

Vergaderjaar 2023–2024

29 509

Palliatieve zorg

Nr. 83

VERSLAG VAN EEN COMMISSIEDEBAT

Vastgesteld 1 juli 2024

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 10 april 2024 overleg gevoerd met mevrouw Helder, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister voor Langdurige Zorg en Sport d.d. 14 december 2023 inzake stand van zaken palliatieve zorg en geestelijke verzorging (Kamerstuk 29 509, nr. 76).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De fungerend voorzitter van de commissie,
Agema

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Voorzitter: Agema
Griffier: Heller

Aanwezig zijn zes leden der Kamer, te weten: Agema, Dobbe, Hermans, Joseph, Paulusma en Slagt-Tichelman,

en mevrouw Helder, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 10.00 uur.

De voorzitter:

Goedemorgen. Ik open dit debat van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het commissiedebat gaat over de stand van zaken palliatieve zorg en geestelijke verzorging, en uiteraard over wijkverpleging als overkoepelend onderwerp. We hebben een spreektijd afgesproken van drie minuten per fractie.

Ik heet van harte welkom de Minister van VWS en mijn collega's: mevrouw Hermans namens de VVD, mevrouw Slagt-Tichelman namens GroenLinks-PvdA, mevrouw Paulusma namens D66, mevrouw Joseph namens NSC en mevrouw Dobbe namens de SP. Ik stel voor negen woordmeldingen in het hele debat, eerste én tweede termijn. Als u dat goedvindt, gaan we het zo doen.

Dan geef ik als eerste het woord aan mevrouw Hermans.

Mevrouw Hermans (VVD):

Dank u wel, voorzitter. Maandag zaten we hier ook en toen had ik zestien minuten spreektijd of zo. Om het dan nu in drie minuten te kunnen doen, daarvoor moet ik even mijn best doen. Maar daar ga ik.

Voorzitter, dank u wel. «De kracht van wijkverpleging is contact maken. Als wijkverpleegkundige maak je contact met iemand en bouw je een vertrouwensrelatie op. Vanuit die relatie bepaal je samen wat helpt om het leven zo goed mogelijk te leiden, met alle uitdagingen die er zijn.» Een mooi en treffend citaat van Wil van der Laar, bestuurder van ActiZ. De wijkverpleegkundige komt bij je thuis, de plek waar je woont en zo lang mogelijk wilt blijven, met hulp van de mensen om je heen, als dat kan natuurlijk, met de inzet van innovatieve hulp- en ondersteuningsmiddelen en met de zorg die je nodig hebt. Dat is hoe het moet uitpakken voor mensen die gebruikmaken van wijkverpleging.

Hoe we de wijkverpleging organiseren en op termijn bekostigen, moet daaraan ondersteunend zijn. De stap naar cliëntprofielen vindt de VVD daarom een goede beweging, omdat het bijdraagt aan de beste zorg en ondersteuning voor mensen thuis. De uitwerking roept nog wel een aantal vragen op. Blijft in het werken met cliëntprofielen maatwerk mogelijk bij het indiceren? Hoe gaat het gebruik van de profielen in de praktijk bijdragen aan meer inzet op preventie, ondersteuning die mensen helpt zichzelf weer te kunnen redden, en meer inzet van innovatieve hulpmiddelen die als zodanig niet genoemd worden in de profielen?

Integrale prestaties zijn niet toepasbaar op zorg die geleverd wordt zonder dat daar afspraken met zorgverzekeraars onder liggen, de zogenaamde ongecontracteerde zorg. Verandert het nieuwe experiment hier iets aan? Werken met cliëntprofielen moet veel inzicht gaan opleveren in de zorgvraag in regio's. Hoe worden die inzichten onderdeel van de opleiding? Wordt werken met het draagkracht-draaglastmodel ook onderdeel van de opleiding?

Voorzitter. Dan de casemanager dementie, onmisbaar in het goed organiseren van zorg voor mensen met dementie. Mijn oud-collega Jacqueline van den Hil stelde samen met collega Agema voor om te onderzoeken wat de kosten en baten zijn van de inzet van casemanagers en hierbij een aparte betaaltitel voor casemanagers te betrekken. Is het

onderzoek hiernaar inmiddels uitgezet en worden de casemanagers ook betrokken bij de ontwikkeling en invoering van de cliëntprofielen? Voorzitter. Tot slot de palliatieve zorg ofwel levenseindezorg. We moeten en mogen de dood niet wegstoppen in de zorg. Dat vraagt ook wat van opleidingen. Bij een bijeenkomst afgelopen maandag begrepen wij van een arts dat voor levenseindezorg in de basisopleiding van artsen geen of maar beperkt tijd is ingericht. Uit projecten van bijvoorbeeld ZonMw blijkt dat oplossingen hiervoor niet moeilijk hoeven te zijn, bijvoorbeeld door in het onderwijs een wat ik maar even «een reguliere casus» noem, te vervangen door een levenseindecasus. Dit soort simpele oplossingen kunnen een wereld van verschil maken. Kan de Minister hier werk van maken?
Dank u wel.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel, mevrouw Hermans, voor uw mooie woorden, óók over de wijkverpleging. Mevrouw Hermans begon haar inbreng met het doel van de wijkverpleging en met hoe belangrijk die is, zodat mensen hun leven kunnen leiden. Ze zei ook dat de manier van financiering daar ondersteunend aan moet zijn. Onze vraag is de volgende. We hebben het hier vandaag over verschillende manieren van financieren en het experiment dat loopt, maar daar ligt natuurlijk het systeem onder zoals wij dat hebben georganiseerd met zorgverzekeraars. Hoe vindt mevrouw Hermans hoe het op dit moment gaat met dat systeem?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Juist om die reden, omdat het beter kan, denken wij dat de cliëntprofielen een belangrijke bijdrage kunnen leveren om de zorg zo te organiseren dat die meer gericht is op wat mensen nodig hebben, om het gesprek tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders, ook aanbieders van wijkverpleging, meer te laten gaan over de inhoud en de kwaliteit van zorg dan over waar het voor begin van het vorige experiment vooral over ging, namelijk de uren geleverde zorg. Het werd heel erg een gesprek over facturen, zal ik maar zeggen, terwijl je natuurlijk een gesprek wilt over de kwaliteit en de inhoud van zorg. Dat kan veel beter, in eerste instantie op basis van die integrale tarieven. Straks krijgen wij op basis van die cliëntprofielen allerlei inzichten: wat is nou precies de zorgvraag in een bepaalde regio en een bepaalde organisatie? Hoe wordt daar zorg op geleverd door de wijkverpleegkundige, met digitale ondersteuning? Al die kennis bij elkaar moet ertoe leiden dat het gesprek tussen zorgverzekeraar en -aanbieder beter wordt, niet omdat dat gesprek op zichzelf een doel is, maar omdat daarmee de zorg voor mensen thuis beter wordt.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank voor het antwoord daarop. Zoals wij het zien, is dit een poging om een pleister te plakken op een systeem dat eigenlijk niet werkt. Als we de zorgverzekeraars in het systeem houden, moeten we allerlei dingen doen – dit is daar een voorbeeld van; het zou wel een verbetering kunnen zijn – in een systeem dat eigenlijk niet werkt. Zouden we er niet naartoe moeten om te zeggen: we laten onze zorg niet meer over aan de zorgverzekeraars, maar we gaan over naar bijvoorbeeld een nationaal zorgfonds? Moeten we niet in ieder geval de zorgverzekeraars ertussenuit halen, zodat we niet allerlei kunstgrepen hoeven te verzinnen om te kijken hoe we het toch beter kunnen regelen?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Het risico is dat we nu terecht komen in een stelseldiscussie, wat ik echt zonde zou vinden, omdat die zou leiden tot een jarenlange discussie in zaaltjes en in de plenaire zaal, die helemaal niets verandert aan de zorg voor mensen thuis. Ik geloof niet in de oplossing die mevrouw Dobbe

voorstelt. Ik denk dat we alles op alles moeten zetten – daar hoort deze ontwikkeling bij – om het gesprek niet te laten gaan over specifieke handelingen en facturen, maar over het type zorg dat nodig is en geleverd moet worden en over de kwaliteit die wij daarvan verwachten van aanbieders. Dat gesprek over inhoud en kwaliteit moet en kan beter. Wat ons betreft gaat deze ontwikkeling daaraan bijdragen.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit is toch jammer, want wat ons betreft zouden we juist wel een stelsel discussie moeten voeren. Anders blijven we jarenlang doormoderen. Wanneer wij spreken met wijkverpleegkundigen of andere zorgverleners, horen wij dat het niet goed gaat. Het is natuurlijk goed dat we dan zoeken naar manieren – dit is dan zo'n manier – om te kijken hoe het beter kan en hoe we stappen kunnen zetten om te zorgen dat zorgverleners worden verlost van die oneindige bureaucratie en het hebben van weinig zeggenschap. Op dit moment hebben ze namelijk veel te weinig te zeggen over hun werk, omdat anderen daarover bepalen. Als we die discussie echt willen voeren en echt oplossingen zoeken, moeten we het juist ook hebben over het stelsel. Ik zou de VVD willen uitdagen om af te stappen van de dogmatische behandeling daarvan uit het verleden en eens te kijken naar echte oplossingen. Laat ik er een vraag bij stellen, want dan mag u er ook op reageren: wilt u hierop reflecteren?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Als je ziet dat dingen niet goed gaan of beter kunnen, moet je altijd openstaan voor discussie en het debat daarover aangaan. Voordat we het experiment met de integrale tarieven in gingen, vond ik dat het in de wijkverpleging heel erg gericht was op uurtje-factuur. De debatten over de vijfminutenregistratie liggen bij mij ook nog vers in het geheugen. Vervolgens komt de vraag: moet je nou een heel stelsel op z'n kop zetten en tien jaar lang over wetten en nieuwe systemen gaan discussiëren, of ga je gewoon in het hier en nu aan de slag? Ik kies voor dat laatste, omdat ik erin geloof dat zorgverzekeraars een belangrijke rol vervullen in de wijze waarop wij de zorg met elkaar georganiseerd hebben. Maar er kunnen dingen beter. Dit is daar één onderdeel van: dat het gesprek gaat over inhoud en kwaliteit en dat daar zeggenschap van de zorgprofessionals, in dit geval van de wijkverpleegkundigen, bij hoort. Dat ben ik helemaal met u eens. Vandaar mijn vraag aan de Minister: blijft voor wijkverpleegkundigen de ruimte voor maatwerk bij het indiceren goed overeind? Ik begon niet voor niks met dat citaat van de bestuurder van ActiZ: de wijkverpleegkundige is namelijk degene die bij de persoon thuis komt, het gesprek voert, een vertrouwensrelatie opbouwt en weet wat er nodig is. Dat geldt voor het nu, maar op basis van de cliëntprofielen zullen we ook steeds meer inzicht krijgen in hoe de zorgvraag, de ondersteuningsvraag, zich gaat ontwikkelen. Dan kan de wijkverpleegkundige daar ook op anticiperen.

De **voorzitter**:

Iemand anders nog? Ja, mevrouw Slagt-Tichelman.

Mevrouw **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA):

Ik hoor de VVD zeggen dat ze heel erg voor het draagkracht-draaglastmodel zijn. Daarbij vinden ze GroenLinks-PvdA aan hun zijde, maar wij plaatsen daar ook kanttekeningen bij. De voorgangster van mevrouw Hermans, mevrouw Van den Hil, had daar ook kanttekeningen bij, omdat we dan een lange periode van mogelijk dubbele administratieve lasten hebben voor de wijkverpleging. Hoe kijkt de VVD daar nu tegen aan? Hoe kunnen we volgens hen die periode van twee jaar van mogelijk dubbele administratieve lasten voor de wijkverpleging korter maken?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Natuurlijk moeten we oog hebben voor de administratieve lasten. Ik weet niet op welke dubbele last mevrouw Slagt-Tichelman hier exact doelt, maar ik ben het er wel mee eens dat wanneer je met deze cliëntprofielen gaat werken, de doelgroepenregistratie van Zorgverzekeraars Nederland moet stoppen, want anders ben je twee keer hetzelfde aan het registreren, als dat de dubbele registratie is die zij bedoelt. Ik heb het zo begrepen dat dat inderdaad zo is: op het moment dat er in 2025 met die profielen gewerkt gaat worden, hoeft die doelgroepenregistratie niet meer. Als dat anders is, hoor ik dat graag van de Minister, want dan lijkt me dat een beetje dubbelop.

Mevrouw **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA):

GroenLinks-PvdA heeft daar onduidelijkheid over, want wij hebben ook gehoord dat de bekostiging nog niet direct overgaat, maar dat dat een traject is, stap voor stap, dat tot 2029 loopt. Wanneer gaan we dus over? Worden er dubbele dingen geregistreerd? Is er alsnog een urenregistratie? Dat woord hoor ik namelijk ook nog steeds. Wij willen dat voorkomen. Ik vind het fijn dat die vragen aan de Minister voorliggen.

De **voorzitter**:

Ik wacht heel even totdat de bel is uitgerinkeld voordat ik mevrouw Joseph het woord geef. Dit is een bel van een minuut voor het begin van de plenaire vergadering.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Mevrouw Hermans refereert heel veel aan de uitwisseling van kennis en data tussen zorgverzekeraars en zorgverleners, maar er gaan al heel veel data naar de zorgverzekeraars. Wij vragen ons af wat de zorgverzekeraars met deze kennis gaan doen. Hoe denkt de VVD te kunnen voorkomen dat hier misbruik van wordt gemaakt?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Misschien moet ik even vragen op welk soort misbruik mevrouw Joseph doelt.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Een voorbeeld is dat zorgverzekeraars nu incontinentieprofielen maken en bepalen welk materiaal je wel of niet mag dragen, of dit nu werkt of niet. Dat is heel gênant voor patiënten en werkt vaak niet goed.

De **voorzitter**:

Ik zal deze interruptie niet meetellen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik probeer het echt goed te begrijpen om een goed antwoord te kunnen geven. Het gaat u er dus om of zorgverzekeraars zich gaan bemoeien met wat voor zorg er geleverd moet worden en dat zij dat niet overlaten aan de professionaliteit of de autonomie van de wijkverpleegkundige. Is dat hoe ik uw vraag moet interpreteren?

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ja, dat klopt.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik ben daar eigenlijk niet zo bang voor. Tot een aantal jaar geleden ging het echt alleen maar over een specifieke handeling; dat was het uurtje-factuurkje dat ik al een paar keer genoemd heb. De hele gedachte is nu om informatie te verzamelen over de zorgvraag van mensen, vanuit draagkracht en draaglast geredeneerd, om ervaringen bij elkaar te brengen en

op die manier zorg die goed werkt of het beste werkt, breder te kunnen delen, op grond van ervaringen van wijkverpleegkundigen. Ik denk dus dat het juist helpt om het risico dat mevrouw Joseph schetst, kleiner te maken.

De voorzitter:

Mevrouw Joseph, niet meer?

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Nee, dat gaat ten koste van mijn woordmeldingen.

De voorzitter:

Dat klopt. Dan gaan we luisteren naar mevrouw Slagt-Tichelman.

Mevrouw **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Voor de wijkverpleging is een wijkgerichte aanpak nodig, met wijkgerichte afspraken. In sommige wijken in Kampen zijn wel vijf verschillende zorgaanbieders actief. In een grote stad kan dat oplopen tot twintig per wijk. Iedereen werkt door de hele stad en niemand werkt meer alleen in de wijk. Dat kan beter. Hoe mooi is het om in elke buurt een echt wijkgebonden zorgteam te hebben, dat de buurtbewoners en andere zorgverleners en welzijnsorganisaties goed kent? We hebben een tekort aan zorgverleners, dus laten we er optimaal gebruik van maken. Stop de onnodig lange ritten en organiseer de wijkverpleging op wijkniveau. Hoe gaat de Minister dat inzetten?

Voorzitter. In de wijk moet de zorgverlener de ruimte krijgen om de zorg te geven die nodig is en om die juist te kunnen indiceren. Wij staan achter het draagkracht- en draaglastmodel. De cliëntprofielen zijn een stap in de goede richting. Maar het is niet genoeg. We kunnen veel meer doen. De wijkverpleegkundige gaat een lang traject in. Ik heb net al gevraagd of de administratieve lasten de komende tijd niet te veel zijn. Waarom vertrouwen we de zorgverlener niet en laten we haar niet meer holistisch indiceren wat zij vanuit haar professionele expertise nodig acht?

Vanuit dat holisme vraag ik ook aandacht voor de spoedhulpmiddelen. Maak het mogelijk dat wijkverpleegkundigen zelf medische hulpmiddelen, inclusief spoedhulpmiddelen, kunnen aanvragen, zonder aparte brief of handtekening van de huisarts of andere zorgverleners. Hoe kijkt de Minister hiernaar?

Voorzitter. Nu aandacht voor het volgende: ouderen die thuis wonen en naar tevredenheid wijkverpleging hebben ontvangen, maar bij wie de gezondheid achteruitgaat, zodat ze een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg, vallen niet meer onder de Zorgverzekeringswet. De 22.000 ouderen die nu op de wachtlijst staan, moeten, gelukkig niet altijd maar soms wel, wisselen van zorgverlener, omdat hun zorgverlener niet wordt gecontracteerd door het zorgkantoor. Waarom kan deze tijdelijke zorg niet ook vanuit de Zvw worden bekostigd? Of, waarom kan het zorgkantoor de bestaande zorgverlener niet contracteren? In de Wlz is een apart experiment voor uniformiteit opgezet. De resultaten hiervan komen in de zomer, hebben we vernomen. Kijk hierbij naar de ontschotting en schuif dit naar de Zvw. Vraag in het veld bij ouderen uit, thuis en bij hun mantelzorgers, of dit echt wenselijk is. Want regelmatig krijgen wij geluiden dat men een ongewenste zorgval ervaart.

Op de vraag om randvoorwaarden te creëren die de samenwerking bevorderen, geeft het Ministerie van VWS als reactie dat ze gaan monitoren en zo nodig gaan ingrijpen en bemiddelen als er sprake is van verschillende inzichten. Onze vraag aan de Minister hierbij is: wat gaat VWS actief zelf doen om betere randvoorwaarden te scheppen, bij palliatieve zorg maar ook bij de wijkverpleging? Aan welke ontschottende financiële randvoorwaarden kan de Minister nog een bijdrage leveren?

