

Vergaderjaar 2014–2015

**29 509**

**Palliatieve zorg**

**Nr. 47**

**VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 24 september 2014

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 11 december 2013 over Investeren in palliatieve zorg (Kamerstuk 29 509, nr. 46).

De vragen en opmerkingen zijn op 31 januari 2014 aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voorgelegd. Bij brief van 23 september 2014 zijn ze door hem beantwoord.

De voorzitter van de commissie,  
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,  
Sjerp

## Inhoudsopgave

<b>I.</b>	<b>Vragen en opmerkingen vanuit de fracties</b>	<b>2</b>
1.	Inleiding	2
2.	Visie op palliatieve zorg	3
3.	Nationaal Programma Palliatieve Zorg	6
4.	Regeling palliatieve terminale zorg	7
5.	Uitrol en borging van goede voorbeelden op de werkvloer	8
6.	Zorgmodule palliatieve zorg (norm voor goede zorg)	9
7.	Inkoop Zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging 10	9
<b>II.</b>	<b>Reactie van de Staatssecretaris</b>	<b>9</b>

### I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

#### 1. Inleiding

De leden van de **VVD-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief inzake investeren in palliatieve zorg. Palliatieve zorg is een bijzondere en zeer waardevolle vorm van zorg. Genoemde leden erkennen dan ook de toegevoegde waarde van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. De wensen en behoeften van het individu moeten leidend zijn bij het vormgeven van palliatieve zorg. Deze leden hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

Tussen de 70.000 en 105.000 mensen overlijden jaarlijks als gevolg van een ongeneeslijke ziekte of chronische aandoening. Hoeveel van deze mensen ontvangen palliatieve zorg?

De leden van de **PvdA-fractie** hebben de brief waarin de Staatssecretaris zijn visie op palliatieve zorg schetst met belangstelling gelezen.

Genoemde leden staan voor toegankelijke, tijdige en kwalitatief goede zorg. Zorg moet in de vertrouwde omgeving van mensen georganiseerd worden en rekening houden met de wensen van de patiënt. Dat geldt zeker voor palliatieve zorg; juist als mensen hun laatste levensfase bereiken is menswaardige zorg van oneindige waarde.

Deze leden zijn verheugd dat de palliatieve zorg in Nederland inmiddels van hoog niveau is. Tot een aantal jaar geleden was zij immers nog een ondergeschoven kindje. Zij vinden wel dat er blijvend ingezet moet worden op het verder verbeteren en verstevigen van palliatieve zorg, met name betreffende de menselijke en spirituele kant.

Genoemde leden delen de uitgangspunten van de Staatssecretaris voor de extra investering in palliatieve zorg, voortvloeiend uit het Begrotingsakkoord. Verdere kennisontwikkeling en deskundigheidsbevordering bij professionals zal er toe leiden dat patiënten en naasten zich nog waardiger gesteund voelen in de laatste levensfase, de juiste keuzes kunnen maken en dat de continuïteit tussen reguliere- en palliatieve zorg beter wordt gewaarborgd. Daarbij merken de leden van de PvdA-fractie graag op dat zij veel bewondering hebben voor de vele zorgverleners die met veel gevoel, geduld en kunde dagelijks patiënten en hun naasten bijstaan in de laatste levensfase. Het betreft hier niet alleen professionele zorg, maar zeker ook de vele vrijwilligersinitiatieven.

De leden van de **SP-fractie** hebben kennisgenomen van de brief met betrekking tot het investeren in palliatieve zorg. De Staatssecretaris geeft aan dat mensen mogen rekenen op adequate palliatieve zorg die erop gericht is om de kwaliteit van leven van de patiënten en hun naasten te verbeteren. Deze leden vragen hoe deze adequate zorg gegeven kan worden, als de drastische bezuinigingen van deze regering verder doorgang krijgen. Wil de Staatssecretaris garanderen dat mensen die

palliatieve zorg nodig hebben, geenszins te maken krijgen met de bezuinigingen op de zorg?

De leden van de **PVV-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief en de voorgenomen investeringen in de palliatieve zorg. Deze leden zijn verheugd dat het belang van een goede palliatieve zorg wordt onderkend en dat dit zo veel mogelijk onderdeel moet uitmaken van het gewone leven, maar hebben hierover nog wel een aantal kritische vragen.

De leden van de **CDA-fractie** hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief inzake palliatieve zorg. Aangezien de Staatssecretaris voornemens is de extramurale palliatieve zorg over te hevelen naar de aanspraak thuisverpleging maken genoemde leden van de gelegenheid gebruik enkele aanvullende vragen te stellen.

De leden van de **SGP-fractie** hebben met veel interesse kennisgenomen van de brief van de Staatssecretaris, waarin hij zijn visie en inzet beschrijft voor de palliatieve zorg. Genoemde leden voelen zich erg betrokken op dit thema. Zij vragen daar al jaren de aandacht voor en hebben hun inzet bekrachtigd middels diverse moties. Deze leden zijn verheugd in de brief te lezen dat de moties een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan het versterken van de palliatieve zorg. Daarnaast zijn zij blij met het extra geld dat beschikbaar is voor de palliatieve zorg.

## *2. Visie op palliatieve zorg*

De leden van de **PvdA-fractie** zijn verheugd met de opname van extramurale palliatieve zorg in de Zorgverzekeringswet onder de aanspraak thuisverpleging. Deze aanspraak maakt het een verzekerd recht dat mensen de keuze hebben om thuis of in een hospice te sterven. Op die manier kan beter tegemoet worden gekomen aan de wensen van de patiënt. Deze leden vragen of er omstandigheden zijn waarin palliatieve zorg niet onder het Zvw-stelsel valt. Hoe kan de zorg in die gevallen nog wel tegemoet komen aan de behoeften van de patiënt?

Genoemde leden zijn blij dat met de zorgmodule palliatieve zorg voldaan wordt aan de palliatieve zorgvraag van een groter aantal ziektebeelden. Bovendien wordt palliatieve zorg hiermee beter geborgd in reguliere organisaties. Genoemde leden vragen wanneer de zorgmodule palliatieve zorg is afgerond. Welke partijen hebben gewerkt aan de module? Was het patiënten perspectief voldoende vertegenwoordigd? Per wanneer kunnen zorgverzekeraars met het inkopen van zorg gebruik maken van de module? Verder vragen genoemde leden op welke wijze de module zorgverzekeraars ondersteunt om kwalitatief goede palliatieve zorg in te kopen. Is de module ook geschikt om de kwaliteit van door zorgverzekeraars ingekochte zorg door te vertalen zodat deze inzichtelijk en begrijpelijk wordt voor patiënten?

De leden van de PvdA-fractie steunen de Staatssecretaris in zijn stelling dat palliatieve zorg zo dichtbij mogelijk moet worden georganiseerd. Dit betekent dat onder andere een belangrijke rol is weggelegd voor eerstelijnszorgverleners. In hoeverre maakt de benodigde kennis en kunde voor het verlenen van goede palliatieve zorg vast onderdeel uit van de opleidingen van deze zorgverleners? In hoeverre komt samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers aan bod in de opleidingen?

De Staatssecretaris geeft aan dat er nog verbeteringen moeten worden aangebracht in de palliatieve zorg. De leden van de **SP-fractie** vragen de Staatssecretaris nader in te gaan op de problemen die er momenteel zijn en willen een uitgebreide reactie ontvangen, hoe dit nu precies wil wordt oplost. De Staatssecretaris spreekt mooie woorden over het opzetten van

programma's ter verbetering van de palliatieve zorg, maar deze leden willen weten hoe de palliatieve zorg op korte termijn verbeterd wordt.

De leden van de **PVV-fractie** vinden echter het verankeren van extramurale palliatief terminale zorg in de Zvw geen goede stap. Zij vinden dat er een aparte aanspraak palliatieve zorg in de nieuwe wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) opgenomen moet worden. Ook dan is sprake van een verzekerd recht, dat waarborgt dat mensen de keuze hebben om thuis of in een zelfstandig hospice palliatief terminale zorg te ontvangen. Maar met deze keuze wordt de financiering van palliatieve zorg helemaal onder één stelsel gebracht, conform de wens van de Kamer, terwijl bij het onderbrengen in de Zvw, de palliatieve zorg voor bewoners van een verpleeghuis hierbuiten zal vallen. Deelt de Staatssecretaris de mening van deze leden dat de verschillende vormen van palliatieve zorg, te weten palliatieve thuiszorg, bijna-thuis-huizen en high-care hospices, zich niet lenen voor een enkele zorgmodule? De coördinatie van de zorg ligt immers bij iedere variant anders.

De leden van de **CDA-fractie** lezen dat in het Begrotingsakkoord 2013 is afgesproken om € 8,5 miljoen per jaar voor de komende 6 jaar in te zetten voor een nieuw nationaal programma palliatieve zorg. Kan de Staatssecretaris uiteenzetten hoe deze middelen worden ingezet? Wat is het verschil met het eerdere programma palliatieve zorg?

Kan de Staatssecretaris aangegeven of er zicht is op het aantal hospices of bijna thuis plaatsen in Nederland? Met andere woorden de leden van de CDA-fractie willen graag inzicht hebben of er voldoende plaatsen zijn, in sommige delen van Nederland meer plaatsen dan in andere gebieden of dat er wachtlijsten zijn.

Genoemde leden lezen dat de zorgmodule palliatieve zorg zich in de afrondende fase bevindt. Is deze inmiddels gereed en zo ja, kan deze naar de Kamer worden gezonden? Hoe ver staat het met het ontwikkelen van de aanspraak thuisverpleging waar extramurale palliatieve zorg ook onder gaat vallen. Wanneer wordt deze aanspraak naar de Kamer gezonden? Kan hierbij ook worden aangegeven hoeveel mensen er langer en korter dan een jaar aanspraak maken op extramurale verpleging en verzorging? De Staatssecretaris stelt in zijn brief dat uitgangspunten voor palliatieve zorg ook aandacht voor spirituele zorg bevat. Genoemde leden vragen hoe dit terugkomt in de aanspraak thuisverpleging. Voor veel mensen is geestelijke zorg, in het bijzonder in de laatste levensfase, van groot of zelfs groter belang.

Als extramurale palliatieve zorg overgeheveld wordt naar het basispakket van de zorgverzekeringswet begrijpen deze leden het dan goed dat de intramurale palliatieve zorg in de nieuwe AWBZ/WLZ blijft? Nu kunnen deze leden zich voorstellen dat mensen in de palliatieve fase van extramurale naar intramurale zorg gaan of andersom. Is hier zicht op en in hoeverre sluiten de nieuwe AWBZ, aanspraak thuisverpleging en nieuwe Wmo op elkaar aan?

De leden van de **SGP-fractie** lezen dat de Staatssecretaris palliatief terminale zorg, die extramuraal wordt geleverd, wil laten vallen onder de nieuwe aanspraak thuisverpleging. Genoemde leden menen begrepen te hebben dat ook de zorg die in hospices geboden wordt onder de zorgverzekeringswet gaat vallen, maar lezen dat in deze brief niet duidelijk terug. Als dat inderdaad zo is, kan de Staatssecretaris nader toelichten waarom hij hiervoor heeft gekozen? Wat is volgens hem het verschil met palliatieve zorg die in verpleeghuizen wordt geboden, waarvan het voornemen is dat die uit de Wet langdurige zorg betaald gaat worden? De leden van de SGP-fractie zien het risico dat er tussen verpleeghuizen met een unit palliatieve zorg en de high care hospices een groot verschil in prijs zal ontstaan, wat veroorzaakt kan worden door het verschil in

deskundigheid van de medewerkers en de verschillende financieringsstromen. Ziet de Staatssecretaris dit risico ook? Hoe wordt de kwaliteit van de zorg domein overstijgend bewaakt? Wordt er ook gezorgd voor een borging voor de bestaande kwaliteitssystemen, bijvoorbeeld van het kwaliteitssysteem zoals dat ontwikkeld is door de Associatie palliatieve zorg?

