

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Ons kenmerk
3500130-1042350-GMT

Bijlagen
1

Datum document
12 januari 2023

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 21 februari 2023
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de antwoorden op de vragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) over de berichtgeving over schrijnende situaties bij terminale patiënten (ingezonden 12 januari 2023, 2023Z00185).

Hoogachtend,

de minister voor Langdurige Zorg
en Sport,

Conny Helder

Antwoorden op Kamervragen van het lid Van Haga (Groep Van Haga) over de berichtgeving over schrijnende situaties bij terminale patiënten (ingezonden 12 januari 2023, 2023Z00185).

Vraag 1.

Hebt u kennisgenomen van het bericht 'Stervende patiënten liggen in eigen ontlasting: "Als we gaan besparen op broekjes, zijn we diep gezonken"', van De Telegraaf?

Antwoord 1.

Ja.

Vraag 2.

Herkent u de situaties zoals beschreven in bovengenoemd artikel en kunt u aangeven, of in ieder geval een inschatting geven, van op welke schaal dit soort situaties zich in Nederland voordoen? Indien u dit niet weet, bent u dan bereid om dit in kaart te brengen?

Antwoord 2.

Op welke schaal in de palliatief-terminale zorg de problemen voorkomen die in het artikel genoemd worden, is niet precies duidelijk. De beroepsvereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden (V&VN) heeft mij laten weten dat zij enkele signalen hebben ontvangen over vergelijkbare situaties. Het Praktijkteam Palliatieve zorg, een netwerk van zorgverleners, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het ministerie van VWS, ontving het afgelopen jaar drie meldingen over problemen met de levering van zorgmaterialen.

Ik vind het vanzelfsprekend onwenselijk dat deze situaties überhaupt voorkomen. ZN en V&VN gaan hun leden en gecontracteerde hulpmiddelenleveranciers oproepen deze situaties zo concreet mogelijk te melden. Op deze manier zal het veld in kaart brengen of de bestaande afspraken over de levering van hulpmiddelen aan palliatieve patiënten worden nageleefd en welke verbeteringen mogelijk zijn. Ik heb begrepen dat dit inmiddels in gang is gezet.

Zorgverzekeraars hebben toegezegd om vervolgens in gesprek te gaan met hulpmiddelenleveranciers. Het doel hiervan is de dienstverlening verder te verbeteren op basis van de reeds gemaakte kwaliteitsafspraken. In deze kwaliteitsafspraken is opgenomen dat hulpmiddelen, zoals continentiemateriaal, bij spoed binnen zes uur door de leverancier worden afgeleverd op elk adres in Nederland. Van spoed is bijvoorbeeld sprake bij palliatief-terminale zorg. Overigens organiseert ook de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op dit moment gesprekken om knelpunten boven water te krijgen (zie hiervoor het antwoord op vraag 3).

Vraag 3.

Hoe reflecteert u op de kostenbesparingsoverweging om medische hulpmiddelen door leveranciers en/of verzekeraars te laten inkopen, in plaats van de directe zorgverlener, zoals de wijkverpleegkundige, hiervoor de verantwoordelijkheid te geven, als u ziet dat het resultaat hiervan vertraging en verschraling van de zorg oplevert?

Antwoord 3.

Zorgverzekeraars kopen hulpmiddelen in bij medisch speciaalzaken. Deze medisch speciaalzaken hebben een uitgebreid assortiment en hebben onder meer continetieverpleegkundigen in dienst die opgeleid zijn om bij iedere zorgvraag het juiste hulpmiddel te kunnen verstrekken. In principe zou dit dus niet tot verschraving of vertraging van zorg mogen leiden.

Ik heb signalen ontvangen dat zich knelpunten kunnen voordoen in de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen en de medisch speciaalzaken. De NZa organiseert op dit moment gesprekken om deze en andere knelpunten in de extramurale hulpmiddelenzorg boven tafel te krijgen. Ook levering in spoedsituaties staat op de agenda.

Vraag 4.

Kunt u uitleggen waarom niet de hulpverlener aan het bed, maar de leveranciers en zorgverzekeraars bepalen welke en hoeveel medische hulpmiddelen er nodig zijn voor een patiënt? Vindt u het verantwoord om deze beslissingen neer te leggen bij partijen die niet over de juiste kennis, expertise en ervaring beschikken? Zo ja, kunt u dit uitleggen? Op basis waarvan bent u van mening dat zorgverzekeraars medische en/of diagnostische beoordelingen kunnen doen en waarom gaan deze beoordelingen boven de beoordeling van de zorgprofessional die de daadwerkelijke zorg verleent aan de patiënt en daarvoor is opgeleid?

