

Vergaderjaar 2024–2025

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 93

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 december 2024

Palliatieve zorg is er voor mensen die niet meer beter worden en hun naasten. Het draait om kwaliteit van leven en de dingen kunnen blijven doen die je belangrijk vindt. Deze fase kan maanden of zelfs jaren duren. Terminale zorg en stervensbegeleiding zijn onderdeel van palliatieve zorg en vinden plaats in de allerlaatste weken, soms maanden. Mensen moeten op deze zorg kunnen rekenen en het moet passen bij hun situatie. Palliatieve zorg staat daarom als één van de prioriteiten van het kabinet in het regeerprogramma.

In deze brief informeer ik u over de volgende activiteiten en onderwerpen over de palliatieve zorg, zoals toegezegd in de brieven van 14 december 2023¹, 6 juni 2024² en 22 oktober 2024³:

- De door het RIVM uitgevoerde Toekomstverkenning palliatieve zorg 2050 (paragraaf 1 en bijlage 1);
- De uitvoering van de motie Hermans/Paulusma over «verkennen of en hoe palliatieve- en levenseindezorg een structurele plek kan krijgen binnen bestaande zorgopleidingen» (paragraaf 2 en het juridisch kader in bijlage 2);
- De door een externe partij uitgevoerde tussenevaluatie van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (NPPZ II, paragraaf 3 en bijlage 3);
- De uitgevoerde tussentijdse zelfevaluatie van het ZonMw programma Palliantie II (paragraaf 4 en bijlage 4);
- Ook stuur ik u hierbij het rapport *Onderzoek hospicecapaciteit* dat in het kader van het NPPZ II is uitgevoerd (bijlage 5). Dit onderzoek is een eerste stap in het verbeteren van de hospicezorg. Het geeft een beeld van de hospicezorg in Nederland en welke capaciteit er in de toekomst nodig is. Het is een startpunt voor vervolgotrajecten in de regio. Verder

¹ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 509, nr. 76

² Kamerstukken II, 2023–2024, 29 509, nr. 82

³ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 509, nr. 85

beantwoord ik zoals toegezegd de nog openstaande vragen uit het schriftelijke overleg van 22 oktober 2024 (paragraaf 5).

- Tot slot ga ik, op verzoek van Kamerlid Dobbe, in op wat ik kan doen om zorgverleners die palliatieve zorg verlenen te ondersteunen. Dit op basis van een onderzoek dat is uitgevoerd voor het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum in Leiden (LUMC).

1. Toekomstverkenning 2050

Samen met de partijen die bij palliatieve zorg betrokken zijn, werk ik aan een toekomstvisie voor de palliatieve zorg in Nederland. Ook maak ik met hen een toekomstagenda om die visie in concrete activiteiten om te zetten. Doel is dat mensen ook in de toekomst goede palliatieve zorg kunnen krijgen die bij hen en hun situatie past. Om de juiste plannen voor de toekomst te kunnen maken heb ik het RIVM gevraagd een Toekomstverkenning van de palliatieve zorg richting 2050 uit te voeren. In bijlage 1 treft u de verkenning aan, die is bedoeld als discussiestuk.

Het RIVM onderzocht hoe en waarom de palliatieve zorg in de toekomst gaat veranderen. Belangrijke redenen zijn de vergrijzing, toenemende personeelstekorten in de zorg, digitalisering en andere technologische vernieuwing in de zorg, en de groeiende diversiteit in de samenleving. Door (dubbele) vergrijzing en een veranderende arbeidsmarkt ontstaat er een groeiend gat tussen de vraag naar en het aanbod van palliatieve zorg richting 2050. Bovendien leidt de toenemende diversiteit in de bevolking tot een gevarieerdere vraag naar palliatieve zorg.

Technologie zorgt ervoor dat mensen eerder een diagnose krijgen en betere behandelingen waardoor zij langer zullen leven, vaak met meerdere ziekten tegelijk. De toekomstige palliatieve zorgvraag wordt daardoor niet alleen groter, maar ook complexer. Dit levert de volgende maatschappelijke opgaven op, zo geeft de Toekomstverkenning aan:

- Hoe leveren we in een diverse samenleving, met veel mensen met een complexe zorgvraag in de palliatieve fase, passende zorg en ondersteuning?
- Hoe organiseren we palliatieve zorg voor de groeiende groep mensen die zal sterven aan dementie?
- Hoe gaan we om met de toenemende druk op de formele en informele zorgverleners (zoals vrijwilligers en mantelzorgers) onder invloed van de groeiende zorgvraag en afnemende capaciteit?

Door deze ontwikkelingen zullen in de toekomst meer mensen palliatieve zorg nodig hebben én zal hun vraag naar palliatieve zorg onderling verschillen. En dat terwijl het aantal mensen dat deze zorg kan verlenen afneemt. De vraag is op welke manier de samenleving hier in 2050 een oplossing voor heeft.

Om recht te doen aan de verscheidenheid aan waarden en opvattingen in de samenleving worden door het RIVM drie scenario's gepresenteerd voor het jaar 2050:

- de gemeenschap centraal;
- het individu centraal;
- de professional centraal.

De gemeenschap centraal heeft als belangrijkste kernwaarden: gelijkwaardigheid, solidariteit en dienstbaarheid. Voor *het individu centraal* zijn dit vrijheid, zelfbeschikking en zelfredzaamheid en bij *de professional centraal*: vertrouwen, continuïteit en efficiëntie. Bij het ontwikkelen van de scenario's is gebruik gemaakt van de perspectieven in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) 2014. Deze perspectieven, die elk een mogelijk toekomstbeeld tonen, zijn opnieuw getoetst voor de VTV 2024.

De scenario's laten zien in welke richtingen de palliatieve zorg in Nederland de komende jaren zou kunnen veranderen. En dat er verschillende oplossingen mogelijk zijn om de problemen op te lossen. Dit vraagt om keuzes voor de palliatieve zorg van de toekomst. Voor elk scenario is ook een illustratie gemaakt.

Op basis van deze verkenning en de uitkomsten van de tussenevaluaties (zie hierna) wil ik samen met partijen een visie en een langjarige agenda opstellen. Ook de inbreng van uw Kamer vind ik daarbij belangrijk. Het doel is dat palliatieve zorg een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de reguliere zorg en dat iedereen kan sterven waar hij of zij dat wil.

Ondertussen werk ik verder aan het uitvoeren van de verschillende programma's, die goed op schema lopen (zie paragraaf 3 en 4). Ik wil dit graag versnellen. Dit doe ik onder andere door bij de transformatie palliatieve zorg verder in te zetten op betere samenwerking tussen regio's, zowel de deelnemende als de nog niet deelnemende regio's. Verder wil ik afspraken maken in het aanvullende zorg- en welzijnsakkoord (IZWA) over proactieve zorgplanningsgesprekken, over opleidingen en scholing en over omzetplafonds.