Zoals bekend hechten de leden van de SGP-fractie zeer aan keuzevrijheid voor cliënten en patiënten. Deze leden zien het risico dat patiënten in de laatste levensfase als gevolg van een selectief inkoopbeleid van verzekeraars mogelijk niet kunnen kiezen voor een hospice naar keuze. Dat zouden genoemde leden een ongewenst gevolg vinden van de overheveling naar de zorgverzekeringswet. Hoe borgt de Staatssecretaris de keuzevrijheid van palliatief terminale patiënten?

Het komt voor dat patiënten die eerst thuis verpleegd worden alsnog worden opgenomen in een verpleeghuis en daar overlijden. Tot nu toe is de financiering voor beide zorgvormen vanuit de AWBZ gefinancierd, maar daar wil de Staatssecretaris nu verandering in brengen met een knip tussen de Zvw en de Wet langdurige zorg (Wlz). Hoe zorgt de Staatssecretaris ervoor dat dit integrale, doorlopende zorg niet in de weg staat? In de motie-Van der Staaij c.s. (Kamerstuk 32 500 XVI, nr. 65) heeft de Kamer de regering opgeroepen om zorg thuis of dicht bij huis voor patiënten niet (financieel) ongunstiger is dan in reguliere instellingszorg of ziekenhuiszorg, zoals nu soms wel het geval is. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de voorgenomen situatie financieel uitwerkt voor patiënten?

Het blijkt regelmatig dat patiënten in de laatste levensfase, vaak onnodig en ongewenst, opgenomen moeten worden in een ziekenhuis of een andere zorginstelling, omdat de zorg thuis voor een groot deel neerkomt op onvoldoende toegeruste mantelzorgers. De leden van de SGP-fractie waarderen daarom de extra aandacht van de Staatssecretaris voor de mantelzorgers van mensen in de terminale fase (uitgangspunt 4). Zij onderschrijven de mening van de Staatssecretaris dat de aandacht voor, en de ondersteuning van de naasten een integraal onderdeel moet uitmaken van de zorg. De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris nog wel hoe hij dat in de praktijk voor zich ziet. Primair zijn immers de gemeenten aan zet bij de ondersteuning van mantelzorgers? Welke rol ziet de Staatssecretaris weggelegd voor zorgverzekeraars? Hoe zorgt hij voor samenwerking en goede afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het terrein van palliatieve zorg? Hoe zorgt de Staatssecretaris er voor dat zorgaanbieders door verzekeraars worden gestimuleerd om werk te maken van goede mantelzorgondersteuning? Hoe wordt de positie van de mantelzorger benoemd en ingevuld in de aanspraak op palliatieve zorg?

De Staatssecretaris merkt terecht op dat vrijwilligers een belangrijke rol kunnen vervullen ter ontlasting van de mantelzorgers. Dit lijkt de leden van de SGP-fractie echter lastig te organiseren vanuit de positie van zorgverzekeraars. Natuurlijk kunnen zij er bij zorgaanbieders op aandringen dat zij werk maken van een goed vrijwilligersbeleid, maar de gemeente heeft vanuit de Wmo veel meer mogelijkheden en zicht op vrijwilligers. Welke oplossingen ziet de Staatssecretaris voor dit probleem? Hoe wil/gaat de Staatssecretaris een betere synergie bevorderen tussen de beroepsmatige zorg en de vrijwillige zorg? Welke prikkels krijgt een verzekeraar om hier werk van te maken?

De Staatssecretaris stelt bij zijn vijfde uitgangspunt dat palliatieve zorg onderdeel is van de reguliere zorgverlening en dat waar nodig specialismatische kennis snel beschikbaar moet zijn. In dit kader hebben deze leden kennisgenomen van een artikel van Quill & Abernathy in het gezaghebbende *New England Journal of Medicine*, waarin ervoor gepleit wordt dat generalistische zorgverleners dienen te beschikken over basiskennis over palliatieve zorg en dat op het moment dat de problematiek de basiskennis

overstijgt een specialist c.q. specialistisch team ingeschakeld moet worden. De achtergrond daarvan is dat generalistische zorgverleners te weinig met palliatieve zorg in aanraking komen om de opgedane kennis in praktijk toe te passen. Is de Staatssecretaris bereid kennis te nemen van dit artikel? Is hij het met de onderzoekers eens dat overal deskundige multidisciplinaire samengestelde teams beschikbaar dienen te zijn voor ondersteuning van de huisarts? Hoe gaat hij dat bevorderen? Is de Staatssecretaris van oordeel dat dit verder gaat dan alleen de telefonische consultatieteams van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)? Op pagina 3 schrijft de Staatssecretaris dat het kabinet de opwaartse bijstelling van de middelen voor de vrijwillige palliatieve terminale zorg in de regeling palliatieve terminale zorg continueert. De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris waar dit geld in de toekomst wordt ondergebracht. Blijft dit een landelijke regeling, of is de Staatssecretaris voornemens het geld per 2015 over te hevelen naar gemeenten? Als hij het laatste voornemens is, hoe gaat hij de continuïteit van bestaande initiatieven borgen?

### *3. Nationaal Programma Palliatieve Zorg*

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat het doel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg is om in 2020 voor de patiënt die palliatieve zorg ontvangt en zijn naasten te voorzien in optimale palliatieve zorg van een integraal multidisciplinair team van mantelzorgers, vrijwilligers en professionals, dat zoveel mogelijk geïntegreerd is in de reguliere zorgverlening. Wat verstaat de Staatssecretaris onder «optimale palliatieve zorg»? Op welke wijze komt er extra aandacht voor mantelzorgers? Genoemde leden vinden het een goede zaak dat het lopende ZonMw-verbeterprogramma in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg wordt opgenomen. Op deze wijze wordt dubbel werk voorkomen en kunnen reeds verkregen inzichten worden ingezet? ZonMw zal een programma-voorstel opstellen en het programma uitvoeren. Wordt de Kamer nog nader geïnformeerd over dit programmavoorstel, inclusief de tijdsplanning van het programma?

Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg beoogt in 2020 alle Nederlandse palliatieve patiënten en hun naasten te voorzien van optimale, integrale palliatieve zorg. De leden van de **PvdA-fractie** vinden dit een mooi streven, maar dit roept wel de vraag op waar het nu dan concreet aan ontbreekt. Daarnaast vragen zij of er tussentijdse doelstellingen zijn vastgesteld. Genoemde leden vragen verder hoe de € 8,5 miljoen die jaarlijks geïnvesteerd wordt in het programma wordt verdeeld over ontwikkelings-, doelmatigheids- en implementatieprojecten. Is er budget gereserveerd om mooie onderzoeksresultaten te implementeren of moet financiering uit andere middelen komen?

De Staatssecretaris schetst dat onder andere patiënten, mantelzorgers en vrijwilligers de agendering van het programma gaan bepalen. Belooft de Staatssecretaris daarmee ook dat de programmacommissie die projectvoorstellen voor het programma beoordeelt uit voldoende praktijkwerkers en ervaringsdeskundigen zal bestaan? Verder vragen zij hoe de menselijke en spirituele kant van palliatieve zorg expliciet terug gaan komen in thema's die centraal staan in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

De leden van de **PVV-fractie** zien in dit kader meer in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg en de uitrol en borging van goede voorbeelden op de werkvloer en vragen de Staatssecretaris hierin een rol weg te leggen voor het kwaliteitsinstituut.

In de brief noemt de Staatssecretaris een groot aantal bedragen die voor de leden van de **SGP-fractie** niet altijd even duidelijk zijn. Op bladzijde 3

wordt bijvoorbeeld beschreven dat het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) een jaarlijks budget krijgt van € 8,5 miljoen gedurende 6 jaar. In de tweede alinea op bladzijde 6 staat echter dat het programma een budget heeft van € 7,8 miljoen en loopt tot en met 2016. De leden van de SGP-fractie nemen aan dat hiermee het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg wordt bedoeld? Komt dit geld (6\*8,5 miljoen) bij het eerder genoemde bedrag van het NPPZ?

De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris ook of hij kan toelichten op welke manier besluitvorming heeft plaatsgevonden over de besteding van de extra gelden voor palliatieve zorg. Deze leden krijgen namelijk signalen dat niet alle bewezen initiatieven, die veelbelovend zijn en groeipotentie hebben, hiervoor in aanmerking konden komen. Kan worden toegelicht waarom wel/niet voor potentiële projecten is gekozen? Recent is een onderzoeksrapport verschenen van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), waarin onder meer gepleit wordt om structureel te registreren hoe de palliatieve zorg in Nederland wordt verleend. Wat is de reactie van de Staatssecretaris op dit rapport? Worden de aanbevelingen van dit rapport opgepakt in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg?

Het IKNL geeft aan dat bestaande onderzoeken erop lijken te wijzen dat bij beslissingen rond het levenseinde, het laatste deel van palliatieve zorg, meer kennis en samenwerking nodig is. Zo blijkt uit het onderzoek dat niet alle artsen met weinig ervaring een palliatief expert raadplegen. Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat de richtlijnen, waarin artsen wordt aanbevolen om dat wel te doen, beter worden nageleefd? Hoe zorgt hij voor consensus over wat verstaan wordt onder «basiskennis palliatieve zorg» voor (huis)artsen en verpleegkundigen?

#### *4. Regeling palliatieve terminale zorg*

De leden van de **VVD-fractie** lezen dat met de uitvoering van de Regeling palliatieve terminale zorg is voorzien in een borging van de positie van hospices en bijna-thuis-huizen, alsmede in de mogelijkheid om palliatieve zorg thuis te ontvangen. Aan welke eisen moeten hospices en bijna-thuis-huizen voldoen om in aanmerking te komen voor deze subsidie? Hospices en bijna-thuis-huizen werken nu voornamelijk met vrijwilligers. Hoe kijkt de Staatssecretaris aan tegen een verdere professionalisering van deze instellingen? De Staatssecretaris wil onderzoeken hoe de regeling een structureel karakter kan krijgen. Welke opties overweegt hij hiervoor en wanneer verwacht hij de Kamer hier nader over te informeren?

De leden van de **PvdA-fractie** zijn verheugd met de verhoging van tien procent van het subsidieplafond voor vrijwilligersinitiatieven palliatieve zorg uit het Begrotingsakkoord 2013 via de Regeling palliatieve terminale zorg. Met deze regeling wordt de positie van hospices en palliatieve thuiszorg versterkt, zodat iedere patiënt de mogelijkheid heeft om zo veel mogelijk in vertrouwde omgeving te sterven. Met de regeling wordt ook geborgd dat patiënten uit een verpleeghuis zoveel mogelijk in vertrouwde omgeving kunnen blijven als de laatste levensfase aanbreekt. Genoemde leden zijn erg benieuwd naar de groei van het aantal hospices en bijna-thuis-huizen in de afgelopen vijf jaar. Hoe hebben deze aantallen zich ontwikkeld en hoe is het gesteld met de spreiding over het land? Verwacht de Staatssecretaris, gezien het ingestoken beleid, een verdere toename van het aantal hospices en bijna-thuis-huizen? Genoemde leden zijn blij dat de Staatssecretaris onderzoekt hoe de Regeling palliatieve terminale zorg een structureel karakter kan krijgen. Wanneer verwacht hij de Kamer te informeren?

De leden van de **SP-fractie** vinden het vreemd dat hospices de eerste twee jaar zelfstandig moeten draaien, voordat zij in aanmerking komen voor financiering. Kan de Staatssecretaris aangeven waarom dit op deze wijze is geregeld? Kan de Staatssecretaris aangeven hoeveel hospices zijn gestart zonder structurele financiering en hoeveel hospices momenteel zonder financiering zitten? Voorts willen deze leden weten hoeveel hospices aanvragen hebben gedaan voor financiering. Genoemde leden vragen de Staatssecretaris hiervan een overzicht te sturen. Verder willen zij weten of er een landelijke dekking is voor hospices? Vindt deze Staatssecretaris dat wenselijk? Zij vragen om een toelichting hierover.

