

Vergaderjaar 2021–2022

**35 738**

## **Initiatiefnota van het lid Van den Berg over «Naar minder ziekte en betere zorg: Ontzorg de zorg voor behoud van solidariteit»**

**Nr. 4**

### **BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 december 2021

In haar procedurevergadering van 14 april 2021 heeft de vaste commissie voor VWS gevraagd om een reactie van het kabinet op de Initiatiefnota «Naar minder ziekte en betere zorg: Ontzorg de zorg voor behoud van solidariteit» (Kamerstuk 35 738, nr. 2) van het lid Van den Berg (CDA).

Met de initiatiefnota vraagt het lid Van den Berg aandacht voor de druk op de betaalbaarheid van de zorg en de gevolgen die deze druk kan hebben op de solidariteit die ten grondslag ligt aan ons zorgstelsel. Het lid Van den Berg pleit ervoor de zorg betaalbaar te houden door te ontzorgen, dat wil zeggen door slimmer en anders te werken. Ze laat zien dat er, mede op initiatief van Uw Kamer, niet alleen door de overheid maar vooral ook door partijen in het veld talrijke acties zijn ingezet om dat te bewerkstelligen, vaak met veel succes.

Zij is echter van oordeel dat er op dit moment vooral aandacht is voor structuur en systemen, en te weinig voor de culturele component van het ontzorgen van de zorg. Ik ben blij dat het lid Van den Berg het belang hiervan benadrukt. Verandering in de manier waarop in de zorg gewerkt wordt vraagt inderdaad (ook) oog voor culturele aspecten.

De initiatiefnemer doet een viertal voorstellen waarmee zij beoogt om juist op het gebied van cultuur verandering te bewerkstelligen. Hieronder ga ik in op de vier voorstellen die zij aan Uw Kamer doet.

*1. Maak een actieplan om de aanbevelingen van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving te implementeren met als doel om te stoppen met de medicalisering van levensfasen.*

We hebben in onze maatschappij te vaak een beeld van een maakbare samenleving. Tegenslagen worden snel als een probleem benoemd waarvoor een oplossing moet worden gevonden.

Er is te weinig aandacht voor hoe we kunnen omgaan met tegenslagen zonder dat daaruit direct een zorgvraag ontstaat, die bijvoorbeeld in de curatieve ggz moet worden opgelost. Al dan niet met medicijnen.

Het is belangrijk dat we, in lijn met het advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, integraal naar zorg en ondersteuning kijken, met aandacht voor stabiliteit in de andere levensdomeinen. We moeten weer leren kijken naar de hele mens. Dit geluid is breder te horen in het veld. Het heeft zijn weerslag gevonden in de, voor de zomer gepubliceerde, ambtelijke discussienota zorglandschap ggz.<sup>1</sup> Deze nota geeft een aanzet voor een maatschappelijke dialoog over de vormgeving van een toekomstbestendige ggz met oog voor preventie, acceptatie, maar ook voor goede en betaalbare zorg.

Ik vind het belangrijk om deze dialoog te benutten en ik hoop dat deze een bijdrage kan leveren aan een weerbaarder samenleving. Het vervolg van de dialoog en eventuele daaraan te verbinden acties laat ik aan het volgende kabinet.

*2. Laat onderzoeken hoe medische hulpmiddelen die maar tijdelijk nodig zijn gemakkelijker geretourneerd, gecheckt op veiligheid en hergebruikt kunnen worden en maak vervolgens een actieplan om dat te realiseren.*

Het belang van hergebruik van medische hulpmiddelen onderschrijf ik. Graag informeer ik u over wat op dit gebied gebeurt.

De revalidatie- en mobiliteitshulpmiddelensector levert ruim 1.500.000 hulpmiddelen per jaar. Het is een groeiende markt door de demografie en het beleid «langer thuis» van de overheid. Het grootste deel van de leveringen wordt in een verhuurmodel gerealiseerd. De hulpmiddelen worden gedurende de technische levensduur 1 tot 5 maal herverstrekt. Bij de levering van revalidatie- en mobiliteitshulpmiddelen vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning is 60%-70% van de leveringen hergebruik. Voor de intramurale zorg (als onderdeel van de Wet langdurige zorg) is het percentage hergebruikte hulpmiddelen nog hoger en is 85% van de leveringen hergebruik. Deze hoge percentages worden bereikt door de inzet van de aanbieders van revalidatie- en mobiliteitshulpmiddelen en bijbehorende dienstverlening.

