

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
1518963-189687-CZ

Bijlagen
1

Uw brief
16 april 2019

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

Datum 3 juni 2019
Betreft Kamervragen

Geachte voorzitter,

Hierbij zend ik u, mede namens de ministers van Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de antwoorden op de vragen van de Kamerleden Raemakers (D66), Van Eijs (D66) en Van Weyenberg (D66) over het bericht '800.000 Nederlanders kregen kanker, na 'genezing' houden zij problemen' (2019Z07796).

Hoogachtend,

de minister voor Medische Zorg
en Sport,

Bruno Bruins

Antwoorden op Kamervragen van de Kamerleden Raemakers (D66), Van Eijs (D66) en Van Weyenberg (D66) over het bericht '800.000 Nederlanders kregen kanker, na 'genezing' houden zij problemen'. (2019Z07796)

Vraag 1

Bent u bekend met het bericht '800.000 Nederlanders kregen kanker, na 'genezing' houden zij problemen'? 1)

Antwoord op vraag 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de mening dat het van het grootste belang is dat voldoende kennis over de gevolgen van kanker en de behandeling daarvan beschikbaar is? In hoeverre deelt u de aanbevelingen van het Integraal Kankercentrum Nederland over de noodzaak tot extra onderzoek hiernaar? 2)

Antwoord op vraag 2

Behandelaars moeten op basis van de reeds beschikbare kennis vaker het gesprek aangaan met hun patiënten over de gevolgen van kanker (behandeling) en wat dat voor hen betekent. Kennis over de gevolgen van kanker en de behandeling daarvan ondersteunen in het gesprek tussen arts en patiënt ('samen beslissen') en dragen daarmee bij aan de beste uitkomst van zorg voor de patiënt. Hierbij is het van belang dat verder wordt gekeken dan alleen klinische informatie, zoals bloedwaarden of wondgenezing maar ook naar andere uitkomsten die er voor de patiënt toe doen. In geval van borstkanker is zelfbeeld hier een voorbeeld van. In 2018 ben ik daarom het programma Uitkomstgerichte Zorg gestart, in samenwerking met veldpartijen. Op het gebied van kanker zijn er al een aantal vragenlijsten ontwikkeld (door ziekenhuizen zelf, door International Consortium for Health Outcomes Measurement¹ (ICHOM)) om uitkomst informatie te meten en vergelijken bij patiënten.

Om psychosociale problemen en de gevolgen van behandeling daarvan meer onder de aandacht van zowel patiënten als zorgverleners te brengen is in 2017 in het kader van de subsidieregeling Transparantie € 5 miljoen beschikbaar gesteld. Eind 2019 komen de resultaten van deze projecten beschikbaar.

Vraag 3

In hoeverre herkent u de signalen uit het rapport die stellen dat patiënten vaak geen advies krijgen over aanpassingen van hun levensstijl na hun behandeling? Welke acties kan het kabinet ondernemen om dergelijke advisering te stimuleren?

Antwoord op vraag 3

Het is aan behandelaars om in de spreekkamer adviezen te geven aan hun patiënten hoe zij hun leven tijdens en na de behandeling van kanker het beste kunnen inrichten. Adviezen over (aanpassingen van) de leefstijl zouden daarmee onderdeel van de oncologische zorg moeten zijn. Die adviezen moeten op de

¹ ICHOM is een internationaal samenwerkingsverband dat meetinstrumenten heeft ontwikkeld om de uitkomsten van medische zorg te kunnen vergelijken.

individuele omstandigheden, waaronder ook de tumorsoort, zijn toegesneden. De in het rapport afgegeven signalen zijn daarmee primair voor de behandelaars bestemd. Waar zij dat nog niet gedaan hebben kunnen zij evidence-based onderdelen van deze adviezen waar nodig in hun richtlijnen opnemen. Een overheidsrol zie ik hier niet.