##### *5. Uitrol en borging van goede voorbeelden op de werkvloer*

Het NIVEL is onlangs gestart met de evaluatie van het verbeterprogramma, zo constateren de leden van de **VVD-fractie**. Hieruit zal blijken welke resultaten zijn bereikt met de verbeterprojecten. Worden eventuele aanbevelingen uit deze evaluatie meegenomen in de integratie van het verbeterprogramma van ZonMw in het nationaal programma? Enkele instellingen, zoals ziekenhuizen, hebben palliatieve teams ingesteld die de patiënt en zijn naasten adviseren en ondersteunen tijdens een palliatief traject. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris dergelijke teams? Wordt er aan deze teams ook aandacht besteed in het programma? Zo ja, op elke wijze? Zo nee, waarom niet? Acht de Staatssecretaris het van belang dat alle zorginstellingen waar palliatieve zorg wordt geboden dergelijke teams hebben?

De leden van de **SP-fractie** vinden goed en vredig sterven van groot belang. Zij vinden dat dit thuis moet kunnen, maar ook in een verpleeghuis, ziekenhuis en in een hospice. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de begeleiding in deze zorginstellingen momenteel is geregeld? Wat is het zicht hierop van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en wat zegt de patiëntenbeweging hierover?

De leden van de **PVV-fractie** vragen hoe de kwaliteit van de palliatieve zorg in verpleeghuizen zonder palliatieve unit gewaarborgd gaat worden? Er is nu al een dramatisch tekort aan handen aan het bed en palliatieve zorg is een continu proces, waarbij op ieder moment bijsturing van de zorg noodzakelijk kan zijn. «Even wachten» of een foutje kan in de palliatieve fase vaak grote gevolgen hebben en in vele gevallen niet te herstellen.

De leden van de **SGP-fractie** constateren dat het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg van ZonMw een verzameling van een aantal «goede voorbeelden» is. Deze leden ontvangen signalen dat bij het grootste aantal niet onderzocht c.q. aangetoond is wat de bijdrage is aan de verbetering van de palliatieve zorg. Herkent de Staatssecretaris dat beeld, en zou het gevolg daarvan kunnen zijn dat er (te) veel variatie ontstaat van geïmplementeerde voorbeelden? De Staatssecretaris schrijft dat het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg een belangrijke taak krijgt in het verspreiden van goede voorbeelden. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij gaat bevorderen dat dit programma de bewezen goede voorbeelden breed implementeert?

De leden van de **SGP-fractie** hebben ook kennisgenomen van de resultaten van een enquête over palliatieve zorg in ziekenhuizen, die door Leerhuizen Palliatieve Zorg en IKNL is uitgevoerd. Genoemde leden zijn verheugd dat uit deze inventarisatie blijkt dat palliatieve zorg in ziekenhuizen de toenemende aandacht krijgt die het verdient. Uit de enquête blijkt dat er in 39% van de ziekenhuizen een eigen consultatieteam palliatieve zorg aanwezig is en nog eens (40%) geeft aan dat een team in ontwikkeling is. Het aantal verleende consulten varieerde in 2011 wel



sterk: van 30 tot 650. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij tegen deze variatie aankijkt en welke beleidsconclusies hij daaraan verbindt? Uit de genoemde enquête blijkt ook dat de consultatieteams op verschillende wijzen worden bekostigd. Veel teams draaien bovendien op tijdelijke financiering: 14 ziekenhuizen maken gebruik van de DOT-financiering, 22 van interne financiering door het ziekenhuis zelf, 1 door het IKNL en 1 uit eigen beurs van de consultants. Kan de Staatssecretaris aangeven wat de oorzaken van deze variatie in financiering zijn? De onderzoekers doen de aanbeveling om op korte termijn een structureel aanbod van palliatieve zorg in het ziekenhuis mogelijk te maken door een verbetering van de financieringsregel (DOT). Hoe beoordeelt de Staatssecretaris deze aanbeveling? Is de Staatssecretaris bereid hier werk van te maken?

#### *6. Zorgmodule palliatieve zorg (norm voor goede zorg)*

De Staatssecretaris geeft aan dat de zorgmodule palliatieve zorg zich in de afrondende fase bevindt. De leden van de **SGP-fractie** zijn verheugd dat in de zorgmodule ook aandacht is voor verbreding van de palliatieve zorg naar meerdere ziektebeelden, waarmee uitvoering is gegeven aan de motie-Van der Staaij c.s. (Kamerstuk 29 509, nr. 40). Uit de enquête over palliatieve zorg in ziekenhuizen blijkt dat het beleid bij 19% van de ziekenhuizen (vooralsnog) alleen palliatieve zorg heeft die gericht is op kankerpatiënten. Hoe gaat de Staatssecretaris bevorderen dat alle ziekenhuizen palliatieve zorg bieden voor andere doelgroepen?

De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris of hij meer inzicht kan geven in de inhoud van de zorgmodule. Wordt de rouwzorg van de patiënten en de naasten ook een onderdeel van de te leveren prestatie door zorgverzekeraars (uitgangspunt 1)? De insteek van de ingediende motie-Van der Staaij (Kamerstuk 30 595, nr. 344) was om een integrale financiering van de palliatieve zorg tot stand te brengen. Daarmee werd in de optiek van de leden van de SGP-fractie ook mee bedoeld dat psychosociale zorg met aandacht voor spirituele zorg (uitgangspunt 2) integraal deel uit zouden gaan maken van de palliatieve zorg. Zal dit ook onderdeel uitmaken van de te leveren prestatie door zorgverzekeraars?

#### *7. Inkoop Zorgzwaartepakket Verpleging en Verzorging 10*

Tot slot willen de leden van de **SP-fractie** weten of het nog steeds voorkomt dat mensen in een verpleeghuis voor hun laatste dagen verhuisd moeten worden, als er door gebrek aan personeel geen zorgzwaartepakket 10 kan worden geboden. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe vaak dit voorkomt? Voorts willen zij weten welke maatregelen de Staatssecretaris neemt om dit te voorkomen.

## **II. Reactie van de Staatssecretaris**

### **Antwoorden VSO vragen palliatieve zorg**

De leden van de fracties van de VVD, PvdA, SP, PVV, CDA en SGP hebben ons op 31 januari 2014 vragen en opmerkingen voorgelegd in het kader van het VSO over de brief inzake Investeren in palliatieve zorg, die op 11 december 2013 aan de Tweede Kamer is gezonden. Ik dank de leden van de fracties voor de inbreng, geduld en geef hieronder de antwoorden, waarbij de vragen per fractie worden beantwoord en zijn samengevat.

## VVD-fractie

*Tussen de 70.000 en 105.000 mensen overlijden jaarlijks als gevolg van een ongeneeslijke ziekte of chronische aandoening. De leden van de VVD-fractie willen weten hoeveel van deze mensen palliatieve zorg ontvangen?*

Het is niet mogelijk om dit precies aan te geven, omdat niet alle vormen van palliatieve zorg worden geregistreerd.

Wel weten we dat van de mensen van wie het overlijden werd verwacht, ongeveer 53% thuis overlijdt (inclusief verzorgingshuizen en hospices). Voor hen is de huisarts de behandelende arts. Daarnaast weten we dat ongeveer 25% van het aantal niet-acute overlijdens in een ziekenhuis plaatsvindt en circa 22% in een verpleeghuis (bron: «Palliatieve zorg in beeld», IKNL 2014).

Voor ongeveer 11% van de niet-acute overlijdens geldt dat sprake is geweest van een opname in een hospice of bijna-thuis-huis. Ten slotte is bekend dat voor 2013 7880 indicatiebesluiten zijn verstrekt voor zzp vv 10 (beschermd verblijf met intensief palliatief-terminale zorg).

*Wat verstaat de Staatssecretaris onder «optimale palliatieve zorg»?*

In de brief schrijf ik dat we streven naar optimale palliatieve zorg, zodat de patiënt en zijn naasten palliatieve zorg ontvangen vanuit een integrale multidisciplinaire benadering door teams van mantelzorgers, vrijwilligers en professionals. De zorg is zoveel mogelijk geïntegreerd in de reguliere zorgverlening.

Ik blijf investeren in de palliatieve zorg, zodat de zorg nog beter aan de in de brief genoemde uitgangspunten voldoet (kwaliteit van leven centraal, ondersteuning voor lichamelijke en psychosociale problemen, zorg zo dicht bij als mogelijk, extra aandacht voor mantelzorgers, palliatieve zorg als onderdeel van de reguliere zorgverlening, waar nodig is specialistische kennis snel beschikbaar). Verder vind ik het tijdig bespreekbaar maken van de laatste levensfase belangrijk, zodat mensen afgewogen keuzes kunnen maken.

*Op welke wijze komt er extra aandacht voor mantelzorgers?*

Palliatieve zorg kan intensief zijn voor een mantelzorger. Ik wil dan ook in de uitwerking van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg aandacht besteden aan de begeleiding van mantelzorgers. Dit naast alle acties die door mij in het kader van mijn beleidsbrief over informele zorg en ondersteuning (Kamerstuk 30 169, nr. 29) generiek zijn ingezet om de positie van de mantelzorger te verbeteren. Ook de (wijk)verpleegkundige zal extra aandacht voor de mantelzorger bieden. Deze (wijk)verpleegkundige zal een belangrijke schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving – waaronder de mantelzorger – en de verschillende professionals zijn. In het Besluit zorgverzekering, evenals in de bekostiging, zal deelname van de wijkverpleegkundige functie in sociale wijkteams en daarbij behorende werkzaamheden als coördineren, signaleren en coachen worden geborgd. Het indicatie-instrument voor wijkverpleging wordt uitgewerkt door de beroepsgroep V&VN, met betrokkenheid van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VNG.

*Wordt de Kamer nog nader geïnformeerd over het programmavoorstel (voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg), inclusief de tijdsplanning van het programma?*

Ja, inmiddels heeft twee maal overleg plaatsgevonden tussen VWS, ZonMw en een vertegenwoordiging van de kerngroep. Dit heeft geleid tot een brief waarin VWS aan ZonMw vraagt om in afstemming met betrokken partijen deze zomer te komen tot een outline voor het programmavoorstel. Ik heb deze outline inmiddels ontvangen. Het programma gaat dan van start na de zomer en een volledig uitgewerkt programma-

voorstel volgt in het najaar (zodat ook de programmacommissie nog inbreng kan hebben). Ik zal u het programmavoorstel vervolgens doen toekomen, inclusief de tijdsplanning.

*Aan welke eisen moeten hospices en bijna-thuis-huizen voldoen om in aanmerking te komen voor subsidie uit de Regeling palliatieve terminale zorg?*

In de Regeling palliatieve terminale zorg is vastgelegd welke wettelijke vereisten gelden om aanspraak te kunnen maken op subsidieverstrekking. De regeling voorziet in een tegemoetkoming voor de inzet van vrijwilligers in de palliatieve terminale zorg in drie situaties: in de thuissituatie, in een hospice of in een bijna-thuis-huis. Daarnaast is voorzien in een tegemoetkoming voor de huisvestingslasten van hospices en bijna-thuis-huizen.

Voor de organisaties geldt dat zij geen deel mogen uitmaken van een organisatorisch verband met een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen. Evenmin kan aanspraak worden gemaakt op de regeling wanneer deze zorg wordt verleend aan personen die verblijven in een instelling die deel uitmaakt van een organisatorisch verband met een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen.

Het niet deelnemen aan het regulier gefinancierde zorgstelsel is doorgaans een weloverwogen besluit van hospices en bijna-thuis-huizen dat veelal in het verlengde ligt van opvattingen over de wijze van verlening van palliatieve terminale zorg en dat ook te maken heeft met de wens om als vrijwilligersorganisatie verschoond te blijven van aan de reguliere financiering van de zorg verbonden voorwaarden.