2. Motie Hermans/Paulusma

Op 4 juni 2024 heeft uw Kamer de motie aangenomen van de leden Hermans (VVD) en Paulusma (D66) over palliatieve zorg in onderwijs en opleidingen⁴. De motie geeft aan dat bij 70% van de mensen die komen te overlijden een noodzaak is tot palliatieve zorg en dat onderzoek onder zorgmedewerkers stelt dat twee derde vindt dat hij of zij onvoldoende kennis heeft over palliatieve zorg. Dit kan leiden tot het onvoldoende bespreken van wensen ten aanzien van het levenseinde, handelingsverlegenheid of onnodige overbehandeling, en daarmee verlies van kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Het programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg heeft geleid tot verschillende aanbevelingen om aandacht voor en de positie van palliatieve zorg in onderwijs en opleidingen te verbeteren. De motie «verzoekt de Ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) om naar aanleiding van deze aanbevelingen met bestaande zorg- en artsenopleidingen en het werkveld te verkennen of en hoe binnen bestaande zorgopleidingen en scholing palliatieve en levenseindezorg een structurele plek kan krijgen, en de Kamer hierover na de zomer te informeren».

Om invulling te geven aan de motie heb ik in kaart gebracht:

- Wat er tot nu toe is gedaan om palliatieve en levenseindezorg op te nemen in de zorgopleidingen en scholing; de rol en resultaten van het programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O²PZ) en het programma Scholing Palliatieve Zorg;
- Wat de belangrijkste knelpunten hierbij zijn;
- Wat het juridisch kader voor het vaststellen van de inhoud van de opleidingen is;
- Welke mogelijkheden er zijn om palliatieve zorg te verankeren in de opleidingen en bij- en nascholingen.

2.1. Wat is al gebeurd?

Sinds 2019 loopt via de ZonMw-programma's «Palliantie. Meer dan zorg» en «Palliantie II» het programma Optimaliseren Onderwijs Palliatieve Zorg (O²PZ). Hierin is gewerkt aan implementatie en borging van palliatieve

⁴ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 509, nr. 77

zorg in de basis- en vervolgopleidingen voor artsen (wo) en in de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden (hbo en mbo). Het gaat onder andere om het volgende:

- Er is een netwerk van acht onderwijsknooppunten palliatieve zorg gevormd als onderdeel van de consortia palliatieve zorg. Vanuit deze netwerken zetten ambassadeurs zich in voor verbetering van het onderwijs over palliatieve zorg. Iedere regio heeft één of meer ambassadeurs die de schakel zijn tussen onderwijs, praktijk en onderzoek. Hiermee is in de afgelopen vijf jaar een groot netwerk opgebouwd, waarbij vrijwel alle opleiders zich hebben aangesloten. Deze landelijke structuur helpt om het programma Scholing Palliatieve Zorg onder de aandacht te brengen in de regio. Maar ook om zorgdocenten te werven die getraind willen worden of trainingen kunnen verzorgen.
- Er is een werkgroep palliatieve zorg gevormd binnen de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO). Deze werkgroep wil palliatieve zorg een plek geven in het medisch onderwijs en de kennis van docenten over dit onderwerp verbeteren.
- In het Raamplan artsopleiding 2020 is zorg in de palliatieve fase opgenomen. Alle faculteiten werken eraan om onderwijs over palliatieve zorg op te nemen in het curriculum.
- Veel onderwijsmaterialen zijn ontwikkeld en zijn beschikbaar via de toolbox op Palliaweb⁵.
- Het Onderwijsraamwerk Palliatieve Zorg 2.0 is ontwikkeld. Het raamwerk is een hulpmiddel voor het ontwikkelen van onderwijs over algemene kennis over palliatieve zorg dat gebruikt kan worden door onderwijsontwikkelaars, docenten en opleiders. Het beschrijft de competenties van zorgverleners van niveau 2 tot en met 8 om goede palliatieve zorg te kunnen verlenen. De raamwerken zijn beschikbaar voor mbo, hbo en wo(+) en voor de Master Advanced Nursing Practice (MANP), de Master Physician Assistant (MPA) en de Verpleegkundige Vervolgopleidingen (VVO). Ook is het profiel specialistische expertise palliatieve zorg opgesteld.

Verder is via het programma Scholing Palliatieve Zorg (mede mogelijk gemaakt door het Koningin Wilhelmina Fonds voor de Nederlandse Kankerbestrijding (KWF)) het docentenprofiel Palliatieve Zorg 2.0 opgesteld. Hierin is beschreven waaraan een docent palliatieve zorg zou moeten voldoen⁶. Ook is een landelijk uniforme bij- en nascholing palliatieve zorg bij ongeneeslijke kanker ontwikkeld voor zittende zorgverleners en beschikbaar gemaakt in heel Nederland.

Tot slot wordt door Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) en O²PZ informatie en scholings- en onderwijsmateriaal aangeboden op het Onderwijsplatform palliatieve zorg (Palliaweb). Dit is bedoeld voor (aankomend) zorgverleners en opleiders/docenten.

2.2. Knelpunten

Er zijn nog steeds veel mogelijkheden om palliatieve zorg een stevigere plek te geven in de onderwijsprogramma's van alle zorgopleidingen. In de motie wordt gevraagd om te verkennen of en hoe palliatieve en levensenzorg binnen bestaande zorgopleidingen en scholing een structurele plek kan krijgen.

Ik heb daarom met vertegenwoordigers van bestaande zorg- en artsopleidingen en het zorgveld verkend welke problemen we moeten aanpakken. Daaruit komen de volgende problemen naar voren:

⁵ <https://palliaweb.nl/optimaliseren-onderwijs-palliatieve-zorg>

⁶ <https://scholingpalliatievezorg.nl/>

Verschillen in begrip en beleving van palliatieve zorg

Delen van de palliatieve zorg worden door huidige zorgverleners en door docenten niet altijd herkend. Palliatieve zorg wordt vaak gezien als terminale zorg, terwijl het veel breder is. De palliatieve fase begint zodra iemand te horen krijgt dat hij of zij ongeneeslijk ziek is en start dus veel eerder dan de terminale fase. Ook wordt palliatieve zorg niet altijd gezien als vanzelfsprekend onderdeel van de reguliere zorg, net als preventieve en curatieve zorg. Ook in opleidingen wordt het niet gezien als onderdeel van basiszorg, maar als een extra thema waarvoor geen ruimte is in het volle curriculum.

Docenten, werkveld en studenten vinden het vaak moeilijk om het gesprek te voeren over de laatste levensfase en de mogelijkheden en wensen van de patiënt. Palliatieve zorg is voor artsen vaak nog een beladen thema, omdat het vak van arts van oudsher gericht is op genezen.

