

Vergaderjaar 2020–2021

32 793

Preventief gezondheidsbeleid

Nr. 562

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juli 2021

Mensen die zolang mogelijk gezond en fit blijven, zowel fysiek als mentaal.

Daar willen we graag naartoe. Veel pijlen zijn daarom gericht op gezondheidsbevordering van gezonde mensen om te voorkomen dat er fysieke en mentale klachten ontstaan. Maar wat als mensen deel uitmaken van een risicogroep of al ziek zijn? Ook dan kan preventie en inzet op een gezonde leefstijl het verschil maken. Door tijdige inzet van effectieve (leefstijl)interventies kunnen we namelijk voorkomen dat mensen uit risicogroepen echt ziek worden of al bestaande ziekten verergeren. Denk aan mensen met overgewicht of obesitas die door bewegen en gezonde voeding afvallen en hierdoor geen hart- en vaatziekten of diabetes ontwikkelen. Of aan ouderen met verhoogd valrisico die begeleid trainen ten behoeve van spierkracht en balans en hierdoor niet op de spoedeisende hulp terecht komen met een gebroken heup.

Vanuit het programma Preventie in het zorgstelsel lopen meerdere acties om preventie beter in de zorg te verankeren en de samenwerking hierbij tussen zorgverzekeraars en gemeenten, en tussen zorgprofessionals uit de verschillende domeinen onderling, te stimuleren. In deze brief geef ik een stand van zaken. Tevens geef ik mijn reactie op de volgende drie publicaties, een toezegging en een motie:

- factsheet van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) die sinds 2016 jaarlijks evalueert hoe het ervoor staat met de ontwikkelingen rondom preventie bij risicogroepen en de samenwerking hierbij tussen zorgverzekeraars en gemeenten¹;
- factsheet van het RIVM met de laatste stand van de zaken van de gecombineerde leefstijl interventie (GLI) bij overgewicht²;

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

- onderzoek van de Wageningen University & Research (WUR) naar het beleidsproces rond de totstandkoming van de gecombineerde leefstijlinterventie en de opname daarvan in het basispakket³;
- mijn toezegging tijdens het notaoverleg Preventie van 1 februari jl. (Kamerstuk 32 793, nr. 545) om aan te geven wat de mogelijkheden zijn voor vergoeding van de Nationale Diabetes Challenge;
- motie van het lid Diertens c.s. waarin de regering wordt verzocht samen met het werkveld te onderzoeken hoe het potentieel van leefstijlpsychiatrie beter benut en de betreffende doelgroep beter bereikt kan worden.⁴

Samenvatting

De kern van deze brief is als volgt:

Interventiegerichte aanpak

- Vanuit het Ministerie van VWS (hierna: VWS) wordt in samenwerking met diverse veldpartijen hard gewerkt aan het verder brengen van de GLI, de aanpak overgewicht kinderen, valpreventie bij ouderen, Welzijn op Recept en interventies bij diabetes. Mijn ambitie om toe te werken naar landelijk en duurzaam aanbod van deze interventies is groot. Hierover zijn ook afspraken gemaakt in het Preventieakkoord. We zien voortuitgang, maar er is nog een lange weg te gaan.
- Zorginstituut Nederland (ZINL) heeft een onderdeel van de zorg bij kinderen met overgewicht geduid als te verzekeren zorg. De verwachting is dat deze zorg per 1 januari 2023 daadwerkelijk kan worden vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Inmiddels is een implementatietraject opgestart met alle betrokken veldpartijen in navolging van onze aanpak bij de GLI. Er ligt tevens een verzoek bij ZINL om te duiden welke onderdelen van valpreventie bij ouderen onder het basispakket vallen. In het najaar rapporteert ZINL hierover.
- Uit de factsheet GLI van het RIVM blijkt dat het aantal GLI-deelnemers en het zorgaanbod toenemen. De teller staat op 17.890 deelnemers.
- De potentie van de GLI is groter. Met alle betrokken veldpartijen bij de implementatie van de GLI wil ik in gesprek over het concrete doel in 2025 en wat ervoor nodig is om dat te kunnen realiseren.

Samenwerking gemeenten en zorgverzekeraars

- Hoewel ik vooruitgang zie in de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het gebied van preventie, blijft dit fragmentarisch en zijn de randvoorwaarden voor (regionale) samenwerking niet op orde. Afgelopen jaar is door VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), hard gewerkt om tot een gezamenlijk beeld te komen van wat er nodig is voor de toekomst. In mijn brief van 7 juli 2021⁵ ga ik hier nader op in.

Leefstijlgeneeskunde

- De aandacht voor leefstijlgeneeskunde neemt toe. Het bewijs voor de effectiviteit hiervan ook. De integrale toepassing van leefstijlinterventies in het curatieve domein is echter nog geen gangbare praktijk. Hiervoor is naast inzicht in (kosten)effectiviteit van leefstijlgeneeskunde ook gedragsverandering onder zorgprofessionals nodig.

³ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 532.

⁵ Kamerstuk 32 793, nr. 558

- Om leefstijlgeneeskunde verder te brengen, heeft VWS geld beschikbaar gesteld voor onderzoek naar (kosten)effectiviteit van leefstijlinterventies bij diverse aandoeningen en ziekten. Ook zijn onze acties gericht op voldoende aandacht voor preventie en gezonde leefstijl in de opleidingen en richtlijnen.
- VWS gaat met een interventiegerichte aanpak het werkveld ondersteunen bij het verder brengen van bestaande kansrijke leefstijlinterventies in de 2^e/3^e lijn en geestelijke gezondheidszorg (ggz). In het najaar verwacht ik helderheid te hebben in de focus van deze aanpak.
- VWS gaat met ZINL en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek over de vraag in hoeverre de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars ten aanzien van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie nader kan worden geëxpliciteerd en welke handvatten de NZa en ZINL (binnen of aanvullend op het huidige instrumentarium) kunnen bieden voor leefstijlinterventies binnen de Zvw.

