

Vergaderjaar 2004–2005

**25 424**

## Geestelijke gezondheidszorg

**Nr. 60**

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 9 maart 2005

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 3 februari 2005 overleg gevoerd met staatssecretaris Ross-van Dorp van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 19 mei 2003 inzake het Landelijk zorgprogramma dementie en voorzieningen voor dementerenden (26 631, nr. 44);**
- **brief van de staatssecretaris van VWS d.d. 13 december 2004 inzake het Landelijk Dementie Programma (LDP) van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) (25 424, nr. 59).**

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Verbeet** (PvdA) zegt dat Nederland nu 200 000 mensen kent die aan dementie lijden en dat dit aantal in 2050 waarschijnlijk twee keer zo groot zal zijn. Dit stelt de politiek en de samenleving voor een grote opdracht. Een deltaplan voor de zorg voor dementerenden is noodzakelijk. Het Landelijk Dementie Programma (LDP) van het NIZW is hiervan een goed en hoopvol begin. Het is ook bemoedigend dat er aanwijzingen zijn dat dementie mogelijk door intensieve behandeling tegen hoge bloeddruk in de toekomst te voorkomen is. De Kamer moet op de hoogte worden gehouden naar het onderzoek op dit terrein. Verpleeghuiszorg moet kleinschalig zijn. Dat betekent niet dat deze zorg altijd op kleine locaties moet plaatsvinden. Kleinschaligheid is ook mogelijk op grote locaties. Er moet daarnaast sprake zijn van een goede en respectvolle behandeling en van bescherming van de privacy. Voor mensen met dementie is dit van het grootste belang. Van de intramurale verblijfs capaciteit voor mensen met dementie is nog maar 10% kleinschalig. Wat doet de staatssecretaris om dit percentage te verhogen? In welk tempo wil zij de achterstand inlopen? Hoe gaat zij ervoor zorgen dat in de regio duidelijk wordt wie verantwoordelijk is? De uitkomst van dit debat moet zijn dat duidelijk is wie de trekker in de regio wordt. Heeft de staatssecretaris kennisgenomen van het dringende pleidooi van zorgverzekeraars en cliënten voor meer ruimte voor kleinschalige woon-

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Koşer-Kaya (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Halsema (GroenLinks), Kant (SP), Blok (VVD), voorzitter, Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), Van Oerle-van der Horst (CDA), ondervoorzitter, Vergeer (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Van Heteren (PvdA), Smilde (CDA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD), Hermans (LPF), Schippers (VVD) en Omtzigt (CDA).

Plv. leden: Rouvoet (ChristenUnie), Verdaas (PvdA), Griffith (VVD), Bakker (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Gerkens (SP), Veenendaal (VVD), Weekers (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Aasted Madsen-van Stiphout (CDA), De Ruiter (SP), Ormel (CDA), Van Gent (GroenLinks), Koomen (CDA), Waalkens (PvdA), Mosterd (CDA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerck (PvdA), Oplaat (VVD), Kraneveldt (LPF), Hirsi Ali (VVD) en Eski (CDA).

zorg? Innovatieve zorgaanbieders hebben een voorstel gedaan om voor een bedrag van ongeveer €50 000 per cliënt kleinschalige zorg te bieden. Voorwaarde hierbij is dat er sprake moet zijn van integrale en multidisciplinaire zorg. Het NIZW, Alzheimer Nederland, Wonen met Dementie en andere organisaties hebben tal van goede voorbeelden van kwalitatief hoogstaande, kleinschalige zorg ontwikkeld. Wordt hiervan wel genoeg gebruik gemaakt? Zijn er voldoende activiteiten en is er voldoende regie? Welke rol speelt de staatssecretaris hierbij? De ouderenorganisatie CSO signaleert dat het succes van projecten vaak afhangt van stimulerende kartrekkers en dat het fundament verdwijnt als die kartrekkers wegvallen. Herkent de staatssecretaris dit? Wat doet zij om de kar in beweging te brengen of te houden?

De staatssecretaris spreekt in haar brief over eigen verantwoordelijkheid. Hoe realistisch en wenselijk is dit voor dementerenden die in een verder stadium van hun ziekte zijn? Heeft zij niet te overspannen verwachtingen van extramuralisering bij deze groep? Er zijn grote twijfels over de positie van dementerenden in de voorstellen voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Kan de staatssecretaris bevestigen dat mensen altijd een indicatie hebben voor verblijf als dementie is vastgesteld? De zorg voor dementerenden moet voor het overgrote deel in de AWBZ blijven. Hoe veel geld is er beschikbaar voor implementatie en uitvoering van het Landelijk Dementie Programma? Kan de Kamer een overzicht ontvangen van de projecten en de bijbehorende kosten? Deelt de staatssecretaris de mening van Alzheimer Nederland dat er aanvullend budget nodig is voor implementatie van het LDP?