Verschillende verantwoordelijkheden voor sturing op de inhoud van de opleidingen

Individuele opleidingsinstellingen, programmadirecteuren en wetenschappelijke verenigingen zijn verantwoordelijk voor het opnemen van palliatieve zorg in het curriculum van de opleidingen. De inhoud van opleidingen wordt dus niet landelijk bepaald. De focus van opleidingen kan gericht zijn op andere competenties. Bij opname van palliatieve zorg in het curriculum is het voor studenten niet altijd verplicht om dit te volgen. Daarmee is de inhoud van opleidingen afhankelijk van het belang dat opleidingsinstituten, programmadirecteuren, wetenschappelijke verenigingen en individuele docenten en studenten hechten aan palliatieve zorg. Daarbij moet het onderwerp concurreren met andere actuele thema's als digitale vaardigheid, cultuursensitieve zorg en preventie.

Tijd en deskundigheid zijn nodig

Bij het wijzigen van het kader voor zorgopleidingen zijn veel partijen betrokken en dit kan soms lang duren. Deskundigheid van docenten en van zittend personeel op de werkvloer, waaronder stagebegeleiders, is niet altijd aanwezig. Dat maakt dat ook hier aandacht voor nodig is. Ook moeten in de praktijk veel verschillende opleidingsorganisaties, contactpersonen en (onderdelen van) beroepsverenigingen bereikt worden en maken wisselingen van personeel het behouden en verspreiden van deze kennis moeilijker.

2.3. Vervolgstappen

Naar aanleiding van bovenstaande knelpunten heb ik samen met de Minister van OCW verkend wat de juridische mogelijkheden zijn om palliatieve zorg onderdeel te maken van (het verplichte deel van) de zorgopleidingen en bij- en nascholingen. De verantwoordelijkheden voor het opstellen van kwalificatie-eisen en voor de opleidingsprogramma's en curricula zijn weergegeven in het juridisch kader in bijlage 2.

Uit het juridisch kader blijkt dat er geen aangrijpingspunten zijn in de wetgeving om landelijk voor te schrijven dat palliatieve en levenseindezorg een plek krijgt in de bestaande zorg- en artsenopleidingen. Vanuit OCW en vanuit VWS kan de inhoud van de opleidingen niet landelijk worden bepaald. Bij andere opleidingen geldt hetzelfde. Individuele opleidingsinstellingen, programmadirecteuren en wetenschappelijke verenigingen zijn verantwoordelijk voor het opnemen van palliatieve zorg in de opleidingen. Hiermee ligt een grote verantwoordelijkheid bij de sector.

Om de beweging te kunnen realiseren is urgentiebesef nodig bij de verantwoordelijke partijen. Ook dient er een vervolg gegeven te worden aan alles wat is ontwikkeld binnen O²PZ en het programma Scholing Palliatieve Zorg. Het behouden en verspreiden van resultaten en producten die zijn ontwikkeld binnen O²PZ zal plaatsvinden via Palliatieve Zorg Nederland (PZNL) en het NPPZ II (gedurende de looptijd tot eind 2026). Dit sluit aan bij de activiteiten rond deskundigheidsbevordering van zorgverleners die PZNL vanaf 1 januari 2024 heeft overgenomen van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL). PZNL biedt hierbij ondersteuning en advies aan zorginstellingen, onderwijsorganisaties, onderzoekers en beleidsorganisaties en maakt onderwijsproducten en/of diensten toegankelijk op Palliaweb.

Ik wil in het voorjaar met betrokkenen uit het onderwijs, beroepsgroepen en werkveld palliatieve zorg tijdens een werkconferentie bespreken hoe we hieraan gezamenlijk vervolg kunnen geven. Hier zal onder andere aan de orde komen: bewustwording en urgentie bevorderen bij stakeholders, ondersteuning van stakeholders, borgen en verder beschikbaar maken van alles wat al is ontwikkeld in het kader van O²PZ en het programma Scholing Palliatieve Zorg. Bovendien zullen er met de stakeholders concrete afspraken worden gemaakt over wie welke acties gaat ondernemen om de aangegeven knelpunten structureel op te lossen en palliatieve en levenseindezorg een structurele plek te geven binnen bestaande zorgopleidingen en scholing. Daarbij zal er ook aandacht zijn voor continuïteit van aanbod van na- en bijscholingen en het voorkomen van versnippering in het scholingsaanbod. Ik zal u informeren over de uitkomsten van deze werkconferentie.

Verder zal ik het onderwerp palliatieve zorg opnemen in de leidraad vakmanschap en werkplezier die in het kader van toekomstbestendige zorg wordt opgesteld. Onderdelen van de leidraad zullen worden overgenomen in het aanvullende zorg- en welzijnsakkoord (IZWA).

Met bovenstaande verkenning heb ik de motie van de leden Hermans (VVD) en Paulusma (D66) over palliatieve zorg in opleidingen en bij- en nascholingen⁷ uitgevoerd. Met het aangegeven vervolg wil ik samen met het onderwijs- en zorgveld echt stappen zetten om palliatieve zorg een structurele plek te geven in de zorgopleidingen en bij- en nascholingen en te bereiken dat het een vanzelfsprekend onderdeel wordt van de reguliere zorg.

3. Tussenevaluatie Nationaal Programma Palliatieve Zorg II

Van augustus tot en met november 2024 heeft een tussenevaluatie van het Nationaal Programma Palliatieve zorg II (NPPZ II) door een extern bureau plaatsgevonden (bijlage 3). Aan de onderzoekers is gevraagd vanaf de start in 2022 tot halverwege 2024 te evalueren:

- de doeltreffendheid van het programma NPPZ II;
- de voorbereiding van de borging (ná NPPZ II) van de resultaten van het programma.

De algemene conclusie van de onderzoekers is dat het NPPZ II op schema loopt. De Transformatie palliatieve zorg draagt positief bij aan het behalen van de gestelde doelen. Daarvoor is het wel nodig dat er samenwerking blijft plaatsvinden tussen alle partijen, zowel de partijen specifiek voor palliatieve zorg als de meer generalistische partijen, de systeempartijen en het sociaal domein. Dit dient te gebeuren op lokaal, regionaal en landelijk niveau. Ook geven de onderzoekers aan dat doorontwikkeling

⁷ Kamerstukken II, 2023–2024, 29 509, nr. 77

van de Stuurgroep NPPZ II gewenst is in omvang, samenstelling, rolverduidelijking en werkwijze. Verder geven zij aan dat vanaf nu meer ingezet mag worden op structurele borging van rollen, taken en verantwoordelijkheden voor verschillende werkzaamheden op verschillende niveaus. Samenwerking met Palliantie II verloopt in het algemeen positief en kan verder verbeterd worden door betere onderlinge communicatie en afstemming. De samenwerking met Kenniscentrum Kinderpalliatieve zorg verloopt goed, zo constateren de onderzoekers. Hieronder volgt een korte beleidsreactie op de verschillende aanbevelingen uit het rapport.