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dank u wel. Ik ging er eigenlijk van uit dat we vier minuten hadden, dus ik ga heel hard mijn best doen.

Voorzitter. Ik wil niet per se mijn leeftijd prijsgeven, maar het is ruim 25 jaar geleden dat ik mijn carrière als wijkverpleegkundige begon, met papieren dossiers in de fietstassen, het registreren van handelingen en de poging om routes zo vol mogelijk te houden. Ik had heel veel plezier in mijn werk, maar ergens bekwam mij ook wel het gevoel van gebrek aan autonomie. Want de route, en daarmee de productie, was leidend.

25 jaar later is niet alleen onze vraag naar zorg veranderd maar ook wat we vragen van zorgverleners, en wellicht nog wel het belangrijkste: wat verpleegkundigen vinden wat bij hun vak hoort en wat niet. Voor D66 staan de wijkverpleegkundigen vandaag, maar eigenlijk elke dag, voorop. Ik sprake er velen, zeker ook in aanloop naar dit debat. En overal komt de roep om professionalisering van het beroep en autonomie van de professional terug, om van ziekte en zorg naar een benadering van gezondheid en regie te gaan. Die oproep vanuit de wijkverpleegkundigen zie ik terug in de cliëntprofielen voor de wijkverpleging, die niet zonder wijkverpleegkundigen maar mét wijkverpleegkundigen zijn gemaakt, uitgaande van uitkomsten en niet van productie, waarbij samenwerking vooropstaat.

Voorzitter. Ik heb hier vaker een pleidooi gehouden voor nurse-led zorg. Ik zie de invoering van de cliëntprofielen en de nieuwe bekostiging van de wijkverpleging hierin een waardevolle rol spelen. Wel wil ik graag van de Minister weten hoe ze de samenwerking tussen de verschillende partijen, van zorgaanbieder tot de Patiëntenfederatie, borgt, want juist in deze diversiteit zit volgens mij de kracht die deze beweging nodig heeft om van het wijkverpleegkundige beroep het mooiste beroep te maken.

Voorzitter. Het is ook een beetje een gek debat, want er stond maar één stuk op de agenda, namelijk de brief over de palliatieve zorg. D66 vindt dit een dusdanig belangrijk onderwerp dat wij er een plenair debat over aangevraagd hebben. Maar de Kameragenda is grillig en ik vind het belangrijk om er ook nu al iets over te zeggen. Maandag was ik bij een heel waardevolle expertsessie over zorg rond het levenseinde, georganiseerd door Carend, het Expertisecentrum Euthanasie en de NVVE. Wat mij het meeste is bijgebleven, is de nuchtere constatering dat iedereen doodgaat. We hebben het er alleen veel te weinig over. Dat heeft verdrietige consequenties. Want een op de drie patiënten ontvangt niet de door hen gewenste zorg in de laatste levensfase. Vier van de vijf zorgverleners vinden van zichzelf dat ze onvoldoende geschoold zijn in palliatieve zorg, en ervaart dat gemis ook dagelijks.

Als wijkverpleegkundige heb ik ook heel veel met palliatieve zorg te maken gehad. Dat is heel indrukwekkend en heel intensief. Je kunt het maar één keer goed doen, en die druk is groot. Het is een van de redenen voor jonge verpleegkundigen om uit het vak te stappen. Zonder hier het hele plenaire debat alvast te doen en ook gelet op de tijd, heb ik één vraag voor de Minister. Zoals ze zelf ook al in haar brief aangeeft, is palliatieve zorg gericht op het voorkomen of verlichten van het lijden van mensen die niet meer beter worden. Daarbij is het uitgangspunt van het VWS-beleid dat mensen zich bewust zijn van het levenseinde en zo veel mogelijk kunnen sterven op de plek van voorkeur.

Voorzitter. Wat ik zelf altijd heel ingewikkeld vond en ook van vele professionals terugkrijg, is dat we heel erg ons best doen – maar niet altijd genoeg – vóór het sterven, maar dat van nazorg heel vaak geen sprake is. Terwijl dat voor nabestaanden maar ook voor professionals essentieel is om de zorg te verbeteren, maar ook om het te dragen. Het woord «nazorg» komt in de brief van de Minister geen enkele keer voor. Ik ben

benieuwd waarom. Deelt de Minister met mij dat nazorg ook een essentieel onderdeel is in de palliatieve zorg, juist ook om jonge verpleegkundigen vast te houden?

Dank u wel.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Slagt-Tichelman heeft nog een vraag voor u.

Mevrouw **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA):

Hoe kijkt mevrouw Paulusma naar cliëntprofielen? Ziet zij ook dat cliëntprofielen een mogelijke bijdrage kunnen leveren aan het tegengaan van onderbehandeling? Soms hebben mensen wijkverpleegkundige hulp en ontvangen ze niet de hoeveelheid hulp die ze nodig hebben. Hoe zouden cliëntprofielen daar een bijdrage aan kunnen leveren?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik zei ook in mijn betoog: 25 jaar later is wat verpleegkundigen vinden dat bij hun vak hoort, ook verandert ten opzichte van de tijd waarin ik begon. Ik denk dat verpleegkundigen heel terecht een oproep doen om ervoor te zorgen dat zij hun werk kunnen doen en dat veel van wat in de thuiszorg gebeurt, eigenlijk niet bij wijkverpleegkundigen hoort. Het is heel vaak ook een roep om eenzaamheid, een gebrek aan een netwerk. Soms hebben mensen zorgen of vinden ze iets heel erg spannend. Ik denk dat wijkverpleegkundigen uitstekend in staat zijn, juist ook met die cliëntprofielen, om te kijken wat er nou meer nodig is dan de vraag die bij hen op tafel ligt. Voor mij is dat onderbehandeling: als we niet kijken naar wat er nog meer speelt. Het gaat om de vraag: doen wij daar genoeg aan en zijn wij daar als wijkverpleegkundigen de meest geschikte persoon voor? In de gesprekken die ik gehad heb, is dit wel een van de grote thema's. Dat is dat we terug moeten naar waar professionals voor opgeleid zijn en dát steeds beter doen. En we moeten ervoor zorgen dat mensen die andere noden hebben, die eigenlijk niet met zorg te maken hebben, door anderen geholpen worden of juist dat zetje krijgen om weer naar bijvoorbeeld de bridgeclub of de dagbesteding te gaan. Zo blijft zorg, en spreken we voor een heleboel andere zaken andere mensen aan.

De voorzitter:

Is er nog een vervolgvraag?

Mevrouw **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter, dat is dan mijn laatste interruptie. Ik heb mevrouw Paulusma gehoord. Er zijn inderdaad boven op de wijkverpleging veel meer dingen nodig in een sociale context en op preventiegebied. Is mevrouw Paulusma net als wij heel erg nieuwsgierig naar de wijze waarop preventie een rol krijgt in deze cliëntprofielen? En is zij ook benieuwd naar eventueel straks de bekostiging ervan, zodat de wijkverpleegkundige echt in haar kracht komt te staan?

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Het moet gaan over de wijkverpleegkundige in zijn of haar kracht, maar ook over de patiënt. Ik kijk naar de cliëntprofielen – en daar maakt mijn oud-verpleegkundig hart een sprongetje van – heel erg gerelateerd aan het verpleegkundig proces, waarin juist preventie van oorsprong al een hele grote rol had, maar we die eigenlijk niet goed op waarde hebben geschat. Dat gaat door deze koppeling véél meer een plek krijgen. Ik vind de vraag over financiering heel interessant. De discussie gaat natuurlijk altijd over de kosten en de baten. Maar ik denk dat de verpleegkundige bij uitstek de beroepsgroep is om waarde te hechten aan preventie en daar ook in de praktijk invulling aan te geven.

De voorzitter:

Ik kijk nog even heel zorgvuldig rond. Ik geef het woord aan mevrouw Joseph namens NSC.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Dank u wel, voorzitter. Voor dit debat over wijkverpleging – het werd net al gezegd – staat er een brief over palliatieve zorg geagendeerd. Als ik zo'n soort brief lees vanuit Nieuw Sociaal Contract, ben ik eigenlijk naar een paar dingen benieuwd.

Het eerste is als volgt. Wat is de visie van de Minister op goede palliatieve zorg? Ziet de Minister knelpunten om die visie te bereiken? En, indien er meerdere knelpunten zijn – wat ik gegeven de brief wel vermoed – wat is dan haar top drie? Waar ligt zij echt wakker van als het gaat om het organiseren van goede palliatieve zorg? Hoe wil de Minister die top drie aan knelpunten concreet gaan oplossen? Ik las de antwoorden op die vragen niet direct terug in de brief, maar ik hoop dat de Minister daar zo meteen in haar beantwoording op in kan gaan.

De inhoud van de brief zelf maakt mij eerlijk gezegd niet heel veel wijzer. Gelukkig begrijp ik vanuit de praktijk dat er heel veel gebeurt op het gebied van palliatieve zorg wat betreft onderzoek, kennis en verbeteringen. Maar er zijn ook problemen, bijvoorbeeld als het gaat om zorgverzekeraars en palliatieve zorg. Er zijn problemen waarbij mensen geen goede zorg krijgen door vergoedingsproblematiek. Zo is de 24 uursthuiszorgvergoeding in de terminale fase al langer een punt van discussie. Kan de Minister een uitleg geven over waar dit nu precies misgaat en hoe dit kan worden opgelost?

Daarnaast horen we dat er veel registratielasten zijn voor het verkrijgen van hulpmiddelen en dat leveranciers hulpmiddelen niet altijd met spoed leveren. Kan de Minister zorgen voor uniformiteit in de aanvraagformulieren voor hulpmiddelen? En kan de Minister ook de omslachtige systemen van uitvoeringsverzoeken herzien? De wijkverpleegkundigen en zorgprofessionals moeten weer het vertrouwen krijgen. Ik heb nog een vraag. Hoe gaat de Minister ervoor zorgen dat leveranciers zich aan de afspraken houden als er met spoed hulpmiddelen geleverd moeten worden?

Het experiment met de cliëntprofielen stond niet op de agenda, maar een aantal mensen hebben het hier al genoemd. We hebben er net een technische briefing over gehad. Ook Nieuw Sociaal Contract heeft nog vragen bij dit experiment. We lezen wel de doelen van het beoogde nieuwe bekostigingssysteem terug, zoals meer preventie en meer ruimte voor de professionals, maar het is ons gewoon nog niet duidelijk hoe die nieuwe cliëntprofielen hieraan gaan bijdragen. Kan de Minister misschien toelichten hoe het mechanisme achter de cliëntprofielen werkt en hoe we dan meer preventie en meer ruimte voor de professional kunnen verwachten?

We begrijpen bovendien dat de cliëntprofielen voorlopig naast de huidige urenadministratie komen te staan. Dat is ook eerder genoemd. Kan de Minister aangeven hoe dit rijmt met alle inzet op vermindering van de registratielast en de regeldruk in de zorg? Kan de Minister misschien ook aangeven – dat is ook al eerder gevraagd, bedenk ik me nu – hoe het werken met cliëntprofielen preventie nu echt gaat belonen? En als preventie niet direct wordt beloond, hoe denkt de Minister dan dat werken met cliëntprofielen preventie wel gaat bevorderen?

Ik had net al even gezegd dat wij ook een zorg over data hebben.

Verpleegkundigen geven nu al aan dat zorgverzekeraars soms aan de haal gaan met informatie die ze leveren. Ik wil de Minister graag vragen of zij bereid is hier onderzoek naar te doen.

Ik ben benieuwd naar de antwoorden.

De voorzitter:

Dank u wel. Er is een vraag van mevrouw Hermans.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik hoor heel veel vragen van mevrouw Joseph over de cliëntprofielen en het werken daarmee. Een aantal van die vragen kan ik me goed voorstellen. Maar kan mevrouw Joseph onderliggend aangeven hoe zij en haar fractie denken over deze beweging die hiermee in de wijkverpleging wordt ingezet?

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Dank u wel voor de vraag. Ik ben zelf, samen met Nieuw Sociaal Contract, kritisch op de cliëntprofielen. Ik denk dat, als een wijkverpleegkundige gewoon aangeeft hoeveel uren zij voor zorg verwacht nodig te hebben, je daarmee alle ruimte aan de zorgprofessionals geeft en dat je daar niet een modelletje met negen vragen voor hoeft in te vullen.

Ik kom uit de financiële sector; daar werd ook heel veel met modellen en dergelijke gewerkt. Werken met modellen en hokjes heeft tot nog toe, in ieder geval in mijn ogen, niet veel goede ervaringen opgeleverd. Daarom zijn we kritisch. Maar we hebben wel vragen gesteld, want we zijn wel bereid om te luisteren naar wat nu precies die meerwaarde is.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Ik begrijp op zich wat mevrouw Joseph zegt, maar we moeten ook oppassen dat we hier niet twee discussies door elkaar heen gaan laten lopen. De cliëntprofielen en de vragen die daarbij horen, gaan over het type zorgvraag dat voorligt. Daarnaast blijft natuurlijk de wijkverpleegkundige de indicatie stellen van wat voor zorgvraag de specifieke meneer of mevrouw heeft en van wat daar moet gebeuren. Vandaar mijn vraag of die ruimte voor maatwerk overeind blijft. Ik zou het wel spijtig vinden als de discussie die wij nu voeren, in 2024, al helemaal overschaduwd wordt door hoe het bekostigingsmodel er straks uit gaat zien. Ik hoop dat mevrouw Joseph ook met die blik en vooral dat oor luistert naar de antwoorden van de Minister.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Een vraag in aansluiting op de vraag van collega Hermans. Ik hoorde mevrouw Joseph zeggen «uren zijn genoeg». Dan zou een verpleegkundige weten waar ze mee aan de slag moet. Maar dat is juist een van mijn grootste bezwaren met betrekking tot het zorgveld. Als we alleen maar kijken naar uren, zegt dat immers niks over uitkomsten, zegt dat niks over samenwerking met andere partijen en zegt dat eigenlijk ook niks over wat de patiënt wil. Ik ben eigenlijk wel benieuwd wat mevrouw Joseph precies bedoelt met «uren zijn genoeg».

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Mijn idee is eigenlijk, en ik heb begrepen dat dat bij sommige wijkverpleegkundigen al zo werkt, dat de wijkverpleegkundige ergens binnenkomt en zelf als professional de beste inschatting kan maken van het aantal uren dat nodig is. Als een professional aangeeft «ik heb twee uur in de week nodig» of «ik heb tien uur in de week nodig», dan is dat eigenlijk al een hele goede indicatie voor de zorgzwaarte en wat er nodig is.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Daar nog even op doorgaand: verpleegkundigen geven juist aan dat ze dat niet meer willen. Ze willen af van uren, ze willen meer regie over hun eigen vak en dat wat er nodig is om samen met een cliënt en zijn of haar netwerk tot een uitkomst te komen. Juist die uren vormen een enorme belemmering voor de eigen autonomie en het invullen van het werk. Ik hoop toch heel erg dat mevrouw Joseph die kant van het verhaal wil

bekijken namens NSC, want dit is juist de grote roep vanuit het veld. Het is ook een manier om het vak weer aantrekkelijk te maken.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ik snap niet zo goed hoe het nog aantrekkelijker kan. Je zegt zelf: die mensen hebben twee uur nodig. Misschien blijkt een of twee weken later dat die mensen tien uur nodig hebben, want de zorgvraag kan heel erg wisselen. Dan hoef je niet elke keer een of ander cliëntprofiel in te vullen met vragen die op meerdere manieren te interpreteren zijn. Misschien spreek ik ook andere wijkverpleegkundigen dan mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Dat zou denk ik heel goed kunnen, want er zijn een heleboel wijkverpleegkundigen. Mevrouw Joseph had net ook een opmerking over de zorgverzekeraars. Ik ga nogmaals het punt van de uren maken. Ik zou het de wijkverpleegkundigen gunnen dat ze een gesprek met de zorgverzekeraars kunnen voeren over de uitkomsten en over wat ze willen bereiken met hun cliënten. De cliëntprofielen gaan daar wat D66 betreft een enorme bijdrage aan leveren. Daarmee kun je uit de discussie over uren komen. Want wat zegt nou «ik heb twee uur nodig» of «ik heb zes uur nodig»? Hoe zorg je er dan voor dat wijkverpleegkundigen in positie zijn in het gesprek met zorgverzekeraars?

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ik hoop dat het vertrouwen gewoon bij de professional wordt gelegd. Je ziet welke zorg er geleverd wordt. We hebben momenteel een schaarste. Er wordt in deze tijd heus geen overcapaciteit geleverd.

De **voorzitter**:

Dank je wel. Mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel, voorzitter. De wijkverpleging is een prachtig beroep. De wijkverpleegkundigen die ik de afgelopen jaren en ook de afgelopen weken heb gesproken, spreken terecht met passie over hun werk. Maar hun werk staat onder druk, net als de hele zorg. Dat doet pijn en dat is ook wat er wordt verteld. Personeelstekorten in de zorg zijn geen natuurverschijnsel. Dit is mede het resultaat van hoe de zorg is georganiseerd, met een markt, verzekeraars die bepalen, concurrentie en bijbehorende bureaucratie. De zorg is geen markt en het is tijd dat hiermee wordt gestopt.

Die ongelofelijke hoeveelheid bureaucratie is iedereen in deze zaal een doorn in het oog, denk ik. Geef zorgverleners het vertrouwen om hun werk te doen. Een absurd dieptepunt, hier al genoemd, is de vijfminutenregistratie. In januari is een motie van ons aangenomen om dit te verbieden. Volgens mij hebben wij het hier al jaren over en zijn er al meerdere voorstellen aangenomen, maar nog steeds wordt die registratie toegepast, zo horen wij. Op sommige plekken wordt die zelfs opnieuw ingevoerd. Hoe kan dit? Hoe kan het dat die registratie opnieuw wordt ingevoerd? Hoe gaat de Minister dit stoppen, zodat we er echt van af kunnen?

Dan de loonkloof. Voor zorgberoepen wordt er nog steeds minder goed betaald dan voor andere beroepen. Dat geldt ook voor de wijkverpleegkundigen. Dat helpt niet als wij willen dat zij in de zorg blijven werken. Hoe denkt de Minister de personeelstekorten op te lossen zonder deze loonkloof te dichten? Hoe groot is de ova-ruimte bij de komende cao-onderhandelingen? Daar ben ik wel benieuwd naar.

