

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

236

Vragen van de leden **Bruins Slot** en **Keijzer** (beiden CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het voorkomen van onnodige ziekenhuisopnames in de laatste levensfase* (ingezonden 29 augustus 2014).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 13 oktober 2014). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 10

Vraag 1

Bent u bekend met het proefschrift «Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life, perspectives of GP's, Nurses and Family Carers»? Wat is uw mening over de conclusie dat huisartsen de optie «niet behandelen en geen diagnostiek in het ziekenhuis» bij ongeneeslijk zieke patiënten niet altijd bespreken?¹

Antwoord 1

Ja. Ik verwijs hiervoor naar mijn eerdere antwoord op vragen van het Kamerlid Dijkstra (D66)² over het bericht dat artsen vinden dat ernstig zieke patiënten te lang worden doorbehandeld.

Vraag 2

Wat vindt u van de suggestie die in het genoemde proefschrift wordt gedaan om te realiseren dat huisartsen de optie «niet behandelen en geen diagnostiek in het ziekenhuis» bij mensen die ongeneeslijk ziek zijn altijd aan de orde brengen als er een geneeskundig probleem is?

Antwoord 2

Het voeren van gesprekken over het naderende levenseinde moet een kerncompetentie van artsen zijn. Ik ben het daarom eens met de suggestie dat huisartsen, maar ook andere artsen, de optie «niet behandelen» aan de orde stellen bij mensen die ongeneeslijk ziek zijn. Daarbij dient gerealiseerd te worden, zoals ik in mijn antwoord op eerdere Kamervragen ook heb

¹ Ria de Korte-Verhoef, «Reasons and avoidability of hospitalisations at the end of life, perspectives of GPs, nurses and family carers». Zie ook artikel «Terminale patiënt ligt vaak onnodig in het ziekenhuis» in *Trouw*, 28 augustus 2014

² Antwoord op vragen van het Kamerlid Dijkstra (D66) van 19 juni 2012 over het bericht dat artsen vinden dat ernstig zieke patiënten te lang worden doorbehandeld (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2011–2012, nr. 2834).

aangegeven, dat patiënten en familie niet zelden zelf kiezen voor doorbehandelen totdat alle behandelopties uitgeput zijn. De keuze die arts en patiënt samen maken kan ook het kiezen voor kwaliteit van leven zijn, maar vergt dan soms ook een cultuuromslag aan de kant van de patiënt en zijn familie. In het Nationale Programma Palliatieve Zorg zullen relevante onderwerpen als vergroten van bewustwording, cultuur, deskundigheidsbevordering bij artsen en advance care planning zeker aan de orde komen.

Vraag 3

Wat is de stand van zaken van het «kijk- en luistergeld» voor specialisten waarin zij niet worden vergoed voor een verrichting maar voor het voeren van anticiperende gesprekken over het levenseinde?

Antwoord 3

Verzekeraars en aanbieders hebben, binnen de huidige bekostiging, de mogelijkheid om een tarief voor zogenaamd «kijk- en luistergeld» af te spreken. De NZa heeft, in overleg met veldpartijen, in 2013 geconcludeerd dat het aanvullend op de huidige mogelijkheden in de bekostiging wenselijk is deze zorg ook transparant te maken. Dat maakt het ook voor aanbieders en verzekeraars makkelijker aparte afspraken te maken hierover. Ziekenhuizen kunnen daarom per 1 januari 2014 een zorgactiviteit voor een zogenaamd «intensief consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties» registreren als onderdeel van een DBC. De mogelijkheden om deze ruimte te creëren nemen nog verder toe bij de invoering van integrale tarieven per 2015, waarmee de honorariumcomponent van de medisch specialisten komt te vervallen.

Vraag 4

Bent u bereid het kijk- en luistergeld ook beschikbaar te stellen voor huisartsen aangezien uit het proefschrift blijkt dat als huisartsen vaak visites bij patiënten aan het levenseinde afleggen, er minder patiënten worden opgenomen?

Antwoord 4

Huisartsen ontvangen voor elke ingeschreven verzekerde een inschrijftarief dat los staat van de zorg die de patiënt ontvangt. Daarnaast kan een huisarts als hij bij de patiënt op visite gaat hiervoor ook een prestatie declareren. Met de invoering van het nieuwe bekostigingsmodel krijgen aanbieders en verzekeraars meer ruimte om afspraken te maken over het belonen van uitkomsten en substitutie van zorg. Als dit een thema is waar partijen extra afspraken over willen, dan is dit dus ook mogelijk.

Vraag 5

Op dit moment zijn er steeds meer huisartsen en wijkverpleegkundigen die met elkaar afspraken maken over patiënten die ongeneeslijk ziek zijn, de zgn. palliatieve thuiszorggroepen (PaTz groepen); momenteel staat hier geen financiering tegenover; kunt u aangeven of financiering geboden kan worden voor de wijkverpleging die dit soort overleggen uitvoert?

Antwoord 5

Op dit moment kan de wijkverpleging het deelnemen aan Patz overleg als continuïteitsbezoek declareren, maar dat is op langere termijn geen passende oplossing. Ik heb daarom eerder dit jaar al contact laten opnemen met de Nza en de stichting Patz om te zien wat er nodig is om tot meer structurele financiering te komen. Belangrijk is dat de methodiek breed wordt gedragen en door alle beroepsgroepen en verzekeraars wordt onderschreven. Hier wordt nu als eerste naar gekeken. Vervolgens kan worden bezien hoe de Patz aanpak het best en meer structureel financiering kan krijgen.

Vraag 6

Onduidelijk is of zorgverzekeraars palliatieve zorg door wijkverpleegkundigen in de vorm van continue monitoring en begeleiding van palliatieve patiënten integraal kunnen blijven geven tot aan het sterven; kunt u toelichten of deze zorg, die voorheen wijkverpleegkundige zorg voor advies, informatie en voorlichting (AIV) werd genoemd, ook in het nieuwe zorgstelsel gegeven kan worden?

Antwoord 6

Ook in de Zorgverzekeringswet zal in 2015 de prestatie Advies, instructie en voorlichting (AIV) blijven bestaan.