



Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bouwstenen voor een kader voor verantwoorde zorg, met betrekking tot de preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit bij licht verstandelijk beperkte jongeren

Inleiding

Het voorkomen en tegengaan van een ongezonde leefstijl levert een grote bijdrage aan het beperken van de belangrijkste gezondheidsproblemen in Nederland. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de preventienota 'kiezen voor een gezond leven' opgesteld, waarin de cruciale rol van preventie in het voorkomen van een hoge ziektelast in de toekomst uiteen wordt gezet.¹

De Inspectie voor de Gezondheidszorg wil met haar taken aansluiten bij het beleid van VWS. In het Meerjarenbeleidsplan 2008-2011 heeft de inspectie onder andere het effectiever maken van preventie en het verbeteren van zorg voor kwetsbare groepen als beleidsprioriteit benoemd.²

Daarom heeft de inspectie het project 'systematische aandacht voor preventie in de zorg' opgezet, dat zich richt op meerdere sectoren, waaronder de gehandicaptenzorg. Een voorbeeld van een kwetsbare groep mensen zijn de licht verstandelijk beperkte jongeren (LVG-jongeren). Deze jongeren zijn kwetsbaar vanwege meerdere oorzaken; beperkingen in hun intellectuele vermogens, verminderde sociale redzaamheid en hun leeftijd. Om nog meer aan te sluiten bij de speerpunten van VWS ligt de focus van dit project op de preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit.

Leefstijlfactoren veroorzaken samen namelijk ongeveer 25% van de totale ziektelast in Nederland.³

Zo is 75% van hart- en vaatziekten te verklaren door ongezonde leefstijl.⁴

Zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren zijn verantwoordelijk voor een goede kwaliteit van de afgesproken zorg en ondersteuning, zoals omschreven in de kwaliteitswet zorginstellingen.¹⁸ Zij kunnen echter niet volledig verantwoordelijk worden geacht voor de kwaliteit van leven van cliënten. Cliënten hebben recht op een vrije keuze en geven daarmee een invulling aan hun eigen kwaliteit van leven. Omdat preventie van een ongezonde leefstijl ernstige ziekten zoals COPD, hart- en vaatziekten en diabetes kan voorkomen, is de inspectie van mening dat preventie een onderdeel is van verantwoorde zorgverlening. Het is daarom belangrijk om tot een kader van verantwoorde zorg ten aanzien van preventie te komen. Voor de doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren is dit extra belangrijk omdat zij meer begeleiding nodig hebben vanwege hun kwetsbare positie¹⁹ en een ongezonere leefstijl lijken te hebben dan de algemene populatie (Tabel 1).

Tabel 1. Overzicht prevalentie cijfers

	Algemene populatie	LVG-ers
Roken	27% ⁵	30-52,4% ^{6,7,8*}
Overgewicht (BMI>25)	47,2% ⁹	60-75% ^{10,11,12,13*}
Lichamelijke inactiviteit	44% ¹⁴	70-80% ^{15,16,17}

*gebaseerd op buitenlands onderzoek

Omdat er in Nederland weinig onderzoek is gedaan naar de prevalentie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit bij licht verstandelijk beperkte jongeren, zijn veel van de prevalentie cijfers in Tabel 1 gebaseerd op buitenlands onderzoek bij volwassenen. Hoewel het altijd de vraag is of deze cijfers wel te extrapoleren zijn naar de Nederlandse situatie, geven deze cijfers een duidelijke indicatie van het probleem. Daarnaast werd een ongezonere leefstijl onder licht verstandelijk beperkte mensen vaak herkend door het veld. Deze ongezonere leefstijl kan wellicht verklaard worden

door het feit dat licht verstandelijk beperkte mensen vaker in lagere sociaal economische klassen vallen, waar een ongezondere leefstijl meer voorkomt.²⁰

De doelgroep licht verstandelijk beperkte jongeren is in dit deelproject verder gespecificeerd tot licht verstandelijk beperkte jongeren, die ambulant of residentieel begeleid worden door orthopedagogische behandelcentra. Deze begeleiding wordt aangepast op de persoonlijke behoefte van de cliënt, en kan daarom variëren van enkele uren ambulante begeleiding per week, tot dagbehandeling, tot intensieve begeleiding met verblijf in een behandelgroep. De afbakening van de doelgroep is gemaakt omdat juist deze jongeren erg kwetsbaar zijn en bovendien veel gezondheidswinst te verwachten is door preventie in te zetten op jongere leeftijd.