Dan de manier van financieren, hier al besproken. Bijna een jaar geleden werd de motie van de SP aangenomen om af te zien van de bekostiging van de wijkverpleging via cliëntprofielen «als tijdens het experiment blijkt

dat deze bekostiging tot meer administratieve lasten leidt». Weet de Minister dit al? Wat is de reactie van de Minister op de waarschuwingen van onder andere Buurtzorg en het Senioren Netwerk Nederland dat het gaat leiden tot een toename van administratie en tot cliëntselectie, maar ook dat het mooie en succesvolle initiatieven als het zorgbuurthuis in Oss nog meer in de weg zit, terwijl we juist meer van dit soort initiatieven zouden willen en er ontschot moet worden?

Tot slot, want de tijd is alweer bijna om, hulpmiddelen. Uit een peiling van V&VN bleek in februari dat bijna 70% van de verpleegkundigen tijdens de zorg voor patiënten en cliënten te maken krijgt met problemen met het aanvragen, bestellen en leveren van hulpmiddelen zoals een blaaskaatheter, verbandmiddelen, incontinentiemateriaal en naalden. Wij vroegen eerder al in schriftelijke vragen om een oplossing, maar hoe staat het daarmee? Hoe wordt dat opgelost?

Dank u wel, voorzitter.

De voorzitter:

Dank u wel. Dan geef ik het voorzitterschap aan mevrouw Hermans.

Voorzitter: Hermans

De voorzitter:

Dan geef ik graag het woord aan mevrouw Agema, die spreekt namens de PVV.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel. En als u dan wil interrumperen, moet u het voorzitterschap weer aan de volgende persoon doorgeven.

De voorzitter:

U vreest een interruptie, mevrouw Agema?

Mevrouw **Agema** (PVV):

Haha, misschien voor u.

Dank u wel, voorzitter. Eerst begin ik met het gegraai, de fraude en de georganiseerde misdaad in de thuiszorg. Wie had gedacht dat we het daarover ooit zouden hebben in een zorgdebat? Maar goed, dit krijg je natuurlijk wel als je als overheid verkeerde keuzes maakt. Los van het gegraai, wordt de zorg voor onze alleroudsten niet beter van het groeiende aantal ongekwalificeerde medewerkers dat over de vloer komt en voor wie het werken in de zorg steeds vaker slechts een lucratief handeltje is, vaak op basis van een vals diploma en een valse vog. In appgroepjes worden diensten uitgewisseld. Wie zich ter plaatse meldt, hoeft zich niet te identificeren. Je zult er als kwetsbare zorgbehoevende maar aan worden blootgesteld. Dit is zó lucratief, dat er wordt gesproken over georganiseerde misdaad. En hoe los je dit op? «We zouden misschien kunnen beginnen met minimale opleidingseisen voor het leveren van de wijkverpleging» hoorde ik onlangs van Jos de Blok, en ik zat te klapperen met mijn oren. We stellen dus indicaties met BIG-registraties, maar er mag een ongekwalificeerde medewerker naartoe. Een identificatieplicht lijkt mij heel belangrijk, een check voordat iemand naar een kwetsbare oudere wordt gestuurd, evenals een zwarte lijst. Dan de cliëntprofielen. In plaats van het oplossen van de ernstige zaken die ik zojuist noemde, maakt de Minister het erger met cliëntprofielen. Dat de belangenverenigingen voor zorgorganisaties hiervoor zijn, valt te snappen, want ze krijgen de uren die ze niet leveren, wel betaald. Sommigen die aan de pilot meededen, kwamen zo handig uit de rode cijfers. De regering creëert hiermee gelegaliseerd gegraai. De cliënt wordt de dupe door onderbehandeling en cliëntselectie, en de professional wordt hoorndol van extra administratietijd. Cliëntprofielen zouden voor

bruikbare data zorgen, maar waarom haalt de Minister deze gegevens niet gewoon uit het reeds beschikbare, internationale Omaha System, waar 80% van het werkveld al mee werkt? Is dit de manier – vraag ik me af – om de zorg voor onze alleroudsten toekomstbestendig te maken? Als je wijkverpleging en wijkzorg goed en goedkoop wil regelen, moet je bij Jos de Blok zijn. Buurtzorg Nederland heeft drie cliënten in zorg, daar waar andere organisaties er twee in zorg hebben, voor hetzelfde geld. Jos de Blok werd vijf keer werkgever van het jaar en de cliënttevredenheid is er zeer hoog. Dit snappen ze in 30 andere landen waar hij zijn werkwijze uitrolt wel, en hier niet. Een aangenomen motie om hem in te schakelen werd niet uitgevoerd. Nu hoor ik dat hij binnenkort met pensioen gaat. Hoe mooi zou het zijn om hem speciaal gezant te maken, een kantoortje te geven op VWS en om de wijkverpleging weer op de rit te brengen en toekomstbestendig te maken? Dan de palliatieve terminale zorg. Zolang ik volksvertegenwoordiger ben, kunnen mensen niet sterven waar ze willen, terwijl veel moties hierover Kamerbreed werden aangenomen. Het is niet uit te leggen dat het verschil maakt of je in november of in januari terminaal ziek wordt, omdat de zorgverzekeraar nog steeds budgetplafonds hanteert. Ik vraag de Minister: wanneer houdt dit op?

De voorzitter:

Er is een interruptie van mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ja, die had ik al een tijdje terug. Ik moet er toch even over nadenken, want ik vond wat mevrouw Agema over gelegaliseerd gegraai zei, eigenlijk heel kwalijk. Er zitten ook een aantal wijkverpleegkundigen op de publieke tribune. Ik heb ook een aantal partijen die aan het experiment meedoen gesproken, en een van de uitkomsten is dat er minder zorg geleverd wordt, doordat wijkverpleegkundigen inzetten op eigen regie. Vaak hebben mensen met een hulpmiddel al genoeg ondersteuning om zelf de start van hun dag te kunnen maken en om bijvoorbeeld wel naar de dagbesteding, familie of wat dan ook te kunnen. Wachten op de thuiszorg is echt een van de meest frustrerende dingen om te doen. Het experiment laat dus juist zien dat er minder zorg geleverd wordt en dat cliënten op andere manieren ondersteund worden. Dan vind ik het ontzettend kwalijk dat mevrouw Agema dit bestempelt als «gelegaliseerd gegraai», want het is juist het tegenovergestelde. Ik vind het súper kwetsend naar al die professionals in het veld, die elke dag heel hard werken en ook zien dat dit experiment en de bekostiging wellicht nog verbeteringen nodig hebben, maar allemaal aangeven dat ze hieraan bij willen dragen. Ik vind dit dus een enorme diskwalificatie.

Mevrouw Agema (PVV):

Dat kunt u zo sterk aanzetten, maar de kern van de cliëntprofielen is dat zorg en uren die niet geleverd worden, wel betaald worden. Dan blijft dus zorggeld over, maar niet op de manier zoals we het vroeger hadden geregeld, namelijk dat de wijkverpleegkundige, aan wiens kant ik dus wel sta, die vanuit zijn profissie, zijn kwalificatie ... Mevrouw Dobbe of mevrouw Joseph – het was mevrouw Joseph – zei: de ene keer is de zorgvraag wat hoger dan de andere keer. Er is enorm veel zorgaanbod. Er is een enorm tekort aan professionals. Het is dus de professional die moet bekijken: wat is hier vandaag nodig, wat is hier morgen nodig? Op die manier ga je spaarzaam om met uren. We gaan niet spaarzaam om met gemeenschapsgeld als uren die niet geleverd worden, wel betaald worden. Dat is wat intrinsiek verkeerd is aan de cliëntprofielen. Het leidt ook tot onderbehandeling, cliëntselectie en meer administratieve lasten. Het is dus de verkeerde oplossing.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Mevrouw Agema zegt dat er uren betaald zullen worden die niet worden geleverd, maar dat is echt grote onzin. Wat er gaat gebeuren, is dat er gefinancierd wordt op uitkomst. Dat gaat een hele grote winst betekenen voor complexe patiënten, die vaak meerdere vragen hebben en ook meerdere vormen van hulp nodig hebben, en die door sommige organisaties in dit land gewoon niet aangenomen worden omdat die organisaties er niet genoeg op verdienen. De cliëntprofielen gaan ervoor zorgen dat deze mensen op de juiste manier geholpen worden. De mensen die het met een klein zetje in de rug zelf kunnen en die hun leven daarmee een andere invulling kunnen geven, worden hier ook mee geholpen. Het is echt totale onzin dat er uren gefinancierd gaan worden voor zorg die niet geleverd wordt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dat is de kern van de zaak van de cliëntprofielen: dat de uren die niet geleverd worden, wel uitbetaald worden. Dat maakte dat de deelnemers aan de pilot, die soms in de rode cijfers zaten, achteraf, na het deelnemen aan de pilot, uit de rode cijfers waren en daardoor ook positief waren over het experiment. Daarom ben ik dat niet. Ik denk dat wij veel beter uren en geld kunnen besparen door te werken op de manier die Buurtzorg Nederland allang heeft uitgevonden: daar zijn drie cliënten in zorg waar er bij andere organisaties twee in zorg zijn, dus drie voor de prijs van twee. De kwaliteit is er goed en de cliënttevredenheid is er heel hoog. We hebben in de stukken gezien dat uren die niet geleverd worden, wel betaald worden, maar ook dat er cliëntselectie en onderbehandeling gaan plaatsvinden. Er zijn ook al stukken die uitwijzen dat de administratietijd toeneemt. Dit is dus niet de weg. Wij zijn voor de werkwijze van Buurtzorg Nederland, die Jos de Blok al in 2006 heeft uitgevonden. Hij is inmiddels in dertig landen actief om die landen kennis te laten maken met deze werkwijze en die uit te rollen. En wij zijn bezig om ons systeem om te duwen.

De **voorzitter**:

Ik draag het voorzitterschap even over aan mijn buurvrouw.

Voorzitter: Slagt-Tichelman

De **voorzitter**:

Ik geef als voorzitter heel graag het woord aan het lid Hermans, zodat zij een vraag kan stellen aan mevrouw Agema.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dank u wel. Ik wil nog even terugkomen op het punt dat er betaald gaat worden voor niet-geleverde uren zorg. Ik hecht eraan dat we hier het debat voeren op basis van de feiten. Je kunt voor of tegen deze beweging zijn – dat mag – maar het is niet zo dat, als we de cliëntprofielen verplicht gaan registreren vanaf 2025, daar ook de bekostiging aan gehangen is. Juist niet. Dat gaat pas gebeuren in 2029, als ik het goed zeg uit mijn hoofd, omdat we de komende jaren willen gebruiken om op basis van alle informatie die naar boven komt uit het werken met die cliëntprofielen een goede bekostigingssystematiek te maken, zodat we op een goede manier de zorg die nodig is en waar behoefte aan is, op basis van de indicatie van de wijkverpleging, kunnen leveren. Kan mevrouw Agema op die manier naar dit experiment kijken? Dit experiment is begonnen vanuit de frustratie die we volgens mij Kamerbreed hadden dat er geen integrale tarieven waren, maar dat je voor elke handeling, voor elke prestatie, apart iets moest registreren en een factuur moest indienen. Dat hebben we bij elkaar gebracht en nu zetten we, met elkaar, met steun van heel veel partijen in de sector, een stap. Eigenlijk beoordeelt mevrouw Agema het

experiment alsof we nu al staan voor de invoering van de bekostiging. Zover zijn we nog helemaal niet.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Zo is het in de pilots wel uitgevoerd. Het punt is nu juist dat de integrale tarieven overboord gegooid gaan worden. Dat is nu juist het hele punt. We kwamen van die zestien producten in de oude situatie. Toen kwam de situatie-Bussemaker en zijn we gekomen tot één integraal tarief. Daar was iedereen een stuk gelukkiger mee. Maar nu gaan we eigenlijk terug naar de situatie van die zestien producten en komt al die administratie weer terug. Het is dus wél zo dat uren die niet geleverd worden, wel betaald gaan worden. Op die manier kwamen de organisaties die meededen in de pilotfase, uit de rode cijfers.

De **voorzitter**:

Het lid Hermans in tweede instantie.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

De integrale tarieven blijven bestaan in de voortzetting van dit experiment. In een aantal van de pilotorganisaties wordt nu met maandtarieven gewerkt. Dat wil je natuurlijk uitbreiden. Ik kan me ook voorstellen dat het enorm helpt dat het in administratieve lasten een enorme verlichting is. Daar moet mevrouw Agema toch voorstander van zijn. Ik heb haar daar ook een paar keer opmerkingen over horen maken. We doen een experiment, waarbij we de komende jaren inderdaad heel zorgvuldig moeten kijken of het goed werkt, of het goed uitpakt, wat het doet in de administratieve lasten, of het de ruimte geeft om maatwerk te kunnen verlenen, of we goed zicht op de uitkomsten krijgen, of de informatie op een goede manier wordt gedeeld. Daar ben ik het allemaal mee eens, maar om nu te doen alsof we al in 2029 zijn, vind ik echt heel zonde en een schadelijke ontwikkeling voor juist iets waarvan we volgens mij het doel delen.

De **voorzitter**:

Wat is uw vraag?

Mevrouw **Hermans** (VVD):

Dit was eigenlijk meer een statement. Misschien wil mevrouw Agema daar nog even op reageren.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik ben het ermee oneens. Ik vind het een onnodig experiment, want het wiel als het gaat om de thuiszorg is al uitgevonden door Buurtzorg Nederland. Dat is een prachtig wiel met een prachtige wagen die al heel veel jaren rijdt, waarmee aangetoond is dat het op die manier werkt. Met de integrale tarieven hebben we daar een goede verbetering aan gegeven. Die wagen wordt weggegooid voor iets wat niet werkt, waar onze ouderen de dupe van zijn en waar de medewerkers straks weer de dupe van zijn, want zij gaan horendol worden om alles weer onder zestien verschillende cliëntprofielen op te lopen. Eerst waren het er tien, en nu zestien. Dus nee, dit gaat niet werken. Ik vind het echt belachelijk. De VVD was trouwens eerder ook voor een buurtzorgmodel. Daar heb ik de VVD eerder altijd over gehoord. Dus ik snap niet deze rare draai naar cliëntprofielen.

De **voorzitter**:

Dan geef ik het voorzitterschap weer aan mevrouw Agema.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

De Minister moet altijd heel ver door het pand heen lopen, dus die vraagt altijd om wat meer tijd. Dat is niet zo gek. Maar we hebben een heel kort debat georganiseerd met elkaar. We gaan daarom schorsen tot 11.10 uur.

De vergadering wordt van 10.48 uur tot 11.10 uur geschorst.

De **voorzitter**:

Ik geef het woord aan de Minister.

Minister **Helder**:

Dank u wel, voorzitter. Dank ook voor de vragen vandaag. Ik denk dat het een heel belangrijk onderwerp is: de wijkverpleging en dan vooral hoe we die toekomstbestendig kunnen organiseren met elkaar. Want we staan voor een grote uitdaging met een toenemende zorgvraag, de vergrijzing, de tekorten aan zorgprofessionals en de kortere ligduur van ziekenhuizen. Daarmee wordt de rol van de eerstelijnszorg steeds belangrijker. In de brede Visie eerstelijnszorg hebben we daarom ook samen met het veld afgesproken hoe we de eerste lijn van de toekomst vorm gaan geven. Ik zal daarover iets vertellen ter inleiding. Dan heb ik vier blokjes. Het eerste gaat over de bekostiging en met name over de cliëntprofielen. Het tweede is iets breder. Dat heeft betrekking op de vragen van mevrouw Joseph over de organisatie en de toegankelijkheid van de eerste lijn. Het derde gaat over de vragen die gesteld zijn over de palliatieve zorg. Dan heb ik nog een klein blokje overig. Daarin zal ik onder andere terugkomen op de casemanager dementie.

Voorzitter. In de toekomst is het de bedoeling dat een kernteam in de wijk, van onder andere de wijkverpleegkundige, de huisarts en het sociaal domein, de basis vormt om mensen in hun thuissituatie goede zorg te bieden. Wijkverpleegkundigen helpen de meest kwetsbare mensen om zo zelfstandig mogelijk in hun eigen thuissituatie te kunnen blijven wonen en leven. Het doel is dan ook dat wijkverpleegkundigen passende zorg kunnen bieden. Dit uiteraard samen met de cliënt en diens netwerk, maar ook samen met de andere zorgverleners in de wijk. En het doel is dat zij dat ook nog eens met veel werkplezier kunnen doen.

Daarvoor zet ik met het beleid in op de professionele autonomie en de professionele ontwikkeling van wijkverpleegkundigen. Wijkverpleegkundigen komen bij mensen achter de voordeur. Zij zijn dus bij uitstek de beroepsgroep die mensen helpt om zelf regie te kunnen houden over hun leven, ook als er een zware zorgvraag aan de orde is. Zo maken we dan ook de beweging van zorgen vóór naar zorgen dát. Die beweging vraagt in de wijkverpleging om meer aandacht voor preventie, om samenwerking, maar ook om slimme inzet van technologie en hulpmiddelen. De beweging vraagt ook om het verder versterken van de professionele autonomie van de wijkverpleegkundigen zelf.

In samenspraak met de cliënt bepaalt de wijkverpleegkundige wat mij betreft dan ook wat iemand nodig heeft. Dat is de indicatiestelling. Zo werkt het nu en zo zal het wat mij betreft ook in de toekomst blijven werken.

Met de cliëntprofielen en de uiteindelijke bekostiging die daarop gaat volgen, willen we juist stimuleren dat de wijkverpleegkundige die professionele ruimte krijgt om te doen wat nodig is voor iemand met een zorgvraag. We willen dat iedereen die dat nodig heeft ook toegang houdt tot goede wijkverpleging.