Hoe staat het met het wettelijk kader inzake toepassing van vrijheidsbeperkingen bij dementerenden? Het medicijn Ebixa wordt alleen voor ernstige vormen van dementie vergoed en niet voor matige, terwijl het medicijn daar wel voor is geregistreerd en er ook voor schijnt te werken. Kan de staatssecretaris duidelijkheid scheppen over de vergoeding voor dit medicijn en andere?

Mevrouw **Vietsch** (CDA) merkt op dat de Gezondheidsraad in 2002 een toename voorspelde van het aantal mensen met dementie van 175 000 naar 270 000 in 2010 en 380 000 in 2040. Kloppen de getallen uit dit rapport nog steeds? Wat is de invloed van medicijnen op deze aantallen? Wat is de visie van de staatssecretaris op de vergoeding van medicijnen? De Gezondheidsraad stelde ook dat de vergrijzing leidt tot vergroting van het probleem. Het aantal dementen stijgt ook relatief. Het aantal beschikbare mantelzorgers en personeelsleden zal afnemen. Daardoor zal de druk op de instellingen toenemen. Bij gelijkblijvende indicatie en wachttijd zal dit volgens de Gezondheidsraad voor de komende tien jaar betekenen dat een uitbreiding met 1300 instellingsplaatsen per jaar nodig is. De directeur van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg heeft in de media gezegd dat thuiswonende dementerenden worden vastgebonden omdat er geen plek is in verpleeghuizen. Zijn er voldoende instellingsplaatsen beschikbaar? Wat moet er in de toekomst gebeuren? Hoe staat het met de problemen met de opleidingscapaciteit voor personeel?

In het rapport van de Gezondheidsraad werd gevraagd om afstemming. Het is goed dat het Landelijk Dementie Programma daarvoor is opgezet. Worden mensen ook gecheckt op dementie? Bloedarmoede, diabetes, schildklieraandoeningen en hartfalen kunnen vergelijkbare symptomen veroorzaken. Hoe wordt hier in het landelijke programma mee omgegaan? Het is belangrijk dat partners en familieleden leren omgaan met dementerenden. De partner van een dementerende kan fysiek en geestelijk uitgeput raken door de zorg. Alzheimercafés voor mantelzorgers zijn heel belangrijk voor deze groep. Kan de staatssecretaris dit initiatief en andere op dit terrein ondersteunen? De CDA-fractie is overigens geen voorstander van consultatiebureaus voor ouderen. Deze kunnen een

psychologische barrière opwerpen voor ouderen. Het primaat moet bij de huisartsen liggen.

In het LDP wordt uitgegaan van kleinschalige woonvoorzieningen. De Inspectie Gezondheidszorg heeft echter geconstateerd dat de kwaliteit van kleinschalige voorzieningen slechter is dan die van grote. Wat vindt de staatssecretaris hiervan? Mensen moeten zelf kunnen kiezen hoe zij willen wonen. Bij jeugdige dementerenden is vaak sprake van extra zorgzwaarte. Daarvoor is geen extra budget totdat zorgzwaartefinanciering wordt ingevoerd. Kan worden onderzocht of er eventueel een overgangsregeling mogelijk is voor deze groep?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) vindt dat het gevoel van urgentie dat wel door de Kamer wordt gevoeld, ontbreekt in de brief van de staatssecretaris. Aan de vaststelling dat het aantal dementerenden zal verdubbelen, worden nauwelijks conclusies verbonden. Kan zij dat vandaag wel doen? Wat is haar visie op de plaats van dementie in de toekomst? In de brief loopt een aantal zaken door elkaar heen, namelijk de vraag wat nodig is om de huidige zorg te verbeteren, maatregelen op het terrein van woningbouw om een toename van het aantal dementerenden op te vangen en de ethische discussie over levensbeëindiging. Het onderwerp ouder worden en levensbeëindiging moet in een apart overleg worden besproken.

In het Landelijk Dementie Programma wordt geredeneerd vanuit bestaande structuren. Er wordt niet ingegaan op de vraag of deze structuren wel voldoende zijn toegerust om de grote vraag naar specialistische zorg aan te kunnen. Door deze eenzijdige benadering wordt verkokering gestimuleerd. Er zijn immers veel meer leeftijdgebonden kwalen. Waarom worden deze niet meer integraal benaderd? Dat past ook bij het motto van het kabinet: algemeen waar het kan, bijzonder waar het moet. In een dergelijke visie past ook een consultatiebureau voor ouderen. Waarom wordt dit voorstel niet verder uitgewerkt? Zo'n consultatiebureau kan veel aan preventie en vroege diagnostisering doen waardoor de kwaliteit van het leven van mensen met dementie of een andere ouderdomskwaal kan worden verbeterd.