Stand van zaken programma Preventie in het zorgstelsel

Het VWS-programma Preventie in het zorgstelsel heeft als doel om effectieve preventieve (leefstijl)interventies meer in het zorgstelsel te verankeren. Het gaat hierbij om de inzet van interventies voor risicogroepen (selectieve en geïndiceerde preventie) en voor patiënten (zorggerelateerde preventie)⁶. Sinds de start van het programma in 2016 waren de acties in eerste instantie gericht op het stimuleren van de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars ten behoeve van het aanbod van preventieve interventies voor risicogroepen. Deze interventies liggen vaak op het grensvlak van selectieve en geïndiceerde preventie. Om die reden is samenwerking essentieel. Ook heeft de GLI die per 1 januari 2019 wordt vergoed door zorgverzekeraars veel aandacht gevestigd. Sinds 2019 is het programma geïntensiveerd en wordt gewerkt via drie actielijnen.⁷ Hieronder geef ik per actielijn een stand van zaken.

Actielijn 1: Interventiegerichte aanpak

In navolging van de GLI bij overgewicht, wil VWS de opschaling van meer effectieve preventieve interventies voor risicogroepen (op het snijvlak van selectieve-geïndiceerde preventie) bevorderen en toewerken naar landelijk, duurzaam aanbod. Hiertoe hebben we een interventiegerichte aanpak opgezet. Naast de GLI zijn de volgende interventies daar onderdeel van: aanpak overgewicht kinderen, valpreventie, Welzijn op recept en interventies bij diabetes. Gekeken is bij welke aspecten het knelt, zoals het beschikbare aanbod van interventies en zorgverleners, financiering, bekostiging, communicatie en bewijs voor (kosten)effectiviteit. Vervolgens zijn samen met diverse veldpartijen acties opgestart. Ook de VNG en ZN hebben aangegeven deze interventies vanuit de samenwerkingsstructuur van gemeenten en verzekeraars op het gebied van ouderen, ggz en preventie te willen stimuleren. Hieronder licht ik per interventie de recente ontwikkelingen toe.

⁶ *Vormen van preventie*

Gemeentelijke verantwoordelijkheid

1. Universele preventie (gericht op gehele bevolking)

2. Selectieve preventie (gericht op specifieke groepen)

Verantwoordelijkheid zorgverzekeraar

3. Geïndiceerde preventie (gericht op individuen met een verhoogd risico op ziekte)

4. Zorggerelateerde preventie (gericht op individuen die al ziek zijn, ter voorkoming van erger)

⁷ Zie Kamerstuk 32 793, nr. 403 en Kamerstuk 32 793, nr. 486.

VWS heeft een proactieve, faciliterende rol bij het verder brengen van de GLI, die sinds 1 januari 2019 in het basispakket zit. Daarnaast monitort het RIVM de GLI om conclusies te kunnen trekken over het effect van deze leefstijlinterventie. In de factsheet die het RIVM onlangs heeft opgesteld, en die ik bij deze brief heb gevoegd, zijn de meest recente cijfers opgenomen. In het navolgende ga ik eerst in op die cijfers. Daarna volgt een stand van zaken van de belangrijkste acties op dit moment en de contractering van de GLI door zorgverzekeraars.

Factsheet GLI Monitor: laatste cijfers

Op basis van de laatste cijfers kunnen we concluderen dat het aantal GLI-deelnemers en het zorgaanbod toenemen. Uit de factsheet van het RIVM blijkt het volgende:

- Van 1 januari 2019 tot en met 31 maart 2021 zijn voor 17.890 unieke deelnemers declaraties ingediend. Het aantal deelnemers is fors gestegen sinds de vorige peildatum. Op 31 augustus 2020 ging het namelijk nog om 8.646 deelnemers;
- De gedeclareerde kosten zijn tot nu toe € 4,6 miljoen (31 augustus 2020: € 2,2 miljoen);
- Op peildatum 31 maart 2021 zijn er 1.753 praktijken waar de GLI kan worden aangeboden. In totaal gaat het om 1.184 unieke zorgverleners. In 2020 betrof het nog 1.592 praktijken en 1.041 unieke zorgverleners.

De sterke stijging van het aantal declaraties is deels een administratieve inhaalslag over 2020, maar deels ook een daadwerkelijke stijging van het aantal deelnemers. De terugval in het aantal nieuwe deelnemers tijdens de eerste golf van de COVID-19 pandemie is daarmee ingelopen. Dit komt waarschijnlijk door de overgang van bijeenkomsten op locatie naar digitale bijeenkomsten. Al met al kan geconcludeerd worden dat de stijgende trend, zowel van het aantal aanbieders als van het aantal deelnemers, doorzet. Met de blijvende aandacht voor een goede implementatie van GLI vanuit VWS en betrokken partijen is de verwachting dat deze trend ook komend jaar blijft doorzetten.

Toch denk ik dat de potentie van de GLI veel groter is. 17.890 deelnemers is relatief laag als je dit afzet tegen de 3,5 **miljoen** Nederlanders tussen 18 en 75 jaar die voor een **GLI in aanmerking komen**. We zijn nog lang niet in de buurt van de ambitie die we met elkaar in het Preventieakkoord hebben afgesproken. Daarin hebben partijen zich gecommitteerd aan de doelstelling dat uiterlijk in 2030 voor elke volwassene met overgewicht passend aanbod is om tot een gezonde gedragsverandering te komen en er een sluitende ketenaanpak is geïmplementeerd in alle gemeenten. De GLI maakt hier onderdeel van uit. Ik wil met alle veldpartijen die betrokken zijn bij de implementatie van de GLI in gesprek over de vraag naar welk concreet doel we toewerken in 2025 en wat ervoor nodig is om dat te kunnen realiseren.