We hebben de afgelopen maanden samen met het veld ook een stevig debat gevoerd over dat experiment met cliëntprofielen en de bekostiging die daarop gaat volgen. Ik vind het positief om te merken dat er echt grote gedrevenheid is van alle partijen in de wijze waarop ze met deze materie bezig zijn en hoe zij zich hebben uitgesproken. Ik zie bij iedereen – zowel bij de enthousiaste koplopers als bij de kritische tegendenkers – dezelfde motivatie, namelijk: hoe kunnen we samen de wijkverpleging versterken

ten behoeve van de cliënten die dat nodig hebben? Dat is wat mij betreft ook de discussie die we móéten voeren: hoe zorgen we dat iedereen die dat nodig heeft, toegang heeft tot kwalitatief goede wijkverpleging? Alle partijen delen de visie dat de zorginhoud centraal moet staan en dat de bekostiging daar ondersteunend aan moet zijn. Daarom hebben we ook een aantal jaren geleden de stap gezet naar een experiment: als eerste met integrale tarieven. Dat is door het veld echt als een groot succes ervaren, omdat het onder andere de administratieve lasten sterk heeft verminderd. Op dit moment werkt 95% van de aanbieders al met die integrale tarieven. Dat staat dus ook niet ter discussie vandaag.

Voorzitter: Hermans

De voorzitter:

Ik heb even het voorzitterschap overgenomen. Een interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik ben een beetje verbaasd als de Minister zegt dat het veld, dat álle partijen positief zijn over de cliëntprofielen. Is de grootste speler, Buurtzorg Nederland, ook positief en betrokken?

Minister Helder:

Volgens mij zijn alle partijen positief. Dat is wat ik zei over dat de inhoud en de wijze waarop de wijkverpleegkundige die zorgvraag van de toekomst moet kunnen invullen, voorop moeten staan. Die discussie voeren we uiteraard ook met Buurtzorg. Daarmee heb ik ook uitvoering gegeven aan de motie om Buurtzorg daarbij te betrekken. De wijze waarop we nu verder gaan met de cliëntprofielen is onderwerp van discussie en niet de inhoud en de wijze waarop we dat zouden willen invullen. Die staat echt centraal. Dat hebben we met het hele veld, inclusief Buurtzorg, besproken.

Mevrouw Agema (PVV):

Nee, dus. Niet alle partijen zijn positief. Ik geloof dat de uitvoering van die aangenomen motie één kort gesprekje was, en dat er daarna niks meer gebeurd is. Dus nee, niet alle partijen zijn positief over de cliëntprofielen.

Minister Helder:

Dat beeld zou ik toch niet willen laten bestaan. We hebben Buurtzorg nadrukkelijk aan tafel gevraagd. Ze zijn ook nadrukkelijk aan tafel geweest. Het is niet één gesprekje geweest. Ook voor de motie waren die gesprekken zeer intensief. Aan de andere kant zie ik ook heel veel zeer enthousiaste organisaties waarmee in de afgelopen periode heel veel intensieve gesprekken zijn gevoerd. U heeft ook de brieven van deze organisaties kunnen lezen. Er is onder die organisaties echt grote consensus dat het cliëntprofiel een goed idee is en een goede stap naar de toekomst toe. Maar het is niet zo dat dat zonder Buurtzorg is gebeurd. Voorzitter. Ik zei net dat de integrale tarieven nog niet genoeg zijn om de stap naar een toekomstbestendige wijkverpleging te maken. Daar hebben we vandaag, denk ik, ook de discussie over. Daarom hebben we ingezet op de verdere doorontwikkeling van het model en hoe we de wijkverpleegkundige kunnen ondersteunen bij het leveren van de juiste zorg. Daarbij moet de focus wel liggen op «zorgen dat» in plaats van op «zorgen voor».

De NZa is tot de conclusie gekomen dat het werken met cliëntprofielen nodig is voor de volgende stap. Ik heb net al gezegd dat heel veel zorgorganisaties daar ook zelf het voortouw in hebben genomen. Die hebben daar ook de beweging toe gemaakt. Dat is wat we in het huidige experiment ook aan het doen zijn.

De voorzitter:

Er is nog een interruptie van mevrouw Agema.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik zou hier toch niet een verkeerd beeld willen wekken. Ik wil verwijzen naar een column van 18 maart van de hand van de voorzitter van Buurtzorg Nederland, de heer De Blok. Hij schrijft: «Ik voorzie dezelfde dramatische ontwikkeling als in de jaren negentig en zo vlak voor mijn afscheid van Buurtzorg en de wijkverpleging doet me dat ontzettend veel pijn.» Dit zijn niet de woorden van iemand die positief staat tegenover de cliëntprofielen. Ik zou dat toch rechtgezet willen hebben.

Minister Helder:

Ik heb volgens mij niet gezegd dat de heer De Blok positief staat tegenover de invoering van de cliëntprofielen. Ik ken zijn mening. Uw vraag was: zijn zij betrokken? Daar ging de motie ook over. Daarin stond: betrek Buurtzorg bij deze discussie. Ik denk dat Buurtzorg inderdaad in hun model een aantal dingen heel goed hebben gedaan. Er is mij veel aan gelegen om te zorgen dat de partijen bij elkaar komen in die verdere ontwikkeling van de wijkverpleging. Dat moet dus ook samen met Buurtzorg. Daarom zijn ze van harte uitgenodigd aan tafel – daar maken ze ook gebruik van – om daarover mee te praten. Dat is wat ik gezegd heb.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Ik neem hierbij weer het voorzitterschap over en geef het woord aan mevrouw Dobbe voor een vraag.

Mevrouw Dobbe (SP):

Ik wil mevrouw Agema steunen in deze vraag. Ik heb nog een andere column gelezen waarin de heer De Blok aangeeft dat hij zelfs slapeloze nachten heeft van deze cliëntprofielen. Hij heeft zorgen over de toename van administratie, onderbehandeling en cliëntselectie. Kan de Minister daarop ingaan? Dat zijn toch reële zorgen, lijkt me. Het lijkt me ook lastig om nader tot elkaar te komen als iemand aangeeft dat hij dit zo'n slecht idee vindt dat hij er 's nachts van wakker ligt.

Minister Helder:

Zoals in de eerste termijn van de Kamer al aan de orde is gekomen, is het de bedoeling van de profielen dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en ook de wijkverpleegkundigen zelf een beter inzicht krijgen in de cliëntpopulatie. De huidige vraag naar wijkverpleging is natuurlijk veel zwaarder dan die in de afgelopen jaren was. We zien de complexiteit van de zorg in de thuissituatie enorm toenemen. Ik was een tijdje geleden bij een cliënt op bezoek die net uit het ziekenhuis kwam. Die had een zware operatie ondergaan, met een drain, volgens mij zelfs nog twee drains, in het lijf en met een hele onzekere uitslag over waar hij precies aan toe was. Er was in de thuissituatie behoefte aan heel veel echt verpleegtechnische handelingen, er was behoefte aan onplanbare zorg en er was ook behoefte aan het goede gesprek over wat we voor hem in die situatie konden doen. Er is de vraag: wat kunnen we nu voor u doen in deze situatie? Maar er is ook de vraag: wat kunt u ook zelf doen? De bedoeling van de wijkverpleegkundige zorg is natuurlijk om te kijken of we die cliënt zo goed mogelijk kunnen helpen, zowel met zijn acute zorgvraag maar ook met de vragen: wat heeft u nodig om daarna weer zo zelfstandig mogelijk te zijn, hoe kunt u uw eigen netwerk daarvoor inzetten en wat helpt u op dit moment in de tijd? Dat is een veel zwaardere zorgvraag dan die van een aantal jaren geleden.

Daarom is het belangrijk dat we inzicht krijgen in hoe we die zorgvraag adresseren. De wijkverpleegkundigen geven zelf ook aan dat dat draagkracht- en draaglastmodel belangrijk is, zodat er plek is voor preventie. Ik noem bijvoorbeeld de vraag aan een oudere: wat kunt u nu al doen om een zorgvraag later te voorkomen? Maar ook: hoe kunt u zodanig gebruikmaken van technologie dat u in de thuissituatie meer zelfstandig bent? Hoe kunt u gebruikmaken van uw eigen netwerk en waar heeft u behoefte aan? Is dat bijvoorbeeld aan andere vormen van zorg? Daar waar we dat op deze manier doen en de wijkverpleegkundige daar ook heel planmatig en systematisch in werkt, zien we in praktijk dat mensen minder zorg vragen dan voorheen, maar ook dat die ze beter past. Daarop past echt het woord «passende» zorg. Dat is volgens mij de discussie waar we nu middenin zitten, waarin een groot aantal organisaties, die dit model zelf bedacht hebben, aangeven dat ze tools nodig hebben om inzicht te krijgen in wat de beste uitkomsten zijn van zorg, wetende dat het een hele complexe zorgvraag in de praktijk is. Die organisaties zijn hiermee gekomen. Dat is het experiment geworden. De eerste stap waren de integrale tarieven. Dat is een goede stap geweest, maar we moeten nu echt doorgaan met het verder invoeren en vooral ophalen van die cliëntprofielen.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit zijn heel veel woorden van de Minister. De Minister legt nog een keer uit waarom zij het een goed idee vindt, maar het is geen antwoord op mijn vraag. De zorgen van Buurtzorg, die dit systeem niet steunt en dit experiment dus niet steunt, waren namelijk als volgt. Die zegt: we maken ons zorgen dat het gaat leiden tot een toename in administratie, tot onderbehandeling en tot cliëntselectie. Kan de Minister een antwoord geven op die zorgen? Gaat dat niet gebeuren?

Minister **Helder**:

Het zijn natuurlijk hele terechte zorgen, want we willen niet dat de administratieve lasten toenemen. De wijze waarop dit draagkracht- en draaglastmodel werkt, gaat heel erg over de planmatigheid van het werk van de wijkverpleegkundigen zelf. Dat zijn de vragen die je in de anamnese hoort te stellen om te zorgen dat je goed erachter komt: wat is nou precies voor deze patiënt op dit moment de zorgvraag en waar is deze patiënt het beste mee geholpen? Dat is niet iets wat we van buitenaf opleggen, maar wat in het werk van de wijkverpleegkundige zit. Daar moet je het ook met elkaar over eens zijn als je wil sturen naar veel meer zelfredzaamheid. Als dat je doel is, als je veel meer wil sturen naar zelfredzaamheid, dan moet je die vragen stellen. Daarmee is het dus niet een extra administratieve last. Het zit verweven in het werk van de wijkverpleegkundigen en de wijze waarop ze die zorgvraag naar boven krijgen. Natuurlijk is het dan niet de bedoeling dat je vervolgens het gevoel hebt dat je heel veel moet administreren om dat dan weer vast te leggen, maar als we dat niet met elkaar op een of andere manier vastleggen en zo makkelijk mogelijk ... Alles is erop gericht om dat te laten aansluiten bij de vragen die al gesteld worden in de anamnese. Dan kun je dat naar boven laten komen en met elkaar het inzicht verwerven dat we nodig hebben. Want het gaat natuurlijk niet alleen om het leveren van goede zorg voor die ene patiënt. Het gaat ook om: hoe houden we de wijkverpleegkundige zorg, met een krimpende arbeidsmarkt en een stijgende zorgvraag, toegankelijk voor de mensen die die zorg echt nodig hebben? Het zijn dus wezenlijke zorgen, maar ze worden echt meegenomen in het experiment om te zorgen dat het niet tot bijvoorbeeld overbodige administratieve lasten leidt. Dat is één punt. Het tweede punt is de risicoselectie. Dat zien we nu ook. We zien nu ook dat wijkverpleegkundigenorganisaties kijken of de patiënten inderdaad goed in hun bedrijfsmodel passen. We zien ook dat een aantal patiënten in

de wijk die echt een zware zorgvraag hebben, ook bediend moeten worden. Het gaat er hier natuurlijk ook om dat je met elkaar een model ontwikkelt zodat de prikkels goed staan en je juist niet die risicoselectie hebt. Ik kom veel op werkbezoek, ook bij wijkverpleegkundigenorganisaties. Ik zie hoe ze in de wijk al samenwerken in een herkenbaar en aanspreekbaar team en dat ze met elkaar kijken: wat is nou de vraag in deze wijk en hoe kunnen we die het beste adresseren? Daar moet dit werkmodel bij gaan helpen. Dus ik zou zeggen: het moet juist risicoselectie tegengaan in plaats van dat het die stimuleert.

Mevrouw **Slagt-Tichelman** (GroenLinks-PvdA):

Ik hoorde de Minister «risicoselectie» zeggen, maar bedoelt de Minister dan selectie van cliënten aan wie wel zorg wordt geleverd en cliënten aan wie geen zorg wordt geleverd? Want ik zie risicoselectie anders. De bekostiging zou ondersteunend moeten zijn voor alle zwaardere zorg en complexiteit van zorg, die toegenomen is. Dat geldt ook als je een Wlz-indicatie hebt gekregen. Zou het niet mooi zijn als we bij de invoering van cliëntprofielen ook kiezen voor wijkgerichte zorg waarbij de aanbieder geen zorg mag weigeren? Dan hebben we geen patiëntselectie meer en wordt de zorg die gevraagd wordt ook geleverd. Mensen vinden het heel fijn om bij een verpleegkundige in de wijk aan te kloppen in de wetenschap dat ze ook zorg krijgen en er geen sprake is van weigering.

Minister **Helder**:

Volgens mij lopen in de vraag van mevrouw Slagt twee vragen door elkaar heen. Mensen hebben al een wijkverpleegkundige en gaan over naar de Wlz. Kunnen we ervoor zorgen dat ze dezelfde zorgverlener houden? Wat mij betreft is dat ideaal. Ik denk dat het goed is om naar zo'n continuüm toe te werken. Zijn we daar al? Nee, daar zijn we nog niet, is het eerlijke antwoord. Maar we zijn daar wel mee bezig. Veel mensen met een Wlz-indicatie geven aan zorg in de thuissituatie te willen ontvangen. Veel mensen, uiteraard ook de mensen op de wachtlijst voor de verpleeghuiszorg, moeten zorg in de thuissituatie ontvangen. Dat we dat veel meer op elkaar moeten laten aansluiten, is absoluut onderwerp van onderzoek op dit moment. Maar daar zijn we nog niet.

De andere vraag is: hoe gaat dat nou in de praktijk met de zwaardere en de lichtere cliënten, om het zo te zeggen? Mijn uitgangspunt is dat dat niet uit zou moeten maken. Ik wil een eerste lijn die goed functioneert, dus niet alleen de wijkverpleegkundige, maar ook de huisarts en het sociaal domein. Niemand mag tussen wal en schip vallen. Er zijn mensen met complexe zorgvragen. Dat kunnen ouderen zijn maar ook mensen die weer thuis zijn na een ziekenhuisopname. Dan zou het niet moeten uitmaken: iedereen die zorg nodig heeft, moet deze gegarandeerd krijgen. Wat moeten we daarvoor doen? Daarvoor moeten we goed kijken naar hoe we dat organiseren. Hoe zorgen we ervoor dat het als een team werkt in de wijk? We moeten in het werk van de verpleegkundige achter de voordeur erop aansturen dat er voldoende aan preventie wordt gedaan. Zijn mensen geholpen met technologische hulpmiddelen? Hoe kunnen ze beter gebruikmaken van hun eigen netwerk? Waar ligt hun behoefte als het gaat om vragen in het sociaal domein? Die cocktail zit in de hele gedachte van het draagkracht- en draaglastmodel. Je gaat uit van de uitkomst die je wilt: hoe is deze persoon het beste geholpen? Als we dat met elkaar doen in de zorg en als we het in de wijk goed georganiseerd hebben, dan is er ook geen sprake van risicoselectie. We moeten er natuurlijk wel voor zorgen dat de bekostiging daar goed bij aansluit. Dat kunnen we pas als we inzicht krijgen in de profielen en daarom doen we dit experiment en moeten we dat wat mij betreft ook doorzetten.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ik ga nog even terug naar de vraag van mevrouw Agema. Ik heb begrepen dat Buurtzorg niet betrokken is. Ik zou graag een brief van de Minister ontvangen: hoe was Buurtzorg betrokken en hoe wordt Buurtzorg de komende tijd betrokken, in lijn met de aangenomen motie?

Minister Helder:

Dat lijkt mij geen probleem. Volgens mij heb ik daarop al eerder antwoord gegeven in een brief. Ik kijk even naar mijn ondersteuning. Dit is al lang een punt van discussie. Zij zijn uitgenodigd aan tafel, zij doen mee aan gesprekken, maar het meedoen aan gesprekken wil natuurlijk niet altijd garanderen dat uit de gesprekken ook komt wat je zelf wilt. Nogmaals, en volgens mij zei mevrouw Hermans dat ook: je mag met elkaar van mening verschillen en gelukkig doen we dat af en toe ook, want juist in de spanning die hierdoor ontstaat bereiken we wellicht het beste resultaat met elkaar. Natuurlijk moeten we kritisch zijn op te veel administratieve lasten en moeten we er kritisch op toezien dat er voldoende zeggenschap is voor de wijkverpleegkundigen.

Ik zal meteen de vraag van mevrouw Hermans beantwoorden of er straks nog voldoende ruimte is voor maatwerk. Ja, volmondig ja. De hele gedachte achter die cliëntprofielen is dat we vertrouwen op de professionaliteit van de wijkverpleegkundigen. Maar we doen het wel planmatig en systematisch, waarbij we sturen op de uitkomsten van zorg en preventie daarbij heel duidelijk meenemen, net als de inzet van andere zorg en van hulpmiddelen zoals technologie. Maar we doen dat juist vertrouwend op die professionaliteit.

Mevrouw Slagt-Tichelman (GroenLinks-PvdA):

Nog even terugkomend op het vorige punt: het punt over de ontschotting en de gewenste continuïteit van mensen die wijkverpleegkundigen thuis hebben. Als deze mensen in de Wlz terechtkomen, moeten zij soms overstappen naar een andere zorgaanbieder. Kan de Minister mij toezeggen dat binnen dit grote experiment een kleiner experiment wordt gedaan? Denk aan een experiment bijvoorbeeld in één regio of stad, waarbij ook binnen deze cliëntenprofielen een Wlz-cliëntenprofiel komt speciaal voor deze ontschotting. In dit experiment leveren de zorgaanbieders en de wijkverpleegkundigen deze zorg dan ook. Dat is zwaardere complexiteit van zorg, want die neemt toe.

Minister Helder:

Volgens mij gaat het hele experiment voor een groot deel juist ook over deze groep, omdat in de thuissituatie de complexiteit van de zorg zo is toegenomen. Ik ben iets anders aan het doen. Ik ben namelijk aan het onderzoeken hoe wij – ook op het beleid dat wij hebben ingezet met de ouderenzorg – de zorg in de thuissituatie voor ouderen met een complexe zorgvraag goed kunnen organiseren met elkaar. Dus ik wil het eigenlijk omdraaien. Ik ben aan het kijken naar scenario's: hoe gaan we dat doen in de toekomst? De continuïteitsvraag – moet dat nou in die Zvw gebeuren, kan dat ook dezelfde zorgaanbieder zijn, kan het dezelfde wijkverpleegkundige zijn? – wordt daar uiteraard in meegenomen. Maar ik zou niet kiezen voor een klein experiment binnen dit experiment. Het gaat in dit experiment immers over deze vraag. Het hele experiment van cliëntprofielen gaat hierover.

