

Vergaderjaar 1998–1999

## 26 200 XVI

### Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1999

#### Nr. 83

#### VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 20 juli 1999

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> hebben onderstaande fracties gemeend een aantal vragen ter beantwoording voor te moeten leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over diens brief van 3 mei 1999 (26 200 XVI, nr. 64) inzake de palliatieve zorg.

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 19 juli 1999. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Essers

De griffier voor deze lijst,  
Atkins

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), De Vries (VVD), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Van Gent (GL), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA).  
Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (GPV), Cherribi (VVD), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (Groen-Links), Ross-van Dorp (CDA), Hamer (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rosenmöller (GL), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD).

## Vragen CDA-fractie

1

*Is de zorg voor een terminale patiënt gemiddeld tweemaal zo duur als van een reguliere patiënt?*

Er zijn momenteel geen exacte gegevens bekend over de kosten van de zorg aan een terminale patiënt in verhouding tot de zorg aan een reguliere patiënt.

2

*Overweegt de regering om per terminale patiënt in het verpleeghuis een opslag te geven op het instellingsbudget, zodat de zorg voor deze patiënten zo optimaal mogelijk conform de beleidslijn van de regering kan plaatsvinden zonder dat dit ten koste gaat van andere patiënten?*

Op dit moment bestaat geen goed inzicht in de kosten van zorg aan terminale patiënten die palliatieve zorg ontvangen. In het kader van de meerjarenaafspraken verpleging en verzorging is overeengekomen dat de noodzaak tot nadere tariefsdifferentiatie onderwerp van studie zal zijn. Doorgaans slagen de verpleeghuizen er goed in om met het reguliere instellingsbudget een gedifferentieerd aanbod aan zorg te leveren aan alle bewoners.

3

*Krijgen reguliere instellingen, die speciaal fysieke ruimten hebben ingericht voor palliatieve zorg, een opslag op het instellingshuisbudget?*

Verpleeghuizen die een speciale palliatieve unit hebben ingericht, ontvangen geen opslag hiervoor op hun instellingsbudget.

4

*Hoe kan een instelling met de extra middelen die in het kader van de meerjarenaafspraken beschikbaar zullen worden gesteld zowel de werkdruk verlichten als aan terminale patiënten optimale zorg bieden?*

Een deel van de terminale patiënten in een verpleeghuis heeft zeer complexe, intensieve zorg nodig, hetgeen uiteraard effect heeft op de werkdruk in een instelling. In het kader van de meerjarenaafspraken voor de sector verpleging en verzorging zijn extra middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van werkdrukverlichting. Deze middelen zijn direct in de instellingsbudgetten zijn verwerkt. Het staat een verpleeghuis vrij om dit geld te benutten voor extra personeel dat wordt ingezet ten behoeve van specifieke patiëntencategorieën, bijvoorbeeld aan terminale patiënten. Ik verwijs u in dit verband ook naar mijn antwoord op vraag 5.

5

*Is naar het oordeel van de regering het inzetten van de beschikbare extra middelen in het kader van de meerjarenaafspraken óf voor de werkdruk óf ten behoeve van de onderhavige patiëntencategorie een werkelijke keuze? Hoe vrij is die keuze? Moet naar het oordeel van de regering beiden niet gebeuren? Hoe zou de regering zo'n afweging kunnen en willen maken?*

Het streven is dat de zorgaanbieders met de intensiveringsmiddelen ten behoeve van werkdrukverlichting een actief beleid kunnen voeren dat zowel gericht is op het kwantitatief als kwalitatief versterken van de personeelsformatie. In het voorjaarsakkoord meerjarenaafspraken sector verpleging en verzorging d.d. 6 juli 1999 is daarbij overeengekomen dat door periodieke effectmeting wordt gezien of de werkdruk daadwerkelijk is afgenomen.