Vraag 4

Deelt u de mening dat het onacceptabel is wanneer -onder meer door onbekendheid en problemen met de vindbaarheid en vergoedingen van ondersteunende zorg- minder dan 30% van de patiënten dergelijke zorg ontvangt?

Antwoord op vraag 4

Ik vind het belangrijk dat patiënten ondersteuning krijgen op het gebied van de gevolgen van kanker.

Er is een ruim aanbod van zorg voor de behandeling van de diversiteit aan gevolgen voor kanker voorhanden. Deze zorg bereikt een deel van de mensen die leven met of na kanker onvoldoende, omdat:

- 1) het hen onbekend is dat zorg voor deze gevolgen beschikbaar is en waar deze is te vinden, of
- 2) sommige onderdelen van de ondersteunende zorg niet vergoed worden en daardoor voor hen niet/minder toegankelijk zijn, of
- 3) er voor sommige onderdelen wel een bekostigingstitel is, zoals een integraal onderdeel van de somatische DBC's, maar dat dit echter in de praktijk door zorgaanbieders niet wordt ingezet.

In de praktijk kijken artsen vanzelfsprekend goed naar de medische aspecten van de ziekte en naar directe behandelresultaten. Meer aandacht voor de kwaliteit van leven van mensen die leven met of na kanker, inclusief de sociaal-maatschappelijke gevolgen is eveneens noodzakelijk. Zie ook mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 5

Deelt u de mening dat voor mensen met een informatiebehoefte over ondersteunende zorg, deze tijdig en op maat beschikbaar moet zijn zoals aangegeven in het rapport?

Antwoord op vraag 5

Ik ben het eens met de aanbeveling dat de informatievoorziening over de gevolgen van kanker en de gevolgen van de behandeling een integraal onderdeel van de oncologische behandeling en nazorg is. Duidelijke en passende informatievoorziening van zorgprofessionals is een voorwaarde om samen te beslissen.

Vraag 6

Hoe kijkt u naar de aanbeveling om de nazorg, die nu vaak plaatsvindt door de medisch specialist, beter te verdelen tussen de medisch specialist, verpleegkundig specialist en de huisarts? Zijn er factoren in het systeem die deze verdeling lastig maken? Kunnen hier drempels worden weggenomen om een betere verdeling te bevorderen?

Antwoord op vraag 6

Ik denk dat deze aanbeveling, die overigens bij alle vormen van zorg relevant is, hier zeker van belang is. Om de afstemming tussen zorgprofessionals te verbeteren en daarmee de patiënt optimaal van zorg te kunnen voorzien is een vast aanspreekpunt in het ziekenhuis belangrijk. Verder is het van belang dat ook de zorg van de huisarts hierop naadloos aansluit. De ideeën over zo'n werkwijze zijn goed uitgewerkt bij de zorg voor jongvolwassenen met kanker (AYA). Vanaf diagnose is er integrale zorg voorhanden die zowel op het medisch-technische aspect als kwaliteit van leven aspecten, inclusief sociaal maatschappelijk, opereert. De behandelaar en verpleegkundig specialist zijn vertegenwoordigd in een multidisciplinair AYA poli zorgteam van relevante disciplines en specialismen.

Vraag 7

Hoe apprecieert u het advies uit het rapport om voor ondersteunende zorg met een nationale aanpak te komen? Welke bijdrage kan het kabinet hiervoor leveren?

Antwoord op vraag 7

Uit het rapport "Kankerzorg in beeld: over leven met en na kanker" blijkt dat op dit moment zich ook een Taskforce Cancer Survivorship als werkorganisatie vanuit de Landelijke Taskforce Oncologie over dit advies buigt. De Taskforce Cancer Survivorship is een landelijk initiatief om de zorg en begeleiding te verbeteren van mensen die leven met en na kanker. De Taskforce Cancer Survivorship komt dit jaar nog met een Nationaal Actieplan Cancer Survivorship om verandering te bewerkstelligen voor mensen die leven met en na kanker.