Mevrouw Slagt-Tichelman (GroenLinks-PvdA):

Ik zie dat toch anders. Ik zie hele mooie zorgaanbieders, die ook gecontracteerd zijn door zorgkantoren. Deze zorgaanbieders kunnen dus echt het continuüm geven. Ik zie ook dat niet in een keer geregeld kan worden dat alle zorgaanbieders bij beide partijen contracten krijgen. Maar dat zie ik wél echt voor me in de regio. Ik zie dat ook voor me op korte termijn, zodat we die data en die waardevolle ervaringen kunnen gaan verza-

melen. Dan kunnen we daarna over twee jaar een besluit nemen, een ontschottingsbesluit.

Minister Helder:

Ik begrijp de vraag van mevrouw Slagt nu iets beter. Volgens mij doen we dat en gaan we dat doen. Dat kan ik dus toezeggen. Er zijn inderdaad hele goede organiserende voorbeelden. Daarbij wordt echt op dezelfde manier gekeken, maar dan vanuit de Wlz, naar hoe we de zorgvragen het beste kunnen adresseren. Ook daarbij zien we de voorbeelden waarbij dat leidde tot minder zorg en meer tevredenheid. Die vergelijking kan ik dus zeker toezeggen. Dat lijkt mij een goed idee.

Mevrouw Hermans (VVD):

Er zijn best veel vragen gesteld vanuit het perspectief van Buurtzorg. Ik wil op geen enkele manier afbreuk doen aan de organisatie en de manier van wijkverpleging die Buurtzorg heeft neergezet in Nederland. Ik heb er wel moeite mee als het perspectief van Buurtzorg het enige perspectief is wat nu hier in het debat wordt ingebracht. Er zijn namelijk heel veel andere goede zorgaanbieders van wijkverpleging in Nederland die juist heel positief zijn over dit experiment. Deze zorgaanbieders willen hier heel graag mee door gaan. Ik vind het dus belangrijk dat we wel alle perspectieven en ook de verschillende manieren waarop er door zorgaanbieders naar dit experiment wordt gekeken, blijven benadrukken.

Alle aanbieders die nu gebruikmaken van de integrale tarieven en die daar graag mee door willen gaan – wat ik ook heel goed begrijp vanuit alle doelen die daarover genoemd zijn – moeten ook inzicht en transparantie gaan bieden: «Wat voor zorg bied je? Wat voor cliënten heb je in zorg? Wat kunnen we daarvan leren? Wat kunnen andere zorgorganisaties daarvan leren?»

Mevrouw Agema noemde in haar eerste termijn dat Buurtzorg drie cliënten in zorg heeft, waar dat er bij andere twee zijn, als ik me de getallen goed herinner. Ik denk dat zo'n experiment als dit juist ook belangrijk is om goed inzichtelijk te maken waar dat verschil nou in zit. Wat kan dat mogelijk ook voor andere zorgaanbieders betekenen? Ik ben het daarbij niet eens met de conclusie die mevrouw Agema daar al uit getrokken heeft. Op basis van de informatie die dit experiment moet gaan opleveren, zou ik daar heel graag meer inzicht in krijgen.

Nu kom ik bij mijn vraag. Die gaat over het maken ...

De voorzitter:

We hebben vandaag maar een kort debat van drie uur. Dat moet dus echt kort.

Mevrouw Hermans (VVD):

Ja, maar mevrouw Agema, ik hecht er wel aan dat dit debat ook zorgvuldig en netjes gevoerd wordt. Als er dan één perspectief bij herhaling wordt genoemd vanuit slechts één organisatie, dan zet ik daar wel wat tegenover.

Mijn vraag gaat over maatwerk. De Minister gaf er al even antwoord op. Zit de mate waarin ook wijkverpleegkundigen zelf ervaren dat die ruimte voor maatwerk er is, ook in de monitor, in hoe het experiment gevolgd wordt in de komende jaren?

Minister Helder:

Het korte antwoord is ja. Het lijkt me een heel belangrijk element voor de motivatie. Het moet juist ook aansluiten bij de verdere professionele ontwikkeling. Het korte antwoord is dus ja.

De voorzitter:

Dat is goed. Een lange vraag met een kort antwoord; dan zijn we er ook.

Ik wil mevrouw Hermans vragen of zij het voorzitterschap even wil overnemen.

Voorzitter: Hermans

De voorzitter:

Vanzelfsprekend. Dan geef ik het woord aan mevrouw Agema voor een vraag aan de Minister. Een korte vraag!

Mevrouw Agema (PVV):

Ja, een korte vraag. Ik sla een beetje aan op wat de Minister zegt: dat de complexiteit van de zorgvraag enorm toegenomen is. Dat is natuurlijk evident. Ik noem het sluiten van de verzorgingshuizen, zo'n 20.000 mensen met een verpleeghuisindicatie die thuis wachten en de helft van de verpleeghuisplekken die niet wordt gerealiseerd. Dat is een enorme toename aan complexe zorgvragers. We weten dat er zo'n 75.000 mensen in de thuiszorg werken, maar dat daarvan maar zo'n 10% daadwerkelijk wijkverpleegkundige is. Zij zullen met die cliëntprofielen al die indicaties op zich moeten nemen. Ik maak me er zorgen over dat juist de mensen die straks het beste en het meest kwalitatief geschoold zijn voor deze complexe zorgvraag, met de administratie bezig zijn. Kan de Minister daarop reageren?

Minister Helder:

Dat is zeker niet de bedoeling. Daarom kwam ik weer terug op de inhoudelijkheid van die cliëntprofielen. De werkwijze bij de cliëntprofielen moet aansluiten bij de verdere professionalisering die de wijkverpleegkundige zelf ook nodig heeft om het niet alleen zelf te doen – zelf het goede gesprek te voeren met de cliënt over preventie en inzet van andere vormen van zorg – maar ook om te praten met elkaar. Dat is iets wat mevrouw Hermans net ook aangaf. Het gaat om het met elkaar inzichtelijk maken van zaken. Het gaat om het met elkaar praten over de vraag welke zorg op welke manier verleend wordt. Het gaat om de vraag: hoe kunnen we ook voor onze wijk, buurt of regio ervoor zorgen dat we de beste manier van zorg leveren, dat mensen verder kunnen met hun leven en dat we het niet alleen maar op de oude manier invullen? De wijkverpleegkundigen hebben er juist veel behoefte aan om dat gesprek op gang te brengen. Dat geven ze zelf ook aan en dat sluit ook helemaal aan bij de beweging die V&VN bijvoorbeeld maakt met het wijkverpleegkundige vak. Dus nee, geen onnodige administratie, maar als het helpt voor de verdere professionalisering, is het wat mij betreft nodig.

Mevrouw Agema (PVV):

Ik vind het zorgelijk dat de hoogstopgeleide wijkverpleegkundigen die wij het allerhardst nodig hebben, straks bezig zijn met indiceren. Dat vind ik bijzonder zorgelijk.

Ik heb nog een punt. Ik noem nog een ander iemand met zorgen. Dat is mevrouw Jennifer Bergkamp, die erop wijst dat uit een onderzoek van de universiteiten van Tilburg en Maastricht blijkt dat deze manier van financieren een doelmatigheid heeft van 20%. Als je 80% van de tijd je zorginzet verkeerd inschat, dan heb je toch ook een probleem? Kan de Minister daarop reageren?

Minister Helder:

Ik zoek, eerlijk gezegd, een beetje naar wat precies de vraag is. Ik verstond het niet helemaal goed.

Mevrouw Agema (PVV):

Als deze manier van financieren een doelmatigheid van 20% heeft, dan betekent dat dat 80% van de tijd de zorginzet verkeerd wordt ingeschat. Je

kunt een mens niet zomaar in een malletje van zestien profielen duwen. Het kan blijken dat iemand meer of minder zorgvraag heeft. Dan moet het hele indicatieproces weer opnieuw gedaan worden. Dan moet die wijkverpleegkundige, die goedopgeleide wijkverpleegkundige, dat weer gaan doen. Die is dus veel meer met administratie bezig, doordat de doelmatigheid niet groter te maken is dan die 20%. Dat blijkt uit onderzoek van de universiteiten van Maastricht en Tilburg.

Minister Helder:

We nemen in dit experiment uiteraard alle onderzoeken die bijdragen, mee. Dus als dat relevant is, nemen we dat zeker mee. Maar het is natuurlijk niet de bedoeling dat het tot ondoelmatigheid leidt. Zo simpel is het. Het moet juist leiden tot doelmatige zorg en het moet ook leiden tot passende zorg, maar wel gericht op de uitkomsten. Dat gaf mevrouw Paulusma net ook zo treffend aan: niet alleen maar het verhogen van de productie, maar juist op die uitkomsten. Waar zijn de mensen die de zorg thuis nodig hebben, nou het beste mee geholpen? Als het daar de doelmatigheid letterlijk en figuurlijk ten goede komt, dan denk ik dat we goed bezig zijn. Als dat ondoelmatig is, dan zijn we natuurlijk niet goed bezig. Dus dat is echt onderdeel van het experiment.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dan neem ik het voorzitterschap weer over van mevrouw Hermans. Mevrouw Slagt-Tichelman, uw achtste interruptie.

Mevrouw Slagt-Tichelman (GroenLinks-PvdA):

Ik heb een korte vraag, die denk ik verhelderend is. Niemand wil de wijkverpleegkundige opzadelen met extra administratieve lasten, maar moet het in de nieuwe cliëntprofielenstructuur altijd de wijkverpleegkundige zijn, of kan het ook de zorgverlener vanuit de wijkverpleging zijn? Ik merk dat er een soort van verwarring over is, dus ik wil daar graag iets meer duidelijkheid over. Is het niet gewoon de zorgverlener die bij de vrouw thuis komt die de negen vragen stelt en de hulp verleent, en dus heel snel de vragen kan beantwoorden? Ik houd mijn vraag nu kort. Het is toch gewoon de zorgverlener die in huis komt? Er is toch geen apart bezoek daarvoor?

Minister Helder:

Volgens mij zitten we te star in het denken over die negen vragen. Het gaat om het volgende: gebeurt in die thuissituatie het goede? Is dat het goede gesprek? De wijkverpleegkundige is degene met verstand van zaken. Ze zijn ook voor een groot deel, nog niet allemaal, opgeleid om de indicatie op een goede manier te stellen. Daarom is de wijkverpleegkundige de eerst aangewezen. Maar het gaat natuurlijk om het hele systeem, dat daar gebeurt wat er moet gebeuren. Daarom moeten we die profielen eerst maken. Daarom moeten we eerst de data verzamelen via die negen vragen. Dan kunnen we de profielen maken. Dat moet natuurlijk op een heel makkelijke manier georganiseerd worden. Het moet gewoon passen in het ICT-systeem dat je gebruikt. Als je een taakherschikking doet en er iemand anders komt, moet je zorgen dat dat ook onderdeel ervan is. Maar dat is de uitvoering. Het eerste wat we moeten doen, vooral ook met de inzichten van de wijkverpleegkundigen zelf, is zorgen dat we tot die profielen komen. Dan hebben we ook eenheid van taal daarin en kunnen we met elkaar de werkorganisatie daarop aanpassen.

De voorzitter:

Vervolgt u uw betoog.

Minister Helder:

Ik was toegekomen aan een aantal vragen over de cliëntprofielen. Mevrouw Hermans had een vraag over de ongecontracteerde zorg: gaat dit eraan bijdragen om minder ongecontracteerde zorg te hebben? Nou, op zichzelf niet, natuurlijk, maar er is wel een sterke wens om met elkaar tot meer gecontracteerde zorg en vooral tot meer samenwerking in de wijk te komen. Maar dus niet op zichzelf.

Dan de vraag van mevrouw Paulusma over de samenwerking tussen de aanbieders en de Patiëntenfederatie. Zij zijn een van de convenantpartijen, dus zij doen helemaal mee met de ontwikkeling van de cliëntprofielen. Datzelfde geldt voor de koplopers onder de aanbieders. Die pilots werken al met cliëntprofielen. Zo is die samenwerking vormgegeven. Ik zie dat dit niet goed genoeg is.

De voorzitter:

Ja, er gaan weer vingers omhoog. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ik noemde onder andere: van zorgaanbieder naar Patiëntenfederatie. Maar er zijn natuurlijk een heleboel partijen, en ook drie universiteiten. Dat vind ik juist de kracht van deze beweging, want de club die nu meedoet, is eigenlijk al ruim 40% van het hele werkveld, het thuiszorgdomein. Er is natuurlijk een heel grote groep aan partijen hierbij betrokken. Ik denk dat juist die diversiteit zorgt voor het slagen van dit experiment, voor het nogmaals verbeteren. Dus ik ben wel op zoek naar de borging daarvan, want soms is VWS geneigd om dan een vinkje te zetten en door te gaan, terwijl ik juist deze kritische massa zo interessant vind voor het slagen van dit experiment en om wijkverpleegkundigen te laten doen waar ze goed in zijn.

Minister Helder:

Ik zei net eigenlijk al, naar aanleiding van de opmerkingen over het onderzoek van Tilburg University: volgens mij moeten we die rijkheid en die variatie vooral inbrengen in dit experiment, om met elkaar tot consensus te komen over hoe het verder moet en hoe die profielen eruit moeten zien. Ik zou dus zeggen: hoe meer, hoe beter. Hoe ga ik dat borgen? Ik zal er zeker op letten dat we die diversiteit op die manier aan tafel houden en dat ook echt doen, dus niet één klein gesprekje en dat was het dan. Absoluut niet. Dit is echt een samenwerking.

Dan de vraag van mevrouw Joseph of het een dubbele registratie wordt. Dat is het niet. Op het moment dat de registratie van de cliëntprofielen aanvangt, vervalt de registratie van de ZN-doelgroepen. Dat is de afspraak in het convenant. Dat gebeurt niet dubbel.

Mevrouw Joseph (NSC):

U zegt «wanneer dit aanvangt», maar we zitten toch in een experimentfase? Dit kan nog een paar jaar duren en dan heb je wel nog steeds een dubbele administratie. We hebben tijdens de technische briefing begrepen dat mensen de cliëntprofielen invullen, dat die cliëntprofielen alleen maar bedoeld zijn voor het gesprek tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar en dat in de tussentijd het oude stukje in stand wordt gehouden voor de werkelijke betalingen en dergelijke.

Minister Helder:

Nee, de registratie van de cliëntprofielen, de registratie van de ZN-doelgroepen, vervalt op dat moment. Verder is de verwachting dat die profielen gaan bijdragen aan vermindering van de administratie op termijn, omdat ze aansluiten bij het indicatieproces, bij de anamnese, zoals ik net uitlegde, en omdat we aan het kijken zijn waar we gegevens die we al hebben, die al elders geregistreerd zijn, vandaan kunnen halen,

zodat we die niet opnieuw hoeven in te voeren. Die verandering loopt dus ook. Uiteindelijk moet de ICT-ondersteuning voor dat proces er ook bij gaan passen. Pas dan zijn we klaar. Maar zodra we de cliëntprofielen gaan registreren, vervalt dus de registratie van ZN. Dat is in ieder geval één stap. Dan de vraag van mevrouw Dobbe: wat doen we als tijdens het experiment blijkt dat er meer administratieve lasten ontstaan? We zijn dat, uiteraard, jaarlijks aan het monitoren. Dat doet de NZa. Ik zei net al dat het in eerste instantie de registratie van de ZN-doelgroepen vervangt, maar ik ben natuurlijk realist genoeg om me te realiseren dat het ook kan aanvoelen als meer administratieve lasten. Maar daar zit volgens mij juist de kracht van de beweging vanuit de beroepsgroep, samen met alle anderen die daarbij betrokken zijn: zij kunnen ervoor zorgen dat de manier waarop we dit doen echt aansluit bij de planmatige werkwijze van de wijkverpleegkundige.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dat was wel een hele vrije interpretatie van een aangenomen motie. De vraag was niet: wat doen we als blijkt dat de administratieve lasten stijgen? Nee, er ligt een aangenomen motie die aangeeft wat we dan gaan doen: we gaan afzien van deze manier van bekostigen als blijkt dat de administratieve lasten toenemen. Mijn vraag was: hoe staat het daarmee, hoe gaat het met dat onderzoek, hoe gaat het nu met de administratieve lasten in het verloop van dit experiment? Want als de administratieve lasten toenemen, dan stoppen we er dus mee. Daarover is een motie aangenomen.

Minister **Helder**:

Daar kom ik in de tweede termijn even op terug. Dat ligt eraan wanneer de NZa het onderzoek heeft gedaan. Dat weet ik niet uit mijn hoofd.

Dan de vraag van mevrouw Hermans of het bekostigingsexperiment ook onderdeel wordt van de opleiding en hoe we zorgen dat met name jonge studenten kunnen oefenen met het model. Ik ben het met haar eens dat het werken met het draagkracht-draaglastmodel in de opleiding moet worden meegenomen. Binnen het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn kijken we met de kerngroep Leven Lang Ontwikkelen ook wat we kunnen doen voor de mensen die reeds in het beroep zitten, om te zien of we ook daarbij kunnen aansluiten. Dan zullen we het in de curricula laten meenemen. Het werken met de cliëntprofielen wordt natuurlijk ook dagelijkse praktijk, dus dat zal iets zijn wat studenten tijdens hun stage leren.

Dan de vraag van mevrouw Dobbe over de vijfminutenregistratie. Die is al vele jaren geleden afgeschaft. Ik heb daar al eerder op geantwoord. Het is geen verplichting van mij; het hoeft niet. Als zorgaanbieders zelf een voordeel zien in tijdregistratie, dan is dat aan hen, maar ze zijn het echt niet verplicht. Wat mij betreft houden ze er ook mee op.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe heeft hierover nog een prangende vraag.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit is ook wel een hele vrije interpretatie van een motie. In die motie staat dat de vijfminutenregistratie wordt verboden en die motie is in januari aangenomen. Het is dus niet alleen zo dat het niet meer hoeft; nee, het mag ook niet meer. Dat is wat de Tweede Kamer heeft gevraagd. Ik wil de Minister vragen om daar wel uitvoering aan te geven.