3.1. Algemeen

Ik ben blij dat het NPPZ II in algemene zin op koers ligt en blijf onverminderd inzetten op de realisatie van de doelen van het NPPZ II. Ten aanzien van één van de doelstellingen van het programma, «proactieve zorg en ondersteuning voor iedereen, altijd en overal», onderschrijf ik dat deze doelstelling ambitieus is geformuleerd, gezien de looptijd van het programma. Het onderdeel «iedereen, altijd en overal» van het doel is complex en het kost tijd om dat te behalen. Daarnaast moet het sociaal domein meer betrokken worden. Ik wil hier belangrijke stappen in zetten, dus zal op korte termijn samen met betrokken partijen bepalen hoe om te gaan met deze doelstelling in de komende 2 jaar en na NPPZ II.

3.2. Transformatie palliatieve zorg

De bijsturing naar inzet op de Transformatie palliatieve zorg komt in deze tussenevaluatie naar voren als positief en er is breed draagvlak voor. Dit wordt bevestigd door het animo vanuit de regio's. Ik zal dus doorgaan met de ondersteuning van regionale transformaties palliatieve zorg. In 2024 is de ondersteuning bij het uitwerken van een transformatieplan palliatieve zorg van drie regio's uitgebreid naar tien à veertien regio's. Met alle partijen in deze regio's, zoals verpleeghuizen, huisartsen, wijkverpleging, hospices, ziekenhuizen, netwerken palliatieve zorg, wordt samen gekeken naar wat in een bepaalde regio nodig is om goede palliatieve zorg te leveren. Dit wordt vastgelegd in een transformatieplan waarin staat wat daarvoor moet worden geregeld. Bijvoorbeeld multidisciplinair overleg (MDO): met wie, wanneer, over wie, maar ook hoe kan bijvoorbeeld de overdracht van huisarts naar wijkverpleging, of van ziekenhuis naar huisarts nog beter? In de Mijnstreek wordt bijvoorbeeld patiëntvertegenwoordiging heel duidelijk in de transformatie meegenomen. In Drenthe wordt een transformatieplan niet met één regio en één ziekenhuis, maar met vier regio's en drie ziekenhuizen samen opgepakt. In Midden Nederland is kern van het transformatieplan om palliatieve zorg te normaliseren: van een kwestie van geluk naar een staat van vertrouwen.

De eerste IZA transformatieplannen palliatieve zorg zijn inmiddels ingediend voor beoordeling bij zorgverzekeraars. Verder wordt doorgevoerd aan instrumenten en hulpmiddelen die de transformatie voor alle belangstellenden concreet en tastbaar maken⁸. Op deze manier kunnen nog niet gestarte regio's leren van regio's die al transformatieplannen hebben opgesteld en kan onderlinge uitwisseling plaatsvinden. Zodat in elke regio (vroeg)tijdige palliatieve zorg kan plaatsvinden en de samenwerking tussen ziekenhuizen, huisartsen, wijkverpleging en hospicevoor-

⁸ <https://nppz.org/transformatie-palliatieve-zorg/>

zieningen verbetert⁹. Op deze manier kan potentieel niet-passende zorg worden voorkomen en kunnen mensen meer passende zorg ontvangen in de laatste levensfase¹⁰. In 2025 zet ik in op het verder versnellen, onder andere door regio's aan te moedigen meer samen te werken en kennis te delen. Verder zal het element proactieve zorgplanning (het regelmatig voeren van proactieve zorgplanningsgesprekken in de palliatieve fase) een plaats krijgen in het IZWA.

3.3. Stuurgroep

De huidige Stuurgroep heeft de eerste periode van NPPZ II goed gefunctioneerd en ik onderschrijf dat zij in de tweede fase van het programma aan doorontwikkeling toe is. Ik zal dan ook – in lijn met de aanbevelingen uit het onderzoek – in overleg met PZNL, Stuurgroep leden en nog niet vertegenwoordigde partijen, aanpassingen in de Stuurgroep doorvoeren. Doel daarvan is dat deze passend is bij de tweede fase, inclusief aangepaste rolbeschrijving, informatiestroom en actievere rol van VWS in de Stuurgroep.

3.4. Borging

Structurele borging van rollen, taken en verantwoordelijkheden (als onderdeel van implementatie) zal de komende jaren nog belangrijker worden. Ik zal hiertoe samen met de betrokken partijen duidelijk formuleren wat er geborgd moet worden en welke partijen hiervoor nodig zijn. En wat er bereikt kan worden binnen de resterende periode van het programma. Het betreft daarbij structurele borging van zowel de (resterende) werkzaamheden van het programma ná NPPZ II, als de borging van (landelijk en regionaal) beleid en borging in de processen van (zorg)professionals die daadwerkelijk de palliatieve zorg leveren.

3.5. Afstemming met Palliantie II en Kinderpalliatieve zorg

Het is prettig dat de samenwerking tussen ZonMw/Palliantie II en PZNL/NPPZ II als positief wordt ervaren. De verdere verbetering van de onderlinge communicatie tussen de programma's evenals de versterking van de verbinding met het thema Kind & Jongere steun ik. Dat laatste onder andere door een separate Stuurgroep voor het thema Kind & Jongere in te laten richten. Zo krijgen de onderwerpen die belangrijk zijn voor kinderen en jongeren, zoals bijvoorbeeld de overgang van de leeftijd 18- naar 18+, apart de nodige aandacht.

4. Tussenevaluatie ZonMw programma Palliantie II

In bijlage 4 bij deze brief is ook de tussentijdse (zelf)evaluatie van het ZonMw-programma Palliantie II meegestuurd. De evaluatie gaat over de periode 2021 tot medio 2024. Er is door ZonMw nagegaan in hoeverre de programmadoelen nog actueel en haalbaar zijn, hoe het programma tot nu toe verloopt en welke stappen nodig zijn voor het vervolg.