Met het opstellen van bouwstenen voor verantwoorde zorg ten aanzien van preventie (van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit) wil de inspectie een bijdrage leveren aan de kwaliteit van preventieve zorg bij deze doelgroep. Het is de bedoeling dat de bouwstenen voor verantwoorde zorg ten aanzien van preventie een kader vormen, dat aangeeft wat verantwoord handelen is bij deze groep.

Om dit te bereiken heeft de inspectie op 24 juni 2010 een invitational conference georganiseerd, waarin vertegenwoordigers van de orthopedagogische behandelcentra, de koepels en deskundigen uitgenodigd waren om het belang van de bevordering van een gezonde leefstijl te bespreken en vast te stellen wat verantwoorde zorg op dit gebied zou moeten zijn. Het is belangrijk dat dit kader toegespitst is op de kwetsbare doelgroep. Preventiebeleid voor jongeren met beperkingen in hun intellectuele vermogens en een verminderd sociaal aanpassingsvermogen moet anders ingericht worden dan preventiebeleid in de algemene populatie. De benadering en behandeling moeten aangepast worden aan het niveau van de cliënt.²¹

Om de voortgang tijdens de invitational conference te bevorderen heeft de inspectie vooraf diverse personen van relevante organisaties in het veld gesproken om inzicht te krijgen wat die verantwoorde zorg zou moeten inhouden. Tevens heeft de inspectie informatie gezocht in de literatuur. Hiervoor zijn pubmed, websites van universiteiten en websites van verenigingen doorzocht. Een overzicht van de instellingen waarmee de inspectie heeft gesproken en de literatuur staat in de bijlage.

De inspectie heeft haar bevindingen proberen samen te vatten in een overzicht met concept-bouwstenen voor het kader voor verantwoorde zorg ten aanzien van preventie van een ongezonde leefstijl. De inhoud hiervan is besproken tijdens de invitational conference van 24 juni 2010. De inspectie heeft naar aanleiding van de invitational conference de concept-bouwstenen aangepast tot de vastgestelde bouwstenen.

De bouwstenen liggen op drie niveaus: het niveau van de instelling, het niveau van de werkvloer en het niveau van het individu. De meeste bouwstenen zijn generiek voor zowel roken, overgewicht als inactieve leefstijl, twee zijn leefstijl specifiek. Hieronder staat het overzicht van alle bouwstenen inclusief een korte toelichting.

Uiteindelijk wil de inspectie dat het veld deze bouwstenen onderschrijft en het kader vaststelt. Daar waar mogelijk en nodig faciliteert de inspectie dit proces. Dit kader zal voor de inspectie uiteindelijk als basis dienen voor een toezichtinstrument om na te gaan of preventie systematische verankerd is in de zorg.

Overzicht van bouwstenen voor een kader voor verantwoorde zorg ten aanzien van preventie bij licht verstandelijk beperkte jongeren