Het is aan de zorgprofessionals om de uitkomsten hiervan naar de spreekkamer te vertalen. Een rol voor de overheid om hiernaast een nationale aanpak te starten zie ik niet.

Vraag 8

Hoe kijkt u naar de samenhang tussen de klachten die zich pas op lange termijn openbaren, zoals ernstige vermoeidheid, en de huidige vormgeving van onze sociale zekerheid? Is onze huidige vormgeving van sociale zekerheid voldoende toegerust op een steeds grotere groep mensen die pas laat nawerkingen ervaren?

Vraag 9

Hoe kijkt u bijvoorbeeld naar de uitkomsten dat mensen die geen vast contract hebben en daardoor in de ziektewet terecht komen, veel meer moeite hebben om terug te keren op de arbeidsmarkt? 3)

Vraag 10

Wanneer worden de uitkomsten verwacht van de evaluatie van de pilot 'eerdere inzet van de no-riskpolis in de ziektewet'? Is de geldigheidsduur van vijf jaar voor een no-riskpolis voldoende gezien het feit dat tien jaar na de diagnose één op de vijf mensen nog steeds ernstig vermoeid is?

Vraag 11

Zou het wenselijk kunnen zijn, gezien het feit dat juist bij ex-kankerpatiënten bepaalde klachten zich pas na lange tijd kunnen openbaren, om toch specifiek voor ex-kankerpatiënten en mogelijk voor chronisch zieken een aparte no-riskpolis te ontwikkelen?

Antwoord op de vragen 8, 9, 10 en 11

Wanneer iemand in dienst is van een werkgever en de klachten leiden tot uitval wegens ziekte, dan bestaat er aanspraak op loondoorbetaling door de werkgever. Iemand wiens (tijdelijke) arbeidsovereenkomst afloopt tijdens ziekte, heeft doorgaans recht op maximaal 2 jaar ziekgeld op grond van de Ziektewet (ZW). Ook als de betrokkene een WW-uitkering heeft, bestaat aanspraak op ziekgeld op grond van de ZW. De sociale zekerheid voorziet doorgaans dus in inkomensbescherming, ook als bepaalde klachten zich op langere termijn openbaren.

Voor degenen die geen contract meer hebben is het echter vaak lastig om weer werk te vinden bij een andere werkgever en terug te keren op de arbeidsmarkt. De toenmalig minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) heeft in 2015 de werkgroep Kanker & Werk in het leven geroepen die deze problematiek heeft verkend. Om de arbeidsmarktpositie van deze mensen zonder werkgever te verbeteren heeft de werkgroep voorgesteld om een experiment te doen met een no-riskpolis. Verondersteld werd dat, door het wegnemen van het risico van loondoorbetaling bij ziekte bij de werkgever, potentiële werkgevers over de streep worden getrokken om een dienstverband met hen te gaan. Bij een no-riskpolis betaalt UWV immers het ziekgeld en wordt de werkgever financieel gecompenseerd voor zijn financiële lasten ingeval van ziekte van zijn werknemer.

Deze aanbeveling van de werkgroep is opgevolgd en in 2017 is er een experiment gehouden met een vervroegde inzet van de no-riskpolis. Daarin is onderzocht of mensen met een ZW-uitkering, die geen werkgever meer hebben, sneller aan het werk komen door deze vervroegde no-riskpolis. Er is kwantitatief en kwalitatief onderzoek gedaan naar dit experiment. De resultaten zal de minister van SZW in deze zomer aan de Tweede Kamer aanbieden. Daarom wil ik nu niet al vooruitlopen op de vraag of een aparte no-riskpolis voor (ex)kankerpatiënten wenselijk is. Bovendien heeft de minister van SZW in het najaar van 2018, voor mensen die kanker hebben (gehad) en die op zoek zijn naar werk omdat zij geen werk meer hebben, een subsidieregeling opengesteld:

<https://wetten.overheid.nl/BWBR0041388/2018-09-29>. Op grond daarvan kan de minister van SZW subsidie verlenen aan projecten die werkhervatting bevorderen voor mensen die kanker hebben of kanker hebben gehad. De inschrijvingstermijn van deze regeling is gesloten op 16 november 2018 en begin 2019 zijn de subsidies toegekend.