⁹ Bij initiatieven waar ziekenhuizen, huisartsen en de thuiszorg intensief samenwerken krijgt een patiënt meer passende zorg in de laatste levensfase. Dertig dagen voor overlijden hebben patiënten minder te maken met IC- en ziekenhuisopnames, worden minder behandeld met chemotherapie en overlijden patiënten minder vaak in het ziekenhuis: <https://iknl.nl/nieuws/2024/transmurale-palliatieve-zorg>

¹⁰ Het bieden van vroegtijdige palliatieve zorg kan bijdragen aan het voorkómen van potentieel niet-passende zorg. Een team palliatieve zorg in het ziekenhuis kan hier een belangrijke rol in spelen: <https://palliaweb.nl/publicaties/potentieel-niet-passende-zorg-en-inzet-team-pallia>

De conclusie is dat het programma goed op koers ligt en de lopende projecten bijdragen aan de verdere implementatie van het Kwaliteitskader palliatieve zorg. Het programma werkt aan innovatie en (door)ontwikkeling van kennis die kan worden toegepast in de praktijk, in onderwijs en in het beleid. Het is vooral belangrijk dat alle resultaten goed landen in de praktijk. Ook om mee te kunnen bewegen met maatschappelijke ontwikkelingen (zoals vergrijzing en personeelstekorten) en passend bij de in april jl. gepubliceerde kennisagenda palliatieve zorg¹¹. Verder wordt meer ingezet op het integreren van de palliatieve zorg in de reguliere zorg. Dit sluit aan bij het beleid van het kabinet. Met geïntegreerde palliatieve zorg wordt bijgedragen aan het zogenoemde tweesporenbeleid: enerzijds maximaal inzetten op het behandelen van een ziekte en anderzijds vroegtijdig met de patiënt en naasten bespreken wat wensen en behoeften zijn als de behandeling van de ziekte onvoldoende werkt. Zo krijgen mensen die ongeneeslijk ziek of kwetsbaar zijn en hun naasten vroegtijdig passende palliatieve zorg.

Ter verdere verbetering van de communicatie en onderlinge uitwisseling tussen de programma's NPPZ II en Palliatie II zal periodiek overleg worden gestart.

5. Nog openstaande vragen uit schriftelijk overleg

Zoals toegezegd, beantwoord ik hieronder de nog openstaande vragen uit het schriftelijk overleg van 22 oktober 2024. Daarbij houd ik de volgorde van het verslag schriftelijk overleg aan.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie merken op dat organisaties onder grote druk staan wegens de doelmatigheidseisen. Zij merken op dat organisaties de opdracht krijgen om een gemiddeld aantal uren per cliënt te besteden, waarbij er een financiële beloning is indien de organisatie onder dit aantal uren blijft, maar er een boete is als de organisatie het aantal uren overschrijdt. Zou de Staatssecretaris op deze punten een reflectie kunnen geven? Welke concrete maatregelen is de Staatssecretaris voornemens te nemen om deze problematiek op te lossen? Welke concrete maatregelen gaat de Staatssecretaris nemen om specifiek te voorkomen dat deze systematiek ontmoedigend werkt voor organisaties om cliënten met een grote zorgvraag te helpen?

Ik vind het van belang dat patiënten die palliatieve zorg nodig hebben deze zorg ook tijdig krijgen. Ik heb daarom navraag gedaan bij Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars. Zij herkennen dit knelpunt niet. Er is geen opdracht om een gemiddeld aantal uren per client te besteden en er is ook geen sprake van een boete als een bepaald aantal uren overschreden wordt. Daarnaast blijkt uit navraag bij vier grote zorgverzekeraars dat zij de palliatieve zorg uit de benchmark halen en apart beoordelen (dat wil zeggen dat deze niet worden meegenomen in de totale doelmatigheidsafspraken).

Zorgverzekeraars erkennen dat palliatieve zorg een grillig verloop kan hebben. Als iemands gezondheid achteruit gaat, kan iemand ook weer (beperkt) herstellen, vaak tot hetzelfde of een iets lager niveau van functioneren. Deze onzekerheid brengt specifieke problemen met zich mee voor de palliatieve zorgverlening. De benodigde professionele zorg is naar hun oordeel voor iedere cliënt anders en kan daarmee sterk uiteenlopen. Als er (structureel) een afwijkend beeld qua zorginzet bij een aanbieder is bij de inzet van palliatieve zorg dan gaan zorgverzekeraars hier het gesprek over aan met de aanbieder.

¹¹ www.palliaweb.nl/palzon/kennisagenda-palliatieve-zorg

In het algemeen merk ik op dat zorgverzekeraars bij hun inkoop rekening houden met zowel toegankelijkheid, kwaliteit als betaalbaarheid van de zorg. Hiervan maakt in het algemeen ook de doelmatigheid een onderdeel uit. Gezien de reactie van de zorgverzekeraars zie ik geen aanleiding op dit punt actie te ondernemen.

De leden van de GroenLinks-PvdA-fractie zouden graag willen zien dat nazorg ingebed wordt in de gehele sector van palliatieve zorg, waar dit nodig is. Welke concrete stappen gaat de Staatssecretaris nemen om dit te realiseren?

Nazorg is een essentieel onderdeel van palliatieve zorg. Het is dan ook een onderdeel van het Kwaliteitskader palliatieve zorg en het is opgenomen in richtlijnen palliatieve zorg. Ik vind het belangrijk dat er herkenning en erkenning is voor de emotionele impact van de zorg rondom het levenseinde op de zorgverlener. Er kunnen emoties van verdriet, rouw, ontroering, frustratie of opluchting zijn. Na het overlijden van de patiënt hebben zorgverleners behoefte om deze emoties te uiten. Conform de richtlijn Zorg in de stervensfase¹² zijn de aanbevelingen om: de emotionele impact van de zorg rondom het levenseinde op de zorgverleners te erkennen; aandacht te hebben voor de emoties van collega's; gebruik te maken van een vorm van nabespreking en reflectie achteraf op de stervensfase. Deze steun kan bijdragen aan het verwerken van het verlies. Ik zal voor het onderdeel Nazorg en de richtlijn daarom specifiek aandacht vragen in de resterende looptijd van de uitvoering van het NPPZ II.

De leden van de NSC-fractie horen geluiden uit het ziekenhuis dat het heel ingewikkeld is om palliatieve zorg in het ziekenhuis vergoed te krijgen. De Diagnose Behandel Combinatie (DBC) palliatieve zorg wordt alleen vergoed als het palliatief team ernaar gekeken heeft én een bespreking in het multidisciplinair overleg heeft plaats gevonden. Dagelijkse zorg voor een patiënt die echt in de stervensfase is maar die sterft voordat er een multidisciplinair overleg heeft kunnen plaatsvinden dan is alle zorg niet declarabel. Genoemde leden vragen aan de Staatssecretaris of dit anders geregeld kan worden. Daarnaast moet er kennelijk anderhalf uur zitten tussen twee poliklinische bezoeken in ziekenhuizen. Dus als de patiënt een afspraak bij de poli palliatieve zorg heeft en een afspraak bij de oncoloog moet er minstens anderhalf uur zitten tussen die afspraken, anders wordt er niet vergoed. Dit gaat echter om doodzieke patiënten, kan dit echt niet anders?