De staatssecretaris stelt dementieregio's voor die de helft van een zorgkantoorregio beslaan. Dit lijkt geen natuurlijke samenwerkingsconstructie. De zorgkantoorregio's zijn niet erg bekend. Daarnaast zijn er al erg veel regio's. Wat wordt er van de dementieregio's verwacht? Wat moeten zij opleveren? In het LDP staat niet duidelijk wat de grote problemen nu en in de toekomst zijn. Er staat ook niet in wat het doel is. Er staan allerlei punten in over verbetering van de huidige situatie, maar een reflectie op andere methoden is niet duidelijk aanwezig. Is het LDP toekomst-proof? Is Nederland voldoende voorbereid om de toekomstige dementerenden op te vangen en, zo ja, op welke manier?

Om een zorgketen goed te organiseren, moet er iemand verantwoordelijk voor zijn. Er zijn daarnaast allerlei financieringsproblemen in de zorgketen. Degene die het initiatief neemt, krijgt de rekening gepresenteerd. Deze situatie heeft tot gevolg dat iedereen zijn werk doet, namelijk het bieden van zorg aan mensen met dementie vanuit de eigen discipline, maar dat niemand iets nieuws begint. De staatssecretaris moet als systeemverantwoordelijke aangeven wat zij van welke speler verwacht. Die systeembenadering ontbreekt.

Wat vindt de staatssecretaris van het opzetten van een landelijk kenniscentrum voor ouderen en gezondheid? Vanuit zo'n centrum kan de samenwerking tussen de curatieve zorg en de care worden gestimuleerd en daarnaast kan het kennis en ervaring in de ouderenzorg verzamelen en verspreiden.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) vindt het Landelijk Dementie Programma een goed voorbeeld van een beleidsstuk dat is geschreven vanuit de bele-

ving van cliënten en hun omgeving. Er staan veel goede ideeën en initiatieven in en het is breed opgezet. Er zijn drie punten van kritiek. De staatssecretaris blijft op cruciale punten nogal vaag, met name over de vraag wie dingen moet doen en hoe zij moeten worden gedaan. Daarnaast onderschat zij de omvang van het probleem. Bovendien onderschat zij het aanwezige arbeidspotentieel en overschat zij het potentieel aan mantelzorgers.

De indruk bestaat dat de staatssecretaris de omvang van het probleem onderschat, met name op het terrein van huisvesting. Er wordt gesproken over kleinschalige voorzieningen zonder dat duidelijk is wat hiermee wordt bedoeld. Het voorstel is om te spreken over kleinschalig georganiseerd. Dat is ook mogelijk in grote instellingen. Bedoelt de staatssecretaris dat ook in haar notitie? De Gezondheidsraad heeft berekend dat er tussen 2002 en 2010 13 000 bedden in verzorgings- en verpleeghuizen bij moeten komen. Er zijn er nu 2000 gerealiseerd, dus er zijn er de komende vijf jaar nog 11 000 nodig. Volgens het College bouw ziekenhuisvoorzieningen zijn er nog plannen voor 2000 extra bedden. Er is dus een gat van 9000 bedden die niet zomaar kunnen worden gerealiseerd. Wat gaat de staatssecretaris doen om die bedden alsnog te realiseren in de komende vijf jaar?

Waarom zijn de cijfers over bouw niet opgenomen in het LDP?

Dementerenden hebben in de laatste jaren van hun leven intramurale zorg nodig. Dementerende mensen wonen gemiddeld nog vier jaar zelfstandig en de laatste twee jaar intramuraal. Het is ook bekend dat mensen meestal te laat naar een instelling gaan. Daarom zijn er veel meer bedden nodig.

Waarom komen die er niet?

De staatssecretaris stelt dat het aantal professionals niet evenredig meegroeit met het aantal dementen. Zij bepaalt echter of er professionals bijkomen of niet. Zij moet een politieke uitspraak doen over wat zij nodig vindt. Er zijn veel mannen die in de zorg kunnen gaan werken. Daar zit het arbeidspotentieel. Er moet beleid worden gemaakt op dit terrein.

