

Vergaderjaar 2010–2011

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 33

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 april 2011

Bij brief van 3 maart jongstleden (2011Z04292/2011D10540) heeft de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport mij verzocht om te reageren op de uitkomsten van het onderzoek naar de financiering van palliatieve zorg, ter voorbereiding op een te houden rondetafelgesprek. Het definitieve rapport, opgesteld door «Palliactief», heb ik op 8 maart 2011 ontvangen. In het kader van het Platform Palliatieve Zorg 2008–2010 is door mij subsidie verstrekt ten behoeve van de uitvoering van dit onderzoek.

Het rapport is getiteld «Financiering & organisatie van palliatieve zorg: De pioniersfase voorbij?» en heeft als ondertitel «een signalement van knelpunten in de palliatieve terminale zorg bij patiënten, nabestaanden en medewerkers van palliatieve terminale zorg».¹

De motie-Van der Staaij (32 500 XVI) vraagt eveneens aandacht voor deze onderwerpen.

In het rapport wordt aangegeven dat een aantal financiële prikkels een averechtse werking heeft op verantwoorde kwaliteit, toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de zorg. In de toekomst is op basis van de resultaten van het onderzoek nader onderzoek nodig, aldus Palliactief.

In het rapport wordt onder meer aandacht gevraagd voor onderwerpen zoals variatie in de eigen bijdrage van patiënten die in hospices verblijven en de financiering van verpleegtechnische hulpmiddelen. Bovendien zou samenwerking tussen de netwerkpartners verder moeten worden bevorderd en verdienen spirituele en psychische zorg een impuls.

Palliactief stelt een aantal verbetermaatregelen voor, die in samenhang zouden moeten worden uitgewerkt:

1. er moet voldoende kennis zijn van de mogelijkheden van palliatieve zorg over de totale breedte van de zorgverlening;
2. de mogelijkheid dat de patiënt kan overlijden waar hij/zij wil;

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

3. patiënten en hun naasten tijdig bewust maken van wat hen te wachten staat, zodat zij bewuste keuzes kunnen maken op diverse terreinen;
4. het administratieve voortraject mag geen obstakel vormen;
5. (netwerk)regio's moeten logistiek worden onderzocht op basis van de vraag wat de te verwachten ontwikkeling in zorgvraag is en hoe deze zich verhoudt tot het zorgaanbod;
6. zorg die generalistisch is wordt ondersteund door specialistische deskundigheid waar nodig;
7. zorg wordt zo dicht mogelijk bij de vertrouwde thuissituatie geleverd;
8. één regisseur in de palliatieve (terminale) fase;
9. de introductie van integrale bekostiging van palliatieve zorg hetzij als module van bestaande keten-DBC's hetzij als eigenstandige keten-DBC, gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet;
10. een goede toegankelijkheid en passende capaciteit in een regio;
11. de «prikkel» in deze integrale bekostiging moeten de «goede kant» op staan. Zorg die dicht bij thuis hoort, moet voor aanbieders en patiënten niet minder aantrekkelijk zijn.

Tot slot wordt in het rapport een onderzoeksagenda geformuleerd, waarin een nadere analyse zou moeten plaatsvinden van mogelijk negatieve prikkels in de financiering en bekostiging van de palliatieve zorg alsmede van andere aandachtspunten zoals tijdige beschikbaarheid van zorg en een veranderende zorgvraag.

Ik vind het van belang er op te wijzen dat in het «Woord vooraf» in het rapport is aangegeven dat niet is gestreefd naar een volledig wetenschappelijke analyse van het veld van de palliatieve zorg met de betrokken deelnemers maar dat is gekozen voor een verkennende analyse of signalement. Via andere methodieken kan in vervolgonderzoek verder worden gewerkt op de resultaten en aanbevelingen van dit rapport, aldus de co-voorzitters van Palliatief mede namens de projectgroep. Bovendien kent het rapport de beperking dat in het onderzoek de huisarts met een spilfunctie in de eerstelijns palliatieve zorg niet is betrokken. De ervaringen en knelpunten volgens huisartsen zijn dus niet onderzocht.

Daarnaast vind ik het belangrijk er op te wijzen, als het gaat om het signaal dat verbeterpotentieel aanwezig lijkt te zijn in de eerstelijnszorg, dat in het rapport is aangegeven dat nader onderzoek moet uitwijzen of dit vooral te maken heeft met de hoge(re) complexiteit van de zorgvraag, de wens tot maximale (institutionele) veiligheid, het feit dat bij de onderzochte hospices een eigen arts werkzaam was, of dat de deskundigheid van eerstelijns zorgverleners op het gebied van palliatieve terminale zorg daadwerkelijk zou moeten verbeteren.

Ik ben bereid nader onderzoek te doen naar bovengenoemde signalen. Hiertoe zal ik op korte termijn de expertise inwinnen van onder meer Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Centrum Indicatiestelling zorg, de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie en het College voor Zorgverzekeringen. Daarnaast zal ik vertegenwoordigers van beroepsgroepen zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap, Verenso en Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland betrekken en waar wenselijk, andere veldpartijen.

Zoals aangekondigd in mijn brief van 13 januari 2011 (Kamerstuk 29 509, nr. 30) («verankering van palliatieve zorg in de praktijk») ben ik voornemens een verbeterprogramma voor de palliatieve zorg op te zetten. Dit programma brengt professionals en zorgorganisaties in beweging tot het werken aan kwaliteit en doelgerichte en efficiënte aanpak van palliatieve

zorg; toepassing van kennis is een belangrijk aspect in het programma. Versterking van de zorgverlening in de eerste lijn is een speerpunt in dit programma. Ik vind het belangrijk dat palliatieve zorg dicht bij huis wordt georganiseerd.

De definitieve inrichting van dit programma is nog niet bekend. De expertmeeting hiervoor vond plaats op 22 maart jongstleden. ZonMw adviseert mij over de definitieve inrichting van dit programma. Waar mogelijk, zal een aantal signalen uit het rapport worden meegenomen bij de inrichting van dit programma.

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. L. L. E. Veldhuijzen van Zanten-Hyllner