Bouwstenen	Omschrijving	Toelichting
Instellingsniveau		
<u>Opstellen beleid</u>	De instelling stelt beleid op ten aanzien van preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit op basis van de eigen pedagogische visie.	Goede preventieve zorg valt onder de verlening van verantwoorde zorg, zoals gedefinieerd in de kwaliteitswet zorginstellingen.²² Daarom hebben zorgaanbieders de taak verantwoorde zorg aan te bieden. Om verantwoorde zorg aan te kunnen bieden, stelt de instelling beleid op over preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit. Hierbij is het belangrijk om het beleid te relateren aan de pedagogische visie van de instelling. Ook dient rekening gehouden te worden met het medisch beleid en het arbobeleid, zodat er samenhang ontstaat. Vastgelegd moet worden wat de doelstellingen van de instelling zijn en welke zorg en ondersteuning zij gaat aanbieden om de doelstelling te bereiken. VWS heeft als doelstelling dat alle instellingen voor mensen met een verstandelijke beperking, waaronder de orthopedagogische instellingen, in 2010 beleid voeren voor een actieve en gezonde leefstijl.²³ Gehandicaptensport Nederland ondersteunt dit met een uitvoeringsprogramma.²⁴
<u>Evalueren beleid</u>	De instelling evalueert het beleid om te zien of het effectief is, om het indien nodig aan te kunnen passen.	Om het beleid te kunnen evalueren is het van belang dat de juiste gegevens verzameld worden en een goed monitoringssysteem is opgezet. Dit is verplicht gesteld in de kwaliteitswet zorginstellingen. Om een goede beleidsevaluatie te kunnen garanderen legt de instelling in het beleid vast welke informatie verzameld wordt om de effectiviteit van het beleid te meten. Hierbij kan gedacht worden aan zowel proces- als uitkomstindicatoren. Als deze registratie op een systematische wijze gebeurt, kan de instelling het beleid gaan monitoren, liefst jaarlijks. Er wordt dan regelmatig vastgesteld in hoeverre het beleid functioneert: dat naleving van het beleid leidt tot het leveren van verantwoorde zorg. Het is belangrijk deze toetsing regelmatig uit te voeren. Dit is de enige manier om de effectiviteit van het beleid te evalueren. Op basis van deze evaluatie kan tijdig ingegrepen worden door het beleid aan te passen.
<u>Randvoorwaarden</u>	De instelling zorgt voor alle randvoorwaarden (scholing, registratie en monitoring) om het beleid goed te kunnen uitvoeren.	- Scholing is een van de randvoorwaarden voor het aanbieden van verantwoorde zorg. Door scholing leren betrokkenen uit welke aspecten een gezonde leefstijl bestaat en hoe zij dat kunnen stimuleren bij de jongeren. Tevens kan hen geleerd worden welke programma's beschikbaar zijn om cliënten een gezonde leefstijl aan te meten. Begeleiders zijn de belangrijkste personen als het gaat om het inzetten van preventie bij licht verstandelijk beperkte jongeren en dienen daarom geschoold te worden. Maar ook de overige beroepsbeoefenaars die licht verstandelijk beperkte jongeren behandelen zouden geschoold moeten worden. Het is belangrijk dat in het beleid staat welke scholingstrajecten (bijscholing/nascholing) aangeboden worden in de instelling en wie die gaat volgen. - Het aanpassen van de registratie in het behandelplan is nodig voor het individuele niveau.

Bouwstenen	Omschrijving	Toelichting
		3. Het hebben van een monitorsysteem om beleid te kunnen evalueren is een andere randvoorwaarde. De instelling moet kiezen wat er gemonitord gaat worden (proces of uitkomsten). 4. De instelling zoekt actief samenwerking met reguliere sportclubs en andere maatschappelijke organisaties om deelname van cliënten aan sport- en bewegingsactiviteiten mogelijk te maken.
Individueel niveau		
<u>Registratie van leefstijl als onderdeel van het behandelplan</u>	In het behandelplan wordt de leefstijl (omtrent roken, overgewicht en het niveau van lichamelijke activiteit) geregistreerd.	Iedere licht verstandelijk beperkte jongere die ambulant of residentieel behandeld wordt door een orthopedagogisch behandelcentrum beschikt binnen enkele weken na aanvang van de zorgverlening over een behandelplan.²⁵ In dit document wordt de zorgverlening rondom de cliënt vastgelegd. In de praktijk wordt het behandelplan ook wel ondersteuningsplan of zorgplan genoemd. Lichamelijk welbevinden is een van de acht domeinen die relevant zijn voor iemands kwaliteit van bestaan.²⁶ Dat betekent dat er afspraken gemaakt dienen te worden met de cliënt over de benodigde ondersteuning hierin. In principe valt leefstijl onder lichamelijk welbevinden en moet daarom genoteerd worden in het behandelplan. Het is erg belangrijk om op de hoogte te zijn van de leefstijl van de jongeren, zodat preventie toegespitst kan worden op de persoonlijke situatie en behoefte van de cliënt.
<u>Leefstijlondersteuning als onderdeel van het behandelplan</u>	Indien van toepassing staan in het behandelplan activiteiten die nodig zijn om een gezonde leefstijl van de cliënt te bevorderen. De activiteiten zijn leefstijlspecifiek.	Aandacht voor leefstijl behoort een vanzelfsprekend onderdeel te zijn van de opvoeding en dus ook van de orthopedagogische behandeling. Als leefstijl in het behandelplan staat, kan dit jaarlijks besproken worden bij de behandelplanbespreking. Dit is een mooie gelegenheid om ook leefstijl en preventieve zorg te bespreken en evalueren, omdat alle betrokkenen rondom de cliënt (en de cliënt zelf) hierbij aanwezig zijn. Er kan dan ook gezamenlijk afgesproken worden op welke manier preventie ingezet gaat worden. Het is belangrijk om te blijven letten op de uitvoering van de afspraken zoals die gemaakt zijn in het behandelplan. Hoewel licht verstandelijk beperkten niet expliciet genoemd worden in de diverse richtlijnen op het gebied van de ondersteuning bij ongezonde leefstijl, vallen zij hier wel onder. In het bijzonder geldt dit voor jonge kinderen, omdat bij het gezonde gedrag nog het gemakkelijkst kan worden gestimuleerd. Tijdens de bespreking van het behandelplan kan beoordeeld worden of de bestaande richtlijnen die gelden voor de gehele bevolking gevolgd worden. Het gaat daarbij onder andere om de CBO richtlijnen over tabaksverslaving²⁷ en obesitas.²⁸ Daarnaast kan de verantwoordelijke arts nagaan of de doorverwijzing naar bijvoorbeeld een diëtist, fysiotherapeut of cursus succesvol is geweest.