Ketenzorg komt niet zomaar tot stand. Het probleem is dat niemand de eindverantwoordelijkheid heeft. In de Wet toelating zorginstellingen (WTZi) wordt erkend dat ketenzorg moet worden georganiseerd en dat dit niet aan de partijen kan worden overgelaten. Op die wijze moet het ook voor de zorg voor dementen worden georganiseerd. Het is vaak niet helemaal duidelijk wie wat moet doen en met welk geld. Er staan veel plannen in het programma, maar er staat niet bij wat zij kosten. Informeert de staatssecretaris de Kamer daar nog apart over? Er is geen beleid voor zorg aan jongdementerenden. Kan de staatssecretaris hier apart naar kijken?

### **Het antwoord van de staatssecretaris**

De **staatssecretaris** zegt dat zij de boodschap deelt die spreekt uit de landelijke campagne van Alzheimer Nederland, namelijk «Alzheimer mag geen nationale ramp worden». In het rapport van de Gezondheidsraad uit 2002 is gewezen op de omvang van het probleem. Het ziet ernaar uit dat er in 2020 ongeveer 246 000 mensen met dementie zijn en in 2050 ruim 400 000. Er kan niet worden voorkomen dat het aantal dementerenden fors toeneemt, maar er moet voor worden gezorgd dat voor deze mensen goede voorzieningen voorhanden zijn.

Het staat buiten kijf dat de samenleving solidariteit moet opbrengen met dementerenden. Dat moet via de AWBZ. Een steuntje in de rug als een alarmeringssysteem is voor deze mensen niet voldoende. Dementerenden kunnen thuis of in een woonvorm in een buurt verzorgd worden, daarom moeten voorzieningen van de gemeente beschikbaar blijven voor AWBZ-geïndiceerden. Bij de behandeling van de Wet maatschappelijke ondersteuning moet ervoor worden gezorgd dat AWBZ-verzekerden onderdeel kunnen blijven uitmaken van hun omgeving.

Dementie ontstaat vaak op een moment dat de vermogens om met

problemen om te gaan minder worden als gevolg van ouderdom. Mensen met dementie en hun naasten worstelen gemiddeld zes jaar met deze aandoening. Die worsteling vindt gemiddeld de eerste vier jaar thuis plaats. De laatste twee jaar verblijft het grootste deel van de mensen met dementie in een instelling. De Gezondheidsraad heeft in het rapport uit 2002 op een aantal belangrijke problemen gewezen, zoals de kwaliteit van de organisatie van zorg, de capaciteit van met name verpleeghuiszorg en de mantelzorgondersteuning. Er moet worden onderzocht wat er kan worden gedaan voor de mantelzorgers.

Veel mensen gaan met aan dementie gerelateerde klachten naar de huisarts. Niet altijd wordt direct de diagnose dementie gesteld. Het feit dat mensen met beginnende dementie dat vaak zelf liever ontkennen, speelt daarbij een rol. Dat maakt het moeilijk voor huisartsen om deze mensen te begeleiden en te coachen. Een huisarts ziet gemiddeld vier nieuwe dementiepatiënten per jaar. Dat maakt het lastig om het ziektebeeld te herkennen. Tegelijkertijd is een diagnose of een vermoeden van dementie nodig om toegang te krijgen tot voorzieningen. Dementie of een vermoeden daarvan vergt een pro-actieve aanpak. Die hoeft niet per se van huisartsen te komen.

Voor een actieve opsporing van cliënten met dementie, moet de oprichting van geheugenpoli's worden bevorderd. Zij hebben niet alleen een rol in de diagnostiek en kennisbevordering van huisartsen, maar zij spelen ook een rol in het adequaat organiseren van de lokale en regionale zorgketen. Een consultatiebureau voor ouderen is mogelijk een andere manier om vroege herkenning en een pro-actieve benadering van dementie te bevorderen. Dit voorstel zal serieus worden onderzocht. De mogelijkheden hiervan zullen ook verder worden bezien in het kader van de ontwikkeling van de WMO.

Ondersteuning van mantelzorgers is een belangrijke prioriteit. Het streven is om deze ondersteuning in de WMO als een wettelijke prestatieverplichting vast te leggen. Er moet ook gekeken worden naar het bevorderen van sociale netwerken in de omgeving van de mantelzorger zelf, zoals het organiseren van respijtzorg. De provincies en de VNG moeten dit als speerpunt van beleid maken. In het algemeen overleg van 9 december 2004 is een visienota over mantelzorg toegezegd. Naar aanleiding hiervan kan verder worden gesproken over dit onderwerp.