*Hospices en bijna-thuis-huizen werken nu voornamelijk met vrijwilligers. Hoe kijkt de Staatssecretaris aan tegen een verdere professionalisering van deze instellingen?*

Een belangrijk verschil tussen high care hospices en bijna-thuis-huizen is dat high care hospices zelf een of meer verpleegkundigen in vaste dienst hebben. Vrijwilligers zijn ook actief in de high care hospices, maar in de bijna-thuis-huizen werken relatief meer vrijwilligers. De rol van de beroepsmatige zorg varieert in de bijna-thuis-huizen met de zorgbehoefte van de cliënten in het hospice, gedeeltelijk met de omvang van het huis (aantal bedden) en met de keuze van het bestuur. Het bestuur kan er voor kiezen om de bijna-thuis-sfeer zo sterk mogelijk te houden, door «zo minimaal mogelijk» beroepskrachten over de vloer te laten komen. Andere bijna-thuis-huizen kiezen er voor om liefst 24 uur per dag beroepskrachten in het hospice paraat te hebben. Beroepskrachten zijn – waar ze dan ook ingezet worden – gehouden aan de kwaliteitsnormen van hun vak en beroep.

Ik constateer dat vrijwilligers en vrijwilligersorganisaties erg gemotiveerd zijn om kwaliteit te leveren, niet alleen vanuit hun betrokkenheid, maar ook vanuit hun afhankelijkheid van financiële ondersteuning vanuit de gemeenschap. Zij zorgen er voor goed opgeleid en deskundig te zijn. Daarom ondersteun ik dat ook.

Daarnaast wordt met iedere nabestaande een evaluatiegesprek gehouden, vaak ondersteund met een CQ-vragenlijst. VPTZ heeft een klachtencommissie en een bijbehorend klachtenreglement. Organisaties zijn daarbij aangesloten.

Verdere professionalisering van de zorg in hospices en inzet van vrijwilligers gaan hand in hand. Het bijzondere karakter van hospices en bijna-thuis-huizen komt juist tot stand door de inzet van vele vrijwilligers. Door te investeren in de samenwerking tussen formele en informele zorg kan de zorg nog verder verbeteren.

*De Staatssecretaris wil onderzoeken hoe de regeling een structureel karakter kan krijgen. Welke opties overweegt hij hiervoor en wanneer verwacht hij de Kamer hier nader over te informeren?*

Ik verwacht u hierover in 2015 nader te kunnen informeren. Er is inmiddels overleg met betrokken partijen gestart.

*Worden eventuele aanbevelingen uit de evaluatie van het Nivel meegenomen in de integratie van het verbeterprogramma van ZonMw in het nationaal programma?*

Ja, de aanbevelingen uit de evaluatie neem ik mee bij de invulling en uitvoering van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

*Enkele instellingen, zoals ziekenhuizen, hebben palliatieve teams ingesteld die de patiënt en zijn naasten adviseren en ondersteunen tijdens een palliatief traject. Hoe beoordeelt de Staatssecretaris dergelijke teams? Wordt er aan deze teams ook aandacht besteed in het programma? Zo ja, op elke wijze? Zo nee, waarom niet? Acht de Staatssecretaris het van belang dat alle zorginstellingen waar palliatieve zorg wordt geboden dergelijke teams hebben?*

Het inzetten van een multidisciplinair palliatief team is een manier waarop verantwoorde zorg verleend kan worden wanneer iemand niet meer beter kan worden. Groot voordeel hierbij is de integrale aanpak van palliatieve zorg. Het team kijkt voor iedere individuele patiënt niet alleen hoe er verlichting van klachten kan plaatsvinden, maar biedt ook begeleiding en ondersteuning aan de patiënt. Palliatieve zorg is zeer breed: van operatieve ingrepen zoals een maagsonde plaatsen tot pijnstilling, verzorging en psychosociale ondersteuning.

Ook kan er ondersteuning gegeven worden bij beslissingen rond het al dan niet aangaan van behandelingen. Beslissingen over (door)behandelen in de laatste levensfase behoren tot de reguliere taak van de arts, maar palliatieve teams kunnen daarbij ook een rol spelen.

Een multidisciplinair palliatief team is geen voorwaarde om verantwoorde zorg te kunnen leveren. Dat kan ook met een goed pijnteam of een goede geriatrische functie. Het is daarom belangrijk dat ziekenhuizen hierover transparant zijn richting patiënten en verzekeraars, zodat deze een afgewogen keuze voor het een of het andere kunnen maken. In het Nationaal Programma zal aandacht zijn voor het verbeteren van zorg in ziekenhuizen, met dien verstande dat ik de manier waarop dit gebeurt, aan de professionals zelf wil laten.

### **PvdA-fractie**

*De leden van de PvdA-fractie vragen of er omstandigheden zijn waarin palliatieve zorg niet onder het Zvw-stelsel valt. Hoe kan de zorg in die gevallen nog wel tegemoet komen aan de behoeften van de patiënt?*

Wanneer iemand reeds toegang heeft tot de Wlz, zal palliatieve terminale zorg onder de Wlz worden bekostigd. Palliatieve terminale zorg wordt binnen de Wlz geboden vanuit het zorgprofiel van de cliënt, of indien hier een noodzaak toe is vanuit een specifiek profiel voor palliatieve terminale zorg.

*Genoemde leden vragen wanneer de zorgmodule palliatieve zorg is afgerond. Welke partijen hebben gewerkt aan de module? Was het patiënten perspectief voldoende vertegenwoordigd? Per wanneer kunnen zorgverzekeraars met het inkopen van zorg gebruik maken van de module?*

De eerste versie van de zorgmodule is afgerond en er kan al gestart worden met proefimplementaties in het Verbeterprogramma palliatieve zorg van ZonMw. Bij deze proefimplementatie zullen de voor palliatieve

zorg relevante organisaties actief betrokken worden. De evaluatie van de implementatiefase moet leiden tot informatie over de gewenste doorontwikkeling van de zorgmodule naar een «versie 2.0» die kan rekenen op draagvlak van alle relevante partijen. De eerste versie van de zorgmodule kan echter al gebruikt worden door bijvoorbeeld verzekeraars. In de werkgroep onder leiding van prof. C. Spreeuwenberg zaten enkele hoogleraren, een huisarts, een directeur van een hospice en – namens patiënten – een vertegenwoordiger van de Nederlandse Federatie Kankerpatiëntenorganisaties. Er is gewerkt aan een patiëntenversie van de zorgmodule, die net als de zorgmodule op de website van het Zorginstituut Nederland is gepubliceerd<sup>1</sup>.

*Verder vragen genoemde leden op welke wijze de module zorgverzekeraars ondersteunt om kwalitatief goede palliatieve zorg in te kopen. Is de module ook geschikt om de kwaliteit van door zorgverzekeraars ingekochte zorg door te vertalen zodat deze inzichtelijk en begrijpelijk wordt voor patiënten?*

De zorgmodule ondersteunt zorgverzekeraars bij het inkopen van kwalitatief goede palliatieve zorg. De zorgmodule vormt een kader voor de beschrijving van palliatieve zorg in specifieke zorgstandaarden. Met andere woorden, de module geeft de landelijke norm voor goede palliatieve zorg. Daarmee beschrijft de zorgmodule waarin de zorg in de palliatieve fase verschilt van de basiszorg zoals die in ziektespecifieke zorgstandaarden wordt beschreven. Er is gewerkt aan een patiëntenversie van de zorgmodule, zodat deze inzichtelijk en begrijpelijk wordt voor patiënten. De patiëntenversie is op de website van het Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

*In hoeverre maakt de benodigde kennis en kunde voor het verlenen van goede palliatieve zorg vast onderdeel uit van de opleidingen van deze eerstelijnszorgverleners?*

Het is in eerste instantie aan beroepsorganisaties om in de beroepsuitoefening te bepalen welke basiskennis rond palliatieve zorg nodig is. Huisartsen en verpleegkundigen nemen in de bij- en nascholing zelf verantwoordelijkheid deze kennis actueel te houden.

In 2009 is door een samenwerkingsverband van kenniscentra palliatieve zorg en de Vereniging van Integrale Kankercentra (nu IKNL, Integraal Kankercentrum Nederland) een inventarisatie uitgevoerd van het onderwijs in de palliatieve zorg (onder andere voor eerstelijnszorgverleners). De algemene conclusie was toen dat op veel plaatsen hard gewerkt wordt om palliatieve zorg een plaats te geven via allerlei vormen van onderwijs en training. Tegelijk kon geconcludeerd worden dat de basis nog vrij smal en instabiel was. Het rapport gaf ook aanbevelingen over meer structurele inbedding in opleidingen en het rekening houden met interdisciplinaire samenwerking in de opleidingen. Deze punten zijn nog steeds actueel. De uitkomsten van het recente project (COMPARE!) over de ontwikkelingen van competentiebeschrijvingen in de palliatieve zorg geven een basis om verder te werken aan de verankering van palliatieve zorg in de diverse opleidingen. Dit zal ook een aandachtspunt zijn in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.

*In hoeverre komt samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers aan bod in de opleidingen?*

Overleg, afstemming en samenwerking met mantelzorgers en vrijwilligers komen expliciet voor in de zogenoemde kwalificatiedossiers voor beroepen in de zorg (die weer zijn gebaseerd op de eisen zoals beschreven in door sociale partners opgestelde beroepscompetentiepro-

<sup>1</sup> <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsbibliotheek/zorgstandaarden#Zorgmodules>

fielen). Alle opleidingen zijn verplicht de richtlijnen van de kwalificatiedossiers te volgen. De kwalificatiedossiers zijn algemeen geformuleerd. Bij de uitwerking tot opleidingsmateriaal gaat mijn aandacht in het kader van de agenda Informele zorg en ondersteuning er naar uit dat daarin voldoende aandacht wordt besteed aan deskundigheidsbevordering van de professionals. Deze zal immers vaker te maken krijgen met mantelzorgers en vrijwilligers, die hij als gelijkwaardige gesprekspartner in zorg en ondersteuning moet zien. Hij moet daarbij ook goed oog hebben voor heldere afspraken over taakverdeling en voor signalen van mogelijke overbelasting.

*Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg beoogt in 2020 alle Nederlandse palliatieve patiënten en hun naasten te voorzien van optimale, integrale palliatieve zorg. De leden van de PvdA-fractie vinden dit een mooi streven, maar dit roept wel de vraag op waar het nu dan concreet aan ontbreekt.*

Ik blijf investeren in de palliatieve zorg, zodat de zorg nog beter aan de in brief genoemde uitgangspunten voldoet (kwaliteit van leven centraal, ondersteuning voor lichamelijke en psychosociale problemen, zorg zo dicht bij als mogelijk, extra aandacht voor mantelzorgers, palliatieve zorg als onderdeel van de reguliere zorgverlening, waar nodig is specialistische kennis snel beschikbaar). Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg is nodig, omdat palliatieve zorg nu nog vaak te versnipperd is, met wisselende kwaliteit en toegankelijkheid. Ik denk dat onder andere nog verbeteringen mogelijk zijn bij de overdracht van zorg, in de organisatie van de keten, de verankering in de reguliere zorg, de communicatie met de patiënt en het gesprek over het levenseinde. Ik streef ernaar de palliatieve zorg verder te verbeteren door het in de brief genoemde beleid en ook door aanvullend onderzoek en aandacht in de opleidingen.

*Daarnaast vragen zij of er tussentijdse doelstellingen zijn vastgesteld. Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zal de komende maanden worden uitgewerkt en daarbij zal ook worden gekeken naar tussentijdse doelstellingen om het programma tijdig bij te sturen.*

*Genoemde leden vragen verder hoe de € 8,5 miljoen die jaarlijks geïnvesteerd wordt in het programma wordt verdeeld over ontwikkelings-, doelmatigheids- en implementatieprojecten. Is er budget gereserveerd om mooie onderzoeksresultaten te implementeren of moet financiering uit andere middelen komen?*

Ja, het budget zal ook worden aangewend om onderzoeksresultaten uit dit en het vorige programma te implementeren. Omgekeerd is het ook de bedoeling dat ervaringen uit de praktijk input vormen voor nieuw onderzoek. De verdeling over de verschillende componenten zal daarom niet (geheel) vooraf vast worden gelegd.