Antwoord 4.

De zorgprofessional aan het bed is verantwoordelijk voor het stellen van een diagnose. Deze staat in contact met de continetieverpleegkundige van de medisch speciaalzaak om gezamenlijk te bepalen welk hulpmiddel de patiënt geleverd krijgt. Het veld heeft gezamenlijk een 'module continetie-hulpmiddelen' opgesteld, waarin deze verantwoordelijkheden beschreven staan. Zoals aangegeven vind ik het belangrijk dat eventuele knelpunten in deze samenwerking boven tafel komen en opgelost worden.

Vraag 5.

Hoe verhoudt zich de vermeende kostenbesparing die deze manier van werken moest opleveren, ten opzichte van de kosten die alle vertraging en complicaties die daarvan het gevolg zijn opleveren? Kunt u specificeren of onderaan de streep inderdaad wordt bezuinigd, of dat (op de langere termijn) juist meer kosten worden gemaakt?

Vraag 6.

Bent u het eens dat financiële overwegingen niet leidend zouden moeten zijn bij het leveren van zorg aan terminale patiënten? Zo ja, bent u dan bereid om de in 2021 doorgevoerde stelselverandering met betrekking tot de inkoop van medische hulpmiddelen terug te draaien of in ieder geval te herzien? Zo nee, waarom niet? Kunt u een onderbouwde argumentatie geven?

Antwoord op vraag 5 en 6.

Voor de goede orde: van een door de overheid geïnitieerde stelselverandering met als doel kostenbesparing is geen sprake. Zorgverzekeraars hebben zelf hun werkwijze aangepast, door voortaan hulpmiddelenzorg in te kopen bij medisch speciaalzaken. Hiermee wilden zij een breder assortiment bieden aan hun

verzekerden, inclusief gespecialiseerde expertise bij het voorschrijven. Ik kan mij indenken dat dit een grote verandering is geweest voor zorgprofessionals. Daarom is het goed dat eventuele knelpunten zo snel mogelijk worden opgelost.

Vraag 7.

Wat doet de noodgedwongen ontoereikende hulp aan terminale patiënten met de druk op zorgverleners, die hierdoor onder andere meer administratielast, minder praktische hulp en een fysiek zwaardere belasting te verwerken krijgen, omdat zij niet over de juiste (hoeveelheid) middelen beschikken om hun werk te kunnen doen? Hoeveel minder uren daadwerkelijke zorg krijgen patiënten hierdoor?

Antwoord 7.

Ik heb van V&VN begrepen dat aanvragen die niet goed verlopen inderdaad kunnen zorgen voor meer administratielast. Ik kan mij goed indenken dat dit frustrerend is. Dit draagt bij aan de werkdruk, die in de zorg toch al hoog is. Om die reden vind ik het een goede zaak dat de initiatieven die genoemd zijn in de antwoorden op vraag 2 en vraag 3 genomen worden. Ik zal de ontwikkelingen de komende tijd nauwlettend volgen.

Vraag 8.

Vindt u dat u zich aan artikel 22 van de Grondwet houdt, dat bepaalt dat de overheid de volksgezondheid moet bevorderen, als ernstig zieke mensen in hun eigen ontlasting moeten liggen en niet de medische middelen krijgen die zij nodig hebben, met alle gevolgen en complicaties van dien, die zijn weerslag hebben op de fysieke en mentale gezondheid van zowel de patiënt zelf, als zijn/haar omgeving en de zorgverlener? Zo ja, kunt u dit uitleggen, aangezien ontoereikende zorg onvermijdelijk leidt tot gezondheidsproblemen?

Antwoord 8.

Zoals aangegeven zal ik, vanuit mijn verantwoordelijkheid, met het veld diverse acties ondernemen om een beter zicht te krijgen op de problematiek en om de zorgverlening waar nodig te verbeteren. Dat is niet alleen van belang voor de mensen die gebruikmaken van deze hulpmiddelen zelf, maar ook voor naasten en zorgverleners.

Vraag 9.

Weet u op welke schaal de symptomen/aandoeningen van terminale patiënten toenemen/verslechteren en/of er co-morbiditeiten optreden als gevolg van ontoereikende zorg en/of het ontbreken van (genoeg) medische hulpmiddelen? Zo nee, bent u bereid hier onderzoek naar te doen?