Bouwstenen	Omschrijving	Toelichting
	Voor <u>roken</u> betekent dat het volgende: – Op basis van het rookgedrag van de jongere, de reden om te roken, de motivatie om te stoppen en barrières om te stoppen wordt een individueel plan van aanpak gemaakt over preventie van roken in het behandelplan. Voor <u>overgewicht</u> betekent dat het volgende: – Het BMI wordt genoteerd in het behandelplan en indien nodig wordt een individueel plan van aanpak gemaakt over preventie van overgewicht. – Er is speciale aandacht voor cliënten met aan overgewicht gerelateerde aandoeningen. Voor <u>lichamelijke inactiviteit</u> betekent dat het volgende: – In het behandelplan wordt een persoonlijk beweegplan opgenomen.	Bij de registratie van het rookgedrag is het belangrijk te noteren hoeveel de jongere rookt en waarom de jongere rookt. Dit laatste geeft de instelling een insteek voor de terugkerende dialoog die met de jongere gevoerd wordt. Een jongere die rookt omdat hij het lekker vindt of verslaafd is moet anders benaderd worden dan een jongere die rookt omdat hij erbij wil horen. Tijdens de behandelplanbespreking zal ook nagegaan worden of jongere gemotiveerd is om te stoppen met roken en welke barrières hij of zij ervaart bij het stoppen met roken. Op basis van deze gegevens zullen de aanwezige behandelaars en begeleiders een plan van aanpak maken voor de preventie van roken, die aangepast is aan de jongere. Van iedere jongere wordt het BMI genoteerd in het behandelplan. Indien het BMI toeneemt, of er al sprake is van overgewicht of obesitas en of de jongere tot een risicogroep behoort, stelt de behandelaar een plan van aanpak op. Daarin wordt genoteerd hoe er op de voeding gelet gaat worden, hoe de cliënt tot beweging aangezet wordt en of de cliënt wordt doorverwezen naar een diëtist of cursus. Speciale aandacht moet verleend worden aan cliënten met medicatie of een aandoening die aan overgewicht gerelateerd is. Down syndroom en Prader-Willi syndroom zijn geassocieerd met overgewicht en cliënten met een van deze aandoeningen dienen daardoor een intensievere begeleiding te krijgen bij de voeding.²⁹ Hetzelfde geldt voor cliënten die antidepressiva of antipsychotica slikken, die overgewicht als bijwerking hebben. De arts kan nagaan of er geen alternatief is voor deze medicatie, met minder gewichtstoename tot gevolg. Ook kan in samenwerking met een diëtist een op maat gemaakt dieet opgesteld worden wat rekening houdt met deze medicatie of aandoening. In het beweegplan wordt genoteerd wat de jongere kan, wat de jongere wil (de doelen die hij of zij wil bereiken en de sporten/bewegingsactiviteiten die hij of zij zou willen doen) en hoe dat uitgevoerd gaat worden.³⁰ Hierbij is het belangrijk om erop te letten dat de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) gehaald wordt. Er zijn al instellingen die een beweegplan in het behandelplan opgenomen hebben.³¹ Door een beweegplan op te nemen in het behandelplan komt er meer aandacht voor sport en bewegen en kunnen concrete (individuele) doelen gesteld worden, waarop de beweegactiviteiten aangepast worden.