6

*Is de regering van mening, nu het een verpleeghuis vrijstaat de extra middelen naar keuze in te zetten, dat een verpleeghuis een terminale patiënt die dringend intensieve palliatieve zorg behoeft, kan en mag weigeren, indien het instellingsbudget daarvoor geen ruimte (meer) biedt?*

In principe is vrijwel iedere burger in Nederland verzekerd en heeft zodoende toegang tot de verschillende vormen van gezondheidszorg. Zorg uit het zogenaamde basispakket, waaronder verzorging tijdens de terminale fase, is derhalve voor iedereen bereikbaar. Alhoewel zorginstellingen nu nog zelf hun opnamebeleid bepalen, ben ik van mening dat het verpleeghuis samen met het zorgkantoor een uiterste inspanning moet verrichten om een terminale patiënt, die urgent zorg nodig heeft, op te nemen. In het kader van het plan van aanpak wachtlijsten zal in de toekomst de urgentie de bepalende rol voor opname zijn.

7

*Indien de regering vasthoudt aan de beleidsrichting dat palliatieve zorg moet worden ingebed in de bestaande instellingen, wordt dan aan bestaande particuliere hospices de mogelijkheid geboden uit te groeien tot verpleeghuizen met een specifieke functie? Wat verzet zich tegen een dergelijke ontwikkeling?*

Ik ben een voorstander van integratie van hospicezorg in de reguliere gezondheidszorg-structuur. Hospices laten uitgroeien tot verpleeghuizen met een specifieke functie zou betekenen dat er een aparte categoriale voorziening voor palliatieve zorg ontstaat, hetgeen ik juist niet wenselijk acht. Ik heb de Projectgroep Integratie Hospicezorg (PIH) opdracht gegeven mij voorstellen te doen over de wijze waarop de integratie van de hospicezorg vorm kan worden gegeven. Ik verwijs u in dit verband ook naar mijn antwoorden op vraag 10 en vraag 36.

8

*Wat is de positie van de particuliere hospice-instellingen voor nu en op langere termijn, indien het beleid er op gericht is en blijft om verbetering van de palliatieve zorg binnen het huidige gezondheidszorgstelsel te doen plaatsvinden? Wordt de continuïteit van deze hospicezorg gewaarborgd nu daaraan zo'n grote behoefte bestaat en de reguliere instellingen (nog) onvoldoende in staat zijn deze te bieden?*

De particuliere hospice-instellingen ontvangen de benodigde middelen van bijvoorbeeld particulieren, fondsen, plaatselijke overheden en ziektekostenverzekeraars. Het risico is altijd aanwezig dat een of meer van deze financieringsvormen wegvallen waarmee de continuïteit van de palliatieve terminale zorg binnen de hospices gevaar loopt. Ik heb de Projectgroep Integratie Hospicezorg (PIH) opdracht gegeven mij voorstellen te doen over de integratie van de hospicezorg. De wijze van financiering maakt daarvan onderdeel uit. In maart 2000 ontvang ik van de PIH een tussenrapportage. Omstreeks december 2000 volgt het eindverslag.

9

*Wat is het standpunt en de inhoud van de «adviezen voor de ethische projecten», die de toetsingscommissie heeft gegeven.*

De Toetsingscommissie heeft de subsidie-aanvragen van de COPZ'en eerst naar inhoud gerubriceerd. De ethische projecten hebben betrekking hebben op de ethiek in de palliatieve zorg. Bijvoorbeeld het project over hoe als hulpverlener om te gaan met normatieve opvattingen en attitudes

rond het stervensproces en het project over de autonomie van de patiënt in de palliatieve zorgverlening. De Toetsingcommissie heeft positief geadviseerd over de subsidieaanvragen m.b.t. de ethische projecten. Zij verbindt daar wel een aantal voorwaarden aan. De belangrijkste zijn: Samenwerking tussen de ethische projecten; het vermijden van overlap en lacunes; de resultaten van de projecten verschijnen in een gezamenlijk samenhangend eindverslag. Het advies van de Toetsingscommissie heb ik inclusief de daarbij gestelde voorwaarden overgenomen.

### **Vragen D66-fractie**

10

*Waarom wil de regering de palliatieve zorg onder de reguliere gezondheidszorg laten vallen?*

*Waarom wil de regering geen aparte categoriale voorzieningen laten bestaan of ontstaan voor palliatieve zorg?*

Het geïsoleerd voortbestaan van categoriale voorzieningen op het terrein van palliatieve terminale zorg belemmert de uitwisseling van inzichten en ervaringen met de reguliere gezondheidszorg. Ook in het belang van de continuïteit van de zorg acht ik het voortbestaan van geïsoleerde categoriale voorzieningen niet wenselijk. Daarom ben ik voorstander van integratie tussen de hospice-instellingen en de reguliere voorzieningen. Afspraken over integratie kunnen beleidsmatig, bestuurlijk, financieel en inhoudelijk van aard zijn. De meest verregaande vorm van integratie is verlies van zelfstandigheid van de hospice-instellingen. Andere vormen van integratie kunnen evenwel plaatsvinden met behoud van zelfstandigheid.