Vraag 10.

Weet u of terminale patiënten als gevolg van deze ontoereikende zorg en het gebrek aan medische hulpmiddelen eerder komen te overlijden? Indien u dat niet weet, bent u dan bereid daar onderzoek naar te doen?

Antwoord op vraag 9 en 10.

Nee. Ik verwijs graag naar mijn antwoord op vraag 2, waarin ik uiteenzet welke acties worden ondernomen om meer inzicht te krijgen in hoe vaak dit soort situaties zich voordoen.

Vraag 11.

Deelt u de mening dat er sprake is van medische nalatigheid als terminale patiënten dusdanig ontoereikende zorg ontvangen? Zo ja, bent u het dan eens dat daar juridische consequenties voor de leveranciers, verzekeraars en de overheid aan zouden moeten zitten? Zo nee, waarom niet? Kunt u een uitgebreide onderbouwing geven?

Antwoord 11.

Het is lastig om op basis van de beschikbare informatie hier iets over te kunnen zeggen en dat is ook niet aan mij. Voor zorgverlening die tekortschiet, bestaan verschillende juridische kwalificaties en mogelijke consequenties. Mensen kunnen tegen tekortkomingen in de zorgverlening in actie komen, variërend van het indienen van een klacht bij een geschillencommissie tot het doen van een melding bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Vraag 12.

Bent u het eens dat de (arbeids)rechten van zorgverleners en de Arbeidsomstandighedenwet geschonden worden door het gebrek aan medische hulpmiddelen, aangezien de zorgverleners daardoor onder slechte en te zware omstandigheden moeten werken? Zo nee, waarom niet? Kunt u onderbouwen dat zorgverleners, ondanks de ontoereikende middelen en alle gevolgen daarvan nog altijd onder verantwoorde, veilige en gezonde omstandigheden hun werk kunnen doen?

Antwoord 12.

Een gebrek aan continentiemateriaal waar in het artikel naar wordt verwezen is – hoe schrijnend ook – geen arbeidsrisico in de zin van de Arbeidsomstandighedenwet. Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 7 kan ik mij goed indenken dat het frustrerend is als aanvragen niet goed verlopen. Dit draagt bij aan de werkdruk, die in de zorg toch al hoog is. Het oplossen van eventuele knelpunten is niet alleen voor de mensen die gebruikmaken van deze hulpmiddelen een goede zaak, maar ook voor de zorgverlener.

Vraag 13.

Hoe verhouden zich dergelijke misstanden in de zorg voor terminale patiënten tot de Wet marktordening gezondheidszorg, die weliswaar onder andere ten doel heeft kostenbeheersing in de zorg te waarborgen, maar tevens vereist dat de positie van de consument/patiënt wordt beschermd en bevorderd en moet zorgen voor beteugeling en adequate regulering van het machtsverschil van partijen in de zorg?

Antwoord 13.

Er is geen direct verband tussen de in het artikel beschreven situatie en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Wmg heeft namelijk betrekking op marktontwikkeling en marktordening in de zorg. Die wet voorziet daarvoor onder meer in prestatie- en tariefregulering en informatieverplichtingen voor zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars. Daarmee wordt ook de positie van de consument verbeterd en beschermd. De NZa houdt toezicht op de naleving van de Wmg.

Vraag 14.

Welke stappen gaat u ondernemen om ervoor te zorgen dat terminale patiënten in Nederland verzekerd zijn van toereikende zorg en medische hulpmiddelen? Gaat u hierover in gesprek met brancheorganisaties, zorgverleners, leveranciers, verzekeraars en patiëntenorganisaties en gaat u de richtlijnen en kwaliteitskaders hiervoor herzien? Zo ja, kunt u de Tweede Kamer periodiek op de hoogte houden van de voortgang? Zo nee, waarom gaat u geen stappen ondernemen?

Antwoord 14.

De middelen uit het Coalitieakkoord voor de palliatieve zorg en geestelijke verzorging thuis worden ingezet om de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de palliatieve zorg te verbeteren. Daarmee wordt een tijdelijke impuls gegeven onder andere aan het Nationaal Programma Palliatieve Zorg II (2021 -2026) en de doorontwikkeling van het kwaliteitskader en richtlijnen palliatieve zorg. Voor het eind van dit jaar informeer ik uw Kamer over de voortgang hiervan.