*Belooft de Staatssecretaris daarmee ook dat de programmacommissie die projectvoorstellen voor het programma beoordeelt uit voldoende praktijkwerkers en ervaringsdeskundigen zal bestaan?*

Ja, uitgangspunt is dat de programmacommissie een brede samenstelling kent.

*Verder vragen zij hoe de menselijke en spirituele kant van palliatieve zorg expliciet terug gaan komen in thema's die centraal staan in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg.*

Een van de genoemde uitgangspunten in de brief is dat lichamelijke en psychosociale problemen worden ondersteund, met aandacht voor spirituele zorg en het creëren van een door de patiënt zo veel mogelijk zelf vormgegeven stervensproces. Zoals ik aangeef in de brief zullen wensen en behoeften van patiënten, mantelzorgers, vrijwilligers en professionals

leidend zijn voor de agendering van het programma. Binnen de thema's bewustwording en cultuur, alsook patiëntparticipatie kunnen we er gezamenlijk voor zorgen dat er voldoende aandacht is voor de menselijke en spirituele kant van palliatieve zorg.

*Genoemde leden zijn erg benieuwd naar de groei van het aantal hospices en bijna-thuis-huizen in de afgelopen vijf jaar. Hoe hebben deze aantallen zich ontwikkeld en hoe is het gesteld met de spreiding over het land?*  
Het aantal hospices en bijna-thuis-huizen is de afgelopen jaren toegenomen. De koepel VPTZ heeft zicht op bij haar aangesloten lidorganisaties, hetgeen ook voor de Associatie van High Care Hospices geldt. Hieruit blijkt dat het aantal ondersteunde cliënten de afgelopen 10 jaar is toegenomen. Op [www.agora.nl/zorgkiezen](http://www.agora.nl/zorgkiezen) wordt het aantal hospices en bijna-thuis-huizen bijgehouden. Hieruit blijkt een stijging van 94 naar 149 in de periode tussen 2009 en 2014 (in het cijfer voor 2014 zitten nog wel ongeveer 15 dubbele registraties, zodat de werkelijke stijging minder groot is).

In het midden van het land zijn relatief veel van dergelijke voorzieningen. In de noordelijke provincies zijn beduidend minder hospices en bijna-thuis-huizen. Dat kan samenhangen met regionale verschillen, zoals verschillen in bevolkingsdichtheid en sociale structuur en verschillen in behoefte aan een voorziening. Er is nauwelijks sprake van wachtlijsten voor een hospice of bijna-thuis-huis.

Ik vind het belangrijk dat er voldoende hospices zijn en dat de regionale spreiding in overeenstemming is met de behoefte. Wanneer nieuwe initiatieven worden gestart, is het belangrijk dat onderzoek wordt gedaan naar de behoefte aan een hospicevoorziening, en dat afstemming plaatsvindt met het lokale netwerk palliatieve zorg. Bij de keuzevrijheid voor mensen in hun laatste levensfase hoort dat er een divers aanbod aan mogelijkheden is, waaruit gekozen kan worden. De Netwerken Palliatieve Zorg houden hier zicht op, ieder in hun netwerkgebied.

*Verwacht de Staatssecretaris, gezien het ingestoken beleid, een verdere toename van het aantal hospices en bijna-thuis-huizen?*

De laatste jaren is vooral een toename te zien van het aantal bijna-thuis-huizen. Daarnaast is sprake van een toename van kleine hospices in kleine dorpen en steden in niet dichtbevolkte gebieden. Dit zijn gebieden waar ouderen blijven wonen terwijl hun kinderen verhuizen naar een grootstedelijke omgeving.

Ik kan echter niet voorzien of deze trend doorzet.

*Genoemde leden zijn blij dat de Staatssecretaris onderzoekt hoe de Regeling palliatieve terminale zorg een structureel karakter kan krijgen. Wanneer verwacht hij de Kamer te informeren?*

Ik verwacht u daarover in 2015 nader te kunnen informeren. Er is inmiddels overleg met betrokken partijen gestart.

## **SP-fractie**

*De leden van de SP-fractie vragen hoe adequate palliatieve zorg gegeven kan worden, als de drastische bezuinigingen van deze regering verder doorgang krijgen. Wil de Staatssecretaris garanderen dat mensen die palliatieve zorg nodig hebben, geenszins te maken krijgen met de bezuinigingen op de zorg?*

Iedereen heeft recht op palliatieve zorg. Dit uitgangspunt blijft onverkort van kracht. Met de hervorming van de langdurige zorg organiseren we de palliatieve zorg logischer door palliatieve zorg onder de aanspraak wijkverpleging in de Zorgverzekeringswet te brengen. Ik blijf verder via

het Nationaal Programma Palliatieve Zorg investeren in toegankelijkheid en kwaliteit van de palliatieve zorg.

*De leden van de SP-fractie vragen de Staatssecretaris nader in te gaan op de problemen die er momenteel zijn in de palliatieve zorg en willen een uitgebreide reactie ontvangen, hoe dit nu precies wordt oplost. De leden willen weten hoe de palliatieve zorg op korte termijn verbeterd wordt.*

De palliatieve zorg in Nederland staat op een hoog niveau. Ik wil wel blijven investeren in de palliatieve zorg, zodat de zorg nog beter aan de in brief genoemde uitgangspunten voldoet. Palliatieve zorg is nu nog vaak te versnipperd, met wisselende kwaliteit en toegankelijkheid. Ik denk dat onder andere nog verbeteringen mogelijk zijn bij de overdracht van zorg, in de organisatie van de keten, de verankering in de reguliere zorg, de communicatie met de patiënt en het gesprek over het levenseinde. Ik streef ernaar de palliatieve zorg verder te verbeteren door het in de brief genoemde beleid en ook door aanvullend onderzoek en aandacht in de opleidingen.

*De leden van de SP-fractie vinden het vreemd dat hospices de eerste twee jaar zelfstandig moeten draaien, voordat zij in aanmerking komen voor financiering. Kan de Staatssecretaris aangeven waarom dit op deze wijze is geregeld? Kan de Staatssecretaris aangeven hoeveel hospices zijn gestart zonder structurele financiering en hoeveel hospices momenteel zonder financiering zitten?*

Het oprichten van een hospice of bijna-thuis-huis is een particulier initiatief, dat mede tot stand komt met private middelen. Een organisatie die voornemens is een hospice of bijna-thuis-huis te starten, moet onderzoeken of er behoefte is aan een dergelijk initiatief, dat gekenmerkt wordt door de inzet van vrijwilligers. Daarnaast moet de organisatie zich rekenschap geven van de financiering van het initiatief op de langere termijn.

Het past bij de aard van het initiatief om de organisatie de eerste anderhalf jaar in zijn geheel zelf verantwoordelijkheid te geven voor de totstandkoming ervan. Veel hospices willen bovendien geen deel uitmaken van een zorginstelling en benadrukken zelf het eigen/individuele karakter. Het is niet bekend hoeveel organisaties op dit moment middelen te kort komen.

*Voorts willen deze leden weten hoeveel hospices aanvragen hebben gedaan voor financiering.*

*Genoemde leden vragen de Staatssecretaris hiervan een overzicht te sturen.*

Voor 2014 is door ruim negentig hospices en bijna-thuis-huizen een aanvraag om subsidie ingediend in het kader van de Regeling PTZ. Een klein aantal aanvragen is afgewezen. In het bijgesloten overzicht ziet u de gehonoreerde aanvragen.

*Verder willen zij weten of er een landelijke dekking is voor hospices? Vindt deze Staatssecretaris dat wenselijk? Zij vragen om een toelichting hierover.*

In het midden van het land zijn relatief veel van dergelijke voorzieningen. In de noordelijke provincies zijn beduidend minder hospices en bijna-thuis-huizen. Dat kan samenhangen met regionale verschillen, zoals verschillen in bevolkingsdichtheid en sociale structuur en verschillen in behoefte aan zo'n voorziening.

Er is nauwelijks sprake van wachtlijsten voor een hospice of bijna-thuis-huis.

Ik vind het belangrijk dat er voldoende hospices zijn en dat de regionale spreiding in overeenstemming is met de behoefte. Wanneer nieuwe initiatieven worden gestart, is het daarom belangrijk dat onderzoek wordt



gedaan naar de behoefte aan een hospicevoorziening, en dat afstemming plaatsvindt met het lokale netwerk palliatieve zorg. Bij de keuzevrijheid voor mensen in hun laatste levensfase hoort dat er een divers aanbod aan mogelijkheden is, waaruit gekozen kan worden. De Netwerken Palliatieve Zorg houden hier zicht op, ieder in hun netwerkgebied.

*Tot slot willen de leden van de SP-fractie weten of het nog steeds voorkomt dat mensen in een verpleeghuis voor hun laatste dagen verhuisd moeten worden, als er door gebrek aan personeel geen zorgzwaartepakket 10 kan worden geboden. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe vaak dit voorkomt? Voorts willen zij weten welke maatregelen de Staatssecretaris neemt om dit te voorkomen.*

Ik ben van mening dat het niet noodzakelijk zou moeten zijn dat mensen door personeelsgebrek uit een verpleeghuis moeten verhuizen om toch goede palliatieve zorg te krijgen. Een korte inventarisatie in het veld laat zien dat dit gelukkig ook niet of nauwelijks voorkomt. Als mensen verhuizen in de laatste levensfase betreft dit vaak een plaatsing in een hospice op verzoek van de patiënt of naaste familie. Indien sprake is van personeelsgebrek, bijvoorbeeld te weinig personeel voor goede uitvoering van zorg verbonden aan zzp-10, vind ik dat het verpleeghuis tijdelijk aanvullende inzet zou moeten regelen. In algemene zin is de mogelijkheid voor het afgeven van een zzp-10 indicatie verruimd, omdat ik de voorwaarde heb geschrapd dat een palliatieve unit aanwezig is in het verpleeghuis.

### **PVV-fractie**

*De leden van de PVV-fractie vinden echter het verankeren van extramurale palliatief terminale zorg in de Zvw geen goede stap. Zij vinden dat er een aparte aanspraak palliatieve zorg in de nieuwe wet Langdurige Intensieve Zorg (LIZ) opgenomen moet worden. Ook dan is sprake van een verzekerd recht, dat waarborgt dat mensen de keuze hebben om thuis of in een zelfstandig hospice palliatief terminale zorg te ontvangen. Maar met deze keuze wordt de financiering van palliatieve zorg helemaal onder één stelsel gebracht, conform de wens van de Kamer, terwijl bij het onderbrengen in de Zvw, de palliatieve zorg voor bewoners van een verpleeghuis hierbuiten zal vallen.*

Palliatieve terminale zorg wordt geregeld in de aanspraken op de Zvw, voor zover de cliënt geen Wlz-indicatie heeft.

Dit wordt zó geregeld in de Zvw dat palliatieve terminale zorg in verschillende settings kan worden geboden: in de thuissituatie, in een hospice of bijna-thuis-huis of in een verpleeghuis.

Als iemand reeds toegang heeft tot de Wlz, wordt palliatieve terminale zorg geboden vanuit het zorgprofiel van de cliënt, of indien hier een noodzaak toe is, vanuit een specifiek ptz-profiel.

In beide situaties is sprake van een verzekerd recht, waarvoor geldt dat cliënten zo veel mogelijk kunnen kiezen waar zij de laatste fase wensen door te brengen.

*Deelt de Staatssecretaris de mening van deze leden dat de verschillende vormen van palliatieve zorg, te weten palliatieve thuiszorg, bijna-thuishuizen en high-care hospices, zich niet lenen voor een enkele zorgmodule? De coördinatie van de zorg ligt immers bij iedere variant anders.*

Nee, ik deel die mening niet. De zorgmodule is een hulpmiddel bij het verlenen van goede palliatieve zorg en toepasbaar in meerdere situaties. De zorgmodule gaat uit van het gebruik van een individueel zorgplan waarin de geleverde zorg en ook de coördinatie van zorg kan worden afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt.