Implementatietraject

Zoals ik vorig jaar ook heb gemeld, blijft VWS samen met alle betrokken veldpartijen werken aan het oplossen van knelpunten die een rol spelen bij de implementatie van de GLI. Meerdere acties zijn de afgelopen jaren ingezet en afgerond, nieuwe acties ontstaan. Zo verkent de NZa momenteel samen met de veldpartijen de mogelijkheden voor een onderzoek naar kosten en/of tijdsbesteding, dat tot herijking van de tarieven per 2023 kan leiden. Verder is aangesloten bij de leefstijlcampagne van VWS om de GLI onder de aandacht te brengen bij burgers en is specifiek voor huisartsen (als belangrijke doorverwijzers) een factsheet

over de GLI opgesteld. Tot slot heeft VWS in het najaar van 2020 een tweede GLI-symposium georganiseerd waar een aantal goede voorbeelden de mogelijkheid heeft gekregen zich te presenteren.

Subsidies voor lokale ondersteuning

De eerste fase van implementatie van de GLI maakte duidelijk dat regie en initiatief in de regio van belang is. Om dit te ondersteunen heb ik vorig jaar een subsidieregeling laten opzetten door ZonMw. Deze is in december 2020 geopend en onlangs heeft de toekenning van tien projecten plaatsgevonden. Deze projecten hebben elk € 37.500 ontvangen om de GLI goed te organiseren in een gemeente of regio. Daarbij gaat het met name om het maken van afspraken tussen betrokken partijen: zorgverzekeraar, aanbieders GLI, zorggroep, huisarts, andere eerstelijns zorgverleners en verschillende onderdelen van de gemeente.

Contractering

De zorgverzekeraars passen voor de GLI een volgbesleid toe bij de contractering van zorggroepen. Zorgverzekeraars willen hiermee een landelijk dekkend GLI-aanbod bereiken. Waar dat niet lukt, contracteren de meeste zorgverzekeraars individuele zorgverleners. De NZa volgt de contractering en constateert dat er nog stappen gezet moeten worden om een landelijk dekkend netwerk te realiseren met in elke gemeente tenminste één gecontracteerde zorgaanbieder. Zorgverzekeraars zullen zich hiervoor moeten inspannen. Maar het is niet alleen aan hen: zorggroepen, individuele zorgverleners en huisartsen hebben ook een belangrijke rol om de beschikbaarheid van gecontracteerd aanbod te verbeteren en potentiële cliënten hierover te informeren. De NZa deelt binnenkort haar bevindingen met het veld. De NZa heeft geen recente signalen ontvangen dat mensen die aan een GLI-programma willen deelnemen, niet terecht kunnen. Ook zijn er op dit moment geen wachtlijsten.

Aanpak overgewicht kinderen

In 2020 had 14,7% van de kinderen van 4 tot en met 7 jaar overgewicht. 2,5% van die kinderen had ernstig overgewicht (obesitas).⁸ Ik vind het van groot belang dat we alles op alles zetten om overgewicht bij kinderen tegen te gaan en kinderen die al overgewicht hebben daar in een zo vroeg mogelijk stadium vanaf te helpen. Vanuit VWS zetten we daar vol op in, onder andere vanuit het Preventieakkoord. De ambitie die daarin is afgesproken is dat uiterlijk in 2030 voor elk kind en gezin (net als voor volwassenen) passend aanbod beschikbaar is om tot een gezonde gedragsverandering te komen en er een sluitende ketenaanpak voor kinderen met overgewicht is geïmplementeerd in alle gemeenten. Ook vanuit het programma Preventie in het Zorgstelsel koersen we daarop.

Hierbij helpt dat ZINL op 27 januari jl. het addendum «Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas»⁹ heeft uitgebracht.

In dit addendum verduidelijkt het Zorginstituut welke onderdelen van de zorg en ondersteuning voor kinderen tot 18 jaar met overgewicht en obesitas verzekerde zorg betreffen. Het Zorginstituut baseert zich hierbij onder andere op het Landelijk model Ketenaanpak voor kinderen met

⁸ Overgewicht: jongeren | De Staat van Volksgezondheid en Zorg (staatvenz.nl)

⁹ Ketenaanpak zorg en ondersteuning voor kinderen met overgewicht en obesitas | Standpunt | Zorginstituut Nederland.

overgewicht en obesitas.¹⁰ Het Landelijk model beoogt een brede en domeinoverstijgende aanpak tot stand te brengen. Deze brede benadering vraagt om een centrale zorgverlener die de samenhang tussen alle activiteiten coördineert en bewaakt. Volgens het Landelijk model komt het zorgaanbod uit meerdere domeinen (denk bijvoorbeeld aan opvoedondersteuning, schuldenaanpak, medisch specialistische zorg, etc.) en kenmerkt het aanbod zich door een ketenaanpak. De aangeboden zorg of ondersteuning wordt op de zorgbehoefte van het kind én het gezin afgestemd. Een GLI-programma kan onderdeel uitmaken van de aangeboden hulp.

De anamnese en de coördinatie van de centrale zorgverlener kunnen onder voorwaarden ten laste worden gebracht van de Zvw. Andere delen van de zorg en ondersteuning van kinderen met overgewicht en obesitas, zoals opvoedondersteuning en schuldhulp, komen niet in aanmerking voor vergoeding, aangezien deze behoren tot het sociale domein. Hiervoor is de gemeente verantwoordelijk. De NZa werkt op dit moment met partijen aan regelgeving waarin zij prestatiebeschrijvingen en tarieven opneemt voor de bekostiging van de centrale zorgverlener en GLI voor kinderen vanuit de Zvw. De verwachting is dat de zorg die door ZINL wordt geduid als te verzekeren zorg per 1 januari 2023 daadwerkelijk kan worden vergoed vanuit het basispakket.

Daarop vooruitlopend heeft VWS een implementatietraject opgestart met het gehele veld, waaronder zorgverzekeraars, gemeenten, GGD-en, kinderartsen, de NZa, ZINL, Ineen en de Patiëntenfederatie. Het implementatietraject is een dynamisch proces, waarin uiteenlopende vraagstukken worden opgepakt. Het doel is om samen met het veld te komen tot helderheid over de kaders waarbinnen de aanpak overgewicht bij kinderen straks landelijk aangeboden en vergoed kan worden. De ervaringen die zijn opgedaan bij het implementatietraject bij de GLI voor volwassenen nemen we hierbij mee.