Vraag 12

Op welke manier wordt op dit moment aandacht besteed aan 'werk' in de spreekkamer? Wat is de stand van zaken rond de aanbeveling van de SER dat de factor arbeid meer in de reguliere zorg geïntegreerd zou moeten worden? 4)

Vraag 13

Deelt u de analyse dat de aanpak van het Radboud Medisch Centrum waarbij klinisch arbeidsgeneeskundigen betrokken worden bij behandelingen, goed werkt en dat de ervaringen daar, zeker bij AYA's (Adoloscents and Young Adults) door het combineren van arbeidsdeskundige en geneeskundige zorg tot goede uitkomsten leidt? 5)

Vraag 14

Op welke manieren zou de samenwerking tussen de reguliere zorg en de bedrijfsgezondheidszorg verder kunnen worden verbeterd? Hoe kijkt u naar de aanbevelingen uit het nadere actieplan 'Kanker en werk' om te onderzoeken of de klinische arbeidsgeneeskunde onderdeel kan worden van de DBC-systematiek of om de behandeling van aanpassingsstoornissen weer op te nemen in het basispakket? 6)

Antwoord op vraag 12, 13 en 14

De SER heeft op verzoek van de ministers van VWS en SZW in maart 2016 het advies '*Werk van belang voor iedereen*' uitgebracht. In reactie daarop hebben de ministeries van SZW en VWS verschillende acties ondernomen. Zo hebben zij de oproep gedaan aan de Patiëntenfederatie Nederland om met een voorstel te komen voor de inrichting van een Centraal Informatie Punt. Het doel van dit Informatiepunt is om zowel werkenden met een chronische aandoening als de werkgevers te ondersteunen met informatie over werken met een chronische aandoening. Het ministerie van VWS heeft dit voorstel omarmd door met een projectsubsidie de bouw van het Centraal Informatie Punt mogelijk te maken. Voorts is recent met subsidie van VWS de zorgstandaard 'psychosociale zorg bij ernstige somatische aandoeningen' ontwikkeld. Dergelijke psychosociale zorg is onderdeel van de curatieve zorg (en dus van de DBC). Sinds maart 2018 loopt bovendien een programma bij ZonMw gericht op zorg voor (ex)kankerpatiënten met aanpassingsstoornissen, waar ook (ex)patiënten die geen zorg meer vanuit een DBC ontvangen aan deel kunnen nemen. Middels dit programma wordt de invloed van tijdige, gepaste en adequate zorg voor een aanpassingsstoornis bij kanker op het welzijn van de patiënt en de kosteneffectiviteit geëvalueerd. Het programma wordt gefinancierd door het Ministerie van VWS en KWF.

Daarnaast heeft het Ministerie van SZW een eerste aanpassing van de richtlijn Kanker en Werk – die door bedrijfsartsen wordt gehanteerd bij begeleiding van werkenden met kanker – door de beroepsvereniging van bedrijfsartsen (NVAB) gefinancierd. Deze richtlijn is ontwikkeld met als doel behoud van en terugkeer naar werk door mensen met kanker.

Psychische klachten bij of na kanker kunnen in principe binnen het DBC behandeld worden door bijvoorbeeld een medisch psycholoog in het ziekenhuis. Wanneer het DBC eenmaal gesloten is, kunnen patiënten voor psychische klachten terecht bij hun huisarts en/of POH-GGZ. Daarnaast voeren KWF en IKNL momenteel de pilot aanpassingsstoornissen bij (ex-)kankerpatiënten uit, waarbinnen ex-kankerpatiënten behandeling van aanpassingsstoornissen door een daarin gespecialiseerde psycholoog of psychotherapeut vergoed krijgen en wordt gekeken naar de kosteneffectiviteit. Ik wacht graag de resultaten van deze pilot af voordat ik uitspraken doe over eventuele meer structurele financiering van behandeling van aanpassingsstoornis na kanker.