De eerste vraag betreft de vergoeding voor palliatieve zorg die in het ziekenhuis wordt verleend. Bij de dbc palliatieve zorg gaat het om specialistische palliatieve zorg. Om deze reden is het dan ook een vereiste dat het overleg palliatieve zorg met een multidisciplinair team onderdeel uitmaakt van de zorg en de prestatie. Ik zal met de NZa in overleg treden over deze vereiste en uw Kamer daarover nader berichten. De zorgverlener die de zorg levert voor de aandoening waarvoor de patiënt onder behandeling is biedt generalistische palliatieve zorg. Daarnaast kan een klinische dbc voor een opname worden gedeclareerd. Per 2025 introduceert de NZa een overig zorgproduct (ozp) voor proactieve zorgplanning dat gekoppeld is aan de dbc van de (hoofd)behandelaar waarbij de patiënt onder behandeling is.

Met betrekking tot het tweede deel van de vraag begrijp ik de wens dat dit anders moet. Een wachttijd van anderhalf uur tussen polikliniekbezoeken is niet in lijn met Passende Zorg. Een patiënt, zeker als het gaat om

¹² <https://palliaweb.nl/richtlijnen-palliatieve-zorg/richtlijn/stervensfase>

patiënten die beroep doen op palliatieve zorg, moet niet onnodig hoeven wachten tussen twee of meer poliklinische bezoeken. Deze beperking van minimaal anderhalf uur volgt echter niet uit de regelgeving van de NZa. Een tussentijd van bijvoorbeeld vijf minuten is ook voldoende, maar zorgaanbieders hanteren soms zelf een zeer lange tussentijd in verband met het horizontaal toezicht zorg. De reden dat «niet aansluitende polikliniekbezoeken»¹³ in het verleden in de regelgeving zijn opgenomen was puur om te voorkomen dat twee of meer polikliniekbezoeken van dezelfde patiënt direct aansluitend bij dezelfde medisch specialist konden worden geregistreerd als twee of meer aparte polikliniekbezoeken, terwijl dit in feite één lang polikliniek bezoek betreft voor dezelfde zorgvraag.

De NZa is ermee bekend dat dit uiteenlopend wordt toegepast door zorgaanbieders. Hierdoor levert dit in de praktijk een belemmering op bij bijvoorbeeld de wens van de patiënt voor aansluitende polikliniekbezoeken bij verschillende beroepsbeoefenaren die de poortfunctie uitvoeren voor verschillende medisch specialismen of voor een andere zorgvraag.

Het is dus nu al in de geest van de regelgeving en in lijn met Passende Zorg, om polibezoeken bij verschillende beroepsbeoefenaren van verschillende medisch specialismen (en voor verschillende zorgvragen) aansluitend in te plannen. Omdat dit een terugkerende vraag is, is de NZa voornemens om het betreffende artikel (artikel 24 lid 1 van de Regeling medisch-specialistische zorg – NR/REG-2403a) te verduidelijken. Waar mogelijk wordt hierbij gestreefd naar een aanpassing per 2027. De aanpassing zal erop neerkomen dat aansluitende bezoeken bij verschillende poliklinieken mogelijk worden, dus zonder een vereiste wachttijd ertussen. Hierdoor hoeven patiënten tussentijds niet meer onnodig te wachten. Het jaar 2027 lijkt ver weg, maar dat is inherent aan het proces van aanpassing van de regelgeving/aanpassing elementen in de dbc-systematiek bij de NZa en vervolgens voor extern (het verwerken van aanpassingen door de branche-partijen en achterban in hun systemen en het inbedden in de ict-systemen voor het veld). Dit proces is voor 2026 voor diverse wijzigingen op dit moment al in gang.

De BBB-fractie vraagt: Hoe gaat de Staatssecretaris de regie over palliatieve zorg weghalen bij de zorgverzekeraars en weer terugleggen bij de zorgprofessionals?

Het is aan zorgprofessionals om invulling te geven aan de zorgvraag die patiënten hebben. Het is aan de zorgverzekeraar om te bepalen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zorgverzekeringswet valt en dus vergoed mag worden vanuit de Zorgverzekeringswet. Daarnaast hebben zorgverzekeraars een zorgplicht. Deze zorgplicht geldt uiteraard ook voor mensen in hun laatste levensfase. Om te kunnen voldoen aan hun zorgplicht kopen zorgverzekeraars zorg in. In hun inkoopbeleid moeten ze rekening houden met de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. De NZa ziet toe op de wijze waarop de zorgverzekeraars hun taken uitvoeren en specifiek of zij aan hun zorgplicht voldoen. Zoals tijdens het plenaire debat over palliatieve zorg en stervensbegeleiding van 27 november jl. aangegeven ga ik met zorgverzekeraars in overleg waarover ik Uw Kamer in het eerste kwartaal van 2025 zal informeren.

¹³ Zie artikel 24 lid 1 van de Regeling medisch-specialistische zorg – NR/REG-2403a: «(...) Bij meerdere polikliniekbezoeken op één kalenderdag dient er sprake te zijn van afzonderlijke (niet aansluitende) polikliniekbezoeken.(...)»

De leden van de CDA-fractie zien in de verschillende regio's mooie initiatieven tot bloei komen maar merken ook op dat er regionale verschillen zijn. Is duidelijk wat de verschillende regionale behoeften zijn? Kan er een inschatting worden gemaakt van wat er de komende vier jaar nodig is aan palliatieve zorg thuis en aan palliatieve zorg in hospices? Dit vragen zij omdat mensen langer thuis wonen en ook graag in die laatste fase in een vertrouwde omgeving verblijven. Hoever staan de Integraal Zorgakkoord (IZA) Transformatieplannen Palliatieve Zorg op dit moment? Wat loopt goed en wat kan er beter?

Met het Onderzoek hospicecapaciteit dat in het kader van het NPPZ II (project Versterken hospicezorg) is uitgevoerd (rapport als bijlage 5) is een eerste stap gezet in het versterken van het hospicelandschap. Het geeft een beeld van het huidige landschap en de toekomstig benodigde capaciteit (landelijk en regionaal) en dient als een startpunt voor vervolgt-trajecten in de regio.