*De leden van de PVV-fractie vragen de Staatssecretaris bij de uitrol en borging van goede voorbeelden op de werkvloer een rol weg te leggen voor het kwaliteitsinstituut.*

Ik zie n- net als het Zorginstituut – een rol voor het Zorginstituut Nederland bij de uitrol en de borging van goede voorbeelden, met name waar er een verband is met de zorgmodule palliatieve zorg. Het Zorginstituut Nederland is – mede vanuit die optiek – ook betrokken bij de gesprekken over het Nationaal Programma Palliatieve Zorg en kan dus ook goed inschatten waar zijn betrokkenheid meerwaarde heeft.

*De leden van de PVV-fractie vragen hoe de kwaliteit van de palliatieve zorg in verpleeghuizen zonder palliatieve unit gewaarborgd gaat worden?*

De kwaliteit van zorg in verpleeghuizen wordt geregeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Volgens de Kwaliteitswet is de zorgaanbieder verantwoordelijk voor het leveren van verantwoorde zorg en voor het systematisch werken aan en bewaken van de kwaliteit. De inspectie voor de gezondheidszorg houdt hier toezicht op. Dit geldt ook voor de palliatieve zorg. Als invulling van de open norm in de Kwaliteitswet kunnen zorginstellingen voor wat betreft de zorgverlening aan patiënten met een chronische aandoening, inclusief kanker, gebruik maken van de zorgmodule palliatieve zorg.

### **CDA-fractie**

*De leden van de CDA-fractie vragen of de Staatssecretaris uiteen kan zetten hoe de middelen voor het nieuwe nationale programma palliatieve zorg worden ingezet?*

Ja, inmiddels heeft twee maal overleg plaatsgevonden tussen VWS, ZonMw en een vertegenwoordiging van de kerngroep. Dit heeft geleid tot een brief waarin VWS aan ZonMw vraagt om in afstemming met betrokken partijen voor de zomer te komen tot een outline voor het programmavoorstel. Ik heb deze outline inmiddels ontvangen. Het programma gaat dan van start na de zomer en een volledig uitgewerkt programmavoorstel volgt in het najaar (zodat ook de programmacommissie nog inbreng kan hebben. Ik zal u het programmavoorstel vervolgens doen toekomen, inclusief de tijdsplanning en verdeling van middelen.

*Wat is het verschil met het eerdere programma palliatieve zorg?*

In 2013 is het ZonMw-onderzoeksprogramma palliatieve zorg geëindigd. Het algemene doel van dat onderzoeksprogramma was door middel van onderzoek en ontwikkeling bij te dragen aan verbetering van palliatieve zorg aan patiënten en hun naasten, ongeacht waar de patiënt zich bevindt. Het nieuwe Nationaal Programma Palliatieve Zorg wil een geïntegreerde aanpak realiseren voor de palliatieve zorg door onderzoek, onderwijs en implementatie in samenhang met elkaar te zien.

In 2012 is ten slotte nog het ZonMw-verbeterprogramma palliatieve zorg gestart, dat is gericht op de uitrol van goede voorbeelden op de werkvloer. Dit programma loopt tot en met 2016, en zal worden opgenomen in het Nationaal Programma.

*Kan de Staatssecretaris aangegeven of er zicht is op het aantal hospices of bijna thuis plaatsen in Nederland? Met andere woorden de leden van de CDA-fractie willen graag inzicht hebben of er voldoende plaatsen zijn, in sommige delen van Nederland meer plaatsen dan in andere gebieden of dat er wachtlijsten zijn.*

Het aantal hospices en bijna-thuis-huizen is de afgelopen jaren toegenomen. De koepel VPTZ heeft zicht op bij haar aangesloten lidorganisaties, hetgeen ook voor de Associatie van High Care Hospices geldt. Hieruit blijkt dat het aantal ondersteunde cliënten de afgelopen 10 jaar is

toegenomen. Op [www.agora.nl/zorgkiezen](http://www.agora.nl/zorgkiezen) wordt het aantal hospices en bijna-thuis-huizen. bijgehouden. Hieruit blijkt een stijging van 94 naar 149 in de periode tussen 2009 en 2014 (in het cijfer voor 2014 zitten nog wel ongeveer 15 dubbele registraties, zodat de werkelijke stijging minder groot is).

In het midden van het land zijn relatief veel van dergelijke voorzieningen. In de noordelijke provincies zijn beduidend minder hospices en bijna-thuis-huizen.

Dat kan samenhangen met regionale verschillen, zoals verschillen in bevolkingsdichtheid en sociale structuur en verschillen in behoefte aan een dergelijke voorziening.

Er is nauwelijks sprake van wachtlijsten voor een hospice of bijna-thuis-huis.

Ik vind het belangrijk dat er voldoende hospices zijn en dat de regionale spreiding in overeenstemming is met de behoefte. Wanneer nieuwe initiatieven worden gestart, is het daarom belangrijk dat onderzoek wordt gedaan naar de behoefte aan een hospicevoorziening, en dat afstemming plaatsvindt met het lokale netwerk palliatieve zorg.

*Is de zorgmodule palliatieve zorg inmiddels gereed en zo ja, kan deze naar de Kamer worden gezonden?*

De zorgmodule is afgerond en er kan al gestart worden met proefimplementaties in het Verbeterprogramma palliatieve zorg van ZonMw. Bij deze proefimplementatie zullen de voor palliatieve zorg relevante organisaties actief betrokken worden. De evaluatie van de implementatiefase moet leiden tot informatie over de gewenste doorontwikkeling van de zorgmodule naar een versie 2.0 die kan rekenen op draagvlak van alle relevante partijen.

De module en de patiëntenversie zijn beschikbaar op de website van het Zorginstituut Nederland.<sup>2</sup>

*Hoe ver staat het met het ontwikkelen van de aanspraak thuisverpleging waar extramurale palliatieve zorg ook onder gaat vallen. Wanneer wordt deze aanspraak naar de Kamer gezonden? Kan hierbij ook worden aangegeven hoeveel mensen er langer en korter dan een jaar aanspraak maken op extramurale verpleging en verzorging?*

De conceptaanspraak wijkverpleging is reeds in uw bezit. Voor palliatieve terminale zorg geldt dat tot het moment van overlijden palliatieve terminale zorg wordt verleend. We kunnen op dit moment (nog) niet aangeven hoeveel mensen er langer en korter dan een jaar aanspraak zullen gaan maken op extramurale verpleging en verzorging.

*Genoemde leden vragen hoe spirituele zorg terugkomt in de aanspraak thuisverpleging.*

Spirituele zorg komt niet als zodanig terug in de aanspraak wijkverpleging. Spirituele zorg maakt onderdeel uit van palliatieve zorg. Ik verwacht dat professionals die palliatieve zorg verlenen in die situaties daar waar dat nodig is, extra aandacht hebben voor deze dimensie. Maatschappelijk werkers en geestelijk verzorgers kunnen hieraan invulling geven, evenals kerken. De zorgprofessionals kunnen hiermee verbinding leggen, als de cliënt daar zelf niet toe in staat is.

*Blijft de intramurale palliatieve zorg in de nieuwe AWBZ/WLZ?*

Ja. Als iemand reeds toegang heeft tot de WLZ, wordt palliatieve terminale zorg geboden vanuit het zorgprofiel van de cliënt, of indien hier een noodzaak toe is, vanuit een specifiek ptz-profiel.

<sup>2</sup> <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsbibliotheek/zorgstandaarden#Zorgmodules>

*Nu kunnen deze leden zich voorstellen dat mensen in de palliatieve fase van extramurale naar intramurale zorg gaan of andersom. Is hier zicht op en in hoeverre sluiten de nieuwe AWBZ, aanspraak thuisverpleging en nieuwe Wmo op elkaar aan?*

Palliatieve terminale zorg wordt geregeld in de aanspraken op de Zvw, voor zover de cliënt geen Wlz-indicatie heeft.

Dit wordt zó geregeld in de Zvw dat palliatieve terminale zorg in verschillende settings kan worden geboden: in de thuissituatie, in een hospice of bijna-thuis-huis of in een verpleeghuis.

Als iemand reeds toegang heeft tot de Wlz, wordt palliatieve terminale zorg geboden vanuit het zorgprofiel van de cliënt, of indien hier een noodzaak toe is, vanuit een specifiek ptz-profiel.

In beide situaties is sprake van een verzekerd recht, waarvoor geldt dat cliënten zo veel mogelijk kunnen kiezen waar zij de laatste fase wensen door te brengen.

### **SGP-fractie**

*De leden van de SGP-fractie vragen of de Staatssecretaris palliatieve terminale zorg, die extramuraal wordt geleverd, wil laten vallen onder de nieuwe aanspraak thuisverpleging. Genoemde leden menen begrepen te hebben dat ook de zorg die in hospices geboden wordt onder de zorgverzekeringswet gaat vallen, maar lezen dat in deze brief niet duidelijk terug. Als dat inderdaad zo is, kan de Staatssecretaris nader toelichten waarom hij hiervoor heeft gekozen?*

In het licht van de hervormingen in de langdurige zorg wordt palliatieve terminale zorg in de aanspraak wijkverpleging in Zvw geregeld, voor zover de cliënt geen Wlz-indicatie heeft. Uitgangspunt is dat in de Zvw wordt geregeld dat palliatieve terminale zorg in verschillende settings wordt geboden. Dit betekent dat de zorg in hospices onder de Zvw wordt bekostigd.

Palliatieve terminale zorg bestaat in AWBZ-termen uit verpleging, verzorging en begeleiding. Door de keuze voor de Zvw wordt aanbieders en zorgverzekeraars de mogelijkheid geboden deze zorg zoveel mogelijk in samenhang te organiseren. Samen met de huisartsenzorg is de (wijk)verpleegkundige zorg erop gericht om mensen zo lang mogelijk thuis te helpen. Als dat onverhoopt niet mogelijk is, dan kan de patiënt overwogen voor het doorbrengen van de laatste levensfase naar een hospice of bijna-thuis-huis te gaan, waar een huiselijke sfeer heerst. Ik vind dan ook dat palliatieve terminale zorg goed past onder de aanspraak wijkverpleging. Dit wordt nog gefaciliteerd doordat met de ontwikkeling van de zorgmodule voor palliatieve zorg een instrument voor de zorgverzekeraars beschikbaar is gekomen om goede palliatieve zorg in te kopen.

*Wat is volgens de Staatssecretaris het verschil met palliatieve zorg die in verpleeghuizen wordt geboden, waarvan het voornemen is dat die uit de Wet langdurige zorg betaald gaat worden?*

Als iemand een Wlz-indicatie heeft, wordt de palliatieve terminale zorg bekostigd op grond van de Wlz. Dat is een voor de hand liggende keuze, omdat iemand die al langere tijd in het verpleeghuis verblijft, ook de laatste levensfase zoveel mogelijk in zijn eigen omgeving (dus in het verpleeghuis) moet kunnen doorbrengen. Bekostiging van de zorg uit hetzelfde domein heeft dan de voorkeur.

Zoals hierboven vermeld kan in het algemeen worden gesteld dat hospices en bijna-thuis-huizen zo veel mogelijk een huiselijke sfeer nastreven. Initiatieven voor een hospice of bijna-thuis-huis kunnen uitsluitend tot stand komen door inzet van vrijwilligers en door het werven van private middelen, zoals fondsenwerving bijvoorbeeld.

Voor de hospices en bijna-thuis-huizen geldt in het algemeen dat ernstig zieken hiervoor kiezen, als zij thuis niet de passende zorg kunnen krijgen.