Valpreventie

Een Maatschappelijke Kosten Baten Analyse (MKBA) van Erasmus MC, Vilans en VeiligheidNL laat zien dat investeren in valpreventie voor ouderen besparingen oplevert, onder meer in het curatieve domein. Van landelijk, duurzaam aanbod is echter geen sprake. In de landelijke Nota Gezondheidsbeleid 2020–2024 is de stevige ambitie vastgelegd dat in 2024 het risico op spoedeisende hulp na een val bij ouderen is afgenomen. Om het valpreventief aanbod te stimuleren zijn meerdere acties door VWS opgezet, in samenhang met het programma Langer Thuis.

Allereerst heeft VWS in een bijeenkomst eind september 2020 knelpunten met bijna 65 stakeholders en professionals besproken en getoetst. Hierbij hebben we gezamenlijk mogelijke oplossingsrichtingen geïnventariseerd. Uit daarop volgende bijeenkomsten kwam onder meer naar voren dat meer eenduidige communicatie over valpreventieve activiteiten en een goed overzicht van wie wat kan doen gewenst is. In samenwerking met het werkveld wordt gekeken hoe dit vorm kan krijgen in een toolkit, product of interventie.

Daarnaast gaan het RIVM en VeiligheidNL – gesubsidieerd door VWS – in een leer- en ontwikkeltraject twee GGD-regio's ondersteunen, waar gemeenten aan de slag willen met preventieve zorg voor ouderen, maar worstelen met uitvoeringsvraagstukken en daarbij een ondersteuningsvraag hebben.

¹⁰ Sijben, M., van der Velde, M., van Mil, E., Stroo, J. & Halberstadt, J. (december 2018). Landelijk model ketenaanpak voor kinderen met overgewicht en obesitas. Amsterdam: Care for Obesity.

De uitvoering van valpreventie zal hierbij centraal staan. Hierbij wordt nadrukkelijk gekeken of de aanpak hiervan schaalbaar kan worden ingezet.

Verder heb ik ZINL gevraagd om te duiden of valpreventie voor ouderen onderdeel kan zijn van het basispakket van de Zvw. Uit de bevindingen tot nu toe blijkt dat in elk geval een deel van de onderdelen in een valpreventie aanpak voor ouderen is aan te merken als te verzekeren zorg en een deel niet (betreft grotendeels gemeentelijke verantwoordelijkheid). ZINL zal in het najaar 2021 rapporteren.

Met het oog daarop wordt komende maanden een implementatietraject opgestart met alle betrokken stakeholders.

Ook is met subsidie vanuit VWS een nieuwe preventiecoalitie gestart in de regio Noord Limburg samen met zorgverzekeraar VGZ. Hierin wordt in een Health Impact Bond in een regionaal plan van aanpak toegewerkt naar een structurele implementatie van valpreventie voor ouderen. Ook hierbij wordt gekeken naar wat werkt in de implementatie en wat hiervan schaalbaar in Nederland kan worden ingezet. Tevens is ter voorbereiding op een mogelijke landelijke implementatie in kaart gebracht op welke indicatoren inspanningen rondom valpreventie gemonitord kunnen worden. Bij die indicatoren is in kaart gebracht welke bestaande bronnen hierop al data verzamelen en/of voor welke indicatoren dat nog niet het geval is. Samen met het werkveld, en afhankelijk van de vervolg aanpak op implementatie van valpreventie, kan met behulp van dit document een monitor voor valpreventie ingericht worden.

Tot slot hebben de Ministeries van IenW en VWS verdere samenwerking gezocht om mobiliteit en verkeersveiligheid beter te verbinden aan zorg, welzijn en bewegen. In hun plan Langer Veilig Onderweg (Plan Veilige Mobiliteit Ouderen 2021–2025) is, in samenwerking met VWS, ook specifiek de verbinding met valpreventie voor ouderen gemaakt. Aanvullend op de activiteiten bij VWS, die gefocust zijn op het voorkomen van vallen in en om huis, gaat het Ministerie van IenW aan de slag met het voorkomen van verkeersgerelateerde valongevallen. De onderlinge samenwerking hierop krijgt vervolg.

Welzijn op Recept

Bij Welzijn op Recept verwijst de huisarts patiënten met psychosociale klachten door naar een welzijnscoach. Inmiddels wordt Welzijn op Recept aangeboden in 90 gemeenten. Dit aantal is stabiel ten opzichte van vorig jaar. Hetzelfde geldt voor het aantal doorverwijzingen door eerstelijns-hulpverleners; dit blijft relatief laag en dit is niet veranderd. Ik vind dit teleurstellend. Het aantal doorverwijzingen moet echt omhoog. VWS wil blijven stimuleren dat deze interventie breder wordt aangeboden.

Hiervoor is in de eerste plaats meer kennis nodig over wat nodig is om Welzijn op Recept daadwerkelijk in te zetten. In het bijzonder door te kijken hoe het aantal verwijzingen zowel door huisartsen als vanuit het gemeentelijke domein kan worden vergroot. Ik ga hier met veldpartijen over in gesprek. Ook zal het RIVM hier deze zomer een onderzoek naar starten. Hiervoor worden op korte termijn 4 praktijklocaties geworven. Het onderzoek zal lopen tot augustus 2023.

Verder is in 2020 het inkoopadvies Welzijn op Recept voor gemeenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars door het Landelijk Kennisnetwerk Welzijn op Recept gepubliceerd. Dit advies geeft inzicht in de mogelijkheden tot (co)financiering binnen de regio. In 2021 wordt dit advies doorontwikkeld door Movisie, samen met het Landelijk Kennisnetwerk, en in samenspraak met de verdere behoeften van zorgverzekeraars en

gemeenten. Zo sluit dit advies zoveel mogelijk aan bij de (praktische) vragen die leven in de praktijk. Tot slot is het boek »Pareltjes van Welzijn op Recept« uitgebracht om inspiratie te bieden aan (zorg)organisaties, verzekeraars en gemeenten.