Tot slot is van belang dat SZW en VWS een betere arbocuratieve samenwerking stimuleren. Dit doen we onder andere door gesprekken te voeren met beroepsgroepen over de factor arbeid in hun richtlijnen en door het opzetten van een roadshow 'arbocuratieve samenwerking'. Ook spreken we met partijen over het opnemen van relevante informatie op thuisarts.nl. VWS en SZW nemen daarnaast deel aan het Platform arbeidsgerelateerde zorg en de Kwaliteitstafel

Bedrijfs- en Verzekeringsgeneeskunde, beide georganiseerd door het RIVM en gefinancierd door SZW. Op de website www.arboportaal.nl zijn bovendien een aantal goede voorbeelden van arbocuratieve samenwerking gepubliceerd (zie: <https://www.arboportaal.nl/onderwerpen/arbocuratieve-samenwerking/voorbeeldverhalen>).

Vraag 15

Deelt u de mening dat deze patiënten een eerlijke kans moeten hebben op het kopen van een woning? Bent u het er mee eens dat het onacceptabel is wanneer bijna de helft van de patiënten onder de 35 jaar problemen ervaart met het aanvragen van een hypotheek? Wat kan het kabinet doen om de positie van deze patiënten voor het verkrijgen van een hypotheek te verbeteren? Zijn er mogelijkheden om eventueel via de maatwerktafel toegang tot hypotheek voor deze groep te bevorderen?

Antwoord op vraag 15

Het is belangrijk dat alle consumenten toegang hebben tot hypothecaire financiering, zolang deze passend en verantwoord is. Mensen met een medisch verleden kunnen problemen ervaren bij het verkrijgen van een overlijdensrisicoverzekering, die door hypotheekverstrekkers voorwaardelijk kan worden gesteld aan het verlenen van een hypotheek.

Sinds 2018 geldt voor het aangaan van een hypotheek met Nationale Hypotheek Garantie geen verplichting meer tot het afsluiten van een overlijdensrisicoverzekering. Het is afhankelijk van het acceptatiebeleid van de kredietverstrekker of een overlijdensrisicoverzekering verplicht is. Niet alle kredietverstrekkers vereisen dat een overlijdensrisicoverzekering wordt afgesloten, dit verschilt per aanbieder.

Ook als er geen verplichting is, kan het wel verstandig zijn om een overlijdensrisicoverzekering af te sluiten. Het hangt af van de omstandigheden of (ex)kankerpatiënten een overlijdensrisicoverzekering kunnen afsluiten en tegen welke premie. Dit kan per verzekeraar verschillen. Er zijn ook partijen op de markt die zich juist richten op het verzekeren van mensen met een medisch verleden.

Hoewel er dus meerdere mogelijkheden zijn voor (ex)kankerpatiënten om een hypotheek aan te gaan, komt uit het onderzoek naar voren dat patiënten zelf dit niet ervaren. Ik zal in voorbereiding op de volgende Platform bijeenkomst in 2020 uitvragen hoe kredietverstrekkers omgaan met de overlijdensrisicoverzekering en of partijen andere knelpunten ervaren op het gebied van hypotheekverstrekking aan (ex)kankerpatiënten.

Vraag 16

Kan het voorbeeld uit het rapport, waarbij de verzekeraarbaarheid van vrouwen die borstkanker hebben gehad is verbeterd nu gebruik wordt gemaakt van een nieuw model, ook bij meer kankerdiagnoses worden toegepast? Hoe kan de overheid het gebruik van recente data door verzekeraars en financiële instellingen verder bevorderen? Hoe gebeurt dat in andere landen?