Bouwstenen	Omschrijving	Toelichting
Uitvoeringsniveau		
<u>Rol van begeleiders</u>	Begeleiders zijn zich bewust van hun voorbeeldfunctie (en handelen daarnaar). Begeleiders gaan actief de dialoog aan met de jongeren en nemen belemmeringen voor een gezonde leefstijl zoveel mogelijk weg.	Jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn sterk beïnvloedbaar door hun omgeving, dus ook door hun begeleiders. Het is makkelijker voor de jongere om zijn leefstijl aan te passen als hij goede voorbeelden om zich heen heeft.³² Roken of ongezond eten in het zicht van de jongeren is ongewenst, met betrekking tot de voorbeeldfunctie van begeleiders. Om de bewustwording over de voorbeeldfunctie te versterken is scholing noodzakelijk. Er wordt een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de begeleider. Hieraan kan een beroepscode, die overigens nog opgesteld moet worden, bijdragen. Het richten van zorg en ondersteuning op de kwaliteit van bestaan en het hebben van regie over eigen leven zijn twee belangrijke uitgangspunten in de gehandicaptenzorg.³³ De cliënt is vrij om zelf te bepalen of hij rookt, wat hij eet en hoeveel hij beweegt. Om een eigen keuze te kunnen maken hebben licht verstandelijk beperkte jongeren voorlichting nodig van hun begeleiders. Begeleiders leggen de gevolgen uit van het roken, overgewicht of lichamelijke inactiviteit. Dit geldt niet alleen voor de gevolgen voor de gezondheid maar bijvoorbeeld ook voor de financiële situatie. Dit is belangrijk, de motivatie om te stoppen met roken is bijvoorbeeld hoger als cliënten een stopadvies hebben gekregen en zich dat kunnen herinneren.³⁴ De begeleider gaat actief de dialoog aan met zowel de jongeren die in de instelling wonen, als de jongeren die ambulant begeleid worden. Een begeleider heeft meer verantwoordelijkheid voor iemand die residentieel begeleid wordt, dan over iemand die een paar uur ambulante begeleiding per week krijgt. Hoe intensiever de begeleiding, hoe meer verantwoordelijkheid de begeleider heeft. Leefstijl zou een terugkerend onderwerp van gesprek moeten zijn. Het gesprek moet motiverend zijn en tevens kan gekeken worden naar het wegnemen van obstakels voor een gezonde leefstijl. De helft van de sporters met een verstandelijke beperking ervaart bijvoorbeeld knelpunten en belemmeringen bij het sporten. Gebrek aan motivatie is de belangrijkste reden voor mensen met een verstandelijke beperking om niet te sporten. Naast het wegnemen van praktische drempels (aanbod, vervoer, financiën) is het gericht stimuleren en kweken van interesse in en kennis over (de effecten van) sport de meest kansrijke investering voor begeleiders om niet-sporters tot sportdeelname over te halen.³⁵
<u>Rol van ouders</u>	De hulpverleners/begeleiders maken de ouders bewust van hun voorbeeldfunctie, tenminste tijdens de bespreking van het behandelplan.	Naast de begeleiders hebben ouders een grote voorbeeldfunctie op de jongeren. Ouders worden daarom voorgelicht over leefstijl. Een goed moment is de jaarlijkse bespreking van het behandelplan, waarbij alle betrokkenen aanwezig zijn. Ouders worden gemotiveerd hun kinderen te helpen om hun leefstijl te verbeteren. Zij worden daartoe voorgelicht over leefstijl door de hulpverlener of instelling. Deze voorlichting wordt aangepast aan het niveau van de ouders, waarbij ook de ontwikkeling van