Gebruikte hulpmiddelen worden ingenomen en dan beoordeeld en gekeurd op het gebied van veiligheid en inzetbaarheid. De hulpmiddelen worden vervolgens geprotocolleerd gereinigd en terug naar standaard gebracht. De middelen worden dan klaargezet om zo spoedig mogelijk weer ingezet te worden. De hulpmiddelen worden daarbij weer geschikt gemaakt voor de persoonlijke situatie van de gebruiker en waar nodig naar de individuele wensen aangepast. Daarmee wordt al grootschalig ingezet op het hergebruik van hulpmiddelen.

Op het gebied van de disposables markt wil ik graag de Green Deal Duurzame Zorg noemen. Dit is een samenwerkingsverband tussen de zorgsector, VWS en andere relevante partijen. De Green Deal richt zich op circulair werken in de zorg. Hergebruik van medische hulpmiddelen en het terugdringen van disposables staat hoog op de agenda, zoals blijkt uit de initiatieven Groene OK en Groen IC.

---

<sup>1</sup> <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/05/19/discussienota-toekomst-ggz>

Daarbij wordt gekeken welke juridische of logistieke belemmeringen in de weg staan aan het mogelijk maken van hergebruik van disposable medische hulpmiddelen, of het verminderen van ziekenhuisafval bij het gebruik ervan.

Kortom, voor veel hulpmiddelen is hergebruik in de praktijk al de norm. De betrokken aanbieders zijn in staat gebleken om het hergebruik op een goede en veilige wijze uit te voeren. Verdere vooruitgang, ook specifiek ten aanzien van het terugdringen van disposables, wordt geboekt vanuit de Green Deal Duurzame Zorg. Ik zie op dit moment dan ook geen aanleiding tot aanvullend onderzoek.

*3. Bevorder ontpillen door mensen die gemotiveerd zijn te laten deelnemen aan daartoe te ontwikkelen programma's vergelijkbaar met de GLL-aanpak (Gecombineerde Leefstijl Interventie) voor mensen met obesitas.*

Het voorstel van het lid Van den Berg heb ik met veel interesse gelezen. Ik sluit mij aan bij haar pleidooi om mensen aan te moedigen hun leefstijl aan te pakken. Bij leefstijl gerelateerde ziekten zoals obesitas of diabetes type 2 kan een gezonde leefstijl helpen bij het herstel of de behandeling en een gezonde leefstijl kan bijdragen aan het verminderen van medicatiegebruik.

Dit kabinet heeft verschillende activiteiten ontplooid op het gebied van leefstijl.

Zo is afgelopen mei de leefstijlcampagne «Fit op jouw manier» van start gegaan.

En afgelopen juli berichtte ik Uw Kamer over de voortgang van het Nationaal Preventieakkoord en het programma Preventie in het zorgstelsel (in respectievelijk Kamerstuk 32 793, nrs. 557 en 562).

Sinds 1 januari 2019 wordt de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) vergoed vanuit het basispakket. Deze leefstijlinterventie is gericht op het verminderen van gezondheidsrisico's als gevolg van overgewicht. Mensen met overgewicht en een extra risicofactor of met obesitas komen voor een GLI in aanmerking.

Een extra risicofactor is bijvoorbeeld een verhoogd risico op hart- en vaatziekten of diabetes type 2 of manifeste ziektes. Er zijn momenteel vier verschillende

GLI-programma's: Cool, Slimmer, Beweegkuur en Samen Sportief in Beweging. Samen met het veld doen we er alles aan om van de GLI een succes te maken. Ook zijn onlangs in het kader van een oproep bij ZonMw tien projecten toegekend voor lokale ondersteuning bij de implementatie van de GLI. Op deze tien locaties is er dus geld beschikbaar om goede initiatieven in de regio te ondersteunen. De laatste rapportage van het RIVM laat zien dat het aantal deelnemers aan de GLI snel toeneemt, tussen augustus 2020 en augustus 2021 is een verdrievoudiging te zien (van 8.646 naar 28.100 deelnemers, zie ook mijn brief aan Uw Kamer van 16 december 2021, Kamerstuk 32 793, nr. 577).

Om leefstijlgeneeskunde verder te brengen, heeft VWS geld beschikbaar gesteld voor onderzoek naar (kosten)effectiviteit van leefstijlinterventies bij diverse aandoeningen en ziekten. Vanuit een subsidieoproep bij ZonMw zijn in totaal tien onderzoeksconsortia gestart (looptijd vier jaar) die onderzoek doen naar de toepassing van leefstijlgeneeskunde bij verschillende aandoeningen en ziekten. De onderzoeken hebben tevens als doel om inzicht te verkrijgen in de randvoorwaarden en succesfactoren voor een succesvolle implementatie van leefstijlgeneeskunde.