Bij de voorstellen die de Projectgroep Integratie Hospicezorg zal doen, wordt overigens de wijze van financiering van hospices betrokken. De projectgroep zal omstreeks eind december 2000 het eindverslag aanbieden.

11

*In hoeverre wordt binnen de diverse ministeries een relatie gelegd tussen palliatieve zorg en de ontwikkelingen op het gebied van arbeid en zorg (nota van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid belast met Emancipatiezaken) en de discussie over mantelzorg en «mantelzorgers»?*

In het regeerakkoord staat vermeld dat ook voor de mantelzorg voor zieke ouders en familieleden er een goed wettelijk verlofsysteem nodig is. In de nota «op weg naar een nieuwe evenwicht tussen arbeid en zorg» staan voorstellen voor een dergelijk verlofsysteem. Hierbij wordt specifiek melding gemaakt van recht op zorgverlof indien de mantelzorg de zorg voor ernstig zieke familieleden betreft, waaronder de palliatieve zorg. Tijdens het overleg met de Vaste Kamercommissie van SZW op 24 juni 1999 over deze nota is toegezegd dat VWS en SZW samen in het jaar 2000 een debat organiseren over de ontwikkelingen op gebied van arbeid en zorg.

12

*Wat betekent het voor de bestaande instellingen als zij ervoor kiezen om niet te integreren in de reguliere gezondheidszorgstructuur?*

Hospice-instellingen zijn autonome instellingen en hebben in beginsel de vrijheid om als geïsoleerde categorale voorzieningen voort te blijven bestaan. Ik ben overigens positief gestemd over de medewerking van de hospice-instellingen om te komen tot een of andere vorm van integratie.

13

*Kan de regering een nadere omschrijving geven van dat deel van de terminale patiënten die zeer complexe, intensieve verpleging en verzorging nodig hebben?*

Patiënten in de terminale fase kunnen enerzijds bewoners zijn die al langer in het verpleeghuis zijn opgenomen en uiteindelijk in de laatste levensfase geraken, anderzijds is het ook mogelijk dat de patiënt pas wordt opgenomen in de terminale fase. Onder palliatieve zorg wordt verstaan de geïntegreerde medische, verpleegkundige, verzorgende, psychosociale en pastorale hulp aan de zieke mens in de terminale levensfase. Een deel van de terminale verpleeghuispatiënten ontvangt dergelijke zeer complexe intensieve verpleging en verzorging.

14

*Hoe verhoudt de zorgzwaarte van deze groep patiënten zich tot de gemiddelde zorgzwaarte van verpleeghuispatiënten?*

Op dit moment zijn geen exacte gegevens bekend over de zorgzwaarte van verpleeghuisbewoners. Het komen tot een uniforme systematiek voor het meten van zorgzwaarte en het volgen van zorgzwaarte-ontwikkelingen voor de gehele sector verpleging en verzorging is een van de acties van het plan van aanpak verlichting van de werkdruk, zoals vastgelegd in het voorjaarsakkoord meerjarenafspraken verpleging en verzorging van 6 juli 1999.

15

*Hoe verhouden de kosten van medicatie van deze groep patiënten zich tot de gemiddelde kosten van medicatie van verpleeghuispatiënten?*

Exacte gegevens over de kosten van medicatie van verpleeghuispatiënten zijn thans niet voor handen. Er vindt momenteel wel een studie plaats naar de kosten van het geneesmiddelengebruik en de besparingsmogelijkheden daarop in de verpleeghuizen in het kader van de meerjarenafspraken verpleging en verzorging.