Bouwstenen	Omschrijving	Toelichting
		specifieke oudercursussen een mogelijkheid is.
<u>Samenwerking met andere instanties</u>	De instelling stemt haar activiteiten omtrent preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit af met instanties waar veel jongeren regelmatig verblijven, zoals de school en de sociale werkplaats.	Scholen en sociale werkplaatsen vallen buiten de verantwoordelijkheid van zowel instellingen als de inspectie. Maar omdat de jongeren hier een aanzienlijk deel van hun tijd doorbrengen, kunnen scholen en sociale werkplaatsen een bijdrage leveren in de preventie van een ongezonde leefstijl. Om dit mogelijk te maken gaat de instelling de dialoog aan met de scholen en sociale werkplaatsen van de jongeren die ambulant of residentieel door deze instelling begeleid worden. De instelling kan deze instanties bewust maken van het belang van preventie van roken, overgewicht en lichamelijke inactiviteit en het aanbod op elkaar afstemmen. Als de school en sociale werkplaats door de instelling bewust zijn gemaakt van het belang van een gezonde leefstijl, kunnen zij maatregelen treffen. Dit is echter hun eigen verantwoordelijkheid. Vaak zijn scholen al bezig met preventieve maatregelen, bijvoorbeeld met de gezonde school methode.³⁶ De instelling kan in ieder geval aan de scholen en sociale werkplaatsen vragen om op te letten op de leefstijl van de jongeren. Indien er iets opvallendsesignaleerd wordt, wordt dat doorgegeven aan de instelling. De instelling bevordert en intensificeert de samenwerking met andere deskundigen om er voor te zorgen dat er meer aandacht komt voor leefstijl. Te denken valt aan de andere hulpverleners (zoals huisarts en diëtiste), aan expertisecentra (zoals Stivoro en Gehandicapten Sport Nederland) en aan relevante instanties (zoals gemeenten, consultatiebureaus en GGD-en). Bij de jongeren die ambulant begeleid worden dient het onderwerp leefstijl ook met andere betrokken uit het netwerk van de cliënt besproken te worden. Hier dient een netwerkaanpak tot stand te komen.
<u>Preventie inbouwen in instellingsleven</u>	De instelling maakt de gezonde keus de makkelijkke keus. Voor <u>roken</u> betekent dat het volgende: – Binnen de instelling geldt een rookverbod – De instelling ontmoedigt roken onder de 16 streng, eventueel met een verbod	In een orthopedagogisch behandelcentrum houden jongeren zich vaak aan een vast dagelijks ritme en diverse instellingsregels. Dit is om regelmaat in het leven van de jongeren te brengen, iets waar zij behoefte aan hebben. In het dagelijks leven in de instelling kan een aantal preventieve maatregelen beter naar voren komen. Dit heeft vooral effect bij residentieel begeleide jongeren. In Nederland heeft iedereen recht op een rookvrije werkplek.³⁷ Er mag niet gerookt worden op plaatsen die bedoeld zijn voor gemeenschappelijk gebruik, of die voor publiek toegankelijk zijn. Werkzaamheden moeten kunnen worden verricht zonder hinder van tabaksrook. Instellingen moeten daarom geheel rookvrij zijn. Er kunnen één of meer afsluitbare rookruimten gecreëerd worden, mits deze als rookruimte aangeduid zijn en als er buiten deze ruimten geen hinder of overlast is van het roken. Als dit (bijvoorbeeld vanwege brandveiligheid) niet mogelijk is, moet er buiten gerookt worden, zowel door de jongeren als de begeleiders.