Interventies bij diabetes

In het Preventieakkoord hebben we afgesproken dat er een breed gedragen, integrale aanpak op een gezonde leefstijl voor mensen met diabetes type II moet komen. De inzet van leefstijlinterventies maakt deel uit van deze integrale aanpak. Ik onderstreep deze ambitie nogmaals. In Nederland worden op dit moment tientallen verschillende leefstijlinterventies bij diabetes aangeboden.

Deze interventies zetten in op gezonde voeding, bewegen of een combinatie van deze twee, maar zijn niet altijd in voldoende mate bewezen effectief. Vooralsnog is de GLI bij overgewicht de enige bewezen effectieve leefstijlinterventie die tevens kan worden ingezet bij mensen met prediabetes en manifeste diabetes type 2. Kanttekening hierbij is dat het zou kunnen dat voor die laatste groep intensievere leefstijlbegeleiding effectiever is. Hiervoor bestaat op dit moment echter nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

Om helderheid te krijgen in welke leefstijlinterventies aanvullend op het bestaande GLI-aanbod passend zijn voor diabetespatiënten, is het belangrijk dat onderzoek plaatsvindt naar de (kosten)effectiviteit. Zo loopt er vanuit de subsidieoproep leefstijlgeneeskunde bij ZonMw, waarop ik later in deze brief verder in ga, onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van gezonde leefstijl in de eerstelijns diabeteszorg voor laag opgeleiden. Hiernaast is het goed dat specifiek aanbod voor diabetespatiënten wordt (door)ontwikkeld. Het leefstijlprogramma Keer Diabetes 2 om is een kansrijke interventie aanvullend op het bestaande GLI-aanbod.

Voor diabetici is het belangrijk dat hun omgeving hen stimuleert tot en ondersteunt bij gezond gedrag. Hierbij is het van belang dat er een goede samenwerking is tussen partijen in het sociaal domein en het zorgdomein. Met de subsidiëring van het programma 2diabeat zet VWS hierop in. Zie mijn brief van 5 juli 2021¹¹ over de voortgang van het Nationaal Preventieakkoord voor meer toelichting op het programma. Tot slot verwacht ik na de zomer het advies van de Gezondheidsraad over voedingsaanbevelingen bij diabetes type 2. Met dit advies wordt bekeken of de Richtlijnen goede voeding (die voor alle Nederlanders bedoeld zijn) ook voor deze patiëntengroep geschikt zijn, of dat er voor hen aanpassingen of aanvullingen nodig zijn.

Tijdens het notaoverleg Preventie van 1 februari jl. is specifiek gevraagd naar de mogelijkheden voor vergoeding van de Nationale Diabetes Challenge. Hierover wil ik melden dat interventies die zich richten op voeding, beweging en gedragsverandering op www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/ van het RIVM kunnen nagaan aan welke criteria ze moeten voldoen om in aanmerking te komen om een erkende GLI te worden en dus vergoed kunnen worden vanuit de Zvw. Naast een erkenning van het RIVM is voor vergoeding vanuit de Zvw ook een positieve beoordeling van zorgverzekeraars nodig op de componenten die de interventie een GLI maken. Het RIVM en ZN informeren en adviseren interventie-eigenaars over het traject dat zij moeten doorlopen om als GLI vergoed te kunnen worden vanuit de Zvw, zowel via de websites van beide organisaties als in reactie op vragen uit het veld.

¹¹ Kamerstuk 32 793, nr. 557

Het beweegonderdeel van de GLI betreft geen verzekerde zorg en wordt dus ook niet vergoed. Deelnemers die – op medische indicatie – wél begeleiding bij beweging nodig hebben, kunnen daarvan gebruik maken via de bestaande mogelijkheden binnen de zorg. Voor het sport- en beweegaanbod en het stimuleren dat mensen hier (tegen betaling) gebruik van maken, zijn gemeenten verantwoordelijk. De ontwikkeling van een dergelijke preventiestructuur kunnen gemeenten die jaar financieren vanuit het maatschappelijk steunpakket dat zich richt op sociaal en mentaal welzijn en een gezonde leefstijl.¹² Met dit steunpakket wordt extra financiële ondersteuning geboden aan gemeenten om in te zetten op leefstijlinterventies zoals de Nationale Diabetes Challenge.

Actielijn 2: stimuleren samenwerking zorgverzekeraars gemeenten

Vanuit deze actielijn lopen diverse acties om de regionale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars bij preventieve interventies voor risicogroepen te versterken, met als doel dat voor deze doelgroepen op basis van regionale afspraken goede ketenaanpakken worden ingericht. Met een regionale aanpak wordt bevorderd dat regionaal gekeken wordt wat gezamenlijk opgepakt kan worden, vanzelfsprekend met behoud van lokaal maatwerk waar dat zinvol is. Deze actielijn hangt nauw samen met de bovengenoemde interventiegerichte aanpak, maar wordt breder aangevlogen.

Het RIVM evalueert in opdracht van VWS de stand van zaken van de ontwikkelingen rondom preventie bij risicogroepen alsook de samenwerking hierbij tussen zorgverzekeraars en gemeenten. Uit de factsheet over het jaar 2020, die ik heb meegezonden bij deze brief, blijkt dat de (regionale) samenwerking tussen beide financiers toeneemt en dat beide partijen meer aandacht hebben voor preventie en gezonde leefstijl. Ik merk hiervoor bij gemeenten en zorgverzekeraars, en ook andere veldpartijen, steeds meer enthousiasme.