16

*Hoeveel terminale patiënten in verpleeghuizen hebben complexe en intensieve verpleging en verzorging nodig gehad in 1998?*

Op dit moment is het niet mogelijk om een overzicht te geven van het aantal terminale patiënten in verpleeghuizen die in 1998 complexe, intensieve verpleging en verzorging hebben ontvangen. Dit heeft te maken met de wijze waarop patiëntgegevens worden geregistreerd binnen de verpleeghuissector. Terminale patiënten worden namelijk in de huidige registratiesystemen niet apart zichtbaar gemaakt. Het Platform Palliatieve Terminale Zorg in verpleeghuizen werkt momenteel aan een manier om binnen de bestaande landelijk zorgregistratie deze doelgroep wel als aparte groep zichtbaar te maken, zo liet de NVVz mij weten.

17

*Weigeren verpleeghuizen deze zogenaamde «dure» patiënten? Zo ja, hoe vaak komt dit voor?*

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 6.

18

*Vindt de regering het wenselijk dat gelden uit de meerjarenafspraken die bestemd zijn voor het verlagen van de werkdruk, aangewend worden voor de hoge kosten van terminale patiënten, ook als die niet verband houden met personeel?*

Voor het antwoord op deze vraag verwijs ik naar de beantwoording van vraag 4 en vraag 5.

19

*Hoe vaak komt het voor dat de zorgkantoren en de verpleeghuizen niet tot een oplossing komen als het verpleeghuis met een disproportioneel aantal terminale patiënten te maken krijgt? Welke redenen liggen hieraan ten grondslag?*

Er is mij geen informatie bekend waaruit blijkt dat de zorgkantoren en de verpleeghuizen niet tot een budgettaire oplossing weten te komen indien er op een zeker moment sprake is van een disproportioneel groot aantal terminale patiënten.

20

*Hoe beoordeelt de regering het instrument voor zorgzwaarte voor patiënten in verpleeghuizen zoals gehanteerd wordt door Van Westenhoven in Zorg voor medewerkers in Verpleeghuizen? Biedt dit instrument mogelijkheden om te komen tot een vergoedingssysteem gebaseerd op zorgzwaarte?*

Of het instrument om zorgzwaarte van patiënten te meten, zoals gehanteerd in «Zorg voor medewerkers in verpleeghuizen», gebruikt kan worden om te komen tot een vergoedingssysteem gebaseerd op zorgzwaarte kan op dit moment nog niet worden beoordeeld. Ik verwijs in dit verband ook naar mijn beantwoording van vraag 14.

#### **Vragen SP-fractie**

21

*In hoeveel verpleeghuizen wordt momenteel palliatieve zorg in de stervensfase geboden? Is het waar dat nog maar 3 van de 326 leden van de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) een speciale unit voor palliatieve zorg hebben? Is het aanbod van de palliatieve zorg binnen de reguliere voorzieningen voldoende of zijn de op particulier initiatief opgerichte hospices noodzakelijk om de leemten op te vullen?*

Volgens informatie van de NVVz zijn er thans (juli 1999) 11 verpleeghuizen, deel uitmakend van het Platform Palliatieve Terminale Zorg, die een aantal bedden als palliatieve unit hebben aangemerkt. Voor de overige instellingen van het Platform geldt dat ze plannen in ontwikkeling hebben voor het opzetten van een unit voor palliatieve terminale zorg. Het stadium waarin de plannen zich bevinden varieert.

Momenteel wordt in het kader van het meerjarige onderzoeksprogramma van ZorgOnderzoek Nederland een onderzoek uitgevoerd naar de toekomstige behoefte aan palliatieve zorg ten einde inzicht te krijgen in de aard en omvang van de behoefte aan palliatieve zorg. De resultaten van dit onderzoek verwacht ik rond het najaar van het jaar 2000.

22

*Kunnen ziekenfondspatiënten ook terecht in de hospices? Zo ja, via welke regelingen is dat mogelijk? Kan iedereen hierop een beroep doen of is dat afhankelijk van het beleid van bijvoorbeeld de betrokken zorgverzekeraar?*

De wijze waarop de patiënt is verzekerd speelt geen rol bij het opnamebeleid van een hospice-instelling. Ook ziekenfondspatiënten komen voor opname in aanmerking.

23

*Is de regering van mening dat verpleeghuizen zich veel meer open zouden moeten stellen voor terminale patiënten, die vanwege complexe medische problematiek niet in huis kunnen sterven en voor wie het ziekenhuis evenmin de geëigende plaats is om te verblijven?*

Het opnamebeleid van de verpleeghuizen is een aangelegenheid van de instellingen zelf.