Mensen met dementie komen in de loop van hun ziekteproces in veel verschillende netwerken en in verschillende ondersteunings- en zorgstructuren terecht. Er moet oog voor zijn dat deze sferen met elkaar zijn verknoopt. Er moeten ambities geformuleerd zijn om optimale resultaten te bereiken. Daarnaast is het van belang dat er duidelijke verantwoordelijkheden worden vastgelegd zodat iedereen kan worden aangesproken op wat hij doet. Er moet zo veel mogelijk aangesloten worden bij de mensen met betrekking tot wonen en zorg van dementerenden. Er zijn grenzen aan wat mogelijk is. Die zitten meestal in wat de directe naasten of verzorgenden nog kunnen opbrengen. Uit de praktijk blijkt dat mensen ervoor kiezen om zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving te wonen. Er moet een goede infrastructuur worden opgezet zodat mensen naar een intramurale instelling kunnen zodra dat nodig is, zo mogelijk met hun partner.

Mensen met dementie kunnen de eerste jaren vaak nog redelijk functioneren. Er wordt een beroep op mantelzorg gedaan zo lang er een partner is. Daarom is vroege signalering en een tijdige ondersteuning van de partner nodig. Het is niet de bedoeling dat mensen aan hun lot worden overgelaten als er geen mantelzorg beschikbaar is. In dat geval moet er professionele zorg zijn. Het vastbinden van thuiswonende dementen is geen acceptabele vorm van overbruggingszorg. Deze mensen hebben veel meer aandacht en ondersteuning nodig. Het is belangrijk dat er wordt gekeken naar woonvormen waar alleenstaanden terecht kunnen. Deze zorg moeten kleinschalig georganiseerd zijn omdat bekend is dat het voor

deze mensen vanuit de zorginhoudelijke kant heel goed is. De stap van zelfstandig wonen naar intramuraal verblijf is groot. Initiatieven om dat gat te dichten, worden ondersteund. Het is belangrijk dat mensen met dementie en hun partners zich in voor hen geschikte woningen kunnen handhaven.

Tot 2040 wordt een verdubbeling van het aantal mensen met dementie verwacht. Het overgrote deel van deze mensen woont nog lange tijd zelfstandig. Ongeveer 30% van de mensen die aan dementie lijden, verblijven in een instelling. Bij een gelijkblijvend opnamebeleid zijn er in 2010 ongeveer 13 000 extra plaatsen nodig. De sector is daar druk mee bezig. De extra capaciteit voor deze groep wordt deels gerealiseerd door traditionele bouw van verpleeghuizen, meestal met een kleinschalige organisatie, en door ombouw van verzorgingshuiscapaciteit. In de WTZi is opgenomen dat kleinschalige woonvormen de voorkeur krijgen. Er zal worden overlegd met de Commissie bouw ziekenhuisvoorzieningen over de wijze waarop dit moet worden ingevuld. Er zal worden gekeken of goede voorbeelden kunnen worden verspreid en handreikingen worden gedaan. In de brief van 13 december 2004 staat dat er is geconstateerd dat er op basis van de ingediende bouwplannen in 2010 voldoende aanbod is om aan de vraag binnen de categorie beschermd wonen, dus verblijf, te voldoen. De plannen omvatten een groei van 16 000 plaatsen. Er wordt dus meer capaciteit gerealiseerd dan de Gezondheidsraad heeft berekend. Deze cijfers zijn afgeleid van de ingediende bouwprioriteiten. De afgelopen twee jaar is toestemming gegeven om 7000 bedden voor deze doelgroep te realiseren en die trend zal de komende jaren niet veranderen. De staatssecretaris heeft niet in beeld hoeveel verzorgingsplaatsen er worden omgebouwd naar verpleeghuisplekken. Mensen die nu naar een verzorgingshuis gaan, zijn overigens meestal verpleeghuiscliënten in de oude zin des woords. Voor mensen die nog niet zo dement zijn dat zij echt zware zorg nodig hebben, wordt geprobeerd om in wijken levensloopbestendig te bouwen zodat zij in hun eigen omgeving kunnen blijven. Er moet worden gekeken hoe deze capaciteit zich verhoudt tot de afbouw van traditionele verzorgingshuisplekken. Er mag geen capaciteit verloren gaan. Sommige verzorgingshuizen zijn echter niet meer om te bouwen tot geschikte plaatsen. Soms moet er wat worden afgebroken om iets nieuws te realiseren. Hierover zal extra informatie worden verstrekt op schrift.

