

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

1316

Vragen van de leden **Van der Staaij** (SGP), **Dik-Faber** (ChristenUnie) en **Krol** (50PLUS) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Minder ziekenhuisopnames door casemanager palliatieve zorg»* (ingezonden 18 december 2015).

Antwoord van Staatssecretaris **Van Rijn** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 27 januari 2016). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 1032.

Vraag 1

Heeft u kennisgenomen van het bericht «Minder ziekenhuisopnames door casemanager palliatieve zorg»¹, en het promotie-onderzoek waaraan in dit artikel wordt gerefereerd?²

Antwoord 1

Ja, ik heb kennisgenomen van het bericht.

Vraag 2

Deelt u de conclusie van de onderzoeker dat de begeleiding van een casemanager een duidelijke meerwaarde heeft voor patiënten en hun naasten in de palliatieve fase, aangezien patiënten die thuis ondersteuning krijgen van een casemanager palliatieve zorg vaker thuis overlijden en minder vaak in het ziekenhuis dan patiënten zonder casemanager? Welke factoren zijn volgens u van belang om een initiatief casemanagement palliatieve zorg succesvol te laten zijn?

Antwoord 2

Volgens dit promotie onderzoek blijkt dat, voor de zorg in de laatste levensfase de betrokkenheid van de casemanager toegevoegde waarde heeft in aanvulling op de palliatieve zorg die wordt geleverd door de huisartsen, ook al is de rol van de casemanager «slechts» adviserend en worden er geen verpleegkundige handelingen verricht of medicijnen voorgeschreven. Anderzijds blijkt ook dat de huisartsen en wijkverpleegkundigen gematigd positief zijn over de steun van de casemanager palliatieve zorg. Een

¹ <http://www.skopr.nl/actueel/id24790-minder-ziekenhuisopnames-door-casemanager-palliatieve-zorg.html>

² A.G.M. van der Plas, Case management in primary palliative care <http://www.vumc.nl/onderzoek/promoties/december-2015/promotie-van-der-plas/>

mogelijke oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat er een gebrek was aan een eenduidige beschrijving van de inhoud en interventies bij het casemanagement in de palliatieve zorg. Een grote meerwaarde en een belangrijke eerste stap van dit promotie onderzoek, is dan ook dat de kenmerken van casemanagement in de palliatieve zorg zijn beschreven.

De onderzoeker doet in haar proefschrift en in een handreiking³ een aantal aanbevelingen waarmee initiatieven met casemanagement in de palliatieve zorg verder kunnen worden ontwikkeld, waar ik me bij aansluit. Zo wordt onder andere gesteld dat er moet worden geïnvesteerd in contact met huisartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen op het gebied van hartziekten of longverpleegkundigen om zo de samenwerking verder te verbeteren. Hierdoor wordt de rolverdeling duidelijk en het vertrouwen in elkaar vergroot. Ook moet nog verder worden gewerkt aan het tijdig inzetten van het casemanagement in de palliatieve zorg. Hiervoor lijkt het mij noodzakelijk dat er handvatten worden opgesteld, zodat het juiste moment wordt (h)erkent. De «surprise question» kan hierbij helpen.

Vraag 3

Op welke manier wordt casemanagement bij palliatieve zorg op dit moment georganiseerd? Hoeveel initiatieven casemanagement palliatieve zorg zijn er op dit moment?

Antwoord 3

Het promotie onderzoek beschrijft uitgebreid hoe en hoe vaak casemanagement palliatieve zorg wordt toegepast in Nederland. Navraag bij Stichting Fibula⁴ leert dat deze beschreven situatie nog steeds grotendeels klopt. Resumerend waren er in 2010 onder de palliatieve zorgnetwerken in Nederland twintig initiatieven voor casemanagement. De initiatieven bestonden vooral in en rond de Randstad en een meerderheid van de initiatieven was minder dan vijf jaar actief. In alle twintig initiatieven was de casemanager verpleegkundige. Ondersteuning door de casemanager wordt gegeven in aanvulling op zorg van de huisarts en wijkverpleegkundige. De inhoud van de ondersteuning was globaal genomen dezelfde in alle initiatieven. De organisatorische inbedding van initiatieven varieert; casemanagers kunnen werken vanuit een thuiszorg organisatie, vanuit een samenwerkingsverband (bijvoorbeeld binnen een netwerk voor palliatieve zorg of een thuiszorg organisatie in samenwerking met een ziekenhuis) of vanuit een hospice.

Vraag 4

Bent u ermee bekend dat er knelpunten zijn bij de financiering van de casemanager? Kunt u deze knelpunten in kaart brengen? Welke mogelijkheden ziet u om de knelpunten weg te nemen? Welke lessen kunt u daarbij trekken uit de organisatie van casemanagement bij dementie, waarbij de Kamer bij meerderheid heeft uitgesproken om de casemanager dementie als aparte aanspraak op te nemen?⁵

Antwoord 4

De casemanagers uit de twintig initiatieven zijn verpleegkundigen. De werkzaamheden behorende bij het casemanagement in de palliatieve zorg vallen onder de aanspraak wijkverpleging en kunnen worden bekostigd met uren verpleging en verzorging uit de Zorgverzekeringswet. De Zorgverzekeringswet kent functiegerichte aanspraken, wat wil zeggen dat niet wordt voorgeschreven wie de zorg levert. Het is aan verzekeraars en aanbieders om afspraken te maken wie het casemanagement in de palliatieve zorg levert. Dit geldt ook voor de casemanager dementie, zoals ik bij de behandeling van de door de Kamer aangenomen motie reeds heb aangegeven. Ik ben momenteel aan het onderzoeken hoe ik uitvoering kan geven aan de aangenomen motie van het lid Bruins Slot c.s.