Minister **Helder**:

Er is geen verplichting tot een vijfminutenregistratie. Het hoeft dus niet. Wat mij betreft ga ik niet over tot een verplichting, tot een verbod op de vijfminutenregistratie. Die registratie is niet nodig, maar als zorgorgani-

saties er toegevoegde waarde in zien, is het aan hen om hun eigen organisatie zo in te richten. Daar ga ik niet tussen zitten.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit kan toch niet? Wij hebben als Tweede Kamer een motie aangenomen, met een meerderheid, want we willen dat er een verbod komt. En nu zegt de Minister: die ga ik niet uitvoeren; want ze hoeven het niet, maar ik ga geen verbod opleggen. Tja, het is natuurlijk wel de bedoeling dat Ministers moties uitvoeren, want waarom doen we dit werk anders?

Minister **Helder**:

Als een motie maakt dat ik me als Minister echt letterlijk bemoei met de inhoud van het werk van de organisatie op dit niveau, iets wat we al jaren niet meer verplicht stellen, dan zie ik geen mogelijkheid om die motie uit te voeren. Ik vind dat echt te ver gaan. Ik denk dat juist de beweging die we nu maken met de cliëntprofielen maakt dat we het ook niet meer over die tijndeling hebben. En daarnaast moet iedere organisatie haar eigen organisatiewijze kiezen als het gaat om zo doelmatig mogelijk werken, om te zorgen dat ze hun schema's kunnen indelen en dergelijke. Dat hoeft niet via een vijfminutenregistratie. En ik zie geen mogelijkheid om dat te gaan verbieden; ik zie daar echt de toegevoegde waarde niet van.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dit is zonde van mijn interrupties, want je mag toch hopen dat op het moment dat de Tweede Kamer iets besluit, de Minister zich daarnaar voegt en daar niet zelf een afweging in maakt. Want het is natuurlijk absoluut niet zo dat deze motie niet uitvoerbaar is. Dat is ook bij de advisering van de Minister verteld, omdat het niet zo is; het is wél uitvoerbaar. Maar de Minister geeft hier aan: ik wil het niet; ik vind het niet wenselijk en ga het niet doen. Dit kan toch niet het antwoord zijn op een aangenomen motie van de Tweede Kamer? Ik verwacht gewoon dat de Minister die motie uitvoert, en dat we eindelijk een einde kunnen maken aan die vijfminutenregistratie. Omdat de Tweede Kamer heeft gezegd dat ze een verbod wil!

Minister **Helder**:

De reden waarom ik het op deze manier zeg, is natuurlijk omdat dit een discussie is die al jaren speelt over het afschaffen van de vijfminutenregistratie. Ik heb opnieuw onderzocht of dit juridisch mogelijk is, of dit proportioneel is. Ik heb daar nog niet op geantwoord. Ik zal daar even separaat in een brief op terugkomen. Ik denk dat het wel netjes is om de motie op die manier te beantwoorden, realiseer ik me nu. Maar mijn antwoord zal niet een andere zijn. We hebben het onderzocht en het is juridisch niet mogelijk, en ik vind het ook niet proportioneel om op deze manier wijkverpleegkundigenorganisaties te gaan aansturen met een wettelijk verbod op de manier waarop zij hun werk indelen. Ik vind ook niet dat we dat op die manier moeten doen, maar ik zal daar separaat in een brief op terugkomen.

De **voorzitter**:

De Minister zegt een brief toe over het niet-uitvoeren van de motie-Dobbe. Wanneer? Voor de meivakantie, daar vlak na?

Minister **Helder**:

Nee, dat wordt na de meivakantie.

De **voorzitter**:

De eerste week na de meivakantie?

Minister **Helder**:

De tweede week na de meivakantie.

De **voorzitter**:

Mevrouw Joseph.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Dank, voorzitter. Dit vind ik toch wel een erg belangrijk punt. Over het verminderen van die registratielast hebben we het vaker gehad. Daar is toch echt wel een doorzettingsmacht voor nodig. Ik vroeg me af of die speciaal gezanten bijvoorbeeld niet de doorzettingsmacht hebben om die zorgaanbieders wél te verplichten om te stoppen met die vijfminutenregistratie. Die doorzettingsmacht, dus dat je – zeg maar – overal doorheen kan en zegt «dit moet stoppen», is gewoon belangrijk, want anders gaat dat verminderen van die registratielast gewoon niet gebeuren. Dus ik vroeg de Minister of die speciaal gezanten dat kunnen doen, of dat er anders niet iets extra's geregeld kon worden, en of dat dan mogelijk ook mee kan in die brief.

Minister **Helder**:

Nou, wat ik uit de praktijk begrijp, is dat het voor een deel ook zit in de ondersteuning van het zorgproces, bijvoorbeeld in het IT-systeem dat een kleinere zorgaanbieder gebruikt. Ik zal dat meenemen in de gesprekken – maar dat had ik volgens mij al eerder toegezegd – met de speciaal gezanten, waaraan we ook al gevraagd hebben om de focus te leggen op de eerste lijn. Daar hoort de wijkverpleging ook bij, dus dat doen ze ook. Ik zal in de brief terugkomen op hoe we dat precies doen.

Dan de vraag over de data, de vraag van mevrouw Joseph: verpleegkundigen geven aan dat zorgverzekeraars aan de haal gaan met informatie die verzameld wordt; wat ga ik daaraan doen? De doorontwikkeling van cliëntprofielen moet het gesprek tussen de aanbieders en zorgaanbieders uiteraard stimuleren over de inhoud van de zorg, en niet alleen over de uren van de geleverde zorg. Het is de bedoeling dat dat inzicht stimuleert dat het in de contractering tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder dus ook over de inhoud, de kwaliteit en de uitkomsten van zorg gaat, in plaats van alleen maar over de aantallen geleverde uren. Daarbij zullen verzekeraars natuurlijk altijd sturen op hun doelen, namelijk de doelmatigheid van zorg, maar ze doen dat altijd binnen de wettelijke taak en binnen de wettelijke bevoegdheden. De Nederlands Zorgautoriteit en de Autoriteit Persoonsgegevens zien daar ook op toe. Dus ik vind niet dat ik daar apart onderzoek naar moet doen, maar het is uiteraard onderdeel van het gesprek met de toezichthouders.

Dan ben ik door het blokje cliëntprofielen heen en kom ik bij het volgende blokje, de toegankelijkheid en de brede eerstelijnsvisie, naar aanleiding van de vraag van mevrouw Joseph, en naar aanleiding van de vraag van mevrouw Slagt over de organisatie op wijkniveau. De eerstelijnszorg in Nederland is best uniek, maar de toegankelijkheid van de hele eerste lijn staat onder druk. Wij hebben eind januari samen met de landelijke partijen een visie op de eerstelijnszorg 2030 vastgesteld. Met die visie nemen alle partijen ook de verantwoordelijkheid om de toegankelijkheid en de continuïteit van de eerstelijnszorg te borgen. Ze werken samen aan de benodigde vernieuwingen en ook aan het versterken van de organisatie daarvan.

In de wijk is de wijkverpleging daar natuurlijk een heel belangrijk onderdeel van, een spil in het web, zeker voor de kwetsbare patiëntgroepen. We maken daarbij gebruik van de kernkwaliteiten van de wijkverpleging en het feit dat ze achter de voordeur komen. De bedoeling is ook om het vak van wijkverpleegkundige daarmee ook aantrekkelijker te maken. Dat is echt een nadrukkelijk doel. In de wijk zijn vaak meerdere zorgaanbieders actief, waardoor niet altijd snel duidelijk is welke organisatie welke zorg levert en wie plek heeft voor nieuwe cliënten.

Daarom wordt naast deze cliëntprofielen gewerkt aan herkenbare en aanspreekbare teams, zodat duidelijk is wie er benaderd kan worden en hoe er wordt samengewerkt. Dat is op veel plekken al goed georganiseerd, maar zeker niet overal.

In opdracht van mij voert het RIVM onderzoek uit naar hoe het staat met de ontwikkeling van herkenbare en aanspreekbare teams. Voor de zomer van dit jaar komt er een eindrapport van het driejarige onderzoek daarnaar. Daarnaast heeft de NZa al een aparte betaaltitel centrale coördinatie van zorg opgenomen in de beleidsregels, ten behoeve van de herkenbare en aanspreekbare wijkverpleging. Dat kan voor dit jaar al worden ingekocht. Dat is dus de visie. Die moet de samenwerking in de wijk gaan versterken.

De voorzitter:

Mevrouw Joseph heeft een interruptie.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Ik weet nou niet precies over welke vraag dit ging. Ik had eigenlijk gevraagd wat de visie van de Minister is op goede palliatieve zorg. Wat zijn de drie grootste knelpunten waar zij wakker van ligt?

Minister Helder:

Daar kom ik zo op.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Oké. Ik kon het even niet plaatsen.

De voorzitter:

Dat snappen we. De Minister gaat verder.

Minister Helder:

Daar kom ik nu aan toe. Dat andere ging over de visie op de eerste lijn, waar mevrouw Slagt naar vroeg. De palliatieve zorg. Het is belangrijk dat mensen zich bewust zijn van het levenseinde en zo veel mogelijk kunnen sterven op de plek van voorkeur, rekening houdend met de persoonlijke omstandigheden en wensen. Mensen die niet meer beter kunnen worden, moeten goede palliatieve zorg kunnen ontvangen om het lijden te verlichten of lijden te voorkomen. Problemen met bijvoorbeeld indicaties, budgetafspraken en omzetplafonds, die onlangs in de media naar voren kwamen, zouden wat mij betreft goede zorg niet in de weg moeten staan. Zorgverzekeraars hebben daarvoor ook zorgplicht. Dat betekent dat ze moeten zorgen dat hun verzekerden de zorg krijgen die ze nodig hebben, ook palliatief-terminale zorg. Als verzekerden niet of niet tijdig terecht kunnen bij de zorgverlener van hun voorkeur, bijvoorbeeld door een omzetplafond of door een wachtlijst, dan moet de zorgverzekeraar ervoor zorgen dat die zorg tijdig elders bereikbaar en beschikbaar is. De NZa houdt daar toezicht op.

Mevrouw Joseph vroeg naar de visie van de Minister op palliatieve zorg en naar de top drie van goede palliatieve zorg. Wat zijn de knelpunten? Als we kijken naar de top drie van hoe we het georganiseerd willen hebben, begint het wat mij betreft natuurlijk bij de vraag van de cliënt zelf, bij de bewustwording: wat betekent dit voor mij? Wat zou ik willen? Hoe zie ik dat voor me? Waar ben ik bang voor? Die bewustwording is natuurlijk ook het begin van het goede gesprek met de zorgverleners.

De tweede vraag is: hoe kunnen we het dan organiseren, op basis van het Kwaliteitskader palliatieve zorg? En: hoe kunnen we daarbij zorgen dat die voldoende is ingekocht en voldoende wordt vergoed?

De derde – als ik 'm qua kopzorgen zou willen rangschikken, is dat wat mij betreft de belangrijkste – is de bemensing. Zijn er voldoende goedgekwalificeerde wijkverpleegkundigen om dit te doen? Zijn er voldoende

goedgekwalificeerde vrijwilligers die hierin kunnen ondersteunen? Die zijn ook belangrijk, want het gaat heel vaak snel om 24 uurszorg. Dat is natuurlijk heel arbeidsintensief. Die bemensing is mijn belangrijkste kopzorg.

Dan is de volgende vraag: wat doen wij eraan? We zijn nu bezig met het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II. Dat is gericht op die bewustwording en vroegtijdig het gesprek voeren. Er is ook een rol voor de huisarts om daar vroegtijdig over te beginnen. Maar er is ook zeker een rol voor een wijkverpleegkundige, als die al over de vloer komt. Het tweede is de verbetering in de bekostiging van de palliatieve zorg, zodat die ook beter aan kan sluiten bij het beleid. Uiteindelijk moet palliatieve zorg natuurlijk gewoon onderdeel zijn van de regulier in te kopen zorg. Het moet wat mij betreft dus ook geïntegreerd kunnen worden in die brede gezondheidszorg en ook in de samenwerking met het sociale domein.

Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland is daarbij de inhoudelijke basis. Van daaruit worden er richtlijnen gemaakt om zorgverleners in staat te kunnen stellen dat ze voldoende kwaliteiten hebben. Maar ook dat ze voldoende betrouwbare en actuele informatie hebben waar ze mee aan de slag kunnen. Het is ook belangrijk dat ze weten hoe ze die kennis kunnen delen met anderen. Dat is allemaal onderdeel van het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II.

Als het gaat om mijn zorgen, dan zit mijn belangrijkste zorg op voldoende bemensing; dat zei ik net al. En het gaat natuurlijk ook om de goede samenwerking en de gegevensuitwisseling met de andere onderdelen van de eerste lijn, zoals de huisarts.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Ik deel de zorgen van de Minister over de bemensing. Ik denk dat dat een grote zorg is. Maar ik maak mij ook nog steeds zorgen over het opleiden. Ook in de sessie die we maandag hadden, met onder andere Carend, deelden wij de conclusie dat heel veel professionals in de zorg – en wellicht met name ook de mensen in de witte jassen – toch nog heel vaak onbewust onbekwaam zijn. Palliatieve zorg vraagt heel veel expertise en ook een beetje stevigheid. Als je maar in een heel klein deel van je opleiding hier opleiding in krijgt of af en toe een bijscholing – en die is vaak nog facultatief – dan is dat mijns inziens niet afdoende om dit werk te kunnen doen.

Minister **Helder**:

Ik kan mevrouw Paulusma hier gewoon volledig gelijk in geven. Ik denk dat dat echt wezenlijk is. Ik vond in die hele discussie de suggestie goed om een casus gewoon eens te vervangen door een casus waarbij levenseinde een rol speelt. Ik denk dat je daar niet vroeg genoeg mee kan beginnen. We hebben met elkaar geleerd om anders naar het leven te kijken als het om zorg gaat, maar we moeten als het om sterven gaat ook anders naar het levenseinde gaan kijken. Dat is er echt bij gekomen in de zorg. Dat moet echt mee in de initiële opleiding.

De vraag is natuurlijk hoe we daarop gaan sturen. Ik zal dat zeker ook als aandachtspunt meenemen in het opleidingsakkoord dat we met de eerste lijn gesloten hebben. Ik zal het ook meenemen richting het overleg over de palliatieve zorg. Ik neem het ook mee naar de arbeidsmarkttafel om daar met de werkgevers over te spreken, want ook zij moeten daar ruimte voor bieden, natuurlijk.

De **voorzitter**:

Mevrouw Paulusma, uw achtste interruptie.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

O, dat is ook heel goed om te weten. Ik hoor de Minister zeggen: we nemen het mee naar de eerste lijn. Maar ik noemde bewust de mensen in de witte jassen, want mijn zorg zit ook vooral daar en niet zozeer bij de verpleegkundigen.

Minister Helder:

De witte jassen zijn de artsen. Dat zijn niet altijd de huisartsen, want die lopen niet in een witte jas. Nee, volgens mij gaat het hier ook om bewustwording en gewoon scope. Het gaat erom dat je in de gaten hebt: waar hebben we het over? Het gaat erom dat iedereen meedenkt hoe we dit in de praktijk zo goed mogelijk kunnen organiseren. Dat begint met de bewustwording dat het er is. Ik denk dat we daarin al heel ver gevorderd zijn, maar nog niet goed genoeg, dus dat neem ik mee.

Mevrouw Hermans (VVD):

Even een vraag over de versnippering in de palliatieve zorg, waar ook veel over gesproken is. Er is, dacht ik, een jaar of drie geleden een programma gestart om daar wat aan te doen. Kunt u al iets zeggen over de resultaten daarvan?

Minister Helder:

Daar kom ik straks even op terug, wanneer ik daar precies het antwoord op heb. Versnippering is zeker een punt. Ook dat speelt natuurlijk mee in de vraag van mevrouw Joseph over de vergoedingsproblematieken. Dat was namelijk de tweede. Ik heb net al uitgebreid uitgelegd dat de zorgverzekeraars hier echt een zorgplicht hebben, maar dat er ook bij de zorgaanbieders een rol ligt, bijvoorbeeld om het op tijd aan te geven als zij een omzetplafond bereiken, zodat ook dat overleg gewoon goed loopt. Aan de andere kant moet de zorgverzekeraar dan ook de telefoon opnemen om te kijken: wat doen we er dan mee? Via de NZa houd ik de zorgverzekeraars eraan dat er voldoende wordt bijgecontracteerd als dat mogelijk is bij de zorgaanbieder. Ik vind het ook belangrijk dat de zorgverzekeraar bereikbaar is en meedenkt over een oplossing als er een preciaire situatie ontstaat. Uit navraag bij zorgverzekeraars – ik doe dat regelmatig – hoor ik dat zij welwillend en voortvarend zijn om die budgetverhogingen met betrekking tot palliatieve zorg te behandelen. Maar ik zal zeker daarop toezien en zorgen dat het gebeurt, want ik hoor af en toe ook nog verhalen dat dat niet gebeurt. Dat is ook die zorgplicht waar we de zorgverzekeraars aan houden en waar ook de NZa zich recent over heeft uitgesproken.

Voorzitter. Dan is er nog een vraag van mevrouw Paulusma over de nazorg. Dat is een vraag die al langer loopt. Hoe zit het met die nazorg? Is dat nou een essentieel onderdeel van palliatieve zorg of niet? Wie doet het dan? Gaat het bijvoorbeeld over het verzorgen en het aflegmoment? Ik heb geen kant-en-klaar antwoord voor u. Ik weet dat er ook gekeken wordt of er een tussenweg is, in de zin van: wat doet de een en wat doet bijvoorbeeld de begrafenisondernemer; hoe gaat dat in de praktijk? Maar ik ken de wens en ik zal kijken wat we daarmee kunnen. Ik wil hier uitspreken dat ik het wel belangrijk vind dat de wijkverpleegkundige daar zelf ook ruimte voor heeft, want natuurlijk is niet iedere situatie hetzelfde. Het maakt ook nog weleens uit wat de situatie is, wat de leeftijd van de overledene is en hoelang je erbij betrokken bent. Het gaat om de hele situatie. Ik vind dat die professionele ruimte er echt moet zijn, maar dan moeten we wel zorgen dat dat kan. Die laatste vraag, zorgen dat het kan, gaat natuurlijk ook over bekostiging. Die vraag ga ik opnieuw meenemen.