24

*Volgens de regering slagen de verpleeghuizen er zonder problemen in om een gemiddeld aantal terminale patiënten de benodigde zorg te bieden en deze zorg te financieren uit het reguliere verpleeghuishudget. Hoe strookt dat met de uitspraken van directeur Baar van het verpleeghuis Antonius IJsselmonde dat al sinds vijf jaar een aparte voorziening voor ongeneeslijk zieke mensen heeft opgericht dat zijn verpleeghuis binnenkort dure patiënten moet weigeren omdat de meerkosten uit het reguliere verpleeghuishudget moeten worden betaald? Neemt de regering dit signaal serieus en is de regering bereid te onderzoeken of in het algemeen in verpleeghuizen ongewenste selectie in welke vorm dan ook voorkomt met betrekking tot «dure» patiënten?*

Tot dusver hebben mij geen signalen bereikt dat verpleeghuizen een selectie in welke vorm dan ook toepassen met betrekking tot zogenoemde dure patiënten. Of de uitspraak van directeur Baar van verpleeghuis Antonius te IJsselmonde dat hij binnenkort terminale patiënten moet weigeren ook voor andere verpleeghuizen opgaat, werd mij niet door derden bevestigd. De NVVz liet mij onlangs weten geen directe signalen uit het veld te hebben ontvangen dat verpleeghuizen door gebrek aan financiële middelen opname van terminale patiënten zouden weigeren.

25

*Is de regering nog steeds voorstander van het integreren van hospices in bestaande voorzieningen? Wat wordt precies onder integratie verstaan? Is het waar dat een aanvraag van het verpleeghuis Gelders Hof voor 11 structureel zwevende bedden ten behoeve van palliatieve zorg voor mensen in de stervensfase in Hospice Rozenheuvel is afgewezen? Zo ja, waarom? Vindt de regering dit wenselijk indien de zorg in Hospice Rozenheuvel na 31 december 1999 gecontinueerd wordt? Zo ja, is zij bereid en onder welke voorwaarden het Hospice Roosendaal te financieren?*

Voor de beantwoording van de eerste deel van de vraag verwijs ik naar mijn antwoord op vraag 10.

Voor wat betreft het tweede deel van deze vraag het volgende: in het voorjaar van 1998 is bij de voorbereiding van de bestuurlijke actualisatie van de bouwprioriteitenlijst voor de jaren 1997 tot en met 2000 door de provincie Gelderland het voorstel gedaan voor een project extramurale verpleeghuiszorg vanuit het verpleeghuis Gelders Hof te Dieren ten behoeve van het hospice Rozenheuvel. Het beperkte financiële kader liet honorering van dit projectvoorstel niet toe. Het aantal voorstellen dat bij de bestuurlijke actualisatie door provincies wordt gedaan, overschrijdt doorgaans ruimschoots het beschikbare financiële kader. Overigens is thans de werkwijze die tot dusver werd gehanteerd bij de actualisatie van de bouwprioriteitenlijst gewijzigd, als gevolg van de meerjarenafspraken voor de sector verpleging en verzorging. Voor de besteding van de



volumemiddelen die voor het jaar 2000 beschikbaar zijn in het kader van de meerjarenafspraken kan iedere regio een voorstel doen. Indien een bestedingsvoorstel een project omvat waarbij, conform de geldende wettelijke regeling, extramurale verpleeghuiszorg wordt verleend aan verpleeghuisgeïndiceerden verblijvend in een hospice, en het bestedingsvoorstel voldoet voor het overige aan de randvoorwaarden, dan heb ik hiertegen geen bezwaren.

26

*In het kabinetsstandpunt naar aanleiding van de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie van 21 januari 1997 wordt aangegeven dat de versterking en ontwikkeling van de palliatieve zorg een vast onderdeel moet vormen van het beleid inzake euthanasie en ander medisch levensbeëindigend handelen. «Het beleid moet er kort gezegd op gericht zijn dat het tekortschieten van palliatieve zorg nooit de reden is om euthanasie toe te passen», aldus de regering in deze brief. Kan de regering (met?) het huidige aanbod aan palliatieve zorg momenteel uitsluiten dat dit wel een reden kan zijn?*

Mij hebben geen signalen bereikt dat palliatieve zorg tekort zou schieten waardoor er meer vragen om toepassing van euthanasie gesteld worden. Mijn beleid is er ook op gericht om te voorkomen dat dergelijke situaties zich kunnen voordoen.