Tot slot kan ik u melden, dat het Nivel op dit moment onderzoek verricht naar het zorgpad van nieuwe Diabetes Mellitus type 2 patiënten in de eerste lijn.

Er wordt gekeken in hoeverre wordt doorverwezen naar een leefstijlinsterventie als de GLL, of naar de dietist en of dit samenhangt met het al dan niet starten met medicatie. De resultaten van dit onderzoek worden in 2022 verwacht.

Ik zie de oproep van het lid Van den Berg om mensen deel te laten nemen aan op leefstijl gerichte interventies dan ook als ondersteuning van beleid.

#### *4. Breid het actieprogramma «Kansrijke start» uit van 1.000 dagen tot het moment dat het kind naar het primaire onderwijs gaat.*

Het actieprogramma Kansrijke Start heeft als hoofddoel «meer kinderen een kansrijke start». Belangrijk uitgangspunt is dat de eerste duizend dagen van een kind cruciaal zijn om een goede start te kunnen maken. De gezondheid voor, tijdens en na de zwangerschap blijkt een belangrijke voorspeller te zijn van problemen – zowel fysiek als mentaal – op latere leeftijd. Het actieprogramma richt zich op extra ondersteuning voor gezinnen in een kwetsbare situatie rondom bewust zwanger worden, een gezonde zwangerschap en veilig ouderschap.

Door een betere koppeling tussen medisch en sociaal domein is het de bedoeling om zo vroegtijdig mogelijk kwetsbaarheid te signaleren, zodat professionals de juiste interventies kunnen inzetten ter ondersteuning van deze gezinnen.

Het actieprogramma Kansrijke Start kent drie actielijnen: voor en tijdens de zwangerschap en na de geboorte.

Het lid Van den Berg stelt voor om het actieprogramma «Kansrijke start» uit te breiden van duizend dagen tot het moment dat het kind naar het primaire onderwijs gaat, namelijk de eerste 1.500 dagen. Bij de behandeling van de wijziging van de Wet publieke gezondheid prenatale huisbezoek jeugdgezondheidszorg heeft het lid Van den Berg, in het verlengde van dit voorstel, een motie ingediend (Kamerstuk 35 593, nr. 13), met de vraag de kosten te onderzoeken van deze verbreding.

Ik wil u hier graag verwijzen naar de schriftelijke reactie op deze motie (Kamerstuk 32 279, nr. 217), waarin ik de volgende scenario's heb onderscheiden:

- verlengen van het huidige programma in de huidige gemeenten kost € 15–20 miljoen per jaar,
- verlengen en uitbreiden tot 1.500 dagen kost € 25–30 miljoen per jaar en
- structureel inbedden in de te vormen lokale en regionale preventie-infrastructuur kost, inclusief uitbreiding tot 1.500 dagen, € 40–50 miljoen per jaar. Het gaan dan om de structurele inbedding van de aanpak van Kansrijke Start in alle gemeenten en voor alle gezinnen in kwetsbare situaties.

#### *Financiële consequenties*

De initiatiefnemer benoemt dat de voorstellen er op gericht zijn om de gezondheidszorg op lange termijn goedkoper te maken. Zij geeft aan dat er aan een enkel voorstel op korte termijn kosten verbonden zijn.

Ik kan dat laatste bevestigen. Het eerste en tweede voorstel -zullen afhankelijk van de nadere uitwerking van onderzoek en actieplannen – mogelijk investeringen vergen. Het derde voorstel beschouw ik als ondersteuning van lopend beleid, tenzij u acties wenst bovenop hetgeen

al loopt zijn hiervoor geen aanvullende middelen nodig. Voor het vierde voorstel geldt dat ik Uw Kamer zoals hierboven aangegeven recent over de kosten heb geïnformeerd.

*Ter afsluiting*

De Nota van het lid Van den Berg toont de vele facetten die het ontzorgen van de zorg heeft. Het blijft belangrijk daarbij niet alleen naar structuur en systemen te kijken, maar ook naar cultuurverandering. VWS en partijen in het veld zetten daar op allerlei manieren op in, zoals ik heb willen schetsen in mijn reactie op de vier voorstellen aan Uw Kamer. In hoeverre de huidige inzet op deze onderwerpen voldoende is, laat ik aan Uw Kamer en het volgende kabinet.

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