Maar er is ook ruimte voor verbetering. Uit de evaluatie van het RIVM over het jaar 2020 blijkt aan de ene kant dat er steeds meer organisaties in samenwerkingsverbanden werken aan preventie: van 95 in 2019 naar 114 in 2020. Net als in 2019 biedt ongeveer driekwart van de samenwerkingsverbanden één of meerdere interventies aan die VWS wil stimuleren via de interventiegerichte aanpak. Dat is mooi nieuws. Aan de andere kant blijkt dat bij amper de helft sprake is van afstemming tussen gemeenten en zorgverzekeraars. Daar is nog zeker winst te behalen. Naast deze samenwerkingsverbanden maken gemeenten, de grootste zorgverzekeraar en het zorgkantoor per regio een samenwerkingsagenda die onder andere afspraken bevat over preventie.

Er bestaat een landelijk dekkende werkstructuur die bestaat uit 43 regio's, waarbij de zorgkantoorregio als uitgangspunt is genomen. De voortgang hierbij verschilt nog erg per regio.

Hoewel ik vooruitgang zie, zijn de randvoorwaarden voor de regionale samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars niet op orde. Zoals ik vorig jaar al schreef, is uit de interventiegerichte aanpak gebleken dat de grootste knelpunten liggen op het terrein van de verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars. Deze zijn onvoldoende helder. Tevens ontbreekt het aan structurele financiering voor preventie. Ook onduidelijkheid over effectiviteit, speelt vaak een rol. Deze knelpunten zijn eveneens benoemd in de Discussienota Zorg voor de toekomst.¹³ Dit zijn

¹² Kamerstuk 25 295, nr. 988

¹³ Kamerstuk 31 765, nr. 548.

structurele problemen die bij veel meer interventies spelen, en die vragen om structurele oplossingen. Afgelopen jaar is door VWS, ZN en de VNG, hard gewerkt om tot een gezamenlijk beeld te komen van wat er nodig is voor de toekomst. De gezamenlijke uitgangspunten voor een verankering van de verantwoordelijkheden van gemeenten en zorgverzekeraars ten aanzien van gezondheidsbevordering liggen klaar. Ik verwijs hiervoor naar mijn brief van 7 juli 2021¹⁴, waarin ik uw Kamer heb geïnformeerd over de bouwstenen waarop het toekomstig preventiebeleid kan worden gestoeld.

Subsidieregeling Preventiecoalities

Sinds de start van de subsidieregeling in 2017 heeft VWS in totaal aan 16 preventiecoalities subsidie verleend. De factsheet van het RIVM laat zien dat een aantal preventiecoalities zich in de afrondende fase bevindt. Borging van de resultaten gebeurt op verschillende manieren. Tegelijkertijd zien we nog steeds nieuwe preventiecoalities starten. Aanvragen van een subsidie hiervoor is mogelijk tot uiterlijk 1 oktober van dit jaar. De looptijd van de subsidieperiode vanaf de start is maximaal drie jaar. De preventiecoalities verbreden zich ook inhoudelijk door nieuwe thema's op te pakken, zoals schulden en psychisch kwetsbare personen. Een preventiecoalitie lijkt een goede basis te bieden voor het programmatisch aanbieden van preventieve interventies en voor het opschalen daarvan. De interventies die door het programma Preventie in het zorgstelsel worden ondersteund spelen daarbij vaak een rol. Het gaat inmiddels steeds vaker om een samenwerkingsverband dat zich richt op een groter geografisch gebied. Dat is een goede ontwikkeling.

Ik heb uw Kamer in eerdere brieven geïnformeerd over de ambassadeur preventiecoalities, die sinds 2019 actief is. Hij stimuleert en ondersteunt partijen bij de ontwikkeling van een coalitie-aanvraag en hij stimuleert de beweging naar meer regionale samenwerking. De initiatieven van de preventiecoalities geven informatie over hoe kansen te creëren en resultaten te realiseren. Er zijn regelmatig bijeenkomsten van de preventiecoalities, zowel afgerond, lopend als in oprichting. Hierin inspireren zij elkaar en wordt veel informatie gedeeld. Inzet van het programma is om hun ervaringen toegankelijk te maken, zodat ook andere regio's hiervan kunnen profiteren. Dit gebeurt via de website www.loketgezondleven.nl/zorgstelsel/.

Actielijn 3: leefstijlgeneeskunde

Leefstijlinterventies kunnen niet alleen de gezondheid van gezonde mensen bevorderen, of bestaande risico's op ziekte verkleinen, maar hebben ook een enorm curatief potentieel bij mensen die al een ziekte onder de leden hebben. Gezonder eten, gezonder bewegen, voldoende slaap, stress tegengaan, niet roken en met mate alcohol nuttigen kunnen mensen helpen om minder ziektelast te ervaren, minder medicatie te gebruiken en om behandeling met medicijnen of operaties effectiever te laten verlopen. We hebben het dan over leefstijlgeneeskunde. De aandacht hiervoor onder zorgprofessionals en onder mensen met een ziekte groeit sterk. Ook voor de effectiviteit van **leefstijlinterventies** in de behandeling van mensen met leefstijlgerelateerde aandoeningen is toenemend bewijs. De integrale toepassing van leefstijlinterventies in het curatieve domein is echter nog geen gangbare praktijk.