*De leden van de SGP-fractie zien het risico dat er tussen verpleeghuizen met een unit palliatieve zorg en de high care hospices een groot verschil in prijs zal ontstaan, wat veroorzaakt kan worden door het verschil in deskundigheid van de medewerkers en de verschillende financieringsstromen. Ziet de Staatssecretaris dit risico ook?*

Ik verwacht niet dat eventuele verschillen in de kostprijs groter zullen worden. Er kan ook nu al een verschil in kostprijs bestaan tussen palliatieve units in verpleeghuizen en high care hospices. Dit kan komen door verschillen in inzet van deskundigheid, maar ook door verschillen in bijvoorbeeld de huisvestingslasten of andere vaste lasten. Ik verwacht niet dat het verschil in kostprijs zal veranderen door verschuivingen in het relatieve aantal of de zwaarte van patiënten in hospices en verpleeghuizen.

De financieringsstromen zullen inderdaad gedeeltelijk veranderen. Hospices en bijna-thuis-huizen zullen in de nieuwe situatie vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) worden bekostigd (naast de bestaande andere inkomsten, waaronder de Regeling palliatieve zorg). Palliatieve units in verpleeghuizen krijgen ook met de Zvw te maken voor patiënten van buiten die (vanwege hun thuissituatie of de zwaarte van de zorg) daar hun laatste levensfase willen doorbrengen. Voor bewoners die vanuit het verpleeghuis naar de palliatieve unit worden overgebracht, blijft financiering vanuit de Wlz geregeld). De precieze gevolgen voor de financiering van hospices en palliatieve units in verpleeghuizen kunnen nu nog niet worden aangegeven, maar ik verwacht dat er geen grote verschillen zullen optreden. Ik blijf dit nauwlettend volgen.

*Hoe wordt de kwaliteit van de zorg domein overstijgend bewaakt? Wordt er ook gezorgd voor een borging voor de bestaande kwaliteitssystemen, bijvoorbeeld van het kwaliteitssysteem zoals dat ontwikkeld is door de Associatie palliatieve zorg?*

De kwaliteit van zorg in verpleeghuizen wordt geregeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen. De Kwaliteitswet geldt ook voor de palliatieve zorg. Als invulling van de norm in de Kwaliteitswet kunnen zorginstellingen wat betreft de zorgverlening aan patiënten met een chronische aandoening, inclusief kanker, gebruik maken van de zorgmodule palliatieve zorg en /of van het kwaliteitssysteem zoals dat ontwikkeld is door de Associatie palliatieve zorg. Via de netwerken palliatieve zorg kan de kwaliteit domeinoverstijgend worden bewaakt.

*Hoe borgt de Staatssecretaris de keuzevrijheid van palliatief terminale patiënten?*

*Is de keuze thuis of hospice en ziekenhuis of thuis makkelijker nu alles onder de Zvw valt?*

Ook in de huidige situatie zullen zorgverleners waar mogelijk de patiënt zoveel mogelijk dienen te informeren over de mogelijkheden die er zijn om de laatste levensfase door te brengen. Het belang van de patiënt staat hierbij voorop. Door palliatieve terminale zorg onder de aanspraak wijkverpleging te brengen, stimuleer ik nieuwe initiatieven in de thuissituatie, waardoor onnodige transities kunnen worden verminderd. De keuzevrijheid blijft hierbij voorop staan, net als in de huidige situatie. Ook de wijkverpleegkundige zal dit in het oog houden.

*Hoe zorgt de Staatssecretaris ervoor dat de knip tussen Wlz en Zvw integrale, doorlopende zorg niet in de weg staat?*

De zorg in de laatste levensfase voor cliënten (palliatief terminale zorg) die géén Wlz-indicatie hebben, valt onder de aanspraak wijkverpleging in de

Zorgverzekeringswet (Zvw). Het maakt geen verschil of deze zorg nu thuis, in een hospice of, als dat gezien de zwaarte van de zorg alsnog noodzakelijk is, in een verpleeghuis moet worden geboden. Waar deze zorg wordt geboden, is afhankelijk van de wensen van de cliënt en zijn naasten in combinatie met de zwaarte van de zorgvraag van de cliënt. Hiermee is voorzien in een duurzaam dekkende financiering voor alle vormen van palliatieve zorg die maximale keuzevrijheid biedt aan cliënten. Door deze zorg integraal onderdeel uit te laten maken van de Zvw, ongeacht waar deze zorg geboden wordt of geboden zal moeten worden, wordt geregeld dat mensen die in de palliatief terminale fase geraken hun zorg snel en zonder onderbreking kunnen krijgen.

Binnen het wettelijk domein van de Wlz is palliatief terminale zorg beschikbaar voor mensen die, vóórdat zij in de palliatief terminale fase geraakten, al een Wlz-indicatie hadden. Hiermee is sprake van een duidelijke afbakening tussen de Zvw en de Wlz en wordt continuïteit van zorg gewaarborgd.

*In de motie Vd Staaij cs heeft de Kamer de regering opgeroepen om zorg thuis of dicht bij huis voor patiënten niet (financieel) ongunstiger te maken dan in reguliere instellingszorg of ziekenhuiszorg, zoals nu soms wel het geval is. Kan de Staatssecretaris aangeven hoe de voorgenomen situatie financieel uitwerkt voor patiënten?*

De voorgenomen situatie is dat verpleging en verzorging (extramuraal) overgaat naar de Zvw (aanspraak wijkverpleging). Hiervoor geldt straks geen eigen bijdrage. Wel is het eigen risico van toepassing, maar in de situatie waarin mensen de laatste levensfase doorbrengen, is het plafond van het eigen risico meestal al bereikt.

Met de Regeling palliatieve terminale zorg stimuleer ik de inzet van vrijwilligers in de thuissituatie en in hospices en bijna-thuis-huizen. De zorg in de thuissituatie of «zo thuis mogelijk», wordt hiermee mogelijk gemaakt. Al met al denk ik dat in de voorgenomen situatie palliatieve zorg thuis voor de patiënt niet duurder zal zijn dan palliatieve zorg in een zorginstelling.

*Hoe ziet de Staatssecretaris de extra aandacht voor mantelzorgers in de praktijk voor zich? Primair zijn immers de gemeenten aan zet bij de ondersteuning van mantelzorgers?*

Ik ben het er mee eens dat de gemeente zorgt dient te dragen voor de ondersteuning van mantelzorgers. In het wetsvoorstel Wmo 2015 is geregeld dat de gemeente algemene voorzieningen ter ondersteuning van mantelzorgers treft. Hierbij kan gedacht worden aan het organiseren van scholing voor mantelzorgers en het bieden van lotgenotencontact voor mantelzorgers. Dit stelt de gemeente in staat om ook de mantelzorg op maat toe te rusten zodat deze zijn of haar informele zorgtaken kan volhouden.

Daarnaast bevorder ik ondersteuning van de mantelzorger door de 11 miljoen euro extra middelen die als uitvloeisel van het begrotingsakkoord vanaf 2015 structureel beschikbaar zullen zijn voor gemeenten. In 2014 heb ik van de 11 miljoen extra middelen voor 2014 al 6 miljoen euro beschikbaar gesteld aan gemeenten voor het naar een hoger niveau tillen van de mantelzorgondersteuning en 4 miljoen euro voor het ondersteuningsprogramma InvoorMantelzorg waarmee gemeenten (en aanbieders) directe ondersteuning krijgen bij de implementatie van activiteiten voor mantelzorgondersteuning.

In de agenda Informele Zorg en Ondersteuning die door partijen in de zorg- en welzijnketen en gemeenten wordt opgesteld, zal aandacht worden besteed aan hoe door gemeenten een goed niveau van mantelzorgondersteuning tot stand kan worden gebracht.

Voor mantelzorgers die betrokken zijn bij palliatieve terminale zorg vormt de (wijk)verpleegkundige een belangrijke schakel tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving – waaronder de mantelzorger – en de verschillende professionals.

Verder spelen ook de speciaal opgeleide vrijwilligers palliatieve terminale zorg een belangrijke bij de ondersteuning van de cliënt en zijn naasten. Ik zal in de uitwerking van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg aandacht besteden aan de begeleiding van mantelzorgers.

*Welke rol ziet de Staatssecretaris weggelegd voor zorgverzekeraars (bij de steun voor mantelzorgers)? Hoe zorgt hij voor samenwerking en goede afspraken tussen gemeenten en zorgverzekeraars op het terrein van palliatieve zorg? Hoe zorgt de Staatssecretaris er voor dat zorgaanbieders door verzekeraars worden gestimuleerd om werk te maken van goede mantelzorgondersteuning? Hoe wordt de positie van de mantelzorger benoemd en ingevuld in de aanspraak op palliatieve zorg?*

De (wijk)verpleegkundige zal een belangrijke schakel zijn tussen de cliënt, zijn of haar sociale omgeving – waaronder de mantelzorger – en de verschillende professionals. In het Besluit zorgverzekering, evenals in de bekostiging, zal deelname van de wijkverpleegkundige functie in sociale wijkteams en daarbij behorende werkzaamheden als coördineren, signaleren en coachen worden geborgd. Het indicatie-instrument voor deze nieuwe aanspraak worden uitgewerkt door de beroepsgroep V&VN, met betrokkenheid van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de VNG. Zorgverzekeraars hebben er belang bij dat de samenwerking tussen mantelzorger en professional goed verloopt en dat hierover ook goede afspraken met de gemeente worden gemaakt. Ik zal dat goed blijven volgen.

*Welke oplossingen ziet de Staatssecretaris voor het probleem rond inzet van vrijwilligers? Hoe wil/gaat de Staatssecretaris een betere synergie bevorderen tussen de beroepsmatige zorg en de vrijwillige zorg? Welke prikkels krijgt een verzekeraar om hier werk van te maken?*

Ik zie vooral mogelijkheden bij de inzet van vrijwilligers. Op dit moment zijn er circa 10.000 mensen als vrijwilliger actief in de palliatieve terminale zorg. Deze vrijwilligers vervullen een belangrijke rol ter ontlasting van mantelzorgers. Ik stimuleer dat ook. Het samenspel tussen formele en informele zorg en ondersteuning is een van de vier thema's van de agenda Informele Zorg en Ondersteuning voor de Toekomst waar VWS met partijen uit de zorg- en welzijnketen, ZN en de VNG momenteel in werkgroepverband mee aan de slag is (zie brief Voortgang «Versterken, verlichten verbinden» van 5 november 2013). Rond de zomer zal dit resulteren in een actieplan, als onderdeel van de agenda informele zorg en ondersteuning. Net als bij de ondersteuning van mantelzorgers geldt dat zorgverzekeraars belang hebben bij een goede inzet van vrijwilligers.

*Is de Staatssecretaris bereid kennis te nemen van het artikel van Quill & Abernathy in het gezaghebbende New England Journal of Medicine? Is hij het met de onderzoekers eens dat overal deskundige multidisciplinaire samengestelde teams beschikbaar dienen te zijn voor ondersteuning van de huisarts? Hoe gaat hij dat bevorderen? Is de Staatssecretaris van oordeel dat dit verder gaat dan alleen de telefonische consultatieteams van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)?*

Ik heb kennis genomen van het artikel. De onderzoekers pleiten juist voor een meer generalistische en integrale aanpak in de Verenigde Staten, omdat specialistische palliatieve zorg voor iedereen niet haalbaar is. In de Nederlandse situatie kan de huisarts geholpen worden via een

PaTz-bespreking<sup>3</sup>, door advies van een palliatief team in een ziekenhuis of van een gespecialiseerde (kader)huisarts, verpleeghuisarts of hospice-arts in de omgeving. De huisarts kan in het vervolgtraject begeleid blijven worden door het consultatieteam palliatieve zorg van IKNL en kan vaker bellen over dezelfde patiënt. IKNL teams maken de huisarts ook attent op relevante deskundigheid in de regio, zoals gespecialiseerde thuiszorg, hospicevoorzieningen of gespecialiseerde hulp van vrijwilligers VPTZ. Bij complexe situaties kunnen andere professionals ingezet worden in de thuissituatie, zoals gespecialiseerde thuiszorg, vrijwilligers PTZ of kan een opname in een hospice worden aanbevolen. Ook kan de patiënt verwezen worden naar een academisch centrum voor palliatieve zorg. Sommige consultatieteams hebben consulenten die een huisbezoek kunnen brengen om de situatie van patiënten thuis beter te kunnen beoordelen. Vaak zijn dit gespecialiseerde verpleegkundigen. Het bovenstaande gaat dus verder dan een telefonisch consultatiemodel.