#### **Vragen RPF- en GPV-fractie**

27

*In welke situaties kan een instelling te maken krijgen met een disproportioneel aantal urgente verpleeghuisgeïndiceerden in de terminale fase?*

De situatie waarbij een verpleeghuis met een onevenredig aantal urgente terminale patiënten te maken valt niet te voorspellen.

28

*Hoeveel mensen hebben gebruik gemaakt van de speciale units in het verpleeghuis Antonius in IJsselmonde?*

Verpleeghuis Antonius te IJsselmonde beschikt sinds februari 1993 over een palliatieve unit die bestaat uit 8 éénpersoonkamers. Per jaar maken gemiddeld 100 patiënten gebruik van deze palliatieve unit. Het bezettingspercentage is gemiddeld 75 procent, de gemiddelde opnameduur 3 weken.

29

*Waarom wordt de hospicezorg geïntegreerd in de reguliere structuur van de gezondheidszorg? Waarom is het voortbestaan van geïsoleerde categoriale voorzieningen niet wenselijk?*

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 10.

30

*Welke knelpunten zijn momenteel door de Projectgroep Integratie Hospicezorg opgespoord?*

Onder auspiciën van de Projectgroep Integratie Hospicezorg loopt thans een onderzoek dat informatie dient te verschaffen over de hospicezorg in Nederland. Alle hospice-instellingen zijn uitgenodigd om aan een schriftelijke enquête mee te werken. De enquête heeft betrekking op vragen over onder meer de interne organisatie, financiering, doelgroep,



omvang en ervaren knelpunten. Het onderzoek zal naar verwachting in september 1999 zijn afgerond. De resultaten van het onderzoeken zullen de Projectgroep mede in staat stellen zich een beeld te vormen van de knelpunten in de hospice-zorg in Nederland.

31

*In hoeverre wordt bij de verbetering van de palliatieve zorg ook aandacht besteed aan het vrijwilligerswerk in de terminale thuiszorg?*

Vrijwilligerswerk is een belangrijk onderdeel van de terminale thuiszorg. De Landelijke Stichting Vrijwilligers Terminale Zorg (VTZ) ondersteunt plaatselijke vrijwilligersprojecten op het terrein van Terminale Zorg. Deze projecten zijn vooral gericht op scholing en training aan vrijwilligers, coördinatoren en bestuursleden. Met betrekking tot de financiering van de Landelijke Stichting Terminale Zorg verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 38.

32

*Wat wordt bedoeld met «kleinschalige, lokale initiatieven, gericht op bijzondere doelgroepen dan wel op rouwverwerking en rituelen rond sterven en afscheid»?*

Dit zijn korte onderzoeksprojecten gericht op bijvoorbeeld kinderen en allochtonen. Specifieke aandacht wordt besteed aan onder meer de culturele achtergrond, de communicatie met patiënt en familie, en deskundigheidsbevordering.

### **Vragen SGP-fractie**

33

*Wat gebeurt er indien instellingen die met een disproportioneel aantal urgente verpleeghuisgeïndiceerden in de terminale fase te maken hebben, met hun zorgkantoor geen budgettaire oplossing kunnen overeenkomen? Welk scenario dient dan te worden toegepast?*

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 19.

34

*Kan de regering een gespecificeerd overzicht geven van de besteding van de in de begroting van 1999 aangekondigde intensiveringsgelden voor palliatieve zorg (tot en met 2002 f 7 mln. per jaar)?*

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik u naar de brief van 29 juni aan de Vaste Commissie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport over besteding meerjarig budget palliatieve zorg (bijgaand).