¹⁴ Kamerstuk 32 793, nr. 558

Om leefstijlgeneeskunde verder te brengen, stimuleert VWS onderzoek naar (kosten)effectiviteit. Zonder voldoende wetenschappelijk bewijs en kennis over de toepassing daarvan is er namelijk geen sprake van passende zorg en kunnen leefstijlinterventies ook geen onderdeel uitmaken van het basispakket van de zorgverzekering. Vanuit een subsidieoproep bij ZonMw worden in totaal tien onderzoeksconsortia gefinancierd die onderzoek doen naar de toepassing van leefstijlgeneeskunde bij verschillende aandoeningen en ziekten: osteoartritis, diabetes type 2, hart- en vaatziekten, inflammatoire darmziekten, kanker en psychische aandoeningen. Deze tien consortia zijn onlangs gestart en hebben een looptijd van vier jaar. De onderzoeken hebben tevens als doel om inzicht te verkrijgen in de randvoorwaarden en succesfactoren voor een succesvolle implementatie van leefstijlgeneeskunde, inclusief gedragsverandering bij (zorg)professionals. ZonMW bewaakt de samenhang tussen de verschillende onderzoeken. Naast deze ZonMW onderzoeken vindt nog veel meer onderzoek plaats. Zo is bijvoorbeeld een meerjarig onderzoeksprogramma gestart vanuit het kabinetsbrede Missiegedreven Topsectoren- en Innovatiebeleid (MTIB) op het thema Gezondheid & Zorg. Dit gebeurt door middel van publiek-private samenwerkingsverbanden. Daarnaast worden via de aanpak «gezonde regio» van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) ook veel lokale en regionale projecten gestimuleerd, gericht op zowel fundamenteel als toegepast onderzoek, zoals Fit4Surgery in het Radboudumc en Groningen Leefstijl Interventie Model (GLIM) in het UMCG. Tot slot zijn er nog diverse projecten in publiek-private samenwerking die zonder aanvullende overheidssubsidie onderzoek doen. Hier zijn ook diverse patiëntenverenigingen bij betrokken, zoals de Maag Lever Darm Stichting, het Diabetes Fonds, de MS stichting, Nierstichting en Hartstichting.

Naast inzicht in (kosten)effectiviteit van leefstijlgeneeskunde, is gedragsverandering onder zorgprofessionals nodig om te komen tot daadwerkelijke toepassing in het curatieve domein. Het moet integraal onderdeel uitmaken van de zorg voor de patiënt. Dat betekent dat het soms lastige «leefstijlgesprek» in de spreekkamer wordt gevoerd en er structureel wordt doorverwezen naar effectieve preventieve (leefstijl)interventies, ook naar interventies die worden aangeboden vanuit het gemeentelijke domein. Hiertoe is het van belang dat er zowel in de opleidingen als richtlijnen voor zorgprofessionals aandacht is voor preventie en een gezonde leefstijl. Hieronder staat een stand van zaken.

Opleidingen

De inhoud van medische (vervolg)opleidingen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de beroepsgroep, de opleiders en de werkgevers. Deze partijen hebben de benodigde kennis (medisch, technisch, didactisch, etc.) om goed zicht te houden op de kennis en vaardigheden die zorgprofessionals moeten inzetten voor de zorgvraag van nu en die van de toekomst. Vanuit het opleidingsveld zie ik een mooie beweging ontstaan. Zo is ten opzichte van 2009 in het nieuwe raamplan voor de geneeskundeopleiding meer aandacht voor preventie en gezondheidsbevordering. Ook heeft de Federatie voor Medisch Specialisten een leefstijlmodule ontwikkeld voor alle specialisten in opleiding. Daarnaast zijn Vereniging Arts en Leefstijl, Stichting Student & Leefstijl en Institute for Positive Health de site gezondheidinonderwijs.nl gestart waarin concrete handvatten worden gegeven aan studenten en docenten geneeskunde om met leefstijlgeneeskunde aan de slag te gaan.

Hoewel de rol van VWS bij de inhoud van de diverse medische opleidingen zeer beperkt is, stimuleert VWS wel door middel van meerdere subsidies dat in de diverse zorgopleidingen op mbo-, hbo-, en (post)universitair niveau voldoende aandacht is voor preventie en gezonde leefstijl. Zo heeft ZonMw vorig jaar een subsidieronde uitgezet om kennis en vaardigheden op het gebied van preventie, leefstijl en gezondheidsbevordering te versterken binnen initieel onderwijs enerzijds en post initiële opleidingen en bij- en nascholing anderzijds. Doel hierbij is ook om een impuls te geven aan de regionale preventie infrastructuur. Zie Impuls initieel onderwijsaanbod preventie ter versterking van preventie infrastructuur – ZonMw en Impuls regionaal onderwijsaanbod preventie ter versterking van preventie infrastructuur – ZonMw. Medio oktober 2021 is duidelijk welke projecten van start gaan. Dan zal ook gekeken worden in hoeverre er vanuit VWS aanvullende acties nodig zijn om preventie en gezonde leefstijl beter in de opleidingen te borgen.

Richtlijnen

Partijen in de zorg zijn samen verantwoordelijk voor het maken van afspraken over goede zorg. Deze afspraken leggen de partijen vast in kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten, zoals richtlijnen. Hoewel ook hier de rol van VWS beperkt is, wil VWS wel bevorderen dat in de relevante richtlijnen aandacht is voor preventie en gezonde leefstijl. Zo is in het najaar binnen het preventieprogramma van ZonMw een subsidieronde voorzien die is gericht op richtlijnen en preventie. De focus ligt hierbij op stimuleren van benutting en implementatie. Dat kan zijn inbedding van ontwikkelde kennis binnen (aangepaste) richtlijnen en/of het stimuleren van gebruik van richtlijnen. Op dit moment is ZonMw bezig met een verkenning naar de reikwijdte van de subsidieronde. Ook is een subsidie verstrekt aan het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) voor de herziening van de multidisciplinaire richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Het PON werkt hiervoor samen met de beroepsgroepen en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Eind 2022 zal de herziene richtlijn klaar zijn. Verder doet de Inspectie Gezondheidszorg (IGJ) onderzoek naar persoonsgerichte leefstijlbegeleiding in de zorg voor mensen die roken en mensen met obesitas. De inspectie kijkt daarbij naar de naleving van relevante richtlijnen en wat burgers zelf belangrijk vinden.

Interventiegerichte aanpak leefstijlgeneeskunde

VWS wil in navolging van de al bestaande interventiegerichte aanpak ook het werkveld ondersteunen bij het verder brengen van bestaande kansrijke leefstijlinterventies in de 2^e/3^e lijn en geestelijke gezondheidszorg (ggz).

Hierbij pellen we de problematiek die hierbij speelt af en willen we vanuit onze rol bestaande belemmeringen zoveel mogelijk wegnemen. Dit doen we samen met veldpartijen, de NZa en ZINL. We verkennen op dit moment welke interventies kansrijk zijn voor een dergelijke aanpak. Ik betrek hierbij ook de motie Diertens c.s. waarin de regering wordt verzocht samen met het werkveld te onderzoeken hoe het potentieel van leefstijlpsychiatrie beter benut en de betreffende doelgroep beter bereikt kan worden. In het najaar verwacht ik helderheid te hebben in de focus van deze aanpak.