³ <http://www.vumc.nl/afdelingen-themas/151671/2591817/9128878/>

Handreiking_casemanagers_pa1.pdf

⁴ platform netwerken palliatieve zorg Nederland

⁵ Kamerstuk 34 104, nr. 97

Vraag 5

Bent u bereid te bevorderen dat er in het hele land meer casemanagers ingezet worden in de palliatieve fase, zodat thuiswonende patiënten nog meer dan nu de juiste zorg ontvangen?

Antwoord 5

Casemanagement in de palliatieve zorg kan ertoe bijdragen dat een patiënt nog meer dan nu de juiste zorg ontvangt. Ik vind het dan ook belangrijk dat deze functie breed kan worden ingezet indien daar vanuit de patiënt behoefte aan is. De vorm waarin het casemanagement wordt ingezet wordt niet voorgeschreven. Het is aan de aanbieders en zorgverzekeraars om afspraken te maken over degene die het casemanagement uitvoert, zolang de professional die het casemanagement uitvoert daar maar goed voor is toegerust. Als een zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen besluiten dat de casemanager de aangewezen persoon is om de werkzaamheden behorende bij het casemanagement in de palliatieve zorg te verrichten, dan dienen zij hier samen afspraken over te maken.

Vraag 6

Wat vindt u ervan dat nog steeds bijna alle patiënten die werden verwezen naar een casemanager kanker hadden, terwijl er volgens de onderzoeker ook patiënten met andere levensbedreigende ziekten behoefte kunnen hebben aan de begeleiding van een casemanager?

Antwoord 6

Als patiënten met andere levensbedreigende ziekten dan kanker baat kunnen hebben bij casemanagement in de palliatieve zorg, waardoor beter wordt bijgedragen aan het realiseren van passende zorg voor de patiënt, dan vind ik het jammer dat deze patiënten nog niet goed gevonden worden. Aan de andere kant sluit dit onderzoek niet uit dat het casemanagement bij patiënten met andere levensbedreigende ziekten dan kanker momenteel misschien al goed wordt ingevuld door andere zorgprofessionals.

Vraag 7 en 8

Hoe verhoudt zich het antwoord op de vorige vraag met de opdracht in de motie Van der Staaij, Wiegman-van Meppelen Scheppink en Wolbert⁶, waarin de regering gevraagd werd actief te werken aan de verbreding van palliatieve zorg naar meerdere ziektebeelden? Wat heeft u sinds de aanvaarding van deze motie gedaan om goede palliatieve zorg mogelijk te maken voor andere patiëntengroepen, zoals mensen met COPD (een chronische longziekte) en dementie? Tot welke resultaten hebben uw inspanningen inmiddels geleid? Ziet u op basis van het proefschrift meer mogelijkheden om verder uitvoering te geven aan de motie, zodat de reikwijdte van de casemanager verbreed wordt? Zo ja, hoe gaat u daaraan werken?

Antwoord 7 en 8

Sinds de motie is er veel gebeurd om goede palliatieve zorg voor andere patiëntengroepen mogelijk te maken. Door de palliatieve zorg integraal onderdeel uit te laten maken van de Zorgverzekeringswet, wordt geregeld dat alle patiëntengroepen die in de terminale fase geraken snel hun zorg uit hetzelfde domein kunnen krijgen, met een centrale rol voor de huisarts en de wijkverpleegkundige.

De meeste recent ontwikkelde producten (inclusief de goede voorbeelden uit de ZonMw programma's) zijn niet langer specifiek voor kanker ontwikkeld (denk aan de zorgmodule, de surprise question, het zorgpad stervensfase, de inzet van PaTZ-groepen). In de programmatekst van «Palliantie. Meer dan zorg» is expliciet aangegeven dat onder levensbedreigende aandoeningen de meeste kankersoorten worden gerekend, maar ook andersoortige aandoeningen zoals stofwisselingsziekten, COPD, hart- en vaatziekten, ALS en dementie. De regionale netwerken palliatieve zorg staan ook een brede benadering van palliatieve zorg voor. «Zelfs» het IKNL is al langer breder bezig met palliatieve zorg en heeft in september 2014 een publicatie uitgebracht over «Palliatieve zorg voor andere doelgroepen». Eind 2015 is begonnen met de ontwikkeling

⁶ Kamerstuk 29 509, nr. 40

van (onderdelen van) een kwaliteitsstandaard rondom palliatieve terminale thuiszorg, waarbij de focus ligt op de uitwerking van de (wijk)verpleegkundige taken en rollen in de thuissituatie. De rol van de casemanager palliatieve zorg zal hierin worden meegenomen. Ik ben daarom van mening dat het gedachtegoed dat palliatieve zorg breder is dan zorg voor mensen met kanker inmiddels door de sector is omarmd en zal dit waar dat nodig is blijven uitdragen.