Zoals blijkt uit de tussenevaluatie NPPZ II (bijlage 3) was halverwege 2024 de stand van zaken dat tien regio's werken aan de IZA transformatie en er gesprekken zijn met nog eens vier regio's voor een opstart. Het feit dat de gesprekken zijn gestart betekent niet dat alle regio's ook al de snelle toets hebben doorlopen dan wel dat het Kwaliteitskader volledig is geïmplementeerd. Richting 2026 zijn er nu al verschillende acties ondernomen om de regio's te ondersteunen op weg naar deze transformatie. Belangrijk hierbij is dat er ook regio's zijn die niet aangesloten zijn bij de IZA transformatie, maar zelf wel bezig zijn met de implementatie van het Kwaliteitskader. NPPZ II neemt hier zijn rol om deze «best practices» te verzamelen en te delen, onder andere via een inspiratiegids. Andere acties zijn een zogenoemde praatplaat en de geboden ondersteuning voor regio's die alsnog willen meedoen met de IZA transformatie. IZA regio's vormen hiermee een vliegwiel voor de andere regio's¹⁴.

Klopt het dat ook de vraag voor palliatief terminale zorg voor speciale doelgroepen (bijvoorbeeld dak- en thuislozen maar ook mensen met psychiatrische problemen) toeneemt? Zo ja, zijn deze groepen goed bekend bij de diverse organisaties? Hoe wordt er voor deze groepen passende palliatieve zorg georganiseerd?

Specifieke cijfers over een toename van palliatieve (terminale) zorg voor doelgroepen als dak- en thuisloze mensen en mensen met psychiatrische problemen zijn mij niet bekend. Wel neemt de totale behoefte aan palliatieve zorg door vergrijzing toe. Het herkennen en organiseren van palliatieve zorg voor mensen die dak- of thuisloos zijn en mensen met psychiatrische problemen is vaak complex door een combinatie van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Verschillende tools, zoals het draaiboek palliatieve zorg voor mensen die dak- en thuisloos zijn, de toolkit proactieve palliatieve zorg in de ggz en de zelfscan palliatieve zorg voor zorgorganisaties, geven organisaties handvatten voor het tijdig herkennen van een palliatieve zorgbehoefte, proactieve zorgplanning, en het bieden van palliatieve zorg. In het vervolg van het project *Versterken Hospicezorg* zal ook aandacht zijn voor mogelijkheden voor palliatieve (terminale) zorg voor deze doelgroepen.

De leden van de SP-fractie maken zich zorgen over de dreigende sluiting van hospices, zoals bijvoorbeeld het Bethlehem Hospice in Nijmegen. Welke stappen gaat de Staatssecretaris zetten om te voorkomen dat hospices sluiten, waardoor minder mensen hier toegang toe hebben?

¹⁴ <https://nppz.org/transformatie-palliatieve-zorg/>

Hospices vervullen een onmisbare rol binnen onze samenleving. Berichten over hospices die hun deuren dreigen te sluiten roepen terecht zorgen op. Die zorgen neem ik zeer serieus. Inmiddels heb ik ten aanzien van de dreigende sluiting van hospice Bethlehem vernomen dat zorgaanbieder Kalorama onderzoek heeft gedaan naar manieren om kostendekkende zorg in het hospice te realiseren en hierin tot een oplossing is gekomen. Ik ben blij dat de zorg die door dit hospice wordt geleverd behouden blijft voor mensen in Nijmegen en omgeving. Een uitdaging waar hospices mee te maken kunnen hebben is een gebrek aan voldoende bedbezetting. Dit speelt bijvoorbeeld een rol in regio's waar mensen vaker thuis sterven. Via het project Versterken Hospicezorg worden naar aanleiding van het capaciteitsonderzoek regionale afspraken gemaakt over bedden capaciteit en zorgbehoefte, zodat de patiënt op de juiste plek de juiste zorg ontvangt. Door regionale samenwerking kan hospicezorg toekomstbestendiger worden ingericht en wordt de toegankelijkheid van hospicezorg beter geborgd.

De leden van de SP-fractie uiten ook hun zorgen over het gebrek aan solidariteit in bepaalde probleemwijken, waar sommige mensen weigeren ruimte te maken voor een hospice, zoals in Bloemendaal. Zij roepen de Staatssecretaris op om dit gebrek aan solidariteit aan te pakken. Is zij bijvoorbeeld bereid om de problematische sociaaleconomische segregatie in deze villawijken aan te pakken, om zo de solidariteit met andere groepen te stimuleren?

Ik ben blij dat er in Bloemendaal alles aan wordt gedaan om een plek te zoeken voor een nieuwe vestiging voor het hospice, ondanks de weerstand. Zo komt er tóch een hospice bij in deze gemeenschap. Hospices bieden essentiële zorg in de laatste levensfase en zijn daarmee een mooi voorbeeld van omzien naar elkaar, gemeenschapszin en solidariteit. Dit ondersteun ik van harte. De situatie in Bloemendaal is niet uniek. Plannen voor nieuwe hospices zijn eerder gestuit op weerstand van omwonenden, vaak komt dit door onbekendheid en angst rondom het overlijden. Ik vind het daarom belangrijk dat we als samenleving het taboe rondom de dood doorbreken. Een onderdeel van het NPPZ II is bijvoorbeeld maatschappelijke bewustwording over wat palliatieve zorg is en wat het voor iemand kan betekenen.

De leden van de SP-fractie zijn ten slotte van mening dat het momenteel teveel afhangt van welke zorgverzekeraar mensen hebben bij de vraag of zij toegang hebben tot de juiste palliatieve zorg. Hoe is de Staatssecretaris van plan om deze verschillen tegen te gaan, zodat iedereen toegang heeft tot de palliatieve zorg die zij nodig hebben?

De toegang tot palliatieve zorg is niet afhankelijk van de zorgverzekeraars. In Nederland heeft iedereen dezelfde toegang tot zorg die in het basispakket is opgenomen. In de regelgeving staat welke zorg in het basispakket zit en welke voorwaarden voor deze zorg gelden. De wijkverpleegkundige is verantwoordelijk voor het stellen van de indicatie en de zorgtoewijzing. Daarbij maakt de wijkverpleegkundige gebruik van het Normenkader voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving.

De leden van de ChristenUnie-fractie vragen de Staatssecretaris om vrijwilligers, in den breedte maar voor nu specifiek in de palliatieve zorg, uit te nodigen en mee te laten beslissen aan de tafels waar regioplannen en regiobeelden worden gemaakt en uitgewerkt. Deze leden zijn van mening dat de inzet van vrijwilligers, en mantelzorgers, cruciaal is in de transformatie van zorg. Dan is het niet meer dan logisch dat hun inzichten en belangen een plek krijgen op de plekken waar hierover wordt besloten

en plannen hiervoor worden uitgewerkt. Welke stappen gaat de Staatssecretaris zetten om ervoor te zorgen dat dit op regionaal niveau gaat gebeuren?