*Waar wordt de regeling palliatieve terminale zorg in de toekomst ondergebracht? Blijft dit een landelijke regeling, of is de Staatssecretaris voornemens het geld per 2015 over te hevelen naar gemeenten? Als hij het laatste voornemens is, hoe gaat hij de continuïteit van bestaande initiatieven borgen?*

Ik verwacht u hierover in 2015 nader te kunnen informeren. Er is inmiddels overleg met betrokken partijen gestart.

*In de brief noemt de Staatssecretaris een groot aantal bedragen die voor de leden van de SGP-fractie niet altijd even duidelijk zijn. Op bladzijde 3 wordt bijvoorbeeld beschreven dat het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) een jaarlijks budget krijgt van € 8,5 miljoen gedurende 6 jaar. In de tweede alinea op bladzijde 6 staat echter dat het programma een budget heeft van € 7,8 miljoen en loopt tot en met 2016. De leden van de SGP-fractie nemen aan dat hiermee het Verbeterprogramma Palliatieve Zorg wordt bedoeld? Komt dit geld (6\*8,5 miljoen) bij het eerder genoemde bedrag van het NPPZ?*

Voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ) is een jaarlijks budget van € 8,5 miljoen beschikbaar. Het genoemde totaalbudget van € 7,8 miljoen in de passage op p.6 betreft inderdaad het budget (voor de hele looptijd) van het Verbeterprogramma, dat nog tot en met 2016 loopt. Het Verbeterprogramma wordt geïntegreerd in het NPPZ en ik verwacht dat het budget van het nieuwe NPPZ volstaat om vanaf 2015 ook het resterende deel van het Verbeterprogramma te financieren. Ik beraad mij daarom nog op de inzet van resterende middelen van het Verbeterprogramma.

*De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris ook of hij kan toelichten op welke manier besluitvorming heeft plaatsgevonden over de besteding van de extra gelden voor palliatieve zorg. Kan worden toegelicht waarom wel/niet voor potentiële projecten is gekozen?*

Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg zal de komende maanden worden uitgewerkt. Inmiddels heeft twee maal overleg plaatsgevonden tussen VWS, ZonMw en een vertegenwoordiging van de kerngroep. Dit heeft geleid tot een brief waarin VWS aan ZonMw vraagt om in afstemming met betrokken partijen voor de zomer te komen tot een outline voor het programmavoorstel. Ik heb deze outline inmiddels ontvangen. Het programma gaat dan van start na de zomer en een

<sup>3</sup> PaTz, de afkorting voor Palliatieve Thuiszorg, is een methodiek om de kwaliteit, samenwerking en overdracht rond de palliatieve zorg thuis te verbeteren. Huisartsen en wijkverpleegkundigen komen elke twee maanden bij elkaar om patiënten in de palliatieve fase in kaart te brengen, te bespreken en op te nemen in een palliatief zorgregister. Samen stellen ze een zorgplan op waarbij de wensen van de patiënt en zijn omgeving centraal staan.



volledig uitgewerkt programmavoorstel volgt in het najaar (zodat ook de programmacommissie nog inbreng kan hebben. Ik zal u het programma-voorstel vervolgens doen toekomen, inclusief de tijdsplanning en verdeling van middelen.

*Wat is de reactie van de Staatssecretaris op het recent verschenen rapport van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL),? Worden de aanbevelingen van dit rapport opgepakt in het Nationaal Programma Palliatieve Zorg?*

De aanbevelingen uit dit rapport worden meegenomen bij de uitwerking van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Het rapport is ondersteunend bij het opstellen van een evenwichtig programma.

*Hoe gaat de Staatssecretaris ervoor zorgen dat de richtlijnen, waarin artsen wordt aanbevolen om experts te raadplegen, beter worden nageleefd?*

Het is primair aan de professionals zelf en de beroepsorganisaties om te zorgen voor een goede naleving van de richtlijnen. Wel verwacht ik de kennis en de naleving van richtlijnen op dit gebied met het Nationaal Programma Palliatieve Zorg te kunnen verbeteren.

*Hoe zorgt de Staatssecretaris voor consensus over wat verstaan wordt onder «basiskennis palliatieve zorg» voor (huis)artsen en verpleegkundigen?*

Het is in eerste instantie aan beroepsorganisaties om in de beroepsuitoefening te bepalen welke basiskennis rond palliatieve zorg nodig is. Huisartsen en verpleegkundigen nemen in de bij- en nascholing zelf verantwoordelijkheid deze kennis actueel te houden. De zorgmodule palliatieve zorg kan hierbij een nuttige rol spelen en ik zal de verspreiding hiervan stimuleren.

*Herkent de Staatssecretaris het beeld dat bij een groot aantal goede voorbeelden niet is onderzocht wat de bijdrage is aan de verbetering van de palliatieve zorg, en zou het gevolg daarvan kunnen zijn dat er (te) veel variatie ontstaat van geïmplementeerde voorbeelden?*

Aan de selectie van projecten met goede voorbeelden ligt een beoordeling van deskundigen ten grondslag. Na twee subsidierondes blijkt er een voorkeur te zijn om niet alle goede voorbeelden te implementeren. Het Nivel onderzoekt de effecten van de implementatie van de goede voorbeelden. De resultaten hiervan komen aan het einde van het verbeterprogramma, in 2017, beschikbaar. Via het Nationaal Programma Palliatieve Zorg wil ik vervolgens bewerkstelligen dat de meest effectieve werkwijzen worden toegepast en dat er geen onwenselijke verschillen ontstaan. Dit past bij het streven om tot minder versnippering en diversiteit in kwaliteit en toegankelijkheid voor patiënten in het land te komen.

*Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij gaat bevorderen dat dit programma de bewezen goede voorbeelden breed implementeert?*

Bij het onderzoek van Nivel en via tussentijdse monitoring zullen we goed kijken naar de mogelijkheden voor brede(re) implementatie.

*Kan de Staatssecretaris aangeven hoe hij tegen de variatie in aantal consulten door consultatieteams palliatieve zorg in ziekenhuizen aankijkt en welke beleidsconclusies hij daaraan verbindt?*

Het verschil wordt vooral veroorzaakt doordat veel teams nog in de opstartfase zijn. Een langer bestaand team heeft meestal meer consulten dan een beginnend team. Soms is er ook gebrek aan registratie van ziekenhuisconsulten of ontbreekt het aan bereidheid om financiering of middelen vrij te maken om een team van de grond te krijgen en uit te

bouwen. Het IKNL heeft recent een platform voor palliatieve zorg in ziekenhuizen opgezet (zie <http://iknl.nl/kwaliteit/palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen>) waar ziekenhuizen terecht kunnen voor alle informatie over het opzetten en verbeteren van palliatieve zorg.

*Kan de Staatssecretaris aangeven wat de oorzaken van de variatie in financiering bij palliatieve zorg in ziekenhuizen zijn?*

Vanaf 2012 is er een specifieke productgroep beschikbaar voor multidisciplinaire palliatieve zorg. De voorwaarden om producten uit deze productgroep te kunnen declareren is dat er a) sprake is van een diagnose «palliatieve zorg» en b) dat er een multidisciplinair overleg palliatieve zorg plaatsvindt. De productgroep bestaat uit een 6-tal producten variërend van klinisch tot en met licht ambulante.

Het is mij niet bekend wat de reden is dat niet alle ziekenhuizen hier gebruik van maken. Het kan te maken hebben met de mogelijkheid dat nog niet alle ziekenhuizen aan de voorwaarden voor het multidisciplinair overleg palliatieve zorg voldoen of dat zorgaanbieders (en verzekeraars) niet goed bekend zijn met deze bekostigingsmogelijkheid. Het rapport geeft hier geen uitsluitend over.

*De onderzoekers (van Leerhuizen palliatieve zorg en IKNL) doen de aanbeveling om op korte termijn een structureel aanbod van palliatieve zorg in het ziekenhuis mogelijk te maken door een verbetering van de financieringsregel (DOT). Hoe beoordeelt de Staatssecretaris deze aanbeveling? Is de Staatssecretaris bereid hier werk van te maken?* Mijns inziens is een structureel aanbod van palliatieve zorg onder de huidige financieringsregel mogelijk. Mij is onduidelijk waarom ziekenhuizen kiezen voor alternatieve financiering en voordat dit duidelijk is zie ik geen reden om de financieringsregel aan te passen. Ik wil ziekenhuizen oproepen om gebruik te maken van de bestaande financieringsregels en bij de NZa te melden wanneer dit tot problemen leidt. Afhankelijk daarvan kan bekeken worden of aanpassing mogelijk is.

*Hoe gaat de Staatssecretaris bevorderen dat alle ziekenhuizen palliatieve zorg bieden voor andere doelgroepen dan alleen voor kankerpatiënten?*

De ervaring leert dat het initiatief voor de oprichting van een palliatief team meestal ontstaat vanuit de oncologie. Daarna wordt de inzet steeds breder en wil men uitbreiden over het hele ziekenhuis. Wel is het zo dat ziektebeelden als hartfalen en COPD tot het eind aan toe zeer specialistische kennis vergen. Het palliatieve team heeft daar vooral toegevoegde waarde bij het meedenken bij complexe beslissingen, bij symptoombestrijding en bij begeleiding van psychosociale en spirituele zorgvragen. Het betrekken van andere specialisten dan de oncologische bij het palliatief team (of palliatieve werkgroep/commissie) in een ziekenhuis is een voor de hand liggende manier om de palliatieve zorg breed op te pakken. Het IKNL heeft recent een platform voor palliatieve zorg in ziekenhuizen opgezet (zie <http://iknl.nl/kwaliteit/palliatieve-zorg-in-de-ziekenhuizen>) waar ziekenhuizen terecht kunnen voor alle informatie over het opzetten en verbeteren van palliatieve zorg, ook voor andere doelgroepen.

*De leden van de SGP-fractie vragen de Staatssecretaris of hij meer inzicht kan geven in de inhoud van de zorgmodule.*

De zorgmodule is afgerond en er kan al gestart worden met proefimplementaties in het Verbeterprogramma palliatieve zorg van ZonMw. Bij deze proefimplementatie zullen de voor palliatieve zorg relevante organisaties actief betrokken worden. De evaluatie van de implementatiefase moet leiden tot informatie over de gewenste doorontwikkeling van de zorgmodule naar een versie 2.0 die kan rekenen op draagvlak van alle

relevante partijen. De module en de patiëntenversie zijn beschikbaar op de website van het Zorginstituut Nederland.<sup>4</sup>

*Wordt de rouwzorg van de patiënten en de naasten ook een onderdeel van de te leveren prestatie door zorgverzekeraars? Zal psychosociale zorg met aandacht voor spirituele zorg ook onderdeel uitmaken van de te leveren prestatie door zorgverzekeraars?*

Rouwzorg en psychosociale zorg met aandacht voor spirituele zorg komen (net als nu onder de AWBZ) niet als zodanig terug in de aanspraak wijkverpleging. Rouwzorg en psychosociale zorg maken wel onderdeel uit van palliatieve zorg. Ik vind dat in principe iedere zorgverlener daarop toegerust zou moeten zijn (alledaagse aandacht geven).

In een situatie waarin specifieke begeleiding nodig is kan, al naar gelang de situatie, die begeleiding worden gegeven door artsen en verpleegkundigen. Daarnaast kan worden doorverwezen naar geestelijk verzorgers, psychologen of maatschappelijk werk. Op verzoek van de patiënt kunnen ook kerken bij de spirituele zorg worden betrokken.

---

<sup>4</sup> <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsbibliotheek/zorgstandaarden#Zorgmodules>