De voorzitter:

Mevrouw Paulusma, dit is uw laatste interruptie.

Mevrouw Paulusma (D66):

Ja, dat weet ik. Ik had deze bewaard voor de laatste. Ik snap de reactie van de Minister deels. Het gaat mij niet zozeer om de hele praktische dingen, want ik denk dat het deel van je werk is om samen met familie te kunnen verzorgen en afleggen. Het gaat mij er juist om – dat was zo mooi aan de sessie van afgelopen maandag – dat als wij de palliatieve zorg willen verbeteren, het gesprek over de dood steeds normaler moet worden onder alle Nederlanders. Ik heb samen met de VVD ooit een motie ingediend om een campagne van de grond te krijgen. Als wij de dood een normaler gespreksonderwerp willen laten zijn en daarmee de zorg willen verbeteren, moet er ook nazorg zijn, juist om jonge verpleegkundigen bij het vak te houden en om nabestaanden een volgende stap te kunnen laten zetten en het gesprek over de dood daar dus een onderdeel van te laten worden. Ik bedoel: we praten altijd over de geboortezorg; daar ben ik ook mee doodgeslagen. Nee, «doodgeslagen» is een beetje raar. Over de geboortezorg heb ik heel veel geleerd in mijn opleiding, maar over de palliatieve zorg niet. Ik denk dat nazorg daar een essentiële rol in kan spelen. Dan kunnen we het later nog een keer hebben over de bekostiging, maar laten we het daar dus niet mee stukslaan.

Minister Helder:

Zeker niet, hoor. Ik zie daar meteen praktische dingen, maar ik ben het er helemaal mee eens. Uit de praktijk komende heb ik zelf ook altijd gezorgd dat dit een onderdeel is van de zorg, dus dat je nog een nabezoek of in ieder geval een gesprek kunt arrangeren met elkaar, zodat de cirkel in dezen rond is, dat het dus een wezenlijk onderdeel is en je het ook op die manier ervaart. Ik heb daarvan geleerd dat dingen die je in de praktijk eigenlijk gewoon kunt organiseren, maken dat mensen zich zoveel beter gehoord voelen. Neem bijvoorbeeld een condoleancebezoek, als zorgorganisatie eraan denken dat een dierbare is overleden en daarop terugkomen door te zeggen «de feestdagen komen er weer aan; ik weet dat dit voor u een hele moeilijke periode is», of door gewoon een kaartje sturen. Ik ben het er heel erg mee eens dat je die ervaringen als feedback moet meenemen – want daar gaat het over – en weer moet gebruiken als input voor je zorg.

Mevrouw Hermans (VVD):

Even in aanvulling op de vraag van mevrouw Paulusma. Ik ben het helemaal eens met wat de Minister zegt over hoe dit geïntegreerd moet worden in de zorg; mevrouw Paulusma is dat ook, denk ik. Maar waar het ons beiden om gaat, mede naar aanleiding van een bijeenkomst waar we afgelopen maandag allebei waren, is dat hier ook in de opleiding meer aandacht voor zou moeten zijn. Laat ik het punt nog maar eens gebruiken dat er voor de geboortezorg heel veel aandacht is, maar dat er juist voor de palliatieve zorg eigenlijk geen tijd of aandacht is in de opleiding; het ging maandag vooral over de opleiding tot basisarts. Daar zou het een onderdeel van moeten zijn.

Minister Helder:

Het korte antwoord is: ja, eens. Dat moeten we dus met de onderwijsinstellingen gaan bespreken. Het ligt ook bij de aanbieders, die vervolgens weer inkopen bij de onderwijsinstellingen. We moeten er met elkaar voor zorgen dat we dat als integraal onderdeel meenemen. Daar ben ik het zeer mee eens.

De voorzitter:

Mevrouw Slagt-Tichelman, uw laatste interruptie.

Mevrouw Slagt-Tichelman (GroenLinks-PvdA):

Ja, dat weet ik. Binnen de geboortezorg is het concept Family Centered Care heel erg ingebed, waarbij er oog is voor de mensen die om de

zwangere heen staan en die worden begeleid in de transitie naar het ouderschap. Mij is eerder al opgevallen dat er binnen de palliatieve zorg dat proces is naar de transitie, naar het verwerken van weer alleen komen te staan of zonder een persoon te moeten leven. Alles wat er medisch gezien is gebeurd, betreft ook verwerkingsvragen. Nu worden die verwerkingsvragen vaak beantwoord met psychologische hulp. Later, omdat mensen dan toch problemen ervaren. Hoe mooi zou het zijn als dat in de zorg en in de opleidingen ingebed is?

Minister Helder:

Daar ben ik het volledig mee eens. Ik denk dat een belangrijk deel van de rouwverwerking al begint tijdens het voorbereiden op het sterven. Dat zou je kunnen opnemen in de werkwijze. Dit past ook heel goed in de gedachte van die cliëntprofielen, dat je met elkaar kijkt: wat is nou nodig in deze fase, welke dingen zijn nodig, al gericht op een betere uitkomst? Dat gaat niet alleen over de cliënt in kwestie, maar natuurlijk ook over het systeem. De cliënt in kwestie is daardoor ook gerust. De afgelopen jaren is het daarbij natuurlijk ook veel over de toegevoegde waarde van hospicezorg gegaan, en dat gesprekken mogelijk worden gemaakt door de wijze waarop die zorg wordt geleverd. Ik denk dat we de kwaliteit van het leven en de kwaliteit van het sterven enorm hebben laten toenemen. We moeten zorgen dat we dat ook in de thuissituatie goed organiseren. Ik ben het er dus volledig mee eens.

Voorzitter. Ik heb nog een paar andere vragen, in het blokje overig.

Voorzitter: Hermans

De voorzitter:

Mevrouw Agema heeft een vraag voor de Minister.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb de Minister niet gehoord over mijn vraag over iets wat al jaren aan de gang is en wat op 9 maart opnieuw in een artikel in de Volkskrant te lezen was, namelijk dat het in Nederland uitmaakt of je in januari of in december sterft door de budgetplafonds van de zorgverzekeraars. Mijn vraag aan de Minister is: wat nou als er uit dit debat een tweeminuten-debat volgt en een Kamerlid een motie indient «budgetplafonds mogen in de stervensfase niet meer worden toegepast, die moeten verboden worden» en zo'n motie wordt aangenomen? Wat gaat de Minister daar dan mee doen?

Minister Helder:

Volgens mij heb ik net in mijn antwoord al aangegeven dat ik de zorgverzekeraars erop aanspreek dat als de omzetplafonds knellend zijn juist voor de palliatieve zorg, ze daar proactief in moeten zijn. Dan moeten de aanbieders ook hun werk doen door op tijd aan te geven dat ze die omzetplafonds gaan bereiken, want dan heeft de zorgverzekeraar de kans om dat te organiseren. Ze moeten ook in staat zijn om die zorg daadwerkelijk te kunnen organiseren, ook in die knellende arbeidsmarkt. Dat is iets waar ik nu al op stuur. Ik heb de NZa ook gevraagd om daar goed op toe te zien. Wat mij betreft zou die motie dus niet nodig zijn, want ik ben het ermee eens dat dit zorg is die we niet op deze manier zouden moeten beknellen.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik heb hier toch zorgen over, want ik zit hier natuurlijk al een poosje. Ik hoor de zittende bewindspersoon dat weer in elk debat zeggen en het blijft gewoon gebeuren. Dus wat nou als een Kamerlid een motie indient van: het mag niet meer, we gaan het verbieden, je mag niet meer als

verzekeraar in de stervensfase een budgetplafond hanteren? Als we dat zeggen, wat gaat de Minister dan met zo'n aangenomen motie doen?

Minister Helder:

Ik geloof meer in de afspraken die we daarover met zorgverzekeraars aan tafel maken. We doen dat in het Integraal Zorgakkoord en ook in de andere samenwerkingen die we nu aan tafel hebben. Morgen hebben we bijvoorbeeld het debat over de ggz. Daar hebben we ook afspraken gemaakt met de zorgverzekeraars over wat we wel en niet doen. Ik denk dat die afspraak echt heel krachtig kan zijn. In ben zeker bereid – dat doe ik al – om hierover contact te zoeken met zorgverzekeraars. Ik geloof er meer in dat we met elkaar de afspraak maken dat dit in principe niet de bedoeling is. Dat is de afspraak die we al gemaakt hebben met elkaar. Ik heb u net al verteld dat ik ook merk dat zorgverzekeraars daar proactief in staan. Op het moment dat er toch een omzetplafond bereikt is of dat een zorgaanbieder die zorg niet kan leveren, bijvoorbeeld omdat die onvoldoende medewerkers heeft, denken zij heel proactief mee over hoe het dan wel kan en hoe het opgelost kan worden. Het belangrijkste is dat die zorg in die situatie daadwerkelijk geleverd wordt. Er zijn natuurlijk heel veel aanbieders van wijkverpleegkundige zorg en palliatieve zorg. Zoals mevrouw Hermans net al zei, is het een heel versnipperd landschap. Dat betekent dat je heel veel te maken hebt met dat soort begrenzings. Als die zorg elders goed is ingekocht en daar nog ruimte is in de afspraak, zou dat moeten kunnen. Het heeft dus echt nadrukkelijk mijn aandacht. Ik geloof er heel erg in dat we die afspraken – dat laten we ook zien – nu binnen het Integraal Zorgakkoord met zorgverzekeraars kunnen maken aan tafel.

Dan was er nog een vraag van mevrouw Hermans over de casemanagers. Worden die betrokken bij de ontwikkeling en de invoering van cliëntprofielen? Het ging over het onderzoek, of dat al is uitgezet. De aanbestedingsprocedure voor dat onderzoek loopt op dit moment en na 1 juni gaat het onderzoek van start. De NZa heeft de wijkverpleegkundigen daar actief bij betrokken. De casemanagers dementie zijn niet specifiek betrokken bij de ontwikkeling en de invoering van cliëntprofielen, maar die zijn natuurlijk wel onderdeel van de beroepsgroep wijkverpleegkundigen. Op die manier loopt dat dus zeker mee. Ik kan nog kijken of we daar iets preciezer in kunnen worden als het gaat om het inmengen van juist de wijkverpleegkundigen die kennis hebben van dat casemanagement dementie, want over die groep ouderen gaat het dan. Dat zal ik meenemen, zeg ik mevrouw Hermans toe.

Mevrouw Joseph vroeg of ik de omslachtige systemen voor uitvoeringsverzoeken kan herzien, met name bij hulpmiddelen. We zijn in het programma (Ont)Regel de Zorg bezig met de harmonisering van die hulpmiddelenreglementen. Het is mij ook een doorn in het oog. Ik begrijp heel goed dat het ongelofelijk ingewikkeld is als je daar in de praktijk mee te maken hebt. We kijken echt naar hoe we verder kunnen standaardiseren en hoe we verder kunnen vereenvoudigen, juist om de wijkverpleegkundige het gevoel te geven dat die daar zelf over mag beslissen. Tegelijkertijd moet ik natuurlijk ook oog hebben voor de doelmatigheid, waar de zorgverzekeraars weer voor moeten staan. Daarom geloof ik ook heel erg in die vorm van standaardisering en het vereenvoudigen van de aanvragen bij de zorgverzekeraars. Daar wordt dus hard aan gewerkt.

Mevrouw Joseph (NSC):

Ik begrijp dat daar hard aan gewerkt wordt. Dat is heel erg fijn natuurlijk, maar ik vroeg me ook af wanneer de Kamer en zeker de zorgverleners zelf resultaat kunnen verwachten op dit gebied.

Minister Helder:

Over de spoedprocedures is in december nog een brief door de NZa aan zorgaanbieders en zorgverzekeraars verstuurd over randvoorwaarden en deadlines om in de spoed de hulpmiddelen niet alleen beter, maar ook tijdig te organiseren. Zij zijn dus gezamenlijk aan zet. De Kwaliteitsraad Hulpmiddelen en Zorg gaat dat proces begeleiden. Daar zijn zowel leveranciers en fabrikanten als de aanbieders bij betrokken. Wij hebben nauw contact met de kwaliteitsraad en de NZa over de voortgang. De Minister voor Medische Zorg overweegt zelfs wettelijke maatregelen als dat niet opschiet. En de tijdigheid en wanneer we daar iets over kunnen zeggen? Daar ga ik zo even achteraan en daar kom ik in de tweede termijn op terug.

Ik denk dat ik daarmee alle vragen over de hulpmiddelen heb beantwoord. Dan is er nog de vraag van mevrouw Dobbe over de loonkloof en de ova-ruimte. Ik heb uw Kamer natuurlijk in december geïnformeerd over de uitkomsten van de beloningsonderzoeken. Daaruit bleek dat het uurloon van de medewerkers in de zorg redelijk vergelijkbaar is met dat in de marktsector, maar dat het achterloopt ten opzichte van dat in de andere publieke en semipublieke sectoren. Er is dus echt een gedifferentieerd beeld wat betreft de marktconformiteit. Dat zeg ik hier toch nog maar een keer duidelijk. De salarissen in de ziekenhuizen en de umc's zijn bijvoorbeeld boven marktconform. Dat geldt ook voor de salarissen aan de bovenkant van het loongebouw binnen de zorgbranches. Ik heb in het commissiedebat over de arbeidsmarkt in maart gesproken over de uitkomsten van de onderzoeken en ik heb ook aangegeven dat, mede gegeven de grote budgettaire impact, eventueel extra loonruimte bovenop de bestaande ova pas per 2025 zou kunnen worden toegevoegd. Dat is echt een grote beleidsmatige weging, en wat mij betreft laat ik dat over aan een nieuw kabinet. Ik zal wel, en dat is conform de motie van mevrouw Slagt, in kaart brengen welke opties er zijn om de loonkloof te dichten. Dat komt er dus aan.

Als het gaat om de ova-ruimte in de komende cao-onderhandelingen zeg ik toch nog maar een keer dat in 2022, 2023 en 2024 zo'n 9,5 miljard ova-ruimte structureel is toegevoegd aan de lonen. Dat zijn echt grote bedragen. Dan de komende cao-onderhandelingen. De cao-vvt loopt tot eind 2024, dan gaat het dus om de ruimte voor 2025 en verder. De ova-ramingen voor de jaren 2025 en 2026 bedragen voor 2025 4,18% en voor 2026 4,16%, waarvan 4,1% loonruimte voor 2025 en 4% loonruimte voor 2026. Dat zijn ramingen. De ova-ruimte wordt per jaar pas definitief vastgesteld in het voorjaar, aan de hand van de CEP-raming van het CPB. De ova-ruimte voor 2025 wordt dus feitelijk pas vastgesteld in het voorjaar van 2025, maar de cao-partners gaan natuurlijk altijd al aan de slag met de raming. Dit is iets wat we al sinds 1999 doen, zolang de ova er is. Dat is de ova-ruimte voor de komende onderhandeling. Dat was mijn beantwoording.

Voorzitter: Agema

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe voor haar laatste interruptie. Gaat uw gang.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank aan de Minister voor de beantwoording. We hebben het eerder gehad over de beloning van zorgverleners. Wat mij altijd zo bevreemdt, is dat er ten aanzien van de tekorten aan personeel in de zorg eigenlijk niets wordt gedaan om die loonkloof echt te dichten. De Minister heeft het over een gedifferentieerd beeld, maar ik heb ook al eerder gezegd dat bijna de helft van de werknemers in de verpleeghuizen en de thuiszorg iedere maand geld tekortkomt. Dat geldt ook voor de wijkverpleging. Er worden hier allerlei dingen bedacht om te zorgen dat we kunnen omgaan met personeelstekorten en met tekorten aan wijkverplegers, maar er wordt

niets gedaan om de loonkloof te dichten. Mijn vraag was dan ook: hoe denkt de Minister de personeelstekorten in de zorg op te lossen en de uitstroom van personeel te stoppen indien die loonkloof niet wordt gedicht?

Minister Helder:

Dat is precies waarom ik die onderzoeken heb gedaan. Die doen we natuurlijk regelmatig ook samen met de brancheorganisaties, om te kijken hoe de vermeende loonkloof er nu precies uitziet en waar die zit. Daarbij hebben we het over het zogenaamde buikje. Dat zit in de zorg bij de lagere middenschalen. Dat is één. Het is dus niet zo dat er niets aan gebeurt, want de ova-ruimte komt voort uit een convenant dat we in 1999 hebben afgesproken, waarbij we met de overheidsbijdrage aan de loonontwikkeling de markt volgen. Als de marktlonen omhooggaan, gaan de zorglonen mee omhoog. Dat gebeurt nu al 25 jaar en het onderzoek laat ook zien dat het gebeurt. De marktlonen worden gevolgd.

Resteert nog het buikje. Er zijn natuurlijk eerder al mogelijkheden geweest om dat buikje te repareren, maar er is ook gevraagd aan alle cao-partijen – ik ga niet over de cao en de lonen; daar gaan ze zelf over – om te kijken of ze nog kunnen differentiëren, waardoor ze het verschil kunnen vermindere. Dat gebeurt ook. Daarnaast hebben we gekeken wat de redenen zijn waarom mensen de zorg in komen of de zorg verlaten. Die redenen hebben we nadrukkelijk meegenomen in het onderzoek. Daarbij zat het loon niet op nummer één. Het gaat veel meer om zeggenschap, om fulltime kunnen werken, om het eigen werk kunnen indelen. Ik denk dat we de zorgmedewerkers het grootste plezier doen als we – gegeven de enorme last die er aankomt van veel meer zorgvraag en minder collega's – de zorg heel goed georganiseerd hebben, op een manier waarop het doenlijk is voor ze. Daar moeten we prioriteit aan geven.

Daarnaast moeten we niet onze ogen sluiten voor het buikje en kijken wat we daaraan kunnen doen. Ik heb al eerder gezegd dat ik best de scenario's in kaart wil brengen, maar het budgettaire beslag is nu al dermate ... Ik weet trouwens ook niet zeker of dat werken in de zorg voor meer mensen aantrekkelijker maakt. Ik denk dat we beter kunnen bewerkstelligen dat mensen bijvoorbeeld een voltijdse werkweek kunnen maken in de zorg. Daarvoor hebben we namelijk ook nog veel te doen. Ook moeten we het werk beter organiseren en zorgen voor voldoende zeggenschap, want dat zijn de redenen die bij de meeste zorgmedewerkers echt op nummer één staan.