Handvatten voor nieuwe leefstijlinterventies

Vanuit het zorgveld wordt aangegeven dat het niet voldoende helder is onder welke voorwaarden leefstijlinterventies bij diverse aandoeningen en ziekten (anders dan overgewicht/obesitas) onderdeel kunnen uitmaken

van het verzekerde pakket. Er is behoefte aan een toetsingskader aan de hand waarvan nieuwe leefstijlprogramma's en -interventies in de zorg, aanvullend op het huidige GLI-aanbod, kunnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd. Ik wil ook zorgverzekeraars meer comfort bieden bij het investeren in dergelijke interventies vanuit de Zvw. Daarom ga ik met ZINL en de NZa in gesprek over de vraag in hoeverre de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars ten aanzien van geïndiceerde en zorggerelateerde preventie nader kan worden geëxpliciteerd en welke handvatten de NZa en ZINL (binnen of aanvullend op het huidig instrumentarium) kunnen bieden voor leefstijlinterventies binnen de Zvw.

In het laatste deel van deze brief wil ik graag ingaan op een interessant onderzoek naar de totstandkoming van de GLI, waar we lessen uit kunnen trekken voor toekomstig beleid.

Lessen trekken – Onderzoek naar totstandkoming GLI bij overgewicht

In 2009 werd de gecombineerde leefstijlinterventie al geduid door het toenmalige College zorgverzekeringen (nu ZINL) als te verzekeren zorg. Vervolgens heeft het tot 1 januari 2019 geduurd voordat de GLI daadwerkelijk vergoed kon worden vanuit de Zvw. Waarom heeft dit zo lang geduurd? En: wat kunnen we hiervan leren voor toekomstig beleid op het gebied van preventie in de zorg? Ik heb de WUR gevraagd hiernaar onderzoek te doen. Het onderzoeksrapport is bij deze brief gevoegd.

Het rapport bevat een mooie tijdslijn, verdeeld in 3 verschillende fases, die het proces weergeeft waarbinnen het kader voor de GLI tot stand is gekomen. Daarbij komen de WUR onderzoekers tot drie belangrijke lessen:

1. Samenwerking tussen uitvoerders van verschillende beleidsstelsels komt onvoldoende tot stand omdat er, zowel op regionaal als op landelijk niveau, wel faciliterende maar geen verantwoordingsprikkeles zijn voor de organisatie van die samenwerking. Er is een aanvullend instrumentarium nodig om deze samenwerking tot stand te laten komen.
2. Het bevorderen van de samenhang tussen de stelsels impliceert niet alleen governance (coördinatie en sturing) van verandering, maar ook een verandering in de governance, zodat deze meer gericht wordt op coöperatieve arrangementen en lerende beleids- en uitvoeringsnetwerken.
3. Ontwerpers en gebruikers van kansrijke preventie interventies moeten een belangrijke rol hebben gedurende het proces, net als vertegenwoordigers van gevestigde zorgpartijen en wetenschappers. Dit versterkt het vertrouwen in de overheid en de implementatiebereidheid en capaciteit door het veld en zijn noodzakelijke voorwaarden voor succes.

Lessen 1 en 2 suggereren dat er een preventie infrastructuur voor gezondheidsbevordering moet komen, met duidelijke taken voor gemeenten en zorgverzekeraars, ook gericht op bevordering van samenwerking en structurele financiering. Eerder in deze brief heb ik al aangegeven dat dat inderdaad twee bouwstenen zijn van een toekomstbestendig beleid gericht op gezondheidsbevordering.

Met les 3 zijn we direct in de praktijk aan de slag gegaan. Zo is voor de eerder genoemde aanpak van overgewicht bij kinderen een implementatietraject opgestart. De aftrap begon met een presentatie van de onderzoekers van de WUR. Belangrijk aandachtspunt is en blijft daarbij steeds of de juiste partijen aan tafel zitten. Eén van de onderwerpen die nadrukkelijk worden opgepakt is de aansluiting van het medisch domein

op het sociaal domein. Ook bij het implementatietraject dat zal worden opgestart ten aanzien van valpreventie nemen we de lessen uit het rapport mee.

Tot slot

De COVID-19 crisis heeft het belang van een fysieke gezondheid en mentale fitheid nogmaals benadrukt. Een stevigere verankering vraagt een verandering van denken en van handelen op alle niveaus. Van artsen en hulpverleners, van organisaties en niet te vergeten, van mensen en onze samenleving zelf. En het vraagt om goede (regionale) samenwerking tussen professionals uit de verschillende domeinen en samenwerking tussen de belangrijkste financiers van de zorg. Zij kunnen vanuit hun rol de gewenste verandering faciliteren en sturen. In mijn brief van vorig jaar schreef ik: «We merken dat de samenwerking tussen gemeenten en zorgverzekeraars geen vanzelfsprekende en eenvoudige opgave is.» Is hier inmiddels verandering in gekomen? Ik zie veel enthousiasme en steeds meer nieuwe initiatieven vanuit de regio's op het gebied van gezondheidsbevordering bij risicogroepen en patiënten. Versterkt door de impact van de COVID-19 crisis zie ik tegelijkertijd ook breed draagvlak voor verandering, om de goede aanzetten die er zijn om te zetten naar een structurele aanpak. Dit is mooi, want het is niet vanzelfsprekend om structurele regionale samenwerking te organiseren. Het is wenselijk dat een nieuw kabinet de keuzes maakt die nodig zijn om de ingezette beweging om te zetten in een duurzame verandering. Zodat preventie, waaronder leefstijlgeneeskunde, in de toekomst de plek krijgt die het verdient en volwaardig onderdeel is van goede gezondheidszorg.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
P. Blokhuis