35

*Welke verpleeghuizen maken deel uit van het Platform Palliatieve Terminale zorg?*

De volgende instellingen maken deel uit van het Platform Palliatieve Terminale Zorg in verpleeghuizen:  
Verpleeghuis Meulenbelt te Almelo  
Verpleeghuis Bernardus te Amsterdam  
Zorgcentrum Leo Polakhuis te Amsterdam  
Verpleeghuis Regina Pacis te Arnhem  
Verpleeghuis de Blinkert te Baarn  
Stichting Verpleeghuizen Gewest Helmond te Bakel  
Verpleeghuis Het Zonnehuis te Beekbergen

Verpleeghuis Schuttershof te Brunssum  
 Verpleeghuis Gelders Hof te Dieren  
 Verpleeghuis Het Zonnehuis te Doorn  
 Verpleeghuis Nassau Odijkhof te Driebergen  
 Verpleeghuis de Weerde te Eindhoven  
 Zorgcentrum Den Eerdbrand te Eindhoven  
 Verpleeghuizen regio Geleen te Geleen  
 Verpleeghuis Coendershof te Groningen  
 Dr. P. C. Borsthuis te Hengelo  
 Stichting zorginstellingen Loosdrecht te Loosdrecht  
 Sint Elisabeth Gasthuishof Leiden te Oegstgeest  
 Verpleeghuis Sint Camillus te Roermond  
 Verpleeghuis Wiekendaal te Roosendaal  
 Verpleeghuis Antonius Binnenweg te Rotterdam  
 Verpleeghuis Antonius IJsselmonde te Rotterdam  
 Verpleeghuis Pniel te Rotterdam  
 Verpleeghuis Slingedael te Rotterdam  
 Verpleeghuis Vrijthof te Tiel  
 Verpleeghuis Het Zonnehuis te Vlaardingen  
 Verpleeghuis Eikendonk te Waalwijk  
 Verpleeghuis Oostergouw te Zaandam  
 Verpleeghuis Isala te Zwolle  
 Verpleeghuis Het Zonnehuis te Zwolle

36

*Waarom acht de regering het voortbestaan van hospicezorg in «geïsoleerde categoriale voorzieningen» niet wenselijk? Aan de hand van welke criteria wordt bepaald of een hospice wel of niet als een geïsoleerde categoriale voorziening kan worden beschouwd?*

In het belang van de kwaliteit en continuïteit van de zorg acht ik het voortbestaan van geïsoleerde categorale voorzieningen op het terrein van de palliatieve terminale zorg niet wenselijk.

De criteria voor een na te streven integratie van hospicezorg in de reguliere gezondheidszorgstructuur zijn op dit moment niet aan de orde. De Projectgroep Integratie Hospicezorg zal eerst modellen voor integratie van hospicezorg ontwikkelen, deze toetsen aan de praktijk en vervolgens de Minister daarover verslag van doen.

37

*Kan de regering nader ingaan op de met betrekking tot de consultatieteams palliatieve zorg en de ethische projecten door de Toetsingscommissie uitgebrachte adviezen? Wat houden deze adviezen in?*

De Toetsingscommissie heeft de subsidie-aanvragen van de COPZ'en eerst naar inhoud gerubriceerd. De consultatieteams zijn projecten ter ondersteuning van de hulpverleners in de palliatieve zorg. De ondersteuning kan betrekking hebben op advies, informatie, consultatie ter plaatse, vaardigheidstraining en deskundigheidsbevordering. De Toetsingscommissie heeft positief geadviseerd over de subsidie-aanvragen m.b.t. de consultatieteams. Zij verbindt daar wel een aantal voorwaarden aan. De belangrijkste zijn: Toepassen van een gezamenlijk evaluatie-instrument; opstellen van een jaarlijkse gezamenlijke evaluatie; op basis van ervaringen in het eerste jaar zal geadviseerd worden over eventuele continuering na het tweede jaar. Het advies van de Toetsingscommissie heb ik inclusief de daarbij gestelde voorwaarden overgenomen.

Voor uw vraag over de ethische projecten verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 9.

*Op welke wijze wordt de steun aan de Landelijke Stichting Vrijwillige Tijdelijke Zorg (VTZ) vormgegeven? Welk bedrag is hiermee gemoeid?*

De Landelijke Stichting Terminale Zorg (VTZ) ondersteunt plaatselijk vrijwilligersprojecten op het terrein van Terminale Zorg. Naast een structurele subsidie van afgerond f 552 000,— per jaar kan VTZ subsidie aanvragen voor projecten. Daarvoor is een budget van f 600 000,— beschikbaar dat door Zon Onderzoek Nederland (ZON) wordt beheerd.