Mevrouw Hermans (VVD):

Volgens mij is één vraag van mij niet beantwoord. Die gaat over dat het gebruik van de profielen moet gaan bijdragen aan preventie. Het is in het debat wel gegaan over het voorkomen van zorg en de inzet van digitale vormen van ondersteuning. Maar dat zie je als zodanig niet terug in die profielen zoals die nu gemaakt zijn. Hoe zit dat precies?

Minister Helder:

Dat klopt, maar dat is natuurlijk nadrukkelijk wel de bedoeling. Als je uitgaat van de vraag wat de beste uitkomst van zorg is en hoe dat nou in de praktijk gaat, dan ga je het met elkaar ook hebben over de vraag: wat heeft u op dit moment nodig en is dat altijd een zorgvraag? Maar wat de praktijk leert, is dat als je dat gesprek op de goede manier voert, ook aan de orde komt dat het niet altijd een zorgvraag is en dat mensen ook beter af en meer tevreden zijn met een andere inzet. Het is niet altijd leuk om alleen maar op de wijkverpleging te blijven wachten en niet te weten wanneer bijvoorbeeld je steunkousen worden aangetrokken, als dat nog aan de orde is, medicatie wordt uitgereikt of ogen worden gedruppeld. Mensen geven ook aan dat ze er veel meer tevreden over zijn als ze dat zelf kunnen doen.

Ik sprak ook een cliënt in de thuiszorg en die zei: «Ik vind het zo fijn dat ik dat medicatierobotje iedere dag even twee keer moet aanklikken, want dan weet ik dat er op afstand op mij gelet wordt, maar hoef ik op niemand te wachten. Ik kan de medicatie nemen op het goede moment. Ik word eraan herinnerd. Ik kan dat zelf doen. Er komt niemand mijn huis binnen. Maar tegelijkertijd weet ik ook dat er op afstand op mij gelet wordt, want als ik het niet uitneem en ik druk het alarm niet uit, dan gaat er ergens een signaal.» Nou, dat vind ik echt goede voorbeelden van ondersteuning. Het is natuurlijk nadrukkelijk de bedoeling dat we dat meenemen en kijken hoe we dat dan ook in die profielen een plek geven.

Daarnaast is er natuurlijk ook ondersteunend beleid. We hebben in het Integraal Zorgakkoord met elkaar afgesproken dat we die zorg hybride gaan inkopen, en dat de zorgkantoren en zorgverzekeraar ook gaan inkopen. Als dat dus digitaal kan, wordt het voor zorgaanbieders eerder «pas toe» of «leg uit». Daarvoor is het weer ontzettend belangrijk dat we op dat punt ook een contractrelatie hebben, zodat we dat ook met elkaar kunnen bespreken. Dat alles gebeurt natuurlijk omdat er anders gewoon te weinig wijkverpleegkundigen zijn om die grote zorgvraag te accommoderen en omdat die misschien precies de verkeerde dingen met elkaar doen in plaats van de goede dingen. Het gebeurt ook om ervoor te zorgen dat we die wijkverpleging goed toegankelijk en heel effectief houden. In de definitie van passende zorg gaat het echt om zorg die ertoe doet en die effectief is voor het leven van de cliënt.

Voorzitter: Hermans

Mevrouw **Agema** (PVV):

Dank u wel, voorzitter. Ik heb toch wel een behoorlijk deel van mijn tijd besteed aan fraude en georganiseerde misdaad, maar ik heb daar de Minister niet over gehoord.

Minister **Helder**:

Als het gaat om de fraudebestrijding in de zorg, en met name in de wijkverpleging, zien we dat er inderdaad in toenemende mate juist hele kleine wijkverpleegkundige organisaties zijn die én geen goede zorg leveren én tegelijkertijd het geld eerder in eigen zak steken dan het aan de cliënt besteden. Ik vind dat een zeer onwenselijke ontwikkeling. Daarom zijn we bezig om er in het kader van die fraudebestrijding voor te zorgen dat we dit snel genoeg in de gaten hebben. Er is nu een vergunningsplicht voor alle nieuwe organisatie, omdat we dan weten wie er actief worden. Ik ben natuurlijk met diverse dingen bezig om ervoor te zorgen dat we de gegevens meer kunnen delen om ook in de gaten te kunnen hebben dat het gebeurt. Het heeft ook een relatie met de cliëntprofielen waarover het vandaag ging. Ik denk dat juist het werken met de cliëntprofielen en het inzichtelijk maken wat zij doen – dat gaat dus niet alleen om uurtje-factuurkje, maar ook gewoon om wat er gebeurt en wat de uitkomsten van die zorg zijn – ook gaat helpen om de fraude daarin te bestrijden. Ik ben het met u eens dat het echt zorgelijk is. We moeten dat ook bestrijden. Maar ik denk dat het eerder helpt dan tegenwerkt.

Mevrouw **Agema** (PVV):

Ik vind dit niet voldoende. Ik zou daarom graag een tweeminutendebat willen, maar mevrouw Hermans gaat dat zo direct wel aanvragen, denk ik. Ik vind dit echt niet voldoende. Ik heb gevraagd of we kunnen werken met minimale opleidingseisen, een ruime check voordat iemand naar kwetsbare ouderen gaat en zwarte lijsten, en de Minister komt dan eigenlijk met haar oude stokpaardjes. Ik heb hierover de afgelopen weken en vorige week behoorlijk grote en zorgelijke artikelen gelezen. We komen er niet met: ik ga dit met de cliëntprofielen oplossen. Natuurlijk gaat de Minister dat niet met cliëntprofielen oplossen. In een app zitten ze

onderling dingen uit te wisselen als: ik heb hier een klusje voor € 80 per uur. Ze sturen dan iemand daarnaartoe zonder vog en diploma. Die krijgt € 13 en het geld dat er tussen zit, gaat gewoon, hup, de zak in. Het is een groeiend probleem. Het is een gemakkelijk probleem. Dat wordt echt niet met cliëntprofielen opgelost. Dat is gewoon echt niet waar. Dit is georganiseerde misdaad. We zullen van goeden huize moeten komen om dat met hele goede en sterke oplossingen op te lossen.

Minister Helder:

Mag ik nog iets toevoegen? Ik merk dat ik niet uw hele vraag beantwoord heb. U heeft gelijk dat we daarnaast natuurlijk moeten sturen op het voorkomen van diplomafraude. Daar wordt dus nu hard aan gewerkt, ook door de onderwijsinspectie. Op dit moment worden er op basis van gefraudeerde eerder verworven competenties diploma's uitgereikt, ook door gerenommeerde onderwijsinstellingen. Ook dat heeft mijn aandacht en met name die van de onderwijsinspectie. Samen met de Minister van OCW werk ik daar dus aan. U weet ook dat de Wet bevordering samenwerking en rechtmatige zorg inmiddels is aangenomen in beide Kamers en dat we die gaan uitvoeren. Daarin zit ook het zogenaamde waarschuwingsregister, waarmee we ervoor kunnen zorgen dat de zorgaanbieders die over de schreef gaan ... Ik zou het geen zwarte lijst willen noemen, want het is echt een waarschuwingsregister dat met veel waarborgen omgeven is. Maar het is de bedoeling dat het waarschuwingsregister ook gaat bijdragen aan het voorkomen. Ik ben op dat punt dus niet alleen maar met de cliëntprofielen aan het sturen. Er zijn al dingen uitgevoerd om ervoor te zorgen dat we deze fraude kunnen tegengaan.

Voorzitter: Agema

De voorzitter:

Dank u wel. Ik schors even voor vijf minuten. Om 12.35 uur gaan we verder met tweede termijn.

De vergadering wordt van 12.32 uur tot 12.36 uur geschorst.

De voorzitter:

Ik geef voor de tweede termijn het woord aan mevrouw Hermans. Zij spreekt namens de VVD.

Mevrouw Hermans (VVD):

Voorzitter, dank u wel. Dank aan de Minister en haar ondersteuning voor de antwoorden. Ik heb nu voor de tweede termijn geen vragen meer, maar ik zou wel graag een tweeminutendebat willen aankondigen naar aanleiding van ons debat over palliatieve zorg en hoe die ook in de opleiding een plek kan krijgen. Ik vind het belangrijk om daarover samen met mevrouw Paulusma een motie te kunnen indienen.

De voorzitter:

Mevrouw Slagt-Tichelman.

Mevrouw Slagt-Tichelman (GroenLinks-PvdA):

Voorzitter. Dank u wel voor alle antwoorden en dank voor de toezegging te kijken naar de ontschotting om de zorgval tegen te gaan. Wij zullen in het tweeminutendebat waarschijnlijk met een motie komen om de wijkverpleegkundigen meer zeggenschap te geven over het aanvragen van medische hulpmiddelen.

De voorzitter:

Dank u wel. Mevrouw Paulusma.

Mevrouw **Paulusma** (D66):

Voorzitter, dank u wel. Ik wil graag de Minister en haar ondersteuning bedanken voor de alle antwoorden. Ik wil ook alle mensen die hier zijn, die live meekijken en die ik heb gesproken ter voorbereiding op dit debat ontzettend bedanken. Dat helpt niet alleen om politiek invoelbaar te maken, doordat je de verhalen uit de praktijk hoort, maar ook om daadwerkelijk wat aan het beleid te kunnen veranderen. Ik wil alle mensen die betrokken zijn bij de cliëntprofielen, en met name de wijkverpleegkundigen, heel veel succes wensen met de doorontwikkeling. Ik spreek hier de hoop uit dat het plenaire debat over palliatieve zorg spoedig gepland gaat worden, want we hebben nog een hoop met elkaar te bespreken.

De **voorzitter**:

Mevrouw Joseph.

Mevrouw **Joseph** (NSC):

Dank, voorzitter. We hebben het gehad over het vertrouwen terug bij de professionals, meer regie, meer preventie en natuurlijk speelt daarin vermindering van de regedruk ook een belangrijke rol. Ik blik even terug en onze zorgen hierover zijn nog niet helemaal weggenomen, bijvoorbeeld over de cliëntprofielen en de vijfminutenregistraties die nu nog doorgaan. Ik ben dan ook blij dat de Minister een brief heeft toegezegd over vijfminutenregistraties en de rol van de speciaal gezant daar weer in. Ook fijn dat de Minister een brief gaat besteden aan het betrekken van Buurtzorg bij de cliëntprofielen. Het gaat mij daarbij niet per se om Buurtzorg zelf, maar om dit soort belangrijke vraagstukken verder te brengen, is het gewoon goed om aan een tafel niet alleen eensgezindheid te hebben, maar ook kritische noten te horen. Ik verwacht in de tweede termijn nog een antwoord op de vraag over de hulpmiddelen en de tijdslijnen daarbij. Het tweeminutendebat is al aangevraagd en daar doen we graag aan mee.

De **voorzitter**:

Mevrouw Dobbe.

Mevrouw **Dobbe** (SP):

Dank u wel, voorzitter. Het gaat al jaren en jaren over administratie in de zorg. Zorgverleners hebben er vaak niks aan en toch laten we het voortbestaan. Een groot dieptepunt daarin is die vijfminutenregistratie. Daaraan wordt al jaren niks gedaan. Het is niet verplicht, maar we laten het gebeuren. Nu wil de Tweede Kamer het verbieden, maar de Minister wil dat niet. Ze wil gewoon de motie niet uitvoeren. Dat vind ik niet alleen heel erg jammer, maar ook niet acceptabel. Ik ben dus heel benieuwd naar de brief, maar ik ga ervan uit dat het niet een brief wordt over hoe de motie niet uitgevoerd gaat worden. Ik ga ervan uit dat het een brief wordt over hoe de motie wél uitgevoerd gaat worden. Ik herinner me een debat – volgens mij was dat vorige week – over het Valysvervoer. Het was een soortgelijk debat. Het ging over een motie. De Tweede Kamer wilde iets. De Minister besloot om dat niet uit te voeren. Wat ons betreft kan dat gewoon niet. Ik ga ervan uit dat die vijfminutenregistratie wordt verboden en dat dit ook in die brief staat. Ik vind het namelijk niet uit te leggen. Het tweede is de loonkloof tussen de zorg en de rest van de sectoren. Ook die is niet uit te leggen op het moment dat er een tekort aan zorgpersoneel is. Natuurlijk is het niet het enige wat dat tekort gaat oplossen, maar het helpt ook niet. Ik heb namelijk ook gezegd dat een op de zes zorgverleners zich niet alleen emotioneel uitgeput voelt, maar ook gewoon maandelijks de rekeningen niet kan betalen. De helft van de werknemers in de zorg kan de rekeningen niet betalen. De helft! Als je in de zorg wilt blijven werken, helpt het wel als je gewoon je rekeningen kunt betalen. Die loonkloof moet dus gewoon gedicht worden. Dat kost geld;

dat klopt. Maar nu kost het ons zorgverleners en dat is nog veel duurder. Daar wil ik dus toch graag een serieuze reflectie op. De Minister zou nog terugkomen op onze aangenomen motie over dat als door de cliëntprofielen de administratieve lasten toenemen, daarvan wordt afgezien. Daarop zou de Minister nog terugkomen in de tweede termijn.

De voorzitter:

Dan gaan we door naar de Minister voor haar beantwoording in de tweede termijn.

Minister Helder:

Dank u wel, voorzitter. Ik begin even met de vraag van mevrouw Joseph over de kritische noot van Buurtzorg en hoe die wordt meegenomen. In het kader van de administratieve lasten kijk ik even of we misschien een brief kunnen voorkomen. De NZa betreft landelijke partijen bij de ontwikkeling en houdt elke zes weken een technisch overleg met deze partijen. We hebben net gezegd dat er verschillende aanbieders zijn die dus in de pilots al met die profielen werken. Dat is een grote groep. Maar ook met Buurtzorg is heel veel contact geweest. Zo hebben de NZa, de Patiëntenfederatie, Zorgverzekeraars Nederland, ActiZ en V&VN afgelopen maand een bestuurlijk overleg met Buurtzorg gehad, zonder VWS. Ook de pilotaanbieders hebben gesprekken met Buurtzorg gevoerd. Daarnaast heeft de NZa in verschillende samenstellingen de afgelopen maanden met Buurtzorg gesproken. Ook in de toekomst is Buurtzorg van harte welkom voor de doorontwikkelingen, evenals andere kritisch denkende organisaties. Dat is juist de bedoeling van het experiment. De partijen hebben aangegeven qua inhoudelijke ontwikkelingen dezelfde doelen te delen, maar over de uitvoering met de profielen bestaat er verschil van inzicht. Het is dus niet zo dat er maar één gesprekje is geweest. Ik wil dat frame echt weghalen. Ze zitten echt aan tafel. Het is aan hen om daar verder aan deel te nemen. Ze zijn van harte welkom.

Mevrouw Joseph (NSC):

Ik ontvang toch graag een brief.

Minister Helder:

Oké. Dat zal ik dan ook nog een keer in een brief opschrijven.

De voorzitter:

Wanneer mogen we die ontvangen?

Minister Helder:

In de tweede week na het meireces.

Er was nog een vraag over de administratieve lasten en de monitoring. Misschien is het goed om ons te realiseren dat de elektronische cliëntendossiers al op de zorgprofielen zijn aangepast. Die profielen kunnen dus snel worden ingevuld. Dat past dus in het werkproces. Daarnaast monitort de NZa het experiment, waaronder de administratieve lasten, jaarlijks. De eerstvolgende informatie daarover verwacht ik in het eerste kwartaal van 2025. Op dat moment komt er weer een uitkomst van de monitoring. Daar zal ik u ook over informeren.

Mevrouw Hermans vroeg hoe het in elkaar zit met het eerste en het tweede Nationaal Programma Palliatieve Zorg. Ze vroeg met name hoe we versnippering kunnen tegengaan en hoe we kunnen zorgen dat er meer transmuraal wordt samengewerkt. Het eerste programma heeft met name instrumenten voor goede palliatieve zorg opgeleverd en daarnaast het kwaliteitskader dat daarvóór al bestond verbeterd. Het tweede programma, dat al sinds 2021 loopt, gaat echt over de implementatie van zowel het kwaliteitskader als de instrumenten. De bedoeling is om

palliatieve zorg echt onderdeel van het reguliere zorgproces te maken en daarmee dus ook te sturen op minder versnippering. Maar hoe precies, zie ik mevrouw Hermans denken. De vraag van haar motie straks is, denk ik, om dat nog verder uit te werken. Daar gaan we dan op terugkomen, kan ik me zo voorstellen.

Mevrouw **Hermans** (VVD):

U heeft nu zelf om een motie verzocht.

Minister **Helder**:

Zo gaat het soms in dit veld. Met alle plezier!

Dan nog de hulpmiddelen. Het ging over de tijdigheid van de effecten van de standaardisering van de inkoop hulpmiddelen. We hebben daar eigenlijk twee lijnen in lopen. Het gaat deels over de medische technologie. De Minister voor Medische Zorg is de eerste die een brief naar de Kamer gaat sturen. Ze zal dat in april al doen. Daar zullen we de standaardisering van de inkoop van de hulpmiddelen bij betrekken. Ze zal u dus een update sturen in april. Na de zomer zal ze u opnieuw informeren over de voortgang. Zij gaat het dus doen.

Dat waren volgens mij de vragen die openstonden.

De **voorzitter**:

Dank u wel. We zijn daarmee bijna aan het einde gekomen van dit commissiedebat. Ik heb hier de toezeggingen:

- de Minister informeert de Kamer per brief over de betrokkenheid van Buurtzorg Nederland bij de ontwikkeling van de cliëntprofielen en gaat hierbij in op de motie-Agema. Die brief mogen we ontvangen in de tweede week na het meireces.
- de Minister stuurt de Kamer in de tweede week na het meireces een brief over de motie-Dobbe, over het verbieden van de vijfminutenregistraties.

Het lid Hermans heeft een tweeminutendebat aangevraagd. Zij zal dienen als eerste spreker.

Ik dank de Minister voor haar komst en haar beantwoording. Ik dank de griffier, mijn collega's, de bode, de Dienst Verslag en Redactie, het publiek op de publieke tribune en de mensen die op afstand hebben meegekeken.

Sluiting 12.46 uur.