Ik vind het belangrijk dat niet alleen wordt gepraat over vrijwilligers, maar ook mét vrijwilligers. Binnen de IZA transformatie zet ik in op regionale samenwerking waar alle regionale partijen betrokken bij palliatieve zorg deel van uit maken. Daarbij pleit ik ervoor dat voor informele zorg nadrukkelijk aandacht is. Dit voorjaar is vanuit het NPPZ II de Strategische agenda Transformatie palliatieve zorg opgesteld. Deze richt zich op de integratie van palliatieve zorg binnen de reguliere zorg en vraagt een integrale aanpak vanuit alle partijen. Ik zal binnen dit project het belang van aandacht voor informele zorg en het betrekken van vrijwilligers en mantelzorgers bij de transformatieplannen benadrukken en een vinger aan de pols houden voor opvolging hiervan.

De leden van de ChristenUnie-fractie vinden het erg schrijnend als terminale patiënten geen intensieve thuiszorg ontvangen, vanwege onder andere budgetplafonds of contractafspraken van verzekeraars. Heeft de Staatssecretaris er zicht op in welke regio's palliatieve zorg het slechtst toegankelijk is? Hoe komt dit? Welke rol hebben zorgverzekeraars in de toegang? Is de Staatssecretaris bereid de NZa te vragen uit te zoeken wat de huidige toegankelijkheid is van palliatieve zorg thuis en welke zorgverzekeraars het aantal vergoede uren flink beperken? Wat hebben regio's die achterblijven nodig van de Staatssecretaris om de toegankelijkheid te verbeteren? Heeft de Staatssecretaris zicht op de mate waarin het ontbreken van contracten een belemmering is voor de zorg? Waarom zijn verzekeraars zo streng als ze weten dat zorgaanbieder en cliënt niet veel tijd hebben om meerdere keren een aanvraag te herzien? Vindt de Staatssecretaris dit terecht? Hoe vaak komt het voor dat zorgverzekeraars niet akkoord gaan met het zorgplan? Op grond waarvan zijn zorgverzekeraars gerechtigd om de indicatie in twijfel te trekken?

Ik ga met zorgverzekeraars in overleg om de problematiek rond omzetplafonds scherp te krijgen en goede afspraken te maken dat omzetplafonds geen gevolgen meer hebben voor mensen die palliatieve zorg nodig hebben. Ik zal bij mijn gesprekken deze vragen betrekken. Daarnaast wil ik in het aanvullende zorg- en welzijnsakkoord (IZWA) afspraken opnemen over omzetplafonds. Zoals ik tijdens het plenaire debat palliatieve zorg en stervensbegeleiding op 27 november 2024 heb aangegeven zal ik u in het eerste kwartaal van 2025 het resultaat van de gesprekken doen toekomen.

6. Onderzoek LUMC

Tijdens het genoemde debat van 27 november 2024 werd ik gewezen op een onderzoek dat is uitgevoerd voor het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL), in samenwerking met het Universitair Medisch Centrum Leiden (LUMC)¹⁵. Het lid Dobbe vroeg mij hoe ik kijk naar de aanbevelingen bij dit onderzoek en wat ik kan doen om zorgverleners die palliatieve zorg verlenen te ondersteunen.

Ik wil benadrukken dat ik net als het lid Dobbe vind dat zorgverleners in de palliatieve zorg belangrijk werk doen en dat het belangrijk is om hen daarbij goed te ondersteunen. Onderzoeken zoals die voor het IKNL en LUMC onderstrepen dat nog eens. Er wordt aanbevolen via het ABC-model te kijken naar de ondersteuning die zorgverleners in de palliatieve zorg nodig hebben: Aandacht (A), indien nodig gevolgd door

¹⁵ <https://iknl.nl/nieuws/2020/circa-een-op-vijf-zorgverleners-in-palliatieve-zorg>

Begeleiding (B) en Crisisinterventie (C)¹⁶. Ik herken in de aanbevelingen veel van de elementen van de Richtlijn Psychosociale Ondersteuning zorgverleners. Deze richtlijn is door ARQ ontwikkeld in samenwerking met partijen uit het veld¹⁷. Deze richtlijn werkt met een kringenmodel dat enigszins vergelijkbaar is met het bovengenoemde ABC-model.

Ik hecht er waarde aan dat onderzoeksbevindingen, aanbevelingen en richtlijnen beschikbaar zijn voor werkgevers in de zorg. Het is namelijk primair aan werkgevers om te zorgen voor een gezonde en veilige werkomgeving. Het goed omgaan met werk of gebeurtenissen met emotionele impact hoort daar ook bij. De richtlijn van ARQ of de aanbevelingen uit het onderzoek in de palliatieve zorg kunnen daarbij behulpzaam zijn en zal ik dan ook bij hen onder de aandacht brengen.

Ik wil hier ook de leidraad vakmanschap en werkplezier noemen. Deze is opgenomen in het regeerprogramma en wordt momenteel uitgewerkt. Daarin wordt (ook) specifiek aandacht gevraagd voor een gezonde en veilige werkomgeving en het terugdringen van verzuim. Onder andere door het Preventieplan Zorg en Welzijn te belichten. Dit is een data gedreven aanpak van verzuim en verloop. Onderdeel van deze aanpak is dat samen met medewerkers gekeken wordt naar oorzaken van en oplossingen voor verzuim. En dat ingespeeld wordt op de behoeften van medewerkers, (vooral) ook op organisatieniveau. Voor organisaties in de palliatieve zorg kunnen de bevindingen uit het onderzoek van LUMC en IKNL waardevolle handvatten bieden.

7. Tot slot

In deze brief heb ik een terugblik gegeven op de resultaten uit de programma's tot nu toe en een vooruitblik op volgend jaar en in de verdere toekomst. Als mensen de boodschap hebben gekregen dat ze niet meer beter zullen worden, moeten zij kunnen rekenen op goede palliatieve zorg. Nu en in de toekomst. Zij moeten kunnen kiezen voor behandelingen die passen bij hun persoonlijke wensen. Daarom is het belangrijk dat ze weten welke mogelijkheden er zijn en hier zelf tijdig over nadenken. De komende jaren wordt gewerkt aan meer maatschappelijke bewustwording over palliatieve zorg. Bijvoorbeeld met de campagne «Leven tot het laatst» die oktober dit jaar is gestart¹⁸.

Daarmee draagt het kabinet bij aan de normalisering van palliatieve zorg in de samenleving voor alle mensen van alle leeftijden.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
V. Maeijer

¹⁶ Dijkhoorn, Care about care for healthcare professionals providing palliative care. Doctoral Thesis Care about care for healthcare professionals providing palliative care | Scholarly Publications (universiteitleiden.nl)

¹⁷ Beleidsrichtlijn psychosociale ondersteuning zorgprofessionals. Een handreiking voor de praktijk bij ingrijpende gebeurtenissen. Richtlijn Psychosociale Ondersteuning Zorgprofessionals | ARQ

¹⁸ <https://overpalliatievezorg.nl/leventothetlaatst>