Om de verpleeghuiszorg voor dementerenden veilig te stellen, zal de toegang tot de AWBZ scherp moeten worden bewaakt. Alle capaciteit is heel hard nodig om de AWBZ-geïndiceerden een plek te kunnen bieden, of dat nu in een verzorgingshuis oude stijl is of in een verpleeghuis. Het is goed als er extra mogelijkheden kunnen worden gerealiseerd voor mensen die gebruik kunnen maken van het scheidt van wonen en zorg, zoals mensen die ergens kunnen gaan wonen met een partner.

Het Landelijk Dementie Programma speelt bij het realiseren van een samenhangend beleid voor mensen met dementie een belangrijke rol. De zorg en ondersteuning zijn vaak gefragmenteerd en onvoldoende samenhangend. In de aanpak van het LDP zijn niet het aanbod of de professionele kennis leidend, maar de problemen van mensen met dementie. Het aanbod en de professionele kennis zijn alleen maar relevant als daarmee de problemen van de cliënt worden opgelost. Het werkboek van het LDP omvat veertien vraagstukken die zijn geformuleerd vanuit het perspectief van de cliënt en het biedt achttien mogelijk oplossingen. Die oplossingen zijn lokaal of regionaal samenhangend voorhanden of zouden dat moeten zijn. Het is de bedoeling dat op regionaal niveau wordt bekeken hoe het staat met de zorg voor mensen met dementie naar het oordeel van deze mensen of van mensen die daar kennis van hebben zelf. Op basis daarvan wordt een plan gemaakt dat leidt tot concrete verbeteringen die op basis van het handboek tot stand worden gebracht.

De verantwoordelijkheden zijn verspreid over verschillende sectoren. De

aanpak op basis van het perspectief voor de cliënten is leidend. De rijksoverheid faciliteert het proces om tot die regionale plannen te komen. Er moet een landelijk regionaal dekkend netwerk komen. Alzheimer Nederland heeft hierin een cruciale rol op het terrein van controle op de samenhang. De resultaten worden regionaal afgesproken en geëvalueerd. Er moeten prestatie-indicatoren per regio worden vastgesteld. Cliënten moeten invloed hebben op de prioriteiten, op de keuzes en op de realisatie van de plannen. Het LDP maakt deel uit van «Zorg voor Beter». Daarin heeft ook het actieprogramma Kwaliteit in de zorg een plaats. Het bevorderen van integrale zorg is in «Zorg voor Beter» een belangrijk punt. De verwachte resultaten moeten een goede plaats krijgen in de plannen. De vraag is hoe de regio's moeten worden vastgesteld. Het NIZW speelt hierbij een rol. Het is van belang dat er zo veel mogelijk wordt aangesloten bij organisatorische werkvormen die er zijn. Er moet echter niet alleen worden gekeken naar het optimaliseren van bestaande structuren. Men moet ook durven kijken of hier doorheen kan worden gebroken. Hierover zal worden gesproken met het NIZW. De Kamer zal hier schriftelijk over worden geïnformeerd.

Er zal worden onderzocht of een landelijk kenniscentrum in een behoefte kan voorzien en, zo ja, waar dat bij kan worden ondergebracht. Eventuele consultatiebureaus voor ouderen zouden daar gebruik van kunnen maken. Een consultatiebureau moet een plaats zijn waar expertise is en die laagdrempelig is. Die zou bijvoorbeeld kunnen worden ondergebracht in een huisartsenpraktijk. Het is van belang dat ouderen met specifieke vragen daar binnen kunnen lopen. Er moet goed worden gekeken hoe deze functie een plek kan krijgen. Het is niet de bedoeling dat er allemaal aparte loketten komen. In de WMO wordt gestreefd naar een laagdrempelige plaats waar mensen terecht kunnen voor informatie.

De staatssecretaris had 2 mln beschikbaar gesteld voor het Landelijk Dementie Programma en door het amendement van mevrouw Vietsch en mevrouw Van Miltenburg zijn er extra middelen toegevoegd. Er is voldoende geld om het programma uit te voeren. De Kamer zal binnen een maand een overzicht van de onderzoeken en de bijbehorende kosten ontvangen. In die brief zal ook worden ingegaan op realisatie van de extra verpleeghuisplaatsen en andere zaken die in dit overleg zijn gepasseerd. Met toelating van geneesmiddelen in Nederland wordt doorgaans bedoeld op toelating op de markt door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen. Toelating in het kader van de Ziekenfondswet is iets anders. Hierover adviseert het College voor zorgverzekeringen. Dit heeft recent geadviseerd dat Ebixa een therapeutische meerwaarde heeft voor een kleine groep mensen met ernstige vormen van dementie. Voor deze groep wordt het middel vergoed. Het geneesmiddelenbeleid valt onder de minister van VWS. De vraag of het ook kan worden vergoed voor mensen met matige vormen van dementie zal beantwoord worden in de toegezegde brief.