Antwoord op vraag 16

Het Verbond van Verzekeraars heeft mij laten weten dat samen met het Integraal Kankercentrum Nederland en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties wordt verkend of de ontwikkeling van predictiemodellen ten aanzien van andere vormen van kanker mogelijk is en of hiermee wordt bijgedragen aan de verzekeraarbaarheid van mensen met een kankerdiagnose. Ook kijken de drie partijen naar verdere maatregelen om beter inzicht te krijgen in de daadwerkelijke 'onverzekeraarbaarheid' en de mogelijkheden om knelpunten hieromtrent op te lossen. Ik acht het van groot belang dat mensen met een ziekte-diagnose zich goed kunnen verzekeren en moedig dit initiatief vanuit de sector dan ook aan en zal het vervolg monitoren.

Het Verbond van Verzekeraars geeft verder aan dat verzekeraars en hun medisch adviseurs zoveel mogelijk gebruik maken van recente data om het risico te kunnen inschatten. Hierbij wordt gebruik gemaakt van data van internationale herverzekeraars die beschikken over onderzoeksteams waarin medische specialisten, actuarissen en epidemiologen aan deelnemen. Ook eigen data, wetenschappelijke publicaties en de verzekeringsgeneeskundige protocollen van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde worden hierbij betrokken. Het Verbond van Verzekeraars laat weten dat de sector permanent werkt aan het optimaliseren van de gebruikte data. Ik heb geen zicht op welke wijze recente data in andere landen worden gebruikt voor de bepaling van de verzekeraarbaarheid.

Vraag 17

Hoe kijkt u aan tegen wetgeving zoals in Frankrijk en België, die (ex)kankerpatiënten na verloop van tijd het recht geeft hun kankerdiagnose niet te hoeven opgeven bij een financiële instelling? Is er al informatie beschikbaar over hoe dit recht werkt in de praktijk? 7)

Antwoord op vraag 17

Voor zover mij bekend is de wetgeving in Frankrijk en België waarnaar u verwijst nog van recente datum. Over de effectiviteit van deze wetgeving heb ik geen gegevens. In algemene zin ben ik van mening dat er door de overheid terughoudendheid moet worden betracht met interventies in het acceptatiebeleid van verzekeraars in gevallen waarin er geen sprake is van discriminatie. Het op het oog sympathieke doel dat ermee wordt nagestreefd kan averechts uitwerken als verzekeraars, bijvoorbeeld als risico's niet meer goed kunnen worden beoordeeld, risico-opslagen gaan toepassen of terughoudender worden in het aanbieden van bepaalde verzekeringen. Het heeft mijn voorkeur dat toepassing van maatregelen zoals in Frankrijk op initiatief van de sector zelf worden genomen. De Nederlandse verzekeringssector heeft er zelf ook belang bij groepen verzekeringsnemers niet te veronachtzamen.

Vraag 18

Kunt u deze vragen binnen drie weken beantwoorden?

Antwoord op vraag 18

Helaas was dit niet mogelijk omdat het inwinnen van informatie meer tijd kostte.

- 1) <https://www.ad.nl/gezond/800-000-nederlanders-kregen-kanker-na-genezing-houden-zij-problemen~a94b455b/>
- 2) <https://www.iknl.nl/docs/default-source/shop-downloads/kib-2019.pdf?sfvrsn=3>
- 3) <https://www2.deloitte.com/nl/nl/pages/data-analytics/articles/sots-onderzoek-naar-ontwikkelingen-op-arbeidsmarkt-nakankerdiagnose.html>
- 4) <https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2016/04/08/kamerbrief-kankerwerk/kamerbrief-kanker-werk.pdf>
- 5) <https://www.radboudumc.nl/expertisecentra/late-effecten-na-kanker/over-het-expertisecentrum>
- 6) https://d66.nl/content/uploads/sites/2/2015/10/Kanker-en-werk-_nader-actieplan.pdf
- 7) <https://www.ecco-org.eu/Global/News/Latest-News/2019/04/NEWS-ECCO-celebrates-Belgium-s-achievement-of-Survivorship-resolution>