Bouwstenen	Omschrijving	Toelichting
	Voor <u>overgewicht</u> betekent dat het volgende: – De instelling biedt gezonde voeding aan Voor <u>lichamelijke inactiviteit</u> betekent dat het volgende: – Indien de jongere daartoe in staat is, wordt hij aangespoord te worden om lopend of met de fiets naar school of de sociale werkplaats te gaan	Roken onder de 16 jaar is niet bij wet verboden. Wel ontmoedigt de overheid het sterk door de verkoop aan jongeren onder de 16 jaar te verbieden. Dit is niet voor niets, hoe vroeger jongeren gaan roken, hoe groter de kans dat ze daarmee doorgaan en later zwaarder gaan roken.^{38,39,40} Bovendien; hoe vroeger ze beginnen, hoe groter het risico op longkanker, hartziekten en rookgerelateerde klachten.⁴¹ Daarom is het belangrijk het beginnen met roken zo lang mogelijk uit te stellen. Hoewel het niet verboden is om te roken onder de 16, is het belangrijk dat dit wel streng ontmoedigd wordt door de instellingen. Wellicht is het zelfs mogelijk om te verbieden dat de jongeren in een instelling roken onder de 16. Het wordt dan een van de instellingsregels. Belangrijk is dat duidelijk uitgelegd wordt aan de jongeren waarom roken onder de 16 echt schadelijk is. In de instellingen koken de jongeren meestal niet zelf. Veel instellingen hanteren een eigen omgang met het avondeten. Er zijn instellingen waarin er een eigen kok aanwezig is, instellingen waarbij eten wordt aangeleverd uit de instellingskeuken en instellingen waarin jongeren soms zelf ook koken. Het is belangrijk dat het eten dat aangeboden wordt in de instelling altijd voldoet aan de normen voor gezonde voeding. Degene die verantwoordelijk is voor het eten wordt daarin geschoold door de instelling. Verder is het belangrijk dat de instelling geen frisdrankautomaten en snoepautomaten heeft. Als het aanbod er niet is, is de verleiding voor de jongeren minder groot. Ook is het belangrijk dat er voldoende fruit aangeboden wordt aan de jongeren. Begeleiders bepalen vaak het dagelijks ritme van de jongeren. Zij kunnen daarom meer beweging inbouwen in het dagelijks leven van licht verstandelijk beperkte jongeren. Dit kan gedaan worden door verschillende (in intensiteit wisselende) activiteiten in te plannen in het dagelijks ritme. Hierbij kan gedacht worden aan relatief eenvoudige activiteiten, zoals het vaker traplopen. Ook kan gestimuleerd worden dat de jongeren op de fiets of lopend naar school of sociale werkplaats gaan. Hoewel er jongeren zijn waarbij dit niet haalbaar is, zijn er genoeg jongeren die een stuk kunnen fietsen of lopen naar school of werk. Uit de gesprekken is gebleken dat veel instellingen voorbeelden kennen van jongeren die dit al doen. Door stimulatie en het leren van de fietsroute zouden meer jongeren hiertoe aangezet kunnen worden. Het is gebleken dat met de fiets of lopend naar school gaan een significante verhoging oplevert op het niveau van fysieke activiteit van de jongeren.⁴² Verder zijn er meer arbeidsintensieve mogelijkheden voor het inbouwen van beweging in het dagelijks ritme van de jongeren. Hierbij kan gedacht worden aan het inplannen van een wekelijkse sportactiviteit (met begeleiders), zoals voetballen of zwemmen.

Bijlage

Organisaties waarmee de inspectie heeft gesproken over de bouwstenen voor verantwoorde zorg ten aanzien van preventie voor de LVG-jongeren

- Diëtiste werkzaam bij stichting Pergamijn in Echt
- Gehandicaptensport Nederland
- Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB)
- Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG)
- Nederlandse Vereniging Pedagogogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Phorza (Beroepsorganisatie voor sociale, (ortho)pedagogische en hulpverlenende functies)
- Stichting Landelijk Kenniscentrum LVG
- Trimbos instituut
- Vereniging van Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC)
- V&VN Verstandelijk Gehandicaptenzorg (V&VN)

Literatuuroverzicht

- 1 Kiezen voor gezond leven. Preventienota VWS 2006
- 2 IGZ. Meerjarenbeleidsplan 2008-2011: voor gerechtvaardigd vertrouwen in verantwoorde zorg. Den Haag, 2007
- 3 http://www.rivm.nl/vtv/object_class/sr_vtv06_determinanten.html
- 4 IGZ onderzoek, ongelijkheid in gezondheid, is gezondheidszorg van belang: sociaal economische en etnische gezondheidsverschillen in gezondheidszorguitkomsten op het terrein van hart- en vaatziekten in Nederland, 2009.
- 5 Feenstra D (STIVORO), Zantinge EM (RIVM). Hoeveel mensen roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\ Factoren die van invloed zijn op de gezondheid\ Leefstijl\ Roken, 8 december 2009.
- 6 Hymowitz N, Jaffe FE, Gupta A, Feuerman M. Psychiatr Serv. Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. 1997 Jan;48(1):100-2.
- 7 Tracy J, Hosken R. The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 1997 Oct;41:416-21.
- 8 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.
- 9 CBS Statline, leefstijl
- 10 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.
- 11 McGuire BE, Daly P, Smyth F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. J Intellect Disabil Res. 2007 Jul;51(Pt 7):497-510.
- 12 Schaap B, Leefstijl van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking, voornamelijk gericht op hart- en vaatziekten. 2006 Keuzeonderzoek opleiding Geneeskunde, Erasmus MC.
- 13 S.Pollers, M.Bayate, H.H. Miedema-Loo. Overgewicht bij volwassen mensen met een lichte of matige verstandelijke handicap wonend in een instelling: het stellen van de diagnose en meetmethoden. Onderzoek in het kader van de opleiding tot AVG. Erasmus Universiteit Rotterdam. 1 maart 2006 – 1 februari 2007
- 14 <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/leefstijl/lichamelijke-activiteit/hoeveel-mensen-zijn-voldoende-lichamelijk-actief/>
- 15 Website Zo kan het ook! (Gehandicaptensport Nederland) <http://zokanhetook.gehandicaptensport.nl/praktische-informatie/feiten-en-cijfers>
- 16 Schaap B, Leefstijl van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking, voornamelijk gericht op hart- en vaatziekten. 2006 Keuzeonderzoek opleiding Geneeskunde, Erasmus MC
- 17 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. 2009. Verslag van leeronderzoek in het kader van de AVG opleiding. Erasmus Medisch Centrum
- 18 Kwaliteitswet zorginstellingen (http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_28-05-2010)

-
- 19 Jobling A. Beyond sex and cooking: health education for individuals with intellectual disability. *Ment Retard*. 2001 Aug;39(4):310-21.
- 20 <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/segv/zijn-er-sociaaleconomische-verschillen-in-leefstijl/>
- 21 Snell ME, Luckasson R, Borthwick-Duffy WS, Bradley V, Buntinx WH, Coulter DL, et al. Characteristics and needs of people with intellectual disability who have higher IQs. *Intellect Dev Disabil*. 2009 Jun;47(3):220-33.
- 22 Kwaliteitswet zorginstellingen (http://wetten.overheid.nl/BWBR0007850/geldigheidsdatum_28-05-2010)
- 23 Nota overgewicht. ministerie van VWS, Den Haag 2009
- 24 Programma Zo kan het ook! Gehandicaptensport Nederland
- 25 Besluit behandelplanbespreking AWBZ-zorg (http://wetten.overheid.nl/BWBR0025521/geldigheidsdatum_04-06-2010)
- 26 Visiedocument Kwaliteitskader gehandicaptenzorg
- 27 Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving. CBO. Herziening 2009
- 28 Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. CBO. 2008.
- 29 Maaskant M, Hoekman N. Een gewichtig probleem? Gewichtstatus en verstandelijke beperkingen. (<http://www.unimaas.nl/hcns/websitevw/publications/publication%20scans/maaskant.%20een%20gewichtig%20probleem.pdf>)
- 30 Website 30 minuten bewegen per dag (http://www.30minutenbewegen.nl/home-ik-wil-bewegen/thema_s/thuis-bewegen/beweegplan.html)
- 31 Projecten van Zo kan het ook! Gehandicaptensport Nederland. (<http://zokanhetook.gehandicaptensport.nl/projecten>)
- 32 van den Berg M, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. RIVM 2010.
- 33 Visiedocument Kwaliteitskader gehandicaptenzorg
- 34 Tracy J, Hosken R. The importance of smoking education and preventative health strategies for people with intellectual disability. *J Intellect Disabil Res*. 1997 Oct;41 416-21.
- 35 (on)beperkt sportief. Monitor sportdeelname van mensen met een handicap 2008. ISBN 978-90-5472-079-9
- 36 www.gezondeschool.nl
- 37 Tabakswet. http://wetten.overheid.nl/BWBR0004302/geldigheidsdatum_28-05-2010
- 38 Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. The role of peer affiliations, social, family and individual factors in continuities in cigarette smoking between childhood and adolescence. *Addiction*. 1995 May;90(5):647-59.
- 39 Jackson C, Dickinson D. Cigarette consumption during childhood and persistence of smoking through adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004 Nov;158(11):1050-6.
- 40 Factoren waardoor jongeren gaan roken of daarmee juist stoppen. NIGZ, jongeren en roken, deel 1. juni 2003
- 41 http://www.rivm.nl/vtv/object_class/sr_vtv06_determinanten.html
- 42 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. 2009. Verslag van leeronderzoek in het kader van de AVG opleiding. Erasmus Medisch Centrum.