Er is nog niet veel bekend over het aantal jongdementerenden en hun zorgvraag. De sector heeft nooit gevraagd om een hoger tarief voor deze groep. Er kan onderzoek worden gedaan naar de omvang van de groep. Er zal ook worden bekeken of deze groep zwaardere zorg nodig heeft en, zo ja, welke. De staatssecretaris wil ook weten waarom de sector nooit heeft gevraagd om een apart tarief. De Kamer zal hierover worden geïnformeerd. Dit kan niet binnen een maand.

Mevrouw Van Miltenburg maakt zich zorgen over de financiering van de ketenzorg. Er moet worden gekeken op plaatsen waar de regionale aanpak zijn gestalte krijgt en dus vanuit de behoefte van de cliënt gekeken wordt wat die nodig heeft. Als daar blijkt dat de financiering een probleem vormt, moet worden gekeken wie de verantwoordelijkheid krijgt om dit op te lossen. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door het combineren van geldstromen, het anders afstemmen van indicatieprocedures of het organi-

seren van informatie. Er moet voor worden gezorgd dat iedereen die verantwoordelijkheid heeft deze ook neemt zodat de keten is gesloten. Het actieplan moet tot concrete resultaten leiden. Daarom worden er prestatie-indicatoren geformuleerd die moeten aansluiten aan dat waar behoefte is. Mevrouw Tonkens vindt dat er een partij moet worden aangewezen die eerst verantwoordelijke is. De staatssecretaris vindt dat een aantal verantwoordelijkheden al helder belicht is. De verantwoordelijkheden van alle betrokkenen moeten nu helder worden geduid en daar moeten prestatie-indicatoren bij worden geformuleerd. Het uitgangspunt hierbij is de zorgbehoefte. Alzheimer Nederland moet beoordelen of deze aanpak succesvol is. De staatssecretaris zal proberen om zo faciliterend mogelijk te zijn.

### **Nadere gedachtewisseling**

Mevrouw **Verbeet** (PvdA) wil weten wanneer de staatssecretaris komt met een wettelijk kader voor de toepassing van vrijheidsbeperkingen. Alzheimer Nederland dringt in een persbericht aan op urgentie en het snel nemen van besluiten over financiën en vraagt hoe vertegenwoordigers van cliënten en patiënten worden ondersteund. Er wordt ook verzocht om training op dit terrein. Wat is het standpunt van de staatssecretaris hierover?

Mevrouw **Vietsch** (CDA) vraagt hoe de staatssecretaris het probleem dat mensen soms ten onrechte de diagnose dementie krijgen terwijl zij bijvoorbeeld diabetes hebben, wil oplossen. Kan de Kamer de gegevens over de huidige wachtlijsten krijgen? Een probleem is dat mensen soms wegblijven uit instellingen vanwege de kwaliteit ervan. Hoe wordt hiermee omgegaan en kunnen cijfers hierover worden geleverd?

Mevrouw **Van Miltenburg** (VVD) is blij dat de staatssecretaris onderzoek wil doen naar de instelling van consultatiebureaus voor ouderen. De vraag is of Nederland voldoende op de toekomst is voorbereid. Hoe kan de AWBZ beheersbaar worden gehouden? Er moeten instellingen blijven die op de huidige verzorgingshuizen lijken, maar die moeten niet worden gefinancierd vanuit de AWBZ. De budgettaire gevolgen van het toenemende aantal mensen met dementie moeten inzichtelijk worden gemaakt zodat er keuzes kunnen worden gemaakt. Kan de Kamer hierover een brief ontvangen?

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks) heeft sterk de indruk dat Nederland onvoldoende is voorbereid op de toekomst. Die zorg is niet weggenomen in dit overleg. Is er voldoende geld om 16 000 extra verpleeghuisplaatsen te creëren? Zijn deze voor 2010 gerealiseerd? De staatssecretaris heeft niet gereageerd op het voorstel om één partij verantwoordelijk te maken voor de ketenregie. Waarom gebeurt dat niet? Er moet voor worden gezorgd dat er meer mannen in de verpleging gaan werken.

De **staatssecretaris** vindt dat er in alle beroepen een goede balans moet zijn tussen mannen en vrouwen. Het is echter niet gezegd dat alle werkloze mannen per definitie geschikt te zijn voor de zorg. Het moet een bewuste keuze zijn om in de zorg te gaan werken. Het is van belang dat er hooggeschoold personeel is. Dementerenden hebben immers specifieke zorg nodig. Er zal in de komende tijd goed worden gekeken naar de scholing van personeel. Er moet ook worden onderzocht hoe de hulpmiddelen die kunnen worden ingezet voor dementen die nog thuis wonen, kunnen worden ontwikkeld. Er zal met de sector en met private partijen worden gesproken over de vraag op welke manier innovaties zoals Domotica kunnen worden ingezet.

Er zijn gesprekken met de sector over vrijheidsbeperkende maatregelen. Het streven is dat mensen niet in hun vrijheid worden beperkt. Vrijheidsbeperking buiten instellingen is verboden. De Kamer zal een brief hierover ontvangen zodra er een formule is gevonden die toe te passen is en vanuit zorginhoudelijk oogpunt te rechtvaardigen is. Innovatie kan op dit gebied ook tot goede resultaten leiden. Goede voorbeelden zullen worden verspreid en moeten worden toegepast. Er moet aanvullende wetgeving komen op dit terrein.

Alzheimer Nederland krijgt geld en training in verband met de onderhandelingspositie en de toetsingspositie. Mevrouw Vietsch vroeg naar beginnende dementie. Het is mogelijk dat er een verkeerde diagnose wordt gesteld. Daarom is het belangrijk om de vroege signalering goed in te zetten. Juist omdat huisartsen maar weinig patiënten in een jaar zien, moet dat aspect goed worden belicht. Dit onderwerp krijgt een plaats in de totale aanpak.

De Kamer krijgt in mei een verantwoordingsrapportage over de wachtlijsten. Informatie over de bouw van voorzieningen wordt soms versnipperd geleverd. Het is een goed idee om de Kamer apart te informeren over de bouw en de zorgbehandeldagen in een technische briefing. Het is het handigst om deze te koppelen aan de rapportage omdat het onderwerp dan in breder perspectief kan worden gezet.

Er is veel gezegd over het consultatiebureau voor ouderen. De vraag is hoe deze functie wordt vormgegeven. De structuur moet worden aangepast aan het perspectief van de cliënt. Er moet worden onderzocht hoe een zeer laagdrempelige ondersteuningsfunctie zo dicht mogelijk bij mensen kan worden gerealiseerd. Het maakt niet zo veel uit hoe zo'n voorziening wordt genoemd. Huisartsen moeten informatie kunnen verstrekken, maar zij moeten ook weten waarheen zij mensen kunnen doorverwijzen als zij nog andere dingen nodig hebben. De staatssecretaris hoopt met huisartsen in gesprek te gaan over de vraag hoe zij zo goed mogelijk kunnen worden ingebed in het lokale netwerk.

De vraag is altijd of er voldoende gebeurt op alle terreinen waarop dat nodig is. Op het terrein van vergroting van de capaciteit gebeurt er voldoende. Hier is ook geld voor uitgetrokken. Als bouwprojecten vertragen oplopen, verhuist het geld mee. Er is samenhang in de keten nodig. Er moet niet alleen AWBZ-gerelateerde bouw plaatsvinden. Er moeten ook goede woonvormen zijn voor mensen die met enig gebrek oud worden. Die hoeven niet AWBZ-gefinancierd te zijn. Hierover vindt overleg plaats met de minister van VROM. Voor de aansluiting van zorgen ondersteuningsstructuren is er onder andere de WMO waarin ondersteuning op lokaal niveau kan worden geregeld. Bij de behandeling van de WMO kan hierover worden gesproken.

De regie op het totaal aan voorzieningen, dus over de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg, ligt bij de staatssecretaris. Dat is de systeemverantwoordelijkheid. Zij moet er garant voor staan dat het systeem werkt en dat iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt. Zij moet optreden als partijen steken laten vallen. Hierover vindt discussie plaats. Sturing moet zo laag mogelijk in de keten plaatsvinden omdat men daar het beste beeld heeft van het bereikte resultaat. Regierollen kunnen dus verschillend zijn verdeeld vanuit praktisch oogpunt en vanuit het oogpunt van verantwoordelijkheid.

Het is vrij lastig om bij deze complexe problematiek al op voorhand vast te stellen wie het beste de regie kan voeren. De staatssecretaris wil hierover met de Kamer spreken als de eerste evaluaties beschikbaar zijn. Dat is over anderhalf jaar. De verantwoordelijken zijn bekend, maar de regierol moet nog worden uitgekristalliseerd. De suggestie over de WTZi zal worden meegenomen. Er zal een aparte brief worden gezonden over de

visie op de regierol. De kritiek die de Algemene Rekenkamer indertijd gaf inzake de onduidelijkheid over regie, was terecht. Daarom zal goed naar dit onderwerp worden gekeken.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Blok

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen