

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

700

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het opinieartikel het opinieartikel «Niet alleen pillen, ook preventie nodig in de zorg; Grote veranderingen in laatste honderd jaar hebben conflict veroorzaakt tussen onze genen en omgeving»* (ingezonden 12 november 2013).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 4 december 2013)

Vraag 1

Heeft u het artikel «Van curatieve naar preventieve geneeskunde is de oplossingsrichting kostencrisis gezondheidszorg» gelezen?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Wat vindt u van het pleidooi om het medische paradigma van curatieve naar preventieve geneeskunde te veranderen?

Antwoord 2

Het pleidooi past bij de omslag in het denken van *ziekte /zorg/afhankelijkheid* naar *gezondheid/gedrag/eigen kracht*. Deze verandering ligt ten grondslag aan het Nationaal Programma Preventie (NPP) en ook aan de cruciale veranderingen in de curatieve zorg, jeugdzorg, maatschappelijke ondersteuning en langdurige zorg. Dit betekent ook dat er meer aandacht moet komen voor preventie, zelfzorg en zelfmanagement. Een van de doelstellingen van het NPP is om preventie een meer expliciete rol in de zorg te geven. Tegelijkertijd is het belangrijk te beseffen dat niet alle ziekten en aandoeningen te voorkomen zijn. Curatieve gezondheidszorg blijft op dat moment voor mensen nodig en ik vind het van belang dat ook de curatieve gezondheidszorg toegankelijk is, betaalbaar is en van voldoende kwaliteit.

Vraag 3

Hoe kijkt u aan tegen de argumentatie van de auteurs dat de hoge inname van moderne voeding de oorzaak is van de epidemie van chronische ziekten?

¹ FD, 8 november 2013

Antwoord 3

Met de huidige voeding hebben we voedseltekorten overwonnen, kunnen we voedsel sneller en gemakkelijker bereiden en leven we langer en gezonder. Maar, net als andere leefstijlaspecten, speelt voeding een belangrijke rol bij veel (chronische) ziekten. Een ongezond voedingspatroon (teveel, te weinig of ongezond van samenstelling) kan net als andere leefstijlaspecten (zoals roken, alcohol drinken en niet bewegen), leefomstandigheden, genen en het feit dat we steeds langer leven bijdragen aan het ontwikkelen van een/meer (chronische) ziekte. Naar de concrete rol van voeding bij ontstaan en ook bij omgaan en herstel van ziekte wordt veel onderzoek verricht en discussie gevoerd. Voeding is niet alleen een bedreiging, maar biedt juist ook kansen. Daar waar kansrijke initiatieven ontstaan zien we dat zorgverzekeraars deze beweging ondersteunen. Zie ook het antwoord op vraag 5.

Vraag 4

Welke mogelijkheden ziet u om de kennis van de dokter en de apotheker voor voedings- en leefstijladviezen te verbeteren?

Antwoord 4

Beroepsgroepen zijn zelf verantwoordelijk voor het omschrijven welke kennis van een professional verwacht mag worden. Artsen en apothekers kunnen, net als anderen, informatie over voedingsadvies vinden bij het Voedingscentrum. Daarnaast kunnen ze informatie inwinnen bij diëtisten en voedingsdeskundigen en desgewenst patiënten naar hen doorverwijzen. Overigens zijn de verzamelde zorgpartijen, verenigd in de Agenda voor de zorg, een belangrijke partner in het NPP. Zij zien voor zichzelf een taak op het gebied van preventie, en vooral bij het verbeteren van de organisatie van preventie. Ik ga ervan uit dat zij in hun concrete voorstellen voor het NPP ook meenemen welke kennis er nodig is bij zorgverleners om preventie in de zorg te verbeteren.

Vraag 5

Klopt het dat alle verdienmodellen om chronische ziekten te bestrijden gericht zijn op farmaco-interventie, en niet op voedings- en leefstijladviezen?

Antwoord 5

Nee, er zijn ook modellen mogelijk rondom leefstijlinterventies. Het kan voor zorgverzekeraars interessant zijn om voedings- en leefstijlinterventies te vergoeden, naast (en wellicht op den duur in plaats van) farmaco-interventies. Van leefstijlinterventies is het nog niet altijd mogelijk om de effectiviteit te vergelijken met farmaco-interventies. Sommige zorgverzekeraars geven, daar waar zij potentieel zien, leefstijlinterventies een kans om zich te bewijzen. Zo ondersteunt VGZ een initiatief van ggz-instelling Huis vol Compassie waarbij ggz-professionals en voedingsdeskundigen samenwerken bij de behandeling van psychiatrische stoornissen bij kinderen, zoals ADHD, ADD, ODD of Autisme. Voorts is de stichting VoedingLeeft in gesprek met een verzekeraar over een initiatief waarbij artsen en diëtisten door middel van leefstijlinterventies en door zelfzorg via e-health het zorggebruik bij diabetes type 2 terug willen brengen, in sommige gevallen zelfs tot curatie willen komen.

Vraag 6

Welke mogelijkheden ziet u om voeding een veel centralere rol in de geneeskunde te geven?

Antwoord 6

De omslag naar het denken in *gezondheid, gedrag (ook voeding) en eigen kracht* past in een cultuur, ook in de geneeskunde, waarbij eerst wordt gekeken naar de mogelijkheden in dat kader voordat farmaco-interventies worden ingezet. Zie ook mijn antwoorden op vraag 2, 4 en 5.

Vraag 7

Bent u bekend met de preventieprogramma's in de Amerikaanse staat Iowa, die bij een omvangrijke populatie geresulteerd hebben in een reductie van 40% in zorgconsumptie, en 21% in ziekteverzuim?

Antwoord 7

Nee, ik ben niet bekend met (de publicatie van) deze getallen. Van de publieke gezondheidszorg in Iowa weet ik dat er sinds 2004 grote veranderingen hebben plaatsgevonden, zoals de decentralisatie van preventieve zorg naar lokaal niveau. Daartoe zijn tussen 2005 en 2007 de Iowa Public Health Standards gemaakt, welke aangeven wat de standaarden zijn voor publieke gezondheid en wat er verwacht mag worden van publieke diensten op lokaal- en op staatsniveau. Vervolgens zijn pilots uitgevoerd en is een accreditatieprogramma voor lokale gezondheidszorgorganisaties opgetuigd.

Vraag 8

In hoeverre zijn dergelijke programma's binnen de Nederlandse gezondheidszorg bv. als onderdeel van het Nationaal Programma Preventie te implementeren?

Antwoord 8

De situatie in Iowa is niet hetzelfde als in Nederland en daarom zijn niet alle programma's zonder meer in Nederland toe te passen. In Nederland is de publieke gezondheidszorg al langer op lokaal niveau georganiseerd via de Wet publieke gezondheid (Wpg). De primaire verantwoordelijkheid daarvan ligt dan ook bij gemeenten. Zij zijn het beste in staat om in te spelen op de specifieke lokale omstandigheden en hebben beter zicht op wat er lokaal nodig en mogelijk is. Zij worden daarbij ondersteund onder andere door hun GGD'en die aan kwaliteitsstandaarden moeten voldoen. Daarnaast kunnen zij gebruik maken van landelijke ondersteuning door onder andere het RIVM en ZonMw-programma's. Die zijn er ook opgericht om kennis en goede ervaringen uit binnen- en buitenland naar boven te halen en te verspreiden. Uiteindelijk zal samenwerking tussen alle betrokkenen cruciaal blijken voor structurele en substantiële verbetering. Het NPP richt zich hier dan ook vol op.