpleeg- en verzorgingshuizen een verantwoordelijkheid hebben om bewegen te stimuleren als een vanzelfsprekend onderdeel van verantwoorde zorg. Hiermee sluit de inspectie aan bij het programma *Sport en bewegen in de buurt* waarmee het kabinet wil realiseren dat in en rondom verzorgingshuizen een beweegaanbod op maat komt voor ouderen^[63]. Landelijke beweegnormen ontbreken nog; dit inspectieonderzoek is gestart om structureel beweegbeleid te stimuleren.

6.2 Doel en onderzoeksvraag

Het doel van dit onderzoek is om met veldpartijen vast te stellen welke redelijke inspanning van verpleeg- en verzorgingshuizen verwacht mag worden om bewegen bij ouderen te stimuleren. Dit gebeurt in de vorm van bouwstenen die de inspectie zal gebruiken als toetsingskader in haar toezicht. De inspectie onderzoekt bij 10 instellingen het belang en de haalbaarheid van de bouwstenen. Mede op basis van de onderzoeksresultaten stelt de inspectie een redelijke implementatietermijn vast voor zij de naleving van de bouwstenen zal handhaven.

De onderzoeksvraag is:

Wat is een redelijke inspanning voor instellingen in de intramurale ouderenzorg om bewegestimulering bij ouderen die in deze instellingen verblijven, structureel onderdeel van de zorgverlening te maken?

6.3 Onderzoeksmethode

De inspectie stelde eind 2011 met deskundigen concept-bouwstenen op voor bewegestimulering bij ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen. In de eerste helft van 2012 bezocht de inspectie 10 over het land verspreide verpleeg- en verzorgingshuizen om het belang en de haalbaarheid van de bouwstenen te toetsen. Van 6 instellingen wist de inspectie dat zij bezig waren met bewegestimulering, van 4 was dit niet bekend. De inspectie sprak met vertegenwoordigers van de cliëntenraad, de medewerkers en het management en maakte met hen per bouwsteen een inschatting van de mate waarin deze was geïmplementeerd. Op basis van dit onderzoek stelde de inspectie de bouwstenen op enkele punten bij.

Om een goed beeld te krijgen van nut en noodzaak van bewegestimulering voor ouderen, liet de inspectie twee onderzoeken uitvoeren.

- TNO inventariseerde in 2010-2011 met een vragenlijstonderzoek in hoeverre instellingen voor ouderenzorg bewegen stimuleren en welke randvoorwaarden daarvoor nodig zijn. Een steekproef van 200 zorginstellingen kreeg het verzoek om informatie aan te leveren; de respons was 28 procent.
- De Vrije Universiteit (VU) voerde in 2012 een literatuuronderzoek uit naar de mate waarin ouderen inactief zijn, de effecten daarvan op hun functioneren en de effectiviteit van beweeginterventies. Tevens inventariseerde de VU samen met Vilans, TNO en het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) implementatiestrategieën voor bewegestimulering in instellingen voor ouderen.

In eerste instantie richtte de inspectie zich op dementerende ouderen in instellingen. Toen uit de achtergrondstudies en de bezoeken aan de instellingen bleek dat de bouwstenen voor bewegestimulering voor alle ouderen in instellingen van groot belang zijn, is de focus van de bouwstenen verbreed.

6.4 Resultaten

6.4.1 Bouwstenen: redelijke inspanning voor bewegestimulering bij ouderen in instellingen

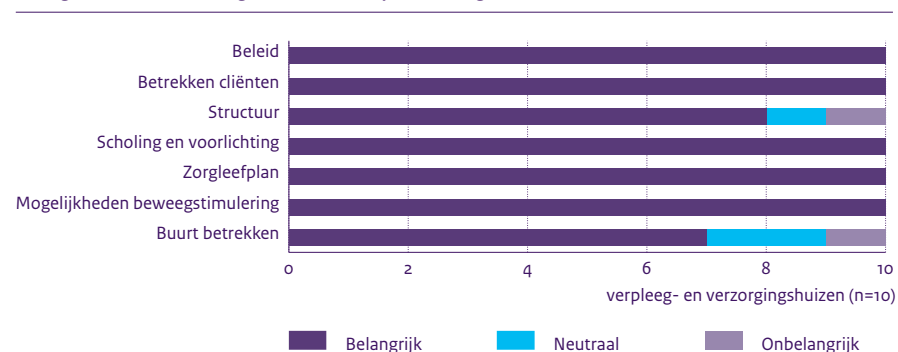
De volgende bouwstenen voor bewegestimulering stelde de inspectie vast in overleg met deskundigen en organisaties in het veld (zie tabel 6.1; uitgebreidere informatie staat op www.igz.nl). Om bewegen structureel deel te laten uitmaken van de zorg is het van belang dat instellingen beweegbeleid opstellen en implementeren, in samenspraak met ouderen en hun verwanten, zorgverleners en vrijwilligers.

Tabel 6.1
Bouwstenen voor bewegestimulering van ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen

Bouwstenen bewegestimulering	
Beleid	De instelling heeft beleid vastgesteld over bewegestimulering
Cliënten betrekken	De instelling betreft cliënten bij het voorbereiden, uitvoeren en evalueren van het beleid over bewegestimulering
Structuur	De instelling beschikt over een structuur voor bewegestimulering
Scholing en voorlichting	De instelling zorgt voor deskundigheidsbevordering voor medewerkers en voorlichting voor medewerkers, vrijwilligers, cliënten en hun familie over belang, voordelen en mogelijkheden van bewegestimulering
Zorgleefplan	De instelling legt afspraken over bewegestimulering vast in het individuele zorgleefplan van cliënten
Mogelijkheden bewegestimulering	De instelling beschikt over voldoende mogelijkheden voor medewerkers, vrijwilligers, familie en cliënten om invulling te geven aan bewegestimulering
Buurt betrekken	De instelling biedt haar cliënten mogelijkheden om gebruik te maken van faciliteiten in de buurt en stelt haar voorzieningen voor bewegestimulering beschikbaar voor ouderen in de buurt

6.4.2 Ervaren belang van de bouwstenen bij 10 instellingen

Figuur 6.1
Belang van de bouwstenen: gemiddelde score per instelling



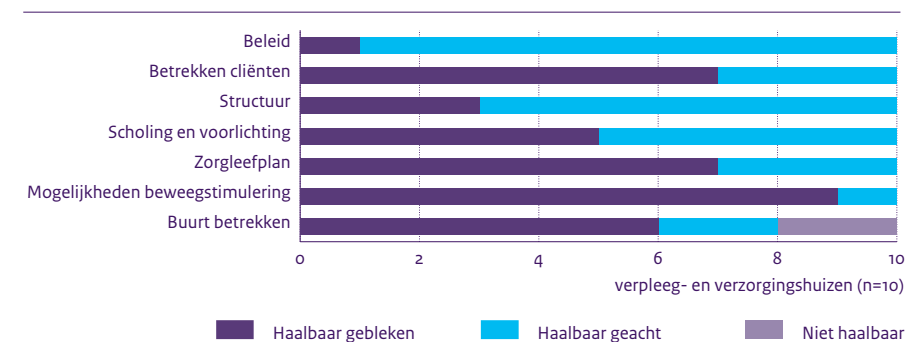
Gesprekspartners bij de 10 instellingen vonden het belangrijk dat de instellingen zich structureel inspannen om ouderen meer te laten bewegen (zie figuur 6.1). Er was geen discussie over het vastleggen van activiteiten in het zorgleefplan en zorgen voor een goed aanbod. Alle instellingen vonden het belangrijk dat er beleid was waar cliënten bij betrokken werden en dat scholing en voorlichting goed geregeld waren. Meer discussie was er over de bouwsteen 'structuur'; hierbij stelt een instelling bijvoorbeeld een aandachtsfunctionaris aan of werkgroep in. De vrees bestond bij enkele managers dat door een aandachtsfunctionaris te benoemen, anderen zich niet meer verantwoordelijk voelden om bewegen te stimuleren. Ook bij 'buurt betrekken' plaatsten 3 van de 10 instellingen de kanttekening dat het sterk van de patiëntenpopulatie en de locatie van de instelling afhangt of dit haalbaar is.

6.4.3 De haalbaarheid en implementatie van de bouwstenen bij 10 instellingen

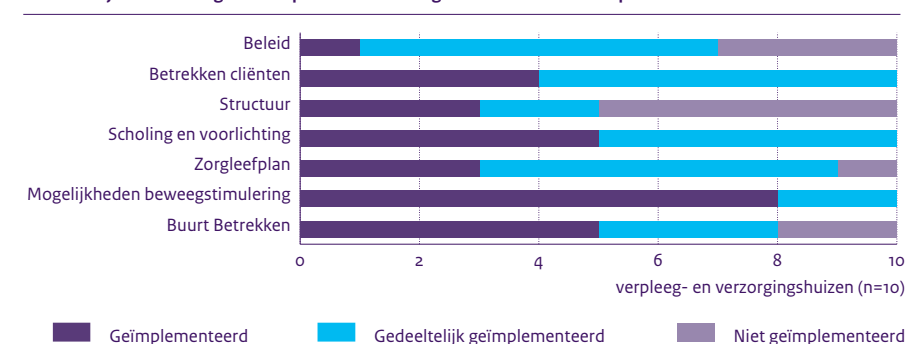
Overzicht van de scores

Figuur 6.2 en 6.3 geven de gemiddelde scores van de haalbaarheid en mate van implementatie weer.

Figuur 6.2
Gemiddelde scores van de haalbaarheid van de bouwstenen



Figuur 6.3
Gezamenlijke inschatting door inspectie en instellingen van de mate van implementatie van de bouwstenen



Toelichting per bouwsteen

1. Beleid

Deze bouwsteen achtten 9 van de 10 instellingen haalbaar op termijn. Bij één instelling schatten inspectie en instelling in dat deze bouwsteen geïmplementeerd was, bij 6 dat dit deels het geval was. Instellingen gaven aan dat het beleid beknopt beschreven moet zijn, richting moet geven en als toetssteen moet kunnen dienen. Instellingen onderzochten hoe zij bewegestimulering voor verschillende doelgroepen konden inzetten, zoals voor (jong-)dementerenden.



Ouderen die in een verpleeg- of verzorgingshuizen wonen, bewegen veel te weinig. Daardoor is de kans groter op incontinentie, botontkalking en valincidenten. Meer bewegen is voor ouderen belangrijk, want het vergroot de zelfredzaamheid en vertraagt verdere achteruitgang in de kwaliteit van leven. Verpleeg- en verzorgingshuizen hebben een verantwoordelijkheid om bewegen bij hun bewoners te stimuleren.

2. Cliënten betrekken

Voor 7 instellingen was deze bouwsteen in de praktijk nu al haalbaar; de overige 3 achtten het betrekken van cliënten bij alle fasen van het beweegbeleid haalbaar op termijn. Bij 4 instellingen schatten de inspectie en de instellingen in dat de bouwsteen volledig was geïmplementeerd en bij de overige 6 was dat deels het geval. Instellingen betrokken de cliëntenraad bij het beleid. Ook organiseerden zij bijeenkomsten voor cliënten over het thema bewegen.

3. Structuur voor bewegestimulering

Een structuur voor bewegestimulering hadden 3 instellingen al gerealiseerd; bij 2 was dit deels het geval. Bij de overige 5 was van implementatie nog geen sprake. Alle instellingen achtten de implementatie van deze bouwsteen haalbaar.

4. Scholing en voorlichting

De helft van de instellingen had deze bouwsteen geïmplementeerd. De andere instellingen vonden implementatie haalbaar. Scholing van medewerkers kan gaan over het ondersteunen van individuele cliënten (bijvoorbeeld in het kader van ADL en therapieën) of om deskundigheid in het ondersteunen van groepen cliënten bij onder andere activering, recreatie of valpreventie. Veel instellingen zagen de (geriatrie)fysiotherapeut als een deskundige die kan bijdragen aan scholing via bijvoorbeeld 'training on the job'.

5. Zorgleefplan

Niemand betwistte de haalbaarheid van deze bouwsteen. Het gebeurde volgens 7 instellingen bij hen al in de praktijk. Volgens de inschatting van de inspectie en de instellingen was dit bij 3 instellingen al volledig conform de bouwsteen; bij 6 was deze al gedeeltelijk geïmplementeerd.

6. Mogelijkheden bewegestimulering

Van de bezochte instellingen voldeden 9 geheel aan deze bouwsteen, bij de overige instelling was dit gedeeltelijk het geval. De meeste instellingen stelden het aanbod aan beweegactiviteiten op in samenspraak met de cliëntenraad en cliënten. Verzorgenden stimuleerden bewegen vooral op individueel niveau, in het kader van ADL. Zij gaven echter in de gesprekken aan dat dit door de vele werkzaamheden die zij moeten verrichten vaak in het gedrang komt. Het management gaf aan dat op dit terrein nog winst te behalen is door kritisch te kijken naar de organisatie van de zorg en door verzorgenden nóg bewuster te maken van de noodzaak van bewegestimulering. De fysieke omgeving (het gebouw, de ligging, de voorzieningen) bleken sterk bepalend te zijn voor wat er op het gebied van bewegestimulering mogelijk was. Uit alle gesprekken kwam naar voren dat instellingen vaak afhankelijk zijn van de inzet van vrijwilligers op dit gebied.

7. Buurt betrekken

Deze bouwsteen vonden 2 instellingen niet haalbaar. De zwaarte van de doelgroep, de ligging van de instelling en de beschikbare faciliteiten bepaalden in hoeverre instellingen deze bouwsteen haalbaar achtten. Zo gaven instellingen aan dat participatie of sociale integratie

van mensen met ernstige psychogeriatrische problematiek beperkt mogelijk was. Voor deze cliënten bestond integratie vooral uit het 'binnen halen' van de buurt. Dat zorgde voor levendigheid. Alle instellingen gaven aan voortdurend op zoek te zijn naar reële mogelijkheden op dit gebied.

De inspectie en de instellingen beoordeelden bij 5 instellingen dat deze bouwsteen volledig geïmplementeerd was en bij 3 deels.

6.5 Conclusies

Belang van beweginginterventies wel bekend, maar heeft een lage prioriteit

De onderzoeken die TNO en de VU voor de inspectie uitvoerden, laten zien dat in de praktijk bewegestimulering geen prioriteit heeft. De bezoeken aan de 10 instellingen geven een positiever beeld van de implementatie van de bouwstenen dan de inspectie op basis van het TNO-onderzoek verwachtte. De bezoeken bevestigen echter ook dat het uitvoeren van beweegactiviteiten met ouderen te makkelijk in het gedrang komt. Een bewezen effectieve interventie zoals mensen zoveel mogelijk zelf hun algemene dagelijkse handelingen laten verrichten, schiet er vaak bij in uit tijdgebrek. Ouderen worden daardoor sneller nog meer afhankelijk van intensieve hulp, dat geldt ook voor mensen die met de juiste ondersteuning nog veel zelf kunnen doen. Ook voor specifieke doelen als het voorkomen van valincidenten, decubitus of diabetes kunnen beweginginterventies effectief zijn. Uiteindelijk zijn niet alleen de oudere bewoners maar ook de zorginstelling zelf gebaat bij actievere bewoners.

Bouwstenen zijn belangrijk en haalbaar

De bouwstenen voor instellingen om te bevorderen dat hun oudere bewoners meer bewegen, zijn belangrijk en haalbaar. Die conclusie trekt de inspectie op basis van de haalbaarheidstoets bij 10 instellingen en gesprekken met organisaties in het veld. De inspectie vond het positief dat verschillende instellingen al veel deden aan bewegestimulering. Bij anderen stond de implementatie nog aan het begin. Het minst goed scoorden 'beleid', 'structuur' en 'buurt betrekken'.

6.6 Toezicht en vervolgacties

Toezicht en handhaving

De inspectie geeft verzorgings- en verpleeghuizen na overleg met ActiZ nog 2 jaar de tijd om de bouwstenen te implementeren. De inspectie toetst in 2015 de naleving van de bouwstenen en treedt waar nodig handhavend op.

Vervolgacties van andere partijen

ActiZ onderkent het belang van bewegestimulering en zal haar leden oproepen hun verantwoordelijkheid te nemen om hier structureel aandacht aan te besteden en daarbij de bouwstenen te gebruiken.

Er zijn verschillende initiatieven om zorginstellingen te helpen bij structurele implementatie van een beweegbeleid. Voorbeelden hiervan staan ook in het rapport dat de VU voor deze Staat van de Gezondheidszorg opstelde^[60]. Zo hebben het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en ZonMW een stappenplan voor de implementatie van (beweeg)beleid en geeft Vilans een advies over de implementatie van beweegbeleid voor ouderen met dementie. Daarnaast verkennen ook andere organisaties welke bijdrage zij kunnen leveren aan de implementatie van bewegestimulering.

De fysiotherapeuten willen de regie voeren op de beweegzorg in Nederland. Daarom zien het Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie in de Geriatrie (NVFG) het tot hun taak om de implementatie van de bewegestimulering in verzorgings- en verpleeghuizen mede vorm te geven. Ze stimuleren op twee manieren de vakbekwaamheid en het ondernemerschap van professionals. Ten eerste bieden zij leertrajecten aan fysiotherapeuten in verpleeg- en verzorgingshuizen aan. Daarnaast ontwikkelen ze samen met ActiZ en andere relevante (beroeps)groepen een addendum 'Bewegen' bij het zorgleefplan, waarin activiteiten per levensdomein uitgewerkt worden.



“In Overvecht bestond een goede voedingsbodem voor een gezamenlijke aanpak om de wijk gezonder te maken. We hadden een convenant met de gemeente en werkten al nauw samen met de GGD. Bovendien konden we voortbouwen op bestaande initiatieven om de zorginfrastructuur in de wijk te verbeteren. Allemaal waren we overtuigd dat het noodzakelijk is om de leefsituatie van bewoners in de wijk te verbeteren. Veel bewoners zijn bij ons verzekerd en in vergelijking met andere wijken zijn de zorgkosten er erg hoog. De aanpak is in Overvecht meetbaar succesvol. Zo is bijvoorbeeld het overgewicht onder jongeren met 7 procent gedaald. Het succes is mede te danken aan de meetbare doelstellingen waarbij

partijen van zorg tot onderwijs betrokken zijn. Acties worden onderling afgestemd en bewoners krijgen van alle betrokken partijen dezelfde boodschap te horen en te zien. Het lukt door de consequente aanpak om mensen meer verantwoordelijkheid te laten nemen voor hun eigen gezondheid.

Alle betrokkenen zijn zeer enthousiast over de effecten. Maar we realiseren ons ook dat dit geen blauwdruk is voor alle wijken in Nederland. Je moet je aanpassen aan de lokale situatie; die is overal anders.”

Marjolein Verstappen, directeur Zorginkoop bij Achmea, over succesvolle aanpak om van Utrecht Overvecht een gezondere wijk te maken.

7 Integrale aanpak leefstijlbegeleiding in achterstandswijken nodig

7.1 Aanleiding en belang

In Nederland zijn roken en overgewicht de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte. Een kwart van de ziektelast in ons land wordt door deze leefstijlfactoren verklaard^[64]. Mensen die roken, ongezond eten en weinig bewegen, lopen meer risico om leefstijlgebonden aandoeningen te krijgen zoals longkanker, COPD, hart- en vaatziekten en diabetes.

Leefstijlverandering heeft direct een gunstig effect op de levensduur. Wie stopt met roken ziet zijn levensverwachting met 4,6 jaar stijgen^[65]. Ook afvallen en meer bewegen verlengen het leven gemiddeld met respectievelijk ruim twee en één jaar. Bovendien leven ze langer zonder ernstige gezondheidsproblemen.

Veranderen van leefstijl is moeilijk. In een omgeving waar veel mensen een ongezond leefpatroon hebben, is het extra lastig dat patroon te doorbreken. Zonder ondersteuning lukt dit veel mensen niet^[66]. Het beleid van het ministerie van VWS is erop gericht gezonde keuzes makkelijker te maken en zorg dicht bij huis aan te bieden. De gezondheidsnota *Gezondheid dichtbij* uit 2011 geeft aan dat mensen die ervoor kiezen om gezonder te leven zo min mogelijk drempels moeten tegenkomen^[4]. De eigen buurt biedt goede aangrijpingspunten om mensen via de huisarts, thuiszorg of GGD te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. Per buurt kan de behoefte aan ondersteuning verschillen. Zo kan in een wijk waar veel overgewicht voorkomt de behoefte aan ondersteuning gericht zijn op gezonde voeding en bewegen.

Uit gegevens van de GGD'en blijkt dat in sommige wijken een ongezonde leefstijl veel meer voorkomt dan in andere. Dit zijn met name achterstandswijken, waar veel mensen wonen met een lager opleidingsniveau. Het verschil tussen hoog en laag opgeleiden is groot in Nederland. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 6 tot 7 jaar korter en 16 tot 19 jaar langer met (ernstige) gezondheidsproblemen^[67,68]. In achterstandswijken is een grote gezondheidswinst te behalen met leefstijlbegeleiding. Mensen zijn minder weerbaar en hebben extra begeleiding nodig om gezond te leven.

Omdat een blijvende verandering van leefgewoonten kan voorkomen dat mensen leefstijlgebonden aandoeningen krijgen, ziet de inspectie hier een belangrijke taak voor GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties. Zij zijn primair verantwoordelijk dat integrale leefstijlbegeleiding toegankelijk wordt voor bewoners op wijkniveau. Dit geldt met name voor achterstandswijken.

Zorgverleners hebben elkaar nodig om duurzame veranderingen tot stand te brengen bij bewoners. Voor effectieve leefstijlbegeleiding zullen ook vaak partners buiten de zorg nodig zijn. Bijvoorbeeld om bewegen te stimuleren, of mensen te leren gezond te koken. Er zijn

veel organisaties werkzaam in de wijk, maar vaak kennen ze elkaars aanbod niet, of er zijn wel contacten maar is de samenwerking niet gestructureerd. Ook voor bewoners is het aanbod ondoorzichtig.

7.2 Doel en onderzoeksvraag

De inspectie wil bevorderen dat GGD'en, grote eerstelijnspraktijken (met meer dan 10.000 patiënten) en thuiszorgorganisaties gezamenlijk een redelijke inspanning leveren om bewoners van achterstandswijken te ondersteunen bij een gezonde leefstijl. Daartoe formuleert de inspectie met beroeps- en brancheorganisaties en deskundigen randvoorwaarden, waarvan de haalbaarheid in de praktijk getoetst wordt. Na een redelijke implementatieperiode zal de inspectie de naleving van de randvoorwaarden handhaven. Dit moet uiteindelijk leiden tot een verbetering van de gezondheidssituatie van de bewoners in achterstandswijken.

De onderzoeksvraag is:

Wat is een redelijke inspanning van de zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg (GGD'en, grote huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisaties) om op wijkniveau in samenwerking met relevante partijen bewoners te ondersteunen bij het verbeteren van de leefstijl?

7.3 Onderzoeksmethode

De randvoorwaarden voor integrale zorg op wijkniveau kwamen in nauw overleg met het veld tot stand. De inspectie stelde eerst een groslijst op van randvoorwaarden, gebaseerd op richtlijnen, goede praktijkvoorbeelden en gesprekken met veldpartijen. Tijdens een expertmeeting in juni 2011 bespraken deskundigen, beroeps- en brancheorganisaties, zorgverzekeraars en gemeenten deze groslijst. Ze konden aanvullingen doen en selecteerden gezamenlijk de essentiële randvoorwaarden. Het resultaat was een lijst met 6 randvoorwaarden.

De inspectie toetste de haalbaarheid van de randvoorwaarden in 9 wijken in juli en augustus 2011 door middel van een gesprek met verschillende partijen. De wijken waren verspreid over Nederland en omvatten zowel wijken die als voorbeeld kunnen gelden, als wijken waar de samenwerking nog in de kinderschoenen stond. Om zicht te krijgen op de mogelijke rol van zorgverzekeraars voerde de inspectie gesprekken met 4 zorgverzekeraars die betrokken waren bij de zorg in 6 van de bezochte wijken. In november 2011 stelde de inspectie de randvoorwaarden vast.

7.4 Resultaten

7.4.1 Randvoorwaarden: redelijke inspanning voor gezamenlijke zorgverleners in de wijk

Met veldpartijen en deskundigen kwam de inspectie tot 6 randvoorwaarden voor GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties (zie tabel 7.1). Uitgebreidere informatie over de randvoorwaarden staat op de website van de inspectie, www.igz.nl.

Tabel 7.1
Randvoorwaarden voor GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties voor integrale zorg in achterstandswijken

Randvoorwaarden voor integrale zorg in de wijk	
1	Gezamenlijke probleemanalyse
2	Gezamenlijke doelstellingen
3	Systematische evaluatie en verbetering
4	Gestructureerd overleg tussen relevante zorgverleners in de buurt
5	Netwerkregie
6	Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente

De mate waarin de randvoorwaarden gerealiseerd waren, wisselde. De inspectie constateerde dat als randvoorwaarden nog niet gerealiseerd waren, deze vaak al wel op de agenda stonden. In 3 wijken waren alle randvoorwaarden gerealiseerd of gepland, in 3 wijken gold dat voor 5 van de 6 randvoorwaarden. Alle wijken hadden een evaluatie uitgevoerd of gepland. Het minst goed scoorden de wijken op de randvoorwaarde netwerkregie. De 5 wijken waar wel een regisseur was (of was gepland), hadden afspraken over diens rol meestal niet vastgelegd.

7.4.2 Resultaten per randvoorwaarde: wat trof de inspectie aan?

Hierna volgt een korte toelichting per randvoorwaarde en een illustratie wat de inspectie in de 9 wijken tegenkwam.

Randvoorwaarde 1: Gezamenlijke probleemanalyse

De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg maken een gezamenlijke probleemanalyse op wijkniveau, waarbij de zorgverleners verschillende informatiebronnen gebruiken.

Veel mensen willen gezond leven, maar redden het niet op eigen kracht om hun leefgewoonten te veranderen. Dat wordt makkelijker als zij in hun eigen buurt ondersteuning kunnen krijgen. De meeste gezondheidswinst is te halen in achterstandswijken; daar komen ongezonde leefgewoonten – en hierdoor veroorzaakte ziekten – het meest voor. GGD'en, grote eerstelijnspraktijken en thuiszorgorganisaties kunnen met de gemeente veel bereiken als ze gezamenlijk de verantwoordelijkheid nemen om leefstijlondersteuning voor iedereen in de buurt toegankelijk te maken.



Wat trof de inspectie in de praktijk aan?

In de periode van het onderzoek hadden 10 GGD'en inmiddels een regionale volksgezondheid toekomstverkenning (rVTV). Hierin staan onder meer indicatoren van gezondheid, zoals het rook- en drinkgedrag, maar ook het aanbod van preventie en zorg⁶⁹. Deze informatie kunnen zowel zorgverleners als gemeenten en verzekeraars gebruiken om de leefstijlbegeleiding te laten aansluiten bij veel voorkomende problemen in een specifieke wijk. Een zorgverzekeraar wilde met een gemeente wijkprofielen maken waarbij de verzekeraar zowel hun eigen gegevens als die van de GGD zou gebruiken.

In een ander project werkten gemeente, GGD en een verzekeraar samen. Zij lieten een bedrijfsplan maken door een hogeschool waarin voor de probleemanalyse gegevens gebruikt waren van de gemeente, de jeugdgezondheidszorg en een community-analyse. Eveneens was het zorg- en voorzieningenaanbod in de wijk in kaart gebracht. De gezamenlijke probleemanalyse was niet altijd de start van een samenwerkingsinitiatief. Soms gebruikte een zorgverlener alleen zijn eigen gegevens en was er van een gezamenlijke analyse geen sprake. Soms zochten betrokken zorgverleners achteraf cijfermatige gegevens ter onderbouwing.

Randvoorwaarde 2: Gezamenlijke doelstellingen

De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg formuleren gezamenlijke doelstellingen om de gesignaleerde leefstijlproblemen in de wijk/buurt op te lossen.

Wat trof de inspectie in de praktijk aan?

Op verschillende manieren probeerden betrokkenen tot gezamenlijke doelen te komen. In een wijk wilden gemeente en zorgverzekeraar doelen in een convenant vastleggen; voor de uitvoering zouden zij vervolgens zorgverleners benaderen. In een andere wijk hadden zorgverleners afzonderlijk al doelen geformuleerd en zochten ze naar de raakvlakken om tot gemeenschappelijke doelstellingen te komen. Bij een derde initiatief ontwikkelden zorgverleners gezamenlijk een visie op een programmatische aanpak, waarbij zij in een interactief proces tot gedeelde doelen kwamen.

Randvoorwaarde 3: Systematische evaluatie en verbetering

De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/buurt evalueren ten minste één keer per jaar gezamenlijk en gebruiken de resultaten om de ondersteuning bij leefstijlverandering te verbeteren.

Wat trof de inspectie in de praktijk aan?

Betrokkenen in alle wijken hadden het voornemen om de samenwerking te evalueren. De inspectie hoorde tijdens de gesprekken dat doelstellingen en evaluatie nog niet altijd goed op elkaar aansloten. Om ook de outcome – de effecten op leefstijl – te evalueren is een nulmeting nodig. Bij een volgende meting is dan te zien of bijvoorbeeld het aantal kinderen met overgewicht afneemt. Een samenwerkingsverband had het voornemen om een basisset aan data vast te stellen ten behoeve van de evaluatie en de resultaten te delen met andere gemeenten in de regio.

In een wijk rapporteerde een zorgverlener in zijn jaarverslag over de evaluatie en het bijstellen van de doelstellingen voor zijn aandeel in de zorg voor leefstijlverandering. Op termijn willen de samenwerkingspartners een gezamenlijk jaarverslag uitbrengen.

Randvoorwaarde 4: Gestructureerd overleg tussen zorgverleners in de wijk

De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg in de wijk/buurt overleggen ten minste één keer per jaar op gestructureerde wijze (met agenda en verslag).

Wat trof de inspectie in de praktijk aan?

Een goed voorbeeld is de wijk waar de samenwerkingspartners op bestuurlijk niveau elk kwartaal bij elkaar kwamen om afspraken en beleid vast te leggen. Daarnaast was er op uitvoeringsniveau een netwerk van betrokken zorgverleners en andere professionals. Elders waren structurele overleggen per thema, bijvoorbeeld over jeugd, overgewicht bij kinderen of ouderenzorg. De frequentie daarvan stemden de zorgverleners af op de behoefte of fase van het project.

Randvoorwaarde 5: Netwerkregie

De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg maken schriftelijke afspraken over de netwerkregie en welke partij regisseur is.

Wat trof de inspectie in de praktijk aan?

Waar de regie lag, verschilde per wijk. De inspectie trof vele varianten aan: ROS (regionale ondersteuningsstructuur), zorgverleners, gemeenten, extern adviesbureau, zorgverzekeraar, huisarts en GGD. Vaak ontbraken afspraken om de regierol formeel bij een partij te beleggen.

Volgens de gesprekspartners maakt het niet uit wie de regierol krijgt, als dit maar een partij is waar iedereen vertrouwen in heeft. De regisseur kan ook per fase verschillen. Bij het starten van de samenwerking is het vaker een gemeente of zorgverzekeraar. Daarna kunnen zorgverleners deze rol overnemen.

Randvoorwaarde 6: Betrokkenheid zorgverzekeraar en gemeente

De zorgverleners in de nulde- en eerstelijnszorg spannen zich in om de zorgverzekeraar en gemeente te betrekken bij het netwerk.

Wat trof de inspectie in de praktijk aan?

Gemeenten en zorgverzekeraars waren bij veel initiatieven in de bezochte wijken betrokken. Als financier, verbindende schakel, en soms als initiatiefnemer. De gemeente nam soms deel aan een werkgroep van zorgverleners om te zorgen voor de afstemming met het beleid, en om desgewenst verbindingen met andere partijen te leggen. In een andere wijk hadden de gemeente en de zorgverzekeraar een convenant opgesteld waarin zij aangaven welke doelen zij wilden bereiken op het gebied van de volksgezondheid. Een enkel initiatief was tot stand gekomen zonder ondersteuning van gemeente of

verzekeraar. Zeker bij kleinere projecten of waar veel zorgverleners al bij elkaar zaten in een gezondheidscentrum was dit mogelijk.

7.5 Conclusies

Randvoorwaarden zijn relevant en haalbaar voor zorgverleners in de wijken

De randvoorwaarden voor geïntegreerde zorg zijn relevant volgens de gesprekspartners in de 9 wijken. Zij schatten in dat ze in het algemeen binnen een periode van één jaar te realiseren zijn.

De inspectie is positief over de mate waarin zorgverleners samenwerken en bereid zijn de randvoorwaarden te implementeren. Veel samenwerkingsinitiatieven staan echter nog in de kinderschoenen: de inspectie hoopt dat de goede voornemens in goede daden worden omgezet. Speciale aandacht verdient daarbij het benoemen van een netwerkregisseur.

Samenwerking met gemeente en verzekeraars belangrijk voor verankering

Bekendheid met elkaar en intrinsieke motivatie zijn belangrijk voor een goede samenwerking. Betrokkenen kenden elkaar vaak al, wat het vertrouwen versterkt. Tegelijkertijd is het ook een risico voor structurele verankering in een wijk als initiatieven te veel afhangen van het enthousiasme van individuen.

Hier kunnen gemeenten en verzekeraars een waardevolle rol spelen. Zij gaven in de expert-bijeenkomst aan dat ze bereid zijn te participeren. Ze kunnen stimuleren dat integrale zorg het stadium van een project ontgroeit en structureel geborgd wordt in achterstandswijken. De inspectie vindt het belangrijk dat zorgverleners hen betrekken bij samenwerkingsinitiatieven.

7.6 Toezicht en vervolgacties

Toezicht en handhaving

Vanaf 2013 voert de inspectie thematoezichtonderzoek uit naar de samenwerking tussen zorgverleners van GGD'en, huisartsenpraktijken en thuiszorgorganisaties in wijken om bewoners te begeleiden bij leefstijlverandering. De 6 randvoorwaarden dienen als toetsingskader. De inspectie selecteert 20 achterstandswijken waar leefstijlproblemen veel voorkomen. Leveren zorgverleners in een wijk onvoldoende inspanningen, dan vraagt de inspectie hen om een gezamenlijk plan van aanpak. Succesvolle wijken gebruikt de inspectie als inspirerend voorbeeld.

Vervolgacties door andere partijen

2012 is het jaar van de implementatie. De Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG), GGD Nederland en ActiZ ondersteunen het project door hun leden te wijzen op de randvoorwaarden.

Executive summary

1 Through supervision, the Inspectorate promotes compliance with effective prevention requirements

Lifestyle coaching for vulnerable groups is an essential part of good care

The Health Care Inspectorate (IGZ) is constantly striving to make preventive care more effective. Promoting and supporting healthy lifestyles can prevent a great deal of ill health, especially as people live longer and want to remain in good health for as long as possible.

The question is whether promoting and supporting healthy lifestyles should be part of health care: do care practitioners have a role to play in this context? Although many people are inclined to answer in the affirmative, that view tends to be contradicted by what happens in practice. Initiatives aimed at making lifestyle-related preventive care a normal feature of somatic care have achieved little. Furthermore, society increasingly places considerable emphasis on the individual's freedom of choice and on personal responsibility.

However, not everyone is capable of making responsible decisions and avoiding health problems. The Inspectorate believes that care practitioners have a duty to help vulnerable people lead healthy lifestyles. In all fields of care, there are certain circumstances where lifestyle coaching is not a desirable extra but an essential part of good care. This may be the case in the following situations:

- Where an unhealthy lifestyle is very harmful to others. For instance pregnant women who smoke can seriously damage the health of their unborn babies. Midwives should therefore help such women to stop smoking.
- Where an unhealthy lifestyle has serious short-term health implications. For instance cardiac rehabilitation programmes can considerably reduce the risk of premature death following a heart attack.
- Where someone is unable to independently choose a healthy lifestyle. Such people include those who live in care, for instance. Also, practitioners providing care to people in deprived areas where (very) unhealthy lifestyles are prevalent should seek to make lifestyle support readily accessible to their clients.

Six examples to encourage care practitioners

For the 'State of Health Care 2012' report, the Inspectorate has focused on six target groups (see Table 1). The Inspectorate expects care institutions and care practitioners working with the relevant target groups to make a reasonable effort to promote healthy lifestyles. In each case, 'reasonable effort' has been defined by the Inspectorate in consultation with the relevant professional bodies and umbrella organisations. The Inspectorate has also investigated the feasibility of introducing requirements, with a view to monitoring

compliance. The report additionally presents the findings of audits of compliance with existing guidelines in two fields of preventive care.

Within the care system, the provision of preventive services is not optional. Through its supervisory activities, the Inspectorate will therefore encourage and, if necessary, oblige care institutions to make the reasonable effort that is required of them. The Inspectorate expects care providers to use the examples provided as a basis for promoting healthy lifestyles in other eligible groups besides those featured in this report.

Table 1.1
The six target groups featured in the ‘State of Health Care 2012’ report

Target group	Aim: making lifestyle coaching a structural feature of care
Patients who have suffered heart attacks	Cardiac rehabilitation with lifestyle coaching (smoking cessation, weight management, and regular exercise)
Pregnant women who smoke (primary midwifery sector)	Help with smoking cessation
Patients in mental health care institutions who make prolonged use of antipsychotics	Somatic screening and lifestyle coaching aimed at preventing somatic complications
Young people with mild mental disabilities in orthopedagogic treatment centres	Lifestyle coaching (smoking cessation, weight management, and regular exercise)
Elderly people in nursing and care homes	Coaching aimed at encouraging regular exercise
People living in deprived areas	Lifestyle coaching within the neighbourhood

2 Lifestyle-related ill health: disease burden partially avoidable

The importance of prevention: unhealthy lifestyles bring major risks to public health

Why is the prevention of lifestyle-related ill health so important? Smoking and obesity are the main causes of morbidity and mortality in the Netherlands. Together, they are responsible for roughly a quarter of the disease burden in the Dutch population, as associated with conditions such as lung cancer, COPD, cardiovascular disease, and diabetes. Furthermore, perinatal mortality is relatively high in the Netherlands. Pregnant women who continue smoking can seriously damage the health of their babies. Smoking during pregnancy is associated with a significantly elevated risk of perinatal mortality, abnormally low birth weight, and subsequent chronic health problems.

A disturbing picture emerges from data on health inequalities between more educated people (those with tertiary qualifications) and less educated people (those who leave school after completing basic secondary education). Less educated people have a life expectancy that is six to seven years lower than more educated people. Furthermore, less educated people spend sixteen to nineteen years more in serious ill health, often caused by unhealthy lifestyles.

Fortunately, however, lifestyle-related ill health is partially avoidable^[1]. Switching from unhealthy to healthy habits has a demonstrable effect on health and life expectancy. By stopping smoking, a person increases his/her life expectancy by an average of 4.6 years. An obese person who slims to a healthy weight boosts his/her life expectancy by 2.1 years, while a previously inactive person who starts to exercise regularly gains an average of 1.2 years. Moreover, as well as living longer, people who make such lifestyle changes remain free of serious health problems for longer.

Old habits are hard to break ...

Although lifestyle changes are effective, they are difficult to realise. In some cases, people are unaware that certain habits can be harmful; education and information are therefore important. However, awareness alone is not usually sufficient to bring about permanent behavioural change. Anyone who has tried to stop smoking, lose weight, eat better, or get more exercise knows how hard it can be. We may mean to change our ways, but actually doing so and sticking to our plans requires a lot of will power – something that people do not possess in equal measure^[2]. While many people can decide for themselves to seek help with things such as losing weight or stopping smoking, that is not the case for everyone. People who live in settings where smoking, poor diet and physical inactivity are normal find it harder to adopt new lifestyles; social factors have a major influence on behaviour^[3]. That is certainly the case where those who are dependent on institutional care are concerned; the institution largely determines what residents eat and whether they are encouraged to exercise or to stop smoking.

... for care practitioners as well

Care practitioners have their own established patterns of behaviour, which can make it harder for clients and patients to adopt healthy lifestyles. In mental health care, for example, little emphasis is placed on encouraging people to stop smoking. Many staff in this sector smoke themselves and are disinclined to 'deny patients their one remaining pleasure'. In the care of young people with mental disabilities – another sector in which smoking is tolerated – a new code has recently been agreed, under which staff do not smoke in front of clients.

The model of staff setting an example to clients is one that should be adopted in other sectors. Various studies undertaken for this 'State of Health Care 2012' report have shown that care practitioners are by no means always aware of the extent to which they influence the lifestyles of their clients and patients. As well as acting as role models, practitioners are perceived as experts, whose advice and information has authority.

In elderly care, other established patterns can be problematic. In nursing and care homes, time pressures often mean that residents are discouraged from performing their own daily living tasks (e.g. dressing and cooking). That increases residents' reliance on assistance and makes them even more dependent on their carers. Individual care practitioners cannot change these patterns without management support.

3 Institutions have a responsibility to support healthy lifestyles in long-term care

The lifestyles of people in residential care are to a large extent shaped by the institutions where they live. People who live under close supervision or attend day care institutions are in a similar position. In order to demonstrate the potential benefit of lifestyle coaching in everyday care, the Inspectorate selected three target groups with very different problems. For elderly people in nursing and care homes and young people in orthopedagogic treatment centres (OTCs), there were previously no standards and guidelines on lifestyle coaching. In consultation with the relevant professional bodies and experts, the Inspectorate accordingly produced appropriate building blocks and tested their viability in practice. In the mental health care sector, various guidelines and standards were already in use, providing a framework for the provision of lifestyle support to patients who use antipsychotics.

Mental health care institutions: reducing the somatic complications of prolonged antipsychotic use

People with mental illnesses tend to have less healthy lifestyles than the wider population. Nine out of ten schizophrenics smoke, for instance. Sometimes, medication reinforces unhealthy behavioural patterns and makes change more difficult. That is the case with people who make prolonged use of antipsychotics. Partly because of their medication, long-term antipsychotic users are twice as likely to be obese as the average Dutch person and are more likely to suffer from metabolic syndrome (a lifestyle-related condition), putting them at substantially higher risk of diabetes and cardiovascular disease. Somatic screening in combination with lifestyle intervention can help control the prevalence of somatic complications for these patients, thus yielding health benefits.

Drawing on existing guidelines, the Inspectorate defined what mental health care institutions should do with a view to preventing somatic complications in intramural patients who make prolonged use of antipsychotics. The exercise yielded building blocks for lifestyle coaching and parameters for structural implementation.

The viability of the building blocks was tested in ten institutions. The findings were positive: the institutions had already made good progress on somatic screening, but had yet to adopt an adequate integrated approach to lifestyle coaching. Nevertheless, every one of the institutions had implemented at least one good lifestyle coaching initiative. So, for example, an institution might pay sufficient attention to healthy eating and exercise, but provide little support to patients who wanted to stop smoking. Before 2014, all mental health care institutions are required to fully implement the building blocks. The Inspectorate will then audit compliance.

Promoting healthy lifestyles amongst young people with mild mental disabilities in OTCs

Young people with mild mental disabilities are also more likely than their mainstream contemporaries to have unhealthy lifestyles characterised by smoking, obesity, and lack of exercise. Some members of this group are particularly vulnerable due to complex behavioural and psychiatric problems. OTCs assist these young people in many different areas of life. However, when the Inspectorate began its research, lifestyle coaching was not a standard feature of the support provided.

The Inspectorate and groups working in this field accordingly formulated healthy lifestyle building blocks for use by OTCs in the care of young clients. The Inspectorate then carried out a baseline survey to determine the existing situation within all OTCs. The survey revealed that, although the OTCs were addressing the issue of lifestyle coaching, implementation was at an early stage. The OTCs committed to making improvements quickly. In 2013, the Inspectorate will audit compliance; by that time, all OTCs are expected to have implemented the building blocks.

Encouraging elderly people in nursing and care homes to exercise

Most elderly people in institutional care get far too little exercise. Research commissioned by the Inspectorate for this 'State of Health Care 2012' report revealed that three quarters of care home residents and nine out of ten nursing home residents are physically inactive. Inactivity increases the risk of many conditions, including incontinence, osteoporosis, and falling. Institutions make insufficient use of the scope for encouraging exercise as a preventive strategy. Regular exercise is important for elderly people, because it increases self-sufficiency and slows further deterioration in quality of life.

While institutions recognise the importance of encouraging elderly people to exercise, they do not in practice tend to prioritise exercise promotion. The Inspectorate believes that encouraging exercise should be a standard feature of the care provided to elderly people living in homes. In conjunction with parties active in the field and on the basis of literature research, the Inspectorate defined the building blocks for exercise promotion and tested their viability in ten institutions. The institutions and parties active in the field judged the building blocks to be useful and viable. All nursing and care homes are obliged to implement the building blocks by 2015, when the Inspectorate will audit compliance.

4 Preventive care is necessary where serious health damage can be avoided in the short term

If lifestyle changes can demonstrably prevent serious health damage in the short term, care practitioners have a responsibility to systematically help patients and clients to make such changes. In some cases, there are already guidelines defining what is expected, such as the Cardiac Rehabilitation Guidelines and the V-MIS midwifery protocol on helping pregnant women to stop smoking. The Inspectorate has audited compliance with the guidelines and protocol.

Cardiac rehabilitation: half of people who have suffered a heart attack do not undergo cardiac rehabilitation and the guidelines are not adequately followed

In the Netherlands, 15 percent of cardiac patients continue to smoke following diagnosis, 80 percent are overweight, and 27 percent are obese. In the period 2007 to 2010, patients who had followed a cardiac rehabilitation programme were 32 percent less likely to die prematurely than those who had not. Cardiac rehabilitation is an individualised intervention strategy for identifying and addressing lifestyle factors that increase the risk of a patient suffering another heart attack. According to the Cardiac Rehabilitation Guidelines, the strategy is indicated for everyone who has had a heart attack.

However, research has shown that, in 2003, only a third of indicated patients actually underwent cardiac rehabilitation, and that institutions' cardiac rehabilitation programmes were not consistent with the guidelines. In 2010, the Inspectorate undertook an audit, which found that only half of heart attack victims were undergoing cardiac rehabilitation, and that many institutions were still failing to adhere to the guidelines. Of the audited institutions, 80 percent did not inventory patients' risk-determining behaviour, and levels of participation in smoking cessation and weight management activities were disappointing. More encouragingly, participation in exercise schemes was adequate at a small majority of institutions. The Inspectorate informed all institutions about the results and has since noted a general willingness to improve. At the end of 2012, the Inspectorate will re-audit compliance with the guidelines and will enforce improvements where necessary.

Midwifery: considerable improvement in support for women to stop smoking

Smoking during pregnancy is very harmful to the unborn child. According to the steering group Pregnancy and Birth, prematurity and low birth weight account for two thirds of perinatal mortality. Smoking is a significant contributor to prematurity and low birth weight. Furthermore, smoking can cause lasting damage to the health of a child. The

proportion of less educated women who continue to smoke during pregnancy is six times as high as the proportion of more educated women who do so (13.8 percent compared with 2.4 percent). If no women smoked during pregnancy, perinatal mortality and low birth weight could be reduced by 10 percent.

In 2004, 45 percent of midwives followed the V-MIS protocol to help women stop smoking. The V-MIS protocol was developed specifically for use by midwives and has been shown to be effective. Where the protocol is followed, 12 percent of pregnant smokers give up the habit, compared with just 3 percent who give up without support. The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has calculated that – in ideal circumstances – roughly 4,100 more women per year would be able to stop smoking if all midwives followed the V-MIS protocol.

In 2010, the Inspectorate audited V-MIS implementation at a quarter of primary midwifery practices. The results then were not very positive. The practices typically had no policy on encouraging clients to stop smoking, and staff were not adequately trained to support smoking cessation. Smoking habits were recorded on intake, but there was often no follow-up. The Inspectorate subsequently informed all midwifery practices about the findings and told them that they had to be compliant with the guidelines by 1 January 2012.

These moves had a significant effect. Smoking cessation support is now considerably more embedded than it was at the time of the 2010 audit. In a sample group of twenty-one practices inspected in 2012, the Inspectorate found that all but one were following the effective V-MIS protocol, and that considerable improvements were widespread.

In 2012, the Inspectorate is focusing particularly on the responsibility that gynaecologists and hospital obstetricians have to help pregnant women stop smoking.

5 Lifestyle support in deprived areas can be effective as part of an integrated care strategy

Many people want to lead healthier lives, but find it hard to make lifestyle changes without support. In its recent policy document on health (*'Gezondheid dichtbij'*), the Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS) said that obstacles to healthy living should be removed wherever possible. Support for healthy lifestyles should be available close to home. Calculations indicate that neighbourhood lifestyle coaching can bring substantial health benefits if rolled out on a large scale. Per thousand members of the population, between eight and seventeen cases of diabetes and five to thirteen cases of cardiovascular disease could be prevented^[4].

It is in deprived areas that most can be achieved. Unhealthy lifestyles are more common in such areas, and disadvantaged people tend to be less able to stand up for themselves and independently make healthy choices. Lifestyle support and measures designed to make healthy options the easy options are consequently more important in deprived areas. Municipal health authorities, large primary care practices and home care organisations have a collective responsibility to make lifestyle coaching readily accessible within the areas they serve.

In consultation with experts, professional bodies and umbrella organisations, the Inspectorate formulated parameters for integrated care and investigated their viability in nine neighbourhoods around the country. The study revealed that integrated care was often at a very early stage of development, but that many positive initiatives were being taken to establish collaboration. The participants found the parameters useful and viable. The joint initiatives often involved not only care practitioners, but also municipalities and insurers. All have a vital role to play in embedding lifestyle support at the neighbourhood level. In 2013, the Inspectorate will audit implementation of the parameters in twenty deprived areas.

6 Enforcement by the Inspectorate

In the years ahead, the Inspectorate will monitor implementation of the guidelines, parameters and building blocks relevant to the topics covered by this ‘State of Health Care 2012’ report. The audited institutions and care practitioners will be expected to be in compliance with the relevant requirements.

Year	Audit
2012	Compliance with Cardiac Rehabilitation Guidelines Compliance with smoking cessation support requirements by hospital obstetricians and gynaecologists
2013	Implementation of lifestyle coaching building blocks in orthopedagogic treatment centres Implementation of parameters for integrated lifestyle coaching in deprived areas
2014	Implementation by mental health care institutions of lifestyle coaching building blocks for patients who use antipsychotics
2015	Implementation of exercise promotion building blocks in nursing and care homes

7 Recommendations: lifestyle coaching should be available to additional target groups

7.1 Development and implementation of standards and guidelines for other vulnerable groups

This ‘State of Health Care 2012’ report makes it clear that lifestyle coaching for vulnerable groups is not a desirable extra, but a necessity. Although useful initiatives are being taken to support various target groups, lifestyle coaching is proving difficult to establish as an integral aspect of care.

Lifestyle coaching needs to be systematically offered to many target groups other than the six featured in this report. Examples include:

- COPD patients: smoking cessation support and exercise promotion
- Intramural disability care: healthy lifestyle coaching
- Patients with orthopaedic problems: weight management support

The Inspectorate expects care practitioners, professional bodies and umbrella organisations in all care sectors to consider the need for active lifestyle coaching amongst their clients. Where lifestyle coaching is deemed necessary, its provision should be embedded by developing and implementing guidelines as appropriate. The examples given in this report can serve as a source of inspiration in that context.

7.2 Care institutions: incorporation of lifestyle coaching in policies and individual care plans

Where lifestyle coaching for vulnerable groups can prevent serious health damage or promote self-sufficiency, care institutions have a responsibility to make such coaching available on a systematic basis. Even in situations where no guidelines are currently in place, care institutions should not withhold lifestyle coaching from their patients and clients; lifestyle targets and (referral for) coaching should be incorporated into individual care and treatment plans.

Institutions should embed lifestyle coaching for vulnerable target groups in their policies. In intramural care institutions, it is also important that residents’ living environments are designed to promote activity and to make healthy options the easy options.

7.3 Consideration of possible certification scheme

The certification of care institutions as 'healthy' could encourage them to create healthy environments for long-term residential patients and clients. A similar scheme already exists in the education sector ('Vignet gezonde school').

The Inspectorate will therefore ask the Minister of Health, Welfare and Sport (VWS) to investigate the possibility of introducing a certification scheme for care institutions.

Literatuur

Literatuur

- [1] Mackenbach JP. Ziekte in Nederland. Volksgezondheid tussen biologie en politiek. 1ste editie. Doetinchem: Reed Business; 2010. p. 293.
- [2] Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, et al. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2011.
- [3] Tiemeijer W, Thomas CA, Prast HM (red.) De menselijke beslisser. Over de psychologie van keuze en gedrag. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid; 2009.
- [4] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij'. Den Haag; 2011.
- [5] Berg M van den, Schoenmaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. p. 60.
- [6] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Meerjarenbeleidsplan 2012-2015: Voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Utrecht: IGZ; 2011.
- [7] Nielen MMJ, Bakker DH de, Schellevis FG. Toezicht op preventie in de zorg: een verkenning. Utrecht: Nivel; 2009.
- [8] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ongelijkheid in gezondheid, is de gezondheidszorg van belang? Sociaaleconomische en etnische verschillen in gezondheidszorguitkomsten op het terrein van hart- en vaatziekten in Nederland. Utrecht: IGZ; 2009; p. 18-9.
- [9] Deckers JW, Veerhoek RJ, Smits PC, Jansen CG. Trends in prevalentie en behandeling van risicofactoren van coronaire hartziekte: het Euroaspire-project. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1229.
- [10] Verhagen SJM, Hartrevalidatie helpt de patiënt op weg naar gezonder leven. *Cordiaal* 2009;4:116-19.
- [11] Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, Nederlandse Hartstichting, projectgroep PAAHR. Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie; 2011.
- [12] Vries H de, Engen-Verheul M van, Kemps HM, Kraaijenhagen R, Peek N. Multidisciplinary cardiac rehabilitation and survival in The Netherlands, abstract in *European Heart Journal* 2012. (geaccepteerd).
- [13] Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging voor Cardiologie/Nederlandse Hartstichting. Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2004. Den Haag: Nederlandse Hartstichting; 2004.
- [14] Revalidatiecommissie Nederlandse Vereniging voor Cardiologie/Nederlandse Hartstichting en projectgroep PAAHR. Multidisciplinaire Richtlijn Hartrevalidatie 2011. Utrecht: Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie; 2011.

- [15] Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC), Beslisboom Poliklinische Indicatiestelling Hartrevalidatie 2010, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Cardiologie; 2012 (herzien van 2010).
- [16] Nieuwsbrief Cardiovasculaire Preventie en Hartrevalidatie Nederland, nr 5, juni 2012 <http://www.cardss.nl/professionals/nieuwsbrief/default.asp?newsletter=9> (geraadpleegd op 16 augustus 2012).
- [17] Strijbis AM, Franke B, Boxtel I van, Duiker K. Hartrevalidatie in cijfers. Hart Bulletin, 2005; 4(36).
- [18] Goud R, Keizer NF de, Riet G ter, Wyatt JC, Hasnman A, Hellemans IM, Peek N. Effect on guidelines based computerized decision support on decision making of multi-disciplinary teams: cluster randomised trial in cardiac rehabilitation. BMJ 2009;338:b1440.
- [19] Engen-Verheul M van, Vries H de, Kemps H, Kraaijenhagen R, Keizer N de, Peek N. Cardiac rehabilitation uptake and its determinants in the Netherlands. Eur J Prev Card 2012; online gepubliceerd.
- [20] Lanting CI, Buitendijk SE, Crone MR, Segaar D, Bennebroek Gravenhorst J, et al. Clustering of Socioeconomic, Behavioural, and Neonatal Risk Factors for Infant Health in Pregnant Smokers. PLoS ONE 2009;4(12): e8363.
- [21] Oudijk MA en Mol BW. Zwangerschap en roken: Het is nooit te laat om te stoppen. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:A663.
- [22] Lanting CI, Pal-de Bruin KM van der, Wouwe JP van. Roken in de zwangerschap 2001 – 2010: Zwangeren roken steeds minder, maar verschillen tussen laag en hoogopgeleiden blijven onveranderd groot. Ned Tijdschr Geneesk 2012; (geaccepteerd).
- [23] Advies Stuurgroep zwangerschap en geboorte. Een goed begin, Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep zwangerschap en geboorte; 2009.
- [24] Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO). Richtlijn behandeling van tabaksverslaving herziening 2009. Den Haag: Partnership Stop met Roken; 2009.
- [25] Stivoro. Stoppen met roken met behulp van de verloskundige. Handleiding voor verloskundigen. De V-MIS. Den Haag: Stivoro; 2008.
- [26] Vries H de, Bakker M, Mullen PD, Breukelen G van. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. Patient Educ Couns 2006;63:177-87.
- [27] Berg M van den, Bovendeur I, Meijer SA, Savelkoul M, Hamberg-Reenen HH van, Zwakhals SLN, et al. Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid. Een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010.
- [28] Segaar D. Adoption and implementation of smoking cessation support in health care. [Proefschrift]. Maastricht: Universiteit van Maastricht; 2006.
- [29] Reulings P, Lans S van der, Wentzel R, Amelink-Verburg M. Verloskundigen Pak je kans: stoppen met rokenbegeleiding voor verloskundigen. Tijdschrift voor Verloskundigen 2011;04: 27-33.
- [30] Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV). Handreiking Beleid voor Begeleiding Stoppen met Roken in Verloskundigenpraktijken. Utrecht: KNOV; 2012.
- [31] Nederlandse Vereniging van Artsen Somatisch werkzaam in de Psychiatrie (NVASP). Richtlijn somatische complicaties antipsychotica gebruik 2006. [http://www.nvasp.nl/bulletin/Artikelen/2006/11/9_richtlijn_somatische_complicaties_bij_antipsychoticagebruik.html](http://www.nvasp.nl/www.nvasp.nl/bulletin/Artikelen/2006/11/9_richtlijn_somatische_complicaties_bij_antipsychoticagebruik.html) (geraadpleegd op 16 augustus 2012).
- [32] Snyder M. Serious mental illness and smoking cessation. Issues Ment Health Nurs 2006; 27(6):635-645.
- [33] Houten CAG van. Geen rook zonder vuur; roken vanuit psychiatrisch perspectief. Tijdschrift voor psychiatrie 1995; 8.
- [34] Wiegers TA, Schoonmade LJ, Verhaak PFM. Effecten van lifestyle interventies in de GGZ. Utrecht: NIVEL; 2012.
- [35] Bryant J, Bonevski B, Paul C, McElduff P, Attia J. A systematic review and meta-analysis of the effectiveness of behavioural smoking cessation interventions in selected disadvantaged groups. Addiction 2011; 106(9):1568-1585.
- [36] GGZ Nederland. Richtlijn Kwaliteitsnormen somatische zorg in GGZ. Utrecht: GGZ Nederland; 2001.
- [37] Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, de Haan L, Scheepers FE, Soest MM van, Assies J, Sloof CJ. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij anti-psychotica gebruik. Tijdschr Psychiatr 2008; 50(9):579-91.
- [38] Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO). Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: Trimbos instituut; 2005.
- [39] Nederlands Huisartsen Genootschap. NHG-Richtlijn Informatie uitwisseling huisarts tweedelijns GGZ. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap; 2011.
- [40] Stuurgroep Zichtbare Zorg. Kernset prestatie-indicatoren 2011 Geestelijke Gezondheidszorg en verslavingszorg. Den Haag: Zichtbare Zorg; 2010.
- [41] Nederlandse Vereniging van Artsen Somatisch werkzaam in de Psychiatrie (NVASP). Leidraad bij cardiovasculair risicomanagement van volwassen die langdurig anti-psychotica gebruiken 2011. http://www.nvasp.nl/www.nvasp.nl/richtlijnen/Artikelen/2011/12/14_NVASP_richtlijn_3__Metabool_syndroom.html (geraadpleegd op 16 augustus 2012).
- [42] Landelijk Platform GGZ. Handreiking patiëntveiligheid vanuit cliënten- en familie perspectief. Utrecht: Landelijk Platform GGZ; 2010.
- [43] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Patiënt met schizofrenie en verslaving gebaat bij meer samenhang in zorgaanbod: Geaggregeerde rapportage van het thematisch toezicht naar de zorg voor de schizofrene patiënt met middelenafhankelijkheid in 33 geïntegreerde GGZ-instellingen. Den Haag: IGZ; 2009.
- [44] Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ambulante ouderenpsychiatrie op de goede weg, verdere verbetering gewenst. Den Haag: IGZ; 2011.
- [45] Jobling A. Beyond sex and cooking: health education for individuals with intellectual disability. Ment Retard. 2001 Aug;39(4):310-21.

- [46] Schaap B. Leefstijl van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking, voornamelijk gericht op hart- en vaatziekten. Keuzeonderzoek opleiding Geneeskunde [scriptie]. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum; 2006.
- [47] Pollers S, Bayate M, Miedema-Loo HH. Overgewicht bij volwassen mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap wonend in een instelling: het stellen van de diagnose en meetmethoden [scriptie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2007.
- [48] Gehandicaptensport Nederland. Zo kan het ook! http://gehandicaptensport.nl/sites/default/files/inline_files/GSN/Downloads/ZKHO/Feiten_en_Cijfers_algemeen.pdf. (geraadpleegd op 16 augustus 2012).
- [49] Hoving JH, Rispens MH, Snuijf R. Het niveau van lichamelijke activiteit van mensen met een lichte en matige verstandelijke beperking 'in de wijk' in Nederland. Verslag van leeronderzoek in het kader van de AVG opleiding. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum; 2009.
- [50] Merriman S, Haw C, Kirk J, Stubbs J. Risk factors for coronary heart disease among inpatients who have mild intellectual disability and mental illness. *J Intellect Disabil Res.* 2005 May;49(Pt 5):309-16.
- [51] Hymowitz N, Jaffe FE, Gupta A, Feuerman M. Psychiatr Serv. Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatric services* 1997;48(1):100-2.
- [52] Tracy J, Hosken R. The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 1997;41:416-21.
- [53] McGuire BE, Daly P, Smyth F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2007;51(Pt 7):497-510.
- [54] Mikulovic J, Marcellini A, Compte R, Duchateau G, Vanhelst J, Fardy PS, Bui-Xuan G. Prevalence of overweight in adolescents with intellectual deficiency. Differences in socio-educative context, physical activity and dietary habits. *Appetite* 2011; 56(2):403-7.
- [55] Lin JD, Lin PY, Lin LP, Chang YY, Wu SR, Wu JL. Physical activity and its determinants among adolescents with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil* 2011; 31(1):263-9.
- [56] Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra Landelijk Kenniscentrum LVG. Startdocument Kwaliteitskader Orthopedagogische Behandelcentra. Utrecht: VOBC LVG; 2009.
- [57] Moonen X, Held J, Leeman M, redactie. Voorlopige Richtlijn Wettelijk Kader OBC. Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra Landelijk Kenniscentrum LVG; 2011.
- [58] Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) en het Landelijk Kenniscentrum LVG (LKC LVG). Handreiking Pedagogisch Klimaat. Utrecht: VOBC LVG; 2011.
- [59] Draak MD. Oudere tehuisbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP); 2010.
- [60] Binnekade TT, Eggermont LHP, Scherder EJA. Onbewogen om bewegen: Lichamelijke (in)activiteit in zorginstellingen. Amsterdam: VU medisch centrum; 2012.
- [61] Hildebrandt VH, Chorus AMJ, Stubbe JH (red.). Trendrapport Bewegen en Gezondheid 2008/2009. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2010.
- [62] Wijlhuizen GJ, Tak ECPM, Chorus AMJ. Preventief bewegen in instellingen in de ouderenzorg. Bilthoven: TNO; 2011.
- [63] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Beleidsbrief sport 'Sport en Bewegen in Olympisch perspectief'. Den Haag: Ministerie van VWS; 2011.
- [64] Hollander AEM de, Hoeymans N, Melse JM, Oers JAM van, Polder JJ. Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2006.
- [65] Lucht F van der, Polder JJ. Van gezond naar beter. Kernrapport van Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; 2010. p. 40.
- [66] Partnership Stop met roken. Zorgmodule Stoppen met roken. Den Haag: Partnership Stop met roken; 2009.
- [67] Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Gezondheid en zorg in cijfers 2008. Den Haag/Heerlen: CBS; 2008.
- [68] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Kamerstukken II 2008-9, 22 894, nr. 209. Den Haag: VWS; 2009.
- [69] Indicatoren in een regionale VTV. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Toolkit regionale VTV. <http://www.toolkitvtn.nl/> (geraadpleegd: 16 augustus 2012).

