

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

1679

Vragen van het lid **Leijten** (SP) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat mensen met een lager inkomen een grotere kans hebben om te sterven na een hartaanval* (ingezonden 1 februari 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 18 maart 2013). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 1411.

Vraag 1

Wat is uw reactie op het bericht dat mensen met een lager inkomen een grotere kans hebben om te overlijden na een hartaanval?¹

Antwoord 1

Het is al enige tijd bekend dat er verschillen in gezondheid zijn tussen mensen met een lagere opleiding en mensen met een hogere opleiding. Het betreft een complexe materie waaraan verschillende factoren ten grondslag liggen. De oplossingen moeten dan ook van verschillende kanten komen. Ik ga er vanuit dat alle betrokken partijen hier in hun werk zoveel mogelijk rekening mee houden. Het onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC) en het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) laat nogmaals zien dat aandacht nodig blijft.

Vraag 2

Vindt u het acceptabel dat de sociaal economische status van mensen (mede) bepalend is voor de overlevingskans na een hartaanval? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 2

Ik vind het belangrijk dat iedere patiënt kwalitatief goede zorg krijgt. Ik maak me er sterk voor om binnen deze complexe materie dat te beïnvloeden wat we kunnen om dat te bereiken. Om ervoor te zorgen dat ook kwetsbare groepen de zorg krijgen die zij nodig hebben, is het van belang dat er professionele standaarden zijn. Daarin moet rekening worden gehouden met alle relevante kenmerken van de patiënt. Zorgverleners moeten in staat zijn

¹ Lager inkomen, grotere sterftekans na hartaanval, 24 januari 2013, <http://www.skipr.nl/actueel/id13540-lager-inkomen-grotere-sterftekans-na-hartaanval.html>
<http://www.hartstichting.nl/professionals/cijfers/cijfers/>

om zorg op maat te bieden, rekening houdend met de vaardigheden en achtergrond van de patiënt. Met de oprichting van het Kwaliteitsinstituut wil ik hier een bijdrage aan leveren, door ervoor te zorgen dat ook het perspectief van de patiënt gelijkwaardig wordt meegenomen bij het ontwikkelen van deze standaarden. Daarnaast richt ik mij ook op het verminderen van de risicofactoren en het vergroten van de gezondheidsvaardigheden van de meest kwetsbare groepen. Zie hiervoor mijn antwoord op vraag drie.

Vraag 3

Welke oorzaken liggen er volgens u aan ten grondslag dat mensen met een lager inkomen een grotere kans hebben te overlijden na een hartaanval? Welke kansen ziet u om die oorzaken weg te nemen?

Antwoord 3

Dat mensen met een lagere opleiding een grotere kans hebben om te overlijden na een hartaanval kent meerdere oorzaken.

Aan de ene kant hebben mensen met een lagere opleiding een groter risicoprofiel. Het risicoprofiel wordt vooral bepaald door de leefomstandigheden van mensen en door risicofactoren zoals roken, ongezonde voeding, weinig bewegen, comorbiditeit en stress. Het is daarom belangrijk om in te blijven zetten op het verminderen van risicofactoren. Ik draag daaraan bij door de onderliggende risicofactoren aan te pakken en meer mogelijkheden voor mensen te creëren om gezonder te leven. Denk hierbij aan goede informatie en voorlichting, toegankelijk aanbod van gezond eten, mogelijkheden om veilig te sporten en bewegen in de buurt, en de gezonde keus de makkelijk keus maken. Dit kan toegespitst worden op specifieke risicogroepen, zoals in het geval van bijvoorbeeld JOGG, buurt-sportcoaches en de aanpak rond perinatale sterfte.

Aan de andere kant zijn mensen met een lage opleiding vaak minder vaardig in het herkennen van symptomen, wachten zij langer om medische zorg in te schakelen, kunnen zij hun klachten minder goed beschrijven en zijn ze minder op de hoogte van de besluitvorming in het ziekenhuis. Dit komt ook uit het onderzoek naar voren. In het bijzonder wanneer het patiënten betreft met beperktere gezondheidsvaardigheden, zijn kijken en luisteren belangrijke voorwaarden voor goede zorgverlening. Doordat communicatie tussen patiënt en zorgverlener zo belangrijk is, ligt de oplossing ook voor een groot deel in de relatie tussen de patiënt en de zorgverlener. Partijen in de zorg werken samen, in de Alliantie Gezondheidsvaardigheden, om dit verbeteren. Daarnaast zet het kabinet in op het, in algemene zin, verbeteren van basisvaardigheden van mensen.

Vraag 4

Geldt voor mensen met een lage sociaal economische situatie ook bij andere aandoeningen dat zij een verhoogd risico lopen om eerder of sneller te overlijden? Zo ja, kunt u dit toelichten? Zo nee, bent u bereid dit te onderzoeken?

Antwoord 4

De risicofactoren die bij hartfalen een rol spelen kunnen ook bij andere aandoeningen van belang zijn. Het feit dat er zoveel verschillende factoren ten grondslag liggen aan de problematiek betekent echter dat de aanpak in de zorg niet geïsoleerd moet worden opgepakt. Een integrale aanpak is noodzakelijk. Dit neemt niet weg dat de sector hier wel aandacht aan kan besteden in specifieke protocollen. Het is daarom belangrijk dat veldpartijen zelf hun onderzoeksagenda opstellen. Zij kunnen het beste beoordelen of de beschikbare kennis voldoende is. De overheid kan onderzoek faciliteren en stimuleren. Dit doen we onder andere via onderzoeksprogramma's van ZonMw, het Kwaliteitsinstituut en het RIVM en via de subsidie-instelling van bepaalde kennisinstellingen, waaronder het Nivel en Pharos.

Vraag 5

Deelt u de mening van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) dat het zo kan zijn dat mensen met een lage sociaal economische status hun klachten in het ziekenhuis minder goed beschrijven en minder weet hebben van de besluitvorming in een ziekenhuis? Bent u van plan om het bewustzijn

van artsen over dit probleem te vergroten? Zo ja, hoe gaat u dat doen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5

Mensen met een lage opleiding zijn inderdaad vaak minder vaardig in het omschrijven van hun klachten en minder goed op de hoogte van de besluitvorming in het ziekenhuis.

De relatie tussen de zorgverlener en de patiënt is daarom zo belangrijk, omdat zij samen afspraken moeten maken over zorg en behandeling en dat moeten doen op zo'n niveau dat de patiënt goed begrijpt waar het over gaat. Het is van belang dat dit door de professionals zelf ook volledig wordt omarmd. Vandaar dat beroepsgroepen en opleidingsinstellingen zelf verantwoordelijke zijn voor het opstellen van beroepsprofielen, opleidingseisen en curricula. Ook nascholing is een zaak van de beroepsgroepen zelf.

Vraag 6

Wilt u onderzoeken welke kennis over sociaal economische gezondheidsverschillen beschikbaar is bij andere vakgebieden en deze informatie in kaart brengen? Zo ja, hoe gaat u dat doen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 6

Zoals ik heb aangegeven is het belangrijk dat veldpartijen zelf hun onderzoeksagenda opstellen. Zij kunnen het beste beoordelen welke kennis zij nodig hebben. Daarnaast haal ik nogmaals het belang van een integrale aanpak aan die zich richt op de onderliggende factoren.

Vraag 7

Erkent u dat kennis van sociaal economische gezondheidsverschillen een vast en wezenlijk onderdeel dient te zijn binnen de opleidingen van artsen en ander zorgpersoneel? Zo ja, kunt u in kaart brengen hoe hier invulling aan wordt gegeven? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7

Ja. Zoals ik reeds eerder heb aangegeven zijn beroepsgroepen en opleidingsinstellingen zelf verantwoordelijke zijn voor het opstellen van beroepsprofielen, opleidingseisen en curricula. Voor een goede zorgverlening aan iedereen is het van belang dat zij deze aspecten in de opleiding meenemen.

Vraag 8

Deelt u onze mening dat het onacceptabel is dat mensen met een lage opleiding gemiddeld 7 jaar korter leven en een gezonde levensverwachting hebben die twintig jaar korter is? Zo ja, bent u bereid tot een actieplan om die sociaal economische gezondheidsverschillen fors te verkleinen? Zo ja, wanneer kan de Kamer dit actieplan ontvangen? Zo nee, waarom niet?

cijferboek 2012: onderzoek van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMC) en het Academisch Medisch Centrum Amsterdam (AMC) gepubliceerd door de Hartstichting in het Boek «Hart- en vaatziekten in Nederland 2012» (Hoofdstuk 5 Sociaaleconomische status en korte termijn sterfte na een acuut hartinfarct bij mannen en vrouwen van verschillende leeftijden)

Ik ben op dit moment samen met de Staatssecretaris en met verschillende partijen in overleg om tot een nationaal programma preventie te komen. Ik zal de contouren hiervoor binnen enkele weken aan